



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, акад. АБИЭБ
Муҳиддин Н.Д. – д.и.т., профессор
Юсуфӣ С.Ҷ. – д.и.ф., профессор, акад. 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, акад. АИТТ ФР
Саидзода Б.И. – д.и.т., профессор
Абдуллозода С.М. – д.и.т., дотсент

ШУРОИ ТАҲРИРИЯ

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

№1 (58) 2025

Мувофиқи қарори Раёсати ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон" 31.01.2019, таҳти №29 маҷаллаи мазкур ба феҳристи маҷаллаву нашрияҳои илмии тақризи, ки ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон барои интишори натиҷаҳои асосии илмии рисолаҳои докторӣ ва номзадӣ тавсия медиҳад, дохил карда шудааст.

Маҷалла дар Вазорати фарҳанги Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 21.06.2010, таҳти №0124 ба қайд гирифта шуд.

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

СУРОҶАИ ТАҲРИРИЯ:

**734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон,
ш. Душанбе, кӯчаи Сино 29-31.**

**МТД "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино"
Тел.: (+992) 44 600 39 80; (+992) 37 224 45 83
E-mail: avjizuhal@tajmedun.tj
Сомона: 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, акад. 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 Дж.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 РАМТН
Саидзода Б.И. – д.м.н., профессор
Абдуллозода С.М. – д.м.н., доцент

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Табариён Б.С. – д.м.н., профессор
Рахмонов Э.Р. – д.м.н., профессор
Хамроев А.Дж. – д.м.н., профессор (г. Ташкент)
Миралиев С.Р. – д.м.н., профессор
Хабибова Н.Н. – д.м.н., профессор (г. Бухара)
Мусоева Д.М. – д.м.н., профессор (г. Бухара)
Боймуродова Ш.А. – д.м.н., профессор (г. Ташкент)
Максудова Л.М. – д.м.н., профессор (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)
Холбекиён М.Ё. – д.б.н., профессор
Бобоева Л.А. – к.м.н., доцент
Каландарзода Ё.К. – к.б.н., доцент
Ализода С.Г. – 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:
№1 (58) 2025

Согласно постановлению Управления Высшей аттестационной комиссии при Президенте Республики Таджикистан от 31.01.2019 года за №29, журнал “Авчи Зуҳал” внесён в список научных рецензионных журналов, рекомендуемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан для публикации основных научных результатов докторских и кандидатских диссертаций.

Журнал зарегистрирован в Министерстве культуры Республики Таджикистан от 21.06.2010 г., под №0124.

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ:
734026, Республика Таджикистан,
г. Душанбе, улица Сино 29-31.
ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”
Тел.: (+992) 44 600 39 80; (+992) 37 224 45 83
E-mail: avjizuhal@tajmedun.tj
Сайт: www.avji-zuhal.tj

М У Н Д А Р И Ч А

Азимова Г.Н. Омӯзиши мукоисавӣ-физиологии нақши нейрорептиди вазопрессион дар фаъолияти рефлексӣ шарғӣ дар хотираи сутунмуҳрадорон	6
Асламова Г.К., Икромӣ Т.Ш., Музаффаров Ш.С. Тағйирёбии нишондодҳои масунияти гуморалӣ ва ҳуҷайравӣ дар кӯдакони зиёдвазни гирифтори пневмонияи шадид	8
Гулов Э.С. Динамикаи гирифтورشавӣ ба бемории ихтилоли системаи гардиши хун дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.....	15
Ғуломзода Б.З., Юсуфҷонова Ҷ.М., Расулов Ё.Ф., Нуруллозода У., Шукӯров С.Г. Таҳлили мукоисавии дараҷаи гирифтورشавӣ ба бемории сил дар минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давоми солҳои 2018-2023	19
Давронзода И., Ҳафизова Б.М. Таҳлили эпидемиологии сирояти COVID-19 ва омилҳои асосии паҳншавии он дар байни калонсолон (омӯзгорони мактабҳои олии ва миёна) дар давраи пандемия.....	25
Давронзода М.Д., Умарализода С.А. Аҳамияти видеоларингоскопия ҷиҳати ташҳис ва банақшагирии ҷарроҳии ташкилаҳои хушсифати ханҷара.....	29
Ёрақов Ф.М. Давлатмуродзода Ғ.Д. Оптимизатсияи сатҳи гуногуни фаъолнокии мутаҳарриқӣ бо ҷузъҳои таркибии шиддатнокии кариеси дандонҳо.....	35
Зарипов А.Р., Эсанов М.А., Шарипов Х.С., Таибов С.А. Гуногунии зухуроти клиникӣ нӯқсонӣ қатори дандонҳо, ки муолиҷаи ортопедиро тақозо мекунад	38
Қурбонов Ҷ.И., Ҳочаева Н.Н., Файзулоев Ф.А. Хусусиятҳои клиникаи ва лаборатории артрити ревматоидӣ дар кӯдакон.	41
Маҳмадзода Ф.И., Садуллозода Д.Н., Муродов А.И., Ашӯров А.С., Болтубоев М.М., Баротов К.И. Муайян намудани тактикаи табобат дар бемории гирифтори панкреонекрози деструктивӣ баъдиҷарроҳӣ	45
Мирзоев М.Ш., Ҳочаев М.У., Ғафоров Х.О., Хушвахтов Д.И. Дараҷаи вусъатёбӣ ва омилҳои пайдоиши синусити ҷавфҳои қоғи боло.....	53
Музаффарова М.Х., Насруллоева М.Х., Урунова М.В. Таъсири қиёми барги анҷир хангоми вайрон шудани мубодилаи липидҳо ва карбогидратҳо дар таҷриба	60
Начмидинов Х.Н., Саъдуллозода Ф.С., Одинаев Ҳ.С., Ҳасани А., Сидиқов А.Ш. Истифодабарии нефролитотрипсиҳои таркибӣ пункционӣ дар бемории гирифтори инҳирофи инқишофи гурдаҳо	63
Нодирова З.С., Одинаев Ш.Ф. Динамикаи бемории гирифтори бемориҳои дастгоҳи таъяву ҳаракат дар қорғарони “Тоҷиксегмент”	69
Носирова М.П., Иномзода Д.И., Гайратзода Т.Г. Хусусиятҳои реабилитатсияи бемории дорони бемориҳои дилу рағҳо тавассути мутахассисони тиббии оилавӣ	73
Раҳимова Д.З., Қаримова Г.Н., Султанов Х.С., Шарипова Х.Ё., Соҳибов Р.Г. Хусусиятҳои синдроми шадиди қоронарӣ дар бемории синусити ҷавон ва миёна бо диабетӣ навъи II	77
Раҳмонов Ф.М., Исмаилов С.С., Муҳаммадиева Қ.М. Самаранокии физиотерапияи хангоми табобати витилиго	84
Саидова М.Н. Таҳлили фармако-эпидемиологии фавт аз ихтилоли системаи гардиши хун дар Ҷумҳурии Тоҷикистон	90
Солиев А.А., Сағторов С.С., Сулаймонзода Ф., Солиева Ҳ.И. Баҳогузориҳои вазъи эпидемиологии вируси норасоии масунияти одам дар байни муҳочирони меҳнатӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон	95
Султонов Р.А., Раҷабова Д.У., Раҷабов У.Р., Юсуфӣ С.Ҷ., Қваҷаҳия Л.Л. Тадкиқи фармакогностикӣ, фитохимиявӣ, физико-химиявӣ ва ҳосиятҳои антиоксидантии растаниҳои шифойӣ ва растаниҳои полимерӣ дар Тоҷикистон	99
Табарова Н.М., Ашӯрова Н.С., Шамсов Б.А., Набиев З.Н., Ганиев А.Р. Хусусиятҳои қараёни клиникӣ синдроми гемолитикӣ-уремикӣ кӯдакон	102
Ғафтоева Н.В., Алиева Е.Г. Истифодаи ваннаҳои радонӣ дар табобати комплекси бемории гирифтори остеоартрози бугуми зону	111
Ҳақимов Г.А., Ташметов М. Н., Зиқиряхочаев Д.З., Юлдошев Р.З. Табобати омехтаи саратони паҳншудаи мавзиеи гарданаки бачадон	116

ЛАҲЗАҶО АЗ ТАҶРИБА

Олимов А.М., Муҳиддин Д.Н., Қурбонов Н.Г., Қонибекова Р.Н. Эхинококкози минтақаҳои қоғу рӯй.....	120
--	-----

ШАРҶИ АДАБИЁТ

Бобоҳочаев О.И., Муҳаммадҷусуфи Ёдғорӣ. Самтҳои афзалиятнокии мубориза бар зидди бемории сил дар Афғонистон дар давраи қунунӣ.....	126
--	-----

ҶАШНВОРА

О Г Л А В Л Е Н И Е

Азимова Г.Н. Сравнительно-физиологическое изучение роли нейрпептида вазопрессина в условно-рефлекторной деятельности и памяти у позвоночных.	6
Асламова Г.К., Икромии Т.Ш., Музаффаров Ш.С. Изменение клеточной и гуморальной иммунологической активности организма детей раннего возраста с острой пневмонией на фоне избыточной массы тела.	8
Гулов Э.С. Динамика заболеваемости нарушениями систем кровообращения в Республике Таджикистан.	15
Гуломзода Б.З., Юсупджанова Дж.М., Расулов Ё.Ф., Нуруллозода У., Шукуров С.Г. Сравнительный анализ уровня заболеваемости туберкулёзом в регионах Республики Таджикистан за 2018-2023 гг.	19
Давронзода И., Хафизова Б.М. Эпидемиологический анализ инфекции COVID-19 и основных факторов её распространения среди взрослых (учителей ВУЗ-ов и средних школ) во время пандемии.	25
Давронзода М.Д., Умарализода С.А. Значение видеоларингоскопии для диагностики и планирования хирургического вмешательства при доброкачественных новообразованиях гортани.	29
Ёраков Ф.М., Давлатмуродзода Г.Д. Оптимизация разного уровня двигательной активности с составляющими компонентами интенсивности кариеса зубов.	35
Зарипов А.Р., Эсанов М.А., Шарипов Х.С., Таибов С.А. Многообразие клинических проявлений дефектов зубных рядов, требующих ортопедического лечения.	38
Курбонов Ч.И., Ходжаева Н.Н., Файзулов Ф.А. Клинико-лабораторные особенности ювенильного ревматоидного артрита.	41
Махмадзода Ф.И., Садуллозода Д.Н., Муродов А.И. Ашуров А.С., Болтубоев М.М., Баротов К.И. Выбор тактики лечения больных с послеоперационным деструктивным панкреонекрозом.	45
Мирзоев М.Ш., Ходжаев М.У., Гафаров Х.О., Хушвахтов Д.И. Распространённость и причины развития верхнечелюстных синуситов.	53
Музафарова М.Х., Насруллоева М.Х., Урунова М.В. Влияние настоя листьев инжира при нарушении липидного и углеводного обмена в эксперименте.	60
Нажмидинов Х.Н., Саъдуллозода Ф.С. Одинаев Х.С., Хасани А. Сидиков А.Ш. Применение перкутанной нефролитотрипсии у больных с аномалиями развития почек.	63
Нодирова З.С., Одинаев Ш.Ф. Динамика больных с патологией опорно-двигательного аппарата у рабочих «Таджикцемента».	69
Носирова, М.П., Иномзода Д.И., Гайратзода Т.Г. Особенности реабилитации пациентов с сердечно-сосудистой патологией специалистами семейной медицины.	73
Рахимова Д.З., Каримова Г.Н., Султанов Х.С., Шарипова Х.Ё., Сохибов Р.Г. Особенности острого коронарного синдрома у пациентов молодого и среднего возраста с сахарным диабетом II типа.	77
Рахмонов Ф.М., Исмаилюлова С.С., Мухаммадиева К.М. Эффективность физиотерапии при лечении витилиго.	84
Саидова М.Н., Фармако-эпидемиологический анализ смертности от нарушений кровообращения в Республике Таджикистан.	90
Солиев А.А., Сатторов С.С., Сулаймонзода Ф., Солиева Х.И. Оценка эпидемиологической ситуации по вирусу иммунодефицита человека среди трудовых мигрантов в Республике Таджикистан.	95
Султонов Р.А., Раджабова Д.У., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Квачахия Л.Л. Исследование фармакогнозических, фитохимических, физико-химических и антиоксидантных свойств лекарственных растений и лекарственных полимеров в Таджикистане.	99
Табарова Н.М., Ашурова Н.С., Шамсов Б.А., Набиев З.Н., Ганиев А.Р. Клинические особенности гемолитико-уремического синдрома у детей.	102
Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г. Применение радоновых ванн в комплексном лечении больных с остеоартрозом коленного сустава.	111
Хакимов Г.А., Ташметов М.Н., Зирияходжаев Д.З., Юлдошев Р.З. Комбинированное лечение местнораспространенного рака шейки матки.	116

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Олимов А.М., Мухиддин Д.Н., Курбонов Н.Г., Джонибекова Р.Н. Эхинококкоз челюстно-лицевой области (случай из практики).	120
---	-----

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Бобоходжаев О.И., Мухаммадйосуфи Ёдгори. Приоритетные направления борьбы с туберкулезом в Афганистане в современный период.	126
--	-----

ЮБИЛЕЙ

C O N T E N T S

Azimova G.N. Study of the comparative-physiological role of the neuropeptide vasopressin in reflex activity and memory in vertebrates..... 6

Aslamova G.K., Ikromi T.Sh., Muzaffarov Sh.S. change in cellular and humoral immunological activity in the bodies of children in the early stages of life with acute pneumonia in the context of excess body weight..... 8

Gulov E.S. Dynamic the incidence of circulatory systems disorders in the Republic of Tajikistan..... 15

Gulomzoda B.Z., Yusupdzhanova J.M., Rasulov Y.F., Nurullozoda U., Shukurov S.G. Omparative analysis of the incidence level of tuberculosis in the regions of the Republic of Tajikistanfor 2018-2023..... 19

Davronzoda I., HafizovaB.M. Epidemiological analysis of COVID-19 and the main factors of its spread among adults (high and secondary school teachers) during the pandemic 25

Davronzoda M.D., Umaralizoda S.A. The importance of videolaringscopy for diagnosis and surgical intervention planning in cases of benign tumors of the larynx 29

Erakov F. M., Davlatmurodzoda G.D. Optimization of different levels of motor activity with components of the intensity of dental caries. 35

Zaripov A.R., Esanov M.A., Sharipov Kh.S., Taibov S.A. Variety of clinical manifestations of dental defects requiring orthopedic treatment 38

Qurbonov Ch.I., Khodjaeva N.N., Fayzulloev F.A. Clinical and laboratory characteristics of juvenile rheumatoid arthritis..... 41

Makhmadzoda F.I., Sadullozoda D.N., Murodov A.I., Ashurov A.S., Boltuboev M.M., Barotov K.I. Choice of treatment tactics for patients with postoperative destructive pancreonecrosis 45

Mirzoev M.Sh., Khodjaev M.U., Gafarov Kh.O., Khushvahtov D.I. Prevalence and causes of development of maxillary sinusitis..... 53

Muzafarova M.H., Nasrulloeva M.H., Urunova M.V. The effect of infusion of fig leaves in violation of lipid and carbohydrate metabolism in the experiment..... 60

Najmidinov Kh.N., Sadullozoda F.S. Odinaev H.S., Hasani A., Sidiqov A.Sh. The use of percutaneous nephrolithotripsy in patients with kidney development anomalies..... 63

Nodirova Z.S., Odinaev Sh.F. Dynamics of patients with pathology of the musculoskeletal system untajikcement workers..... 69

Nosirova M.P., Inomzoda J.I., Gayratzoda T.G. Features of rehabilitation of patients with cardiovascular pathology by family medicine specialists..... 73

Rakhimova D.Z., Karimova G.N., Sultanov Kh.S., Features of acute coronary syndrome in young and middle-age patients with type II diabetes mellitus 77

Rakhmonov F.M., Ismatulloeva S.S., Mukhamadieva K.M. Effectiveness of physiotherapy in the treatment of vitiligo 84

Saidova M.N. Pharmaco -epidemiological analysis of mortality from circulatory system disorders in the Republic of Tajikistan..... 90

Soliev A.A., Sattorov S.S., Sulaymonzoda F., Solieva Kh.I. Assessment of the epidemiological situation of human immunodeficiency virus among labor migrants in the republic of Tajikistan..... 95

Sultonov R.A., Rajabova D.U., Rajabov U.R., Yusufi S.J., Kvachahia L.L. Study of pharmacognosical, phytochemical, physical chemical and antioxidant properties of medicinal plant and medicinal polymers in Tajikistan..... 99

Tabarova N.M., Ashurova N.S., Shamsov B.A., Nabiev Z.N., Ganiev A.R. Clinical features of hemolytic-uremic syndrome in children..... 102

Fattoeva N.V., Alieva E.G. The use of radon baths in the complex treatment of patients with osteoarthritis of the knee joint 111

Khakimov G.A., Tashmetov M.N., Zikirahodjaev D.Z., Yuldoshev R.Z. Combined treatment of locally advanced cervical cancer..... 116

CASES FROM PRACTICE

Onimov A.M., Mukhiddin D.N., Kurbonov N.G., Dzhonibekova R.N. Echinococcosis of the maxillofacial region (cases from practice)..... 120

LITERATURE REVIEW

Bobokhojaev O.I., Muhammadyusufi Yodgori. Priority areas of the fight against tuberculosis disease in the Afghanistan in the current period. 126

ANNIVERSARY

ТДУ 612.01

ОМУЗИШИ МУҚОИСАВӢ-ФИЗИОЛОГИИ НАҚШИ НЕЙРОПЕПТИДИ ВАЗОПРЕССИН ДАР ФАЪОЛИЯТИ РЕФЛЕКСИ ШАРТӢ ДАР ХОТИРАИ СУТУНМУХРАДОРОН

Азимова Г.Н.

Кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетикаи ба номи профессор Бердиев Н.Б. МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», ш. Душанбе

СРАВНИТЕЛЬНО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ НЕЙРОПЕПТИДА ВАСОПРЕССИНА НА УСЛОВНО - РЕФЛЕКТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПАМЯТИ У ПОЗВОНОЧНЫХ

Азимова Г.Н.

Кафедра медицинской биологии с основами генетики имени профессора Бердиев Н.Б. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

В данной статье представлено сравнительно-физиологическое изучение роли нейропептида вазопрессина на условно рефлекторную деятельность и памяти у позвоночных.

Эксперименты показали, что введение вазопрессина в различные дозы не вызвало серьезных изменений в поведении сусликов. Было установлено, что у животных условные рефлексы положительного типа развиваются аналогично здоровым животным.

Это показывает, что введение вазопрессина в черепахов вызывает изменения не во всех формах условных рефлексов и памяти. Исследование роли вазопрессина в регулировании процессов памяти у ежей показало, что он оказывает краткосрочное общее угнетающее влияние на уровень последовательных реакций. На другие виды памяти влияние вазопрессина не наблюдается.

Ключевые слова: *нейропептид, рептилий, кормушка, интактных черепах, условные рефлексы, латентный период*

STUDY OF THE COMPARATIVE-PHYSIOLOGICAL ROLE OF THE NEUROPEPTIDE VASOPRESSIN IN REFLEX ACTIVITY AND MEMORY IN POZVONOCCHNYKH

Azimova G.N.

Department of medical biology with the basics of genetics named after Professor Berdiev N.B., SEI "Tajir state medical university named after Abuali ibni Sino"

This article presents a comparative-physiological study of the role of the neuropeptide vasopressin in reflex activity and memory in animals. Experiments showed that the administration of vasopressin in various doses did not cause significant changes in the behavior of gophers. It was determined that the animals developed positive conditioned reflexes similarly to healthy animals.

The experiments demonstrated that the introduction of vasopressin in various doses into gophers did not cause significant changes in their behavior. It was established that the animals developed positive conditioned reflexes in the same way as healthy animals.

This indicates that the introduction of vasopressin into gophers causes changes not in all forms of conditioned reflexes and memory. The study of the role of vasopressin in regulating memory processes in rodents showed that it has a short-term general inhibitory effect on the level of sequential reactions. No effect of vasopressin was observed on other types of memory.

Key words: *neuropeptide, reptiles, lizard, intact gopher, conditioned reflex, hidden phases.*

Мухиммият: Дар солҳои охир таваҷҷуҳ ба нейропептидҳо ҳамчун моддаҳои фаъоли биологӣ ва нақши онҳо дар фаъолияти функционалии организми инсон ва ҳайвонот дар сатҳҳои гуногуни физиологӣ зиёд шуд. Дар баробари ин, нейропептидҳо низ дар механизмҳои мутобиқшавӣ,

дар танзими рефлексии шартӣ, хотира ва ҳарорати бадани организм нақши муҳим мебозад.

Вобаста ба ин муқаррароти васеъ паҳншудаи аз тарафи гурӯҳи тадқиқотчиён инкишофшавандае пайдо гардиданд, ки мувофиқи онҳо вазопрессин фаъолкунандаи махсуси хотира ба шумор меравад.

Гарчанде дар озмоишгоҳи А.И.Карамян маълумоти нав нишон медиҳад, ки нейрорептидҳои опиоидӣ эндорфинҳо энкефалинҳо ба фаъолияти рефлексӣ шартӣ (УРД) ва ҳолати функционалии ҳашаротхӯрон, даррандаҳо ва приматҳо таъсири назаррас мерасонанд.

То имрӯз дар адабиётҳо маълумот дар бораи нақши нейрорептидҳои ғайриопиоидӣ, пеш аз ҳама вазопрессин оид ба истеҳсол ва нигоҳдории фаъолияти рефлексӣ шартӣ ва хотираи хазандаҳо ва дигар ширхӯрони дараҷаи паст мавҷуд нест.

Мақсади тадқиқот. Ҳадафи ин тадқиқот омӯзиши нақши нейрорептиди вазопрессин дар фаъолияти рефлексӣ шартӣ дар қатори мукоисавии ҳайвоноти сутунмуҳрадор аст.

Усулҳои тадқиқот. Таҷрибаҳо дар 6 сангпушт ва 4 хорпушт дар шакли рафтори хӯрокхӯрӣ гузаронида шуданд.

Дар ҳайвонот рефлексҳои шартӣ мусбати намудҳои гуногуни монешавии дохилии хотира инкишоф ёфтанд ва пас аз ворид кардани дору тағйиротро дар ин равандҳо назорат карданд. Равандҳои хотираи тасвирӣ бо усули И .С. Бериташвили мувофиқи варианти мустақими тест Хантер-Кэрра омӯхта шуданд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Ошкор карда шуд, ки дар ҳайвоноти интактӣ рефлексӣ шартӣ мусбат баъди 25-ум зоҳир мегардад ва баъди ҳамбастагии 4-уми сигналҳои шартӣ бо таҳкими ғайришартӣ мустақкам мегардад. Боздории тафриқавӣ баъди 10-ум зоҳир гардид ва баъди истифодабарии 30-юм мустақкам гардид. Боздории хомӯшшаванда баъди истифодабарии 24-ум зоҳир гардида, баъди 37-ум мустақкам гардид. Дар таҷрибаҳои мо ҳамчунин давраи ниҳонии (ДН) барангезандаи шартӣ, вақти ба назди донхӯрак омадан ва вақти ба ҷойи аввала баргаштан ба назар гирифта шуданд.

Муқаррар карда шуд, ки ДН фаъолнокии ҳаракат дар ҳайвоноти интактӣ ба ҳисоби миёна 7,0 сония, вақти ба назди донхӯрак омадан – 12 сония, вақти ба ҷойи аввала баргаштан – 45 сонияро ташкил дод.

Ҷоиби ҷавобҳои дуруст ба рефлексҳои шартӣ мусбат 80%, ба боздории тафриқавӣ -75%, ба хомӯшшавӣ бошад -92%-ро ташкил дод.

Баъди гузаронидани як қатор силсилаи таҷрибаҳо дар ҳайвоноти интактӣ Тести Хантер барои хотираи образнок гузаронида шуд.

Нишон дода шуд, ки дар 80-85% хорпуштҳо саҳван ба донхӯраки ҳолӣ омаданд, ҳамчунин траекторияи ҳаракати онҳо вайрон гардид. Давомнокии хотираи образнок дар ин маврид 15-18 сонияро ташкил дод.

Ҷи хеле ки дар қисмати методикаи тадқиқот қайд карда шуд, баъди ҳосил намудан ва мустақкам кардани ҳамаи шаклҳои рефлексҳои шартӣ мусбат ва намудҳои гуногуни боздоштшавии дохилӣ ба зерӣ пӯсти ҳайвонҳо аз ҳисоби 0,5 мг/кг вазн вазопрессин тазриқ карда шуд. Пас аз 20 дақиқаи баъди тазриқ ҳайвонотро дар камераи таҷрибавӣ ҷойгир намудан ва рафти инкишофи таҷрибаро назорат намуданд.

Ошкор карда шуд, ки дар ҳамаи ҳайвоноти таҷрибавӣ тазриқи вазопрессин боиси тағйирёбии муайяни ҳамаи шаклҳои ФРШ гардид.

Масалан, дар хорпуштҳо рефлексҳои шартӣ мусбат баъди ҳамбастагии 15-ум пайдо шуда, баъди 30-юм мустақкам шуданд. Боздоштшавии тафриқанок баъди истифодабарии 5-ум зоҳир гардида, баъди 20-ум мустақкам гардид. Боздоштшавии хомӯшшаванда баъди истифодабарии 8-ум зоҳир шуда, баъди 16-ум мустақкам гардид.

Давраи ниҳонии фаъолнокии ҳаракат 8 сония, вақти ба назди донхӯрак омадан 12 сония, вақти ба ҷойи аввала баргаштан 45 сонияро ташкил дод. Ҷоиби ҷавобҳои дуруст ба рефлексҳои шартӣ мусбат 85%, боздоштшавии тафриқанок – 90%, боздоштшавии хомӯшшаванда – 75%-ро ташкил дод.

Омӯзиши нақши вазопрессин дар танзими фаъолияти рафтор ва раванди хотираи хорпуштҳо нишон дод, ки вай ба ФРШ мағзи сар таъсири умумии сабӯккунанда мерасонад. Тазриқи вазопрессин боиси кӯтоҳшавии эътимодноки ($P < 0,05$) ДН гардид. Таъсири нисбатан зоҳиршавандаи препарат ба раванди омӯзиш дар шакли зиёд шудани миқдори ҷавобҳои дуруст ва кӯтоҳшавии ДН, инчунин вақти ба назди донхӯрак омадан зоҳир гардид. Гарчанде ин сабӯкшавӣ хусусияти пурзӯршавандаи надошт, марҳалаи баргаштан ба ҷойи аввала дар заминаи вазопрессин амалан ташаккул наёфт. Омӯзиши нақши вазопрессин дар танзими раванди хотираи хорпуштҳо нишон дод, ки вай таъсири равшани кӯтоҳмуддати умумисабӯккунанда ба аксуламалҳои шартӣ дорад.

Ба дигар намудҳои хотира таъсири вазопрессин зоҳиршаванда нест. Махсусан баъди ворид намудани он тағйироти зиёд дар шаклҳои модарзодии рафтор мушоҳида карда шуданд. Онҳо аз хеле фаъолноқшавии ҳаракат, пурзӯршавии фаъолияти эътиноию тадқиқотии тағйиротҳои вегетативӣ; тахикардия, тахипноэ, баландшавии сабабнокии ғизоӣ (гиперфагия), пурзӯршавии фаъолияти тадқиқоти ҳайвонот иборат буданд. Онҳо ба таври вертикалӣ меистанд, дар камера ҳаракатҳои мудавваро иҷро мекунанд, дар онҳо

чузъҳои тарс ва дигар нишондиҳандаҳо вучуд на- доштанд. Дар шабонарӯзи чоруми пас аз вориди вазопрессин ҳамаи тағйиротҳои хос аллакай дар шакли хирашуда мавҷуд буданд.

Хулоса. Ҳамин тарик, маълумоти муқоисавии овардашуда нишон медиҳад, ки дар қатори боло- равии сутунмуҳрадорон тағйироти хусусияти таъ- сири танзимкунандаи вазопрессин ба фаъолияти рефлексии шартии мағзи сар ва равандҳои хотира мушоҳида карда мешавад.

Муайян карда шуд, ки дар марҳилаи хазандагон бо сабаби суст инкишоф ёфтани пӯсти нави баъзе шаклҳои фаъолияти рефлексии шартӣ (ФРШ), ки дар танзим иштирок мекунад, танзими нейропеп- тидии он дар механизмҳои фаъолияти олиии асаб (ФОА) мушоҳида карда намешавад. Дар ҳоле, ки дар намояндаи ҳашаротхӯрон, хорпуштҳо, ки 32% майдони умумии мағзи сарро неокортекс ташкил медиҳад. Ин ҳодисаҳо ба таври возеҳ зоҳир ме- шаванд.

Дар хотима қайд карда мешавад, ки бо эво- лютсияи инкишоф ва фарқкунии минтақаҳои ассотсиатсионӣ дар қабати нав инчунин фарқкунӣ ва маҳсусгардонӣ дар ташаккули таъсири вазо- прессин ба шаклҳои гуногуни фаъолияти олиии асаб мушоҳида карда мешавад.

АДАБИЁТ

1. Сафаров Х.М., Устоев М.Б. Влияние высокой температуры и вазопрессина на УРД животных. /Сафа- ров Х.М., Устоев М.Б. //Действия различных факторов

на структуру и функцию организма животных. – Ду- шанбе, 1998. Вып.Х – С. 1929.

2. Соллертинская Т.Н. Сравнительно физиологиче- ские особенности регулирующего влияния вазопрессина на ВНД в восходящем ряду млекопитающих // Физиол. Журн. Т.82.№2 1996. – С.20-29.

3. Холбеков. М.Ё.Влияние конъюгата дерморфина на процессы высшей нервной деятельности у ежей [Текст]/ М.Ё.Холбеков, М.Б.Устоев//. Проблема развития современной науки. По материалам 1 международной научно-практической конференции г. Екатеринбург 2016г.С40-42

4. Устоев М.Б. Сравнительное изучение воздей- ствия нейропептидов семакса и селанка на поведение ежей (*Hemiechinus Auritis*) Наука и инновация. М.Б. Устоев, М.Д. Обидова // ISSN 2312 – 3648, -№4, -2018 –С.222-227.

5. Устоев М.Б. Влияние семакса в лимбических структурах мозга при выработке условно – пищево- бывательного рефлекса у ежей (*Hemiechinus Auritis*) / М.Б. Устоев, М.Д. Обидова // Наука и инновация ISSN 2312 – 3648, -№4, -2018 –С.262-267.

Азимова Гулнора Норбобоевна-дотсенти кафе- драи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетикаи ба номи профессор Бердиев Н.Б. МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”. Телефон: 300078966.

Азимова Гулнора Норбобоевна- доцент кафедри медицинскои биологияи с основами генетики имени профессора Бердиев Н.Б. ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Телефон:300078966.

Azimova Gulnora Norboboevna-Docent of the department of medical biology with the basics of genetics named after Professor Berdiev N.B., SEI “Tajir state medical university named after Abuali ibni Sino”. Phone 300078966.

ТДУ 616.591.22.341735

ТАҒЙИРЁБИИ НИШОНДОДҲОИ МАСУНИЯТИ ГУМОРАЛӢ ВА ҲУҶАЙРАВӢ ДАР КӢДАКОНИ ЗИЁДВАЗНИ ГИРИФТОРИ ПНЕВМОНИЯИ ШАДИД

¹Асламова Г.К., ¹Икромӣ Т.Ш., ²Музаффаров Ш.С.

¹МД “Маркази илмӣ-клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона”, Душанбе

²МДТ “Донишгоҳи давлати тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ Ибни Сино”

Асламова Гулнисо Каримовна – унвонҷӯи МД “Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона”, Душанбе, Тоҷикистон, тел. +992 907108910

Мақсади омӯзиш. Баҳодиҳии ҳолати нишондодҳои фаъолияти иммунологии кӯдакони хурдсоли зиёдвазни гирифтори пневмонияи бактериявӣ.

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот. Ин мушоҳидаи илмӣ дар пойгоҳи клиникии МД «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона» - шурӯбаи бемориҳои кӯдакони навзоди МД ММТ ҶТ – «Шифобаҳи» гузаронида шуд. Дар ҷараёни тадқиқот 60 кӯдаки синнашон аз 3 моҳа то 3 солаи гирифтори пневмонияи бактериявӣ дар заминаи зиёдвазнӣ маъриди омӯзиши қарор гирифтанд.

Натиҷаҳои омӯзиши ва муҳокимаи он. Дар кӯдакони дорои пневмонияи бактериявӣ дар заминаи зиёдазӣ, пастиавии назарраси нишондодҳои лимфоситҳо ва зернамудҳои он дар муқоиса бо кӯдакони гуруҳи назоратӣ ба қайд гирифта шуд. Ҳамзамон, коҳиши назарраси таносуби зерпопулятсияи Т - лимфоситҳо, ба монанди CD_3 ($48,7 \pm 1,1\%$) ва CD_8 ($19,88\%$) ва CD_8 ($19,2\%$) ва CD_8 ($19,2,1 \pm 1,10 \pm 1,17\%$). Аммо, нишондиҳандаи CD_{95} дар ин кӯдакон бисёртар гардид (мутаносибан $68,3 \pm 1,45\%$; $40,4 \pm 1,39\%$; $23, \pm 1,09\%$ ва $32,9 \pm 1,89\%$).

Хулоса. Пневмонияи бактериявӣ кӯдакони хурдсол, ки дорои вазни зиёдатӣ мебошанд, ба муҳтавои чузъҳои системаи хучравӣ ва гуморалӣ оварда мерасонад.

Калимаҳои калидӣ: Масуният, ҳолати иммунӣ, кӯдакони хурдсол, пневмонияи бактериявӣ, хучайраҳои масунӣ;

¹Асламова Г.К., ¹Икромӣ Т.Ш., ²Музаффаров Ш.С.

ИЗМЕНЕНИЕ КЛЕТОЧНОЙ И ГУМОРАЛЬНОЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», Душанбе.

²ГОО «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

Асламова Гулносо Каримовна – соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», Душанбе, Таджикистан, тел. +992 907108910;

Цель исследования. Оценить состояние иммунологических параметров детей раннего возраста бактериальной пневмонии избыточной массы тела.

Материал и методы исследования. Настоящее научное наблюдение проводилось на клинической базе ГУ «Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии» - отделение детской пульмонологии ГУ НМЦ РТ – «Шифобахи». В процессе исследования были вовлечены 60 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет, страдающих от бактериальной пневмонии на фоне избыточной массы тела.

Результаты исследования и их обсуждение. У детей с бактериальной пневмонией на фоне избыточной массы тела отмечалось существенное снижение Т-цитотоксических лимфоцитов и субпопуляций по сравнению с детьми контрольной группы. При этом отмечалось значительное снижение соотношения субпопуляций Т – лимфоцитов, таких как CD_3 ($48,7 \pm 1,1\%$), CD_4 ($29,4 \pm 1,88\%$) и CD_8 ($19,2 \pm 1,17\%$). Однако показатель CD_{95} ($34,7 \pm 0,9\%$) имело тенденцию к повышению по сравнению с этими же данными у детей контрольной группы ($68,3 \pm 1,45\%$; $40,4 \pm 1,39\%$; $23, \pm 1,09\%$ и $32,9 \pm 1,89\%$, соответственно).

Выводы. Бактериальная пневмония у детей раннего возраста, страдающих от избыточной массы тела, привела к изменениям содержания компонентов клеточной и гуморальной иммунной системы.

Ключевые слова: иммунитет, иммунный статус, детей раннего возраста, бактериальная пневмония, иммунокомпетентные клетки.

Aslamova¹ G.K., Ikromi T. Sh., Muzaffarov² Sh.S.

CHANGE IN CELLULAR AND HUMORAL IMMUNOLOGICAL ACTIVITY IN THE BODIES OF CHILDREN IN THE EARLY STAGES OF LIFE WITH ACUTE PNEUMONIA IN THE CONTEXT OF EXCESS BODY WEIGHT

SI “Republican scientific and clinical center of pediatrics and pediatric surgery” Dushanbe, Tajikistan

Aslamova Gulniso Karimovna – aspirant of “Republican scientific and clinical center of pediatrics and pediatric surgery”, Dushanbe, Tajikistan, +992 907108910;

Aim. To study and evaluate the state of the immunological parameters of the body of young children suffering from bacterial pneumonia against the background of overweight.

Material and research methods. This scientific observation was carried out on the clinical base of the State Unitary Enterprise “Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery” - the department of children’s pulmonology of the State Institution of the NMC of the Republic of Tatarstan - “Chiffobakhsh”. In the process of research, 60 children aged 3 months to 3 years suffering from bacterial pneumonia against the background of overweight were involved.

The results of the study and its discussion. In children with bacterial pneumonia against the background of excess body weight, a significant decrease in T-cytotoxic lymphocytes and subpopulations compared with children of the control group was noted. At the same time, there was a significant decrease in the ratio of subpopulations of T - lymphocytes,

such as CD_3 ($48,7 \pm 1,1\%$), CD_4 ($29,4 \pm 1,88\%$) and CD_8 ($19,2 \pm 1,17\%$). However, the CD_{95} indicator ($34,7 \pm 0,9\%$) was a tendency to increase compared to the same data in children of the control group ($68,3 \pm 1,45\%$; $40,4 \pm 1,39\%$; $23, \pm 1,09\%$ and $32,9 \pm 1,89\%$, respectively).

Conclusions. Bacterial pneumonia in young children suffering from overweight, led to changes in the content of the components of the cellular and humoral immune system.

Key words: immunity, immune status, young children, bacterial pneumonia, immunocompetent cells.

Мубрамият. Пневмонияи бактериявӣ – беморие мебошад, ки дар сохтори беморнокӣ ва фавти кӯдакони синнашон то 5 сола мавқеи муҳимро ишғол намуда, то ҳол масъалаи ҳалношудаи бемориҳои кӯдакони ва пульмонологияи кӯдакони ба ҳисоб меравад. Мувофиқи маълумотҳои охиринаи муассисаҳои умумичаҳоние, ки ба омӯзиши масъалаҳои эпидемиологияи пневмония дар байни кӯдакони машгуланд, намудҳои наву атипикӣ илтиҳоби шуш боиси афзоиш ёфтани кӯдакони гирифтори шаклҳои музмини бемориҳои мазкур гардиданд, ки аҳамияти баланди тиббӣ-ичтимоӣ ва демографияи ин масъаларо инъикос менамоянд [5-7, 11].

Чуноне ки маълум аст, равиш ва дараҷаи вазнинии бемории пневмония на ҳамеша аз намуди барангезанда ё роҳҳои гузариши он, инчунин аз реактивнокии бадани кӯдакони бемор, ки дар асоси он фаъолияти масунӣ нақш мебозад, вобастагӣ дорад. Муҳаққиқони зиёде хабар медиҳанд, ки дигаргуншавии ҷузъҳои ҳолати масунӣ дар кӯдакони навзод вобаста ба иқлим, ғизогири, пайдоиши манбаҳои бемориҳои гуногун дар минтақа ва инчунин омилҳои иҷтимоӣ, ба монанди сигоркашии волидайн, истифодабарии маводҳои баландкунандаи ҳассосияти бадан ва шароити номусоиди зисту зиндагӣ алоқаманд мебошад [1, 4, 8, 9, 12].

Масуният – “муборизи” асосӣ ба зиддӣ омилҳои гуногуни дохиливу берунӣ, дар давоми ҳаёт якҷанд маротиба дигаргуниҳоеро, ки мутобиқшавии масунии бадани одамон, аз ҷумла дар мавриди бемориҳои гуногун ё дар заминаи эмгузаронӣ ба амал меоянд, паси сар менамояд. Аммо нуқсонҳои якуминдараҷа ва дуоюминдараҷаи фаъолияти масуният метавонанд боиси пайдоиши бемориҳои гуногуне гарданд, ки табобати дурудароз ва бисёрҷузъаро талаб менамоянд. Ҳамзамон, табобати асоснок нашудаи антибактериалӣ ва зиддивирӯсӣ метавонад ба фаъолияти мувофиқи узвҳои системаи узвҳои масунӣ таъсири манфӣ дошта бошанд, ки бо бемориҳои гуногун зоҳир мешаванд [2, 7, 12].

Масъалаи дигари мубрами соҳаи парҳезшиносии кӯдакони ва ғизошиносии муосир зиёдазбанд ба ҳисоб меравад, ки ба вайроншавии ғизогири дахл дорад. Метатаҳлилҳои бахшида ба

бемориҳои узвҳои нафаскашӣ гузаронидашуда нишон медиҳанд, ки кӯдакони дорои вазни зиёд ба синни худ нисбат ба кӯдакони инкишофи баданашон муътадил бештар ба бемориҳои узвҳои нафаскашӣ гирифтор мешаванд [3, 6, 9, 10, 13].

Айни замон, маълумотҳои дар адабиётҳои мавҷудбуда нашршуда оид ба дигаргуншавии ҷузъҳои ҳолати масунӣ дар мавриди бемориҳои гуногун хусусияти клиникаро ба худ касб намуда, онҳо ба тибби амалӣ фаъолона ворид шуда истодаанд, ки бештар самаранокии табобати ислоҳкунандаи масуният баҳогузорӣ карда мешавад. Аммо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тадқиқот оид ба омӯзиши дигаргуншавии ҷузъҳои ҳолати масунӣ дар байни кӯдакони дар мавриди пневмония ва зиёдазбандӣ мавриди омӯзиш қарор нагирифтааст, ки моҳият ва муҳимияти мавзӯи мазкурро инъикос менамояд.

Мақсади таҳқиқот. Баҳодиҳии ҳолати нишондодҳои фаъолияти иммунологияи кӯдакони хурдсоли зиёдазбанди гирифтори пневмонияи бактериявӣ.

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти илмӣ мазкур дар пойгоҳи клиникаи Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-клиникаи педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакон» - шуъбаи пульмонологияи кӯдакони МД «ММТ ҶТ - Шифобахш» гузаронида шуд.

Дар тадқиқот 60 кӯдаки аз 3- моҳа то 3- сола, ки гирифтори пневмонияи бактериявӣ ва дорои зиёдазбандӣ буданд, ҷалб карда шуданд. Фарқияти ҷинсии байни кӯдакони мушоҳидашуда нишон дод, ки дар тадқиқот 36 (60,0%) писарон ва 24 (40,0%) духтарон иштирок намуданд. Таҳқиқот дар байни солҳои 2019 ва 2023 гузаронида шудааст.

Кӯдакони зерин назоратбуда ба ду гурӯҳ тақсим шуданд. Ба гурӯҳи якум 60 нафар кӯдакони гирифтори пневмонияи бактериалии бо зиёдазбандӣ мансуб буданд ва гурӯҳи назоратӣ аз кӯдакони дорои инкишофи муътадил, ки бемориҳои назарраси клиникавӣ лабораторӣ набуданд, иборат буд.

Барои баҳодиҳии инкишофи ҷисмонии кӯдакони таҳқиқшуда антропометрия бо чен кардани қад, вазн, андозаи атрофи сар ва атрофи сина гузаронида шуд. Барои муқаррар намудани меъёрҳои дақиқи баҳодиҳии афзоиши

чисмони кӯдакони мушоҳидашуда барномаи WHO AnthroPlus (2009) истифода шудааст.

Таҳлили бактериологии мухтавои девораи кафои ҳалқум ва бинӣ бо истифода аз асбобҳои пахтагии безараргадонидашуда дар лабораторияи бактериологии МД Маркази давлатии тиббии Чумхурии Тоҷикистон – «Шифобахш» гузаронида шуд.

Фаъолияти иммунологии организми кӯдакони таҳқиқшуда тавассути муайян кардани нишондиҳандаҳои ҳуҷайравӣ ва гуморалии ҳолати масунӣ, аз қабилҳои иммуноглобулинҳои А, М, G, CD₃, CD₄, CD₈, CD₉₅ дар лабораторияи клиникӣ ҚДММ «Диамед» баҳо дода шуд. Масунияти ҳуҷайравӣ дар асоси индексҳои субпопулятсияи Т-лимфоситҳо бо истифода аз маҷмуи антителиҳои моноклоналӣ аз MedBioSpectr (Русия) муайян карда шуд. Бо истифода аз реагентҳо аз ширкати Bosh (Олмон) дар анализатори биохимиявӣ мазмуни чузъҳои имунитети гуморалӣ омӯхта шуда, натиҷаҳо бо истифода аз барномаи Integra 400 Plus ҳисоб карда шуданд.

Коркарди омории мавод дар барномаҳои компютери амалӣ барои омори тиббӣ (Statistica 10.0) анҷом дода шуд. Қиматҳои миқдорӣ ҳамчун нишондодҳои миёна (M) ва ҳатои стандартӣ ($\pm SE$) нишон дода шудаанд. Муқоисаи чуфтшудаи нишондиҳандаҳои миқдорӣ байни гурӯҳҳои мустақил бо истифода аз санҷиши Mann-Whitney U ва барои муқоиса байни гурӯҳҳои вобастагӣ, санҷиши Wilcoxon T истифода шудааст. Тафовутҳо дар $p < 0.05$ аз ҷиҳати омори муҳим ҳисобида шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Таҳқиқотҳои сершумори илмӣ оид ба ташкили хизматрасонии тиббӣ ба кӯдакон тавсия медиҳанд, ки барои сари вақт муайян намудан ва ошкор кардани манбаҳои инкишофи шаклҳои вазнин ва мураккаби бемории пневмония дар байни кӯдакон чораҳои пешгирикунанда гузаронида, ба мӯҳлатҳои қабул ва давомнокии беморӣ диққати махсус дода шавад. Дар раванди таҳқиқоти мо низ ин нуқта аҳамияти кам надошт, зеро таҳлили муҳлати қабули кӯдакони таҳти назорат нишон дод, ки онҳо ба ҳисоби миёна 5-7 шабонарӯз пас аз пайдо шудани аломатҳои аввалини беморӣ ба шубҳа қабул карда шудаанд.

Мувофиқи маълумоти Пажӯҳишгоҳи тиббӣ оид ба пешгирии бемориҳои сироятӣ (ИМА) сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ дар инкишофи шаклҳои вазнин ва музмини бемории пневмония дар байни кӯдакон нақши махсусдоранд. Таҳлили натиҷаҳои ҷамъовариҳои собиқа нишон медиҳад, ки дар кӯдакони назоратшаван-

да пеш аз пайдо шудани бемории пневмония, аломатҳои ринити зардобӣ 34 (56,7%) ва ринити фасодӣ 22 (38,3%), риноконъюнктивит 28 (46,7%), варачаи ринофарингоконъюнктивалӣ 28 (47,4%) ва нишонаҳои ларинготрахеит 12 (20,0%) ҷой доштанд. Инчунин, дар 15 (25,0%) маврид волидайн бемориро бо пайдо шудани эпизодҳои обструктивии бронхитҳои оддӣ, ки барои онҳо таъбири зидди вирусӣ ва зиддибактериалӣ гузаронида шудааст, вобаста кардаанд.

Ҳангоми муоинаи кӯдакони дар зерин назоратшуда чунин нишонаҳо мушоҳида мешуданд: ҳарорати бадан 54 (90,0%), табларза 44 (73,3%), бемадорӣ 53 (88,3%), даст кашидан аз ғизоҳӯрӣ 27 (45,0%) ва намакидани сина 35 (58,3%), безътиной 57 (95,0%), беҳолӣ 34 (56,7%), сусти бадан 25 (41,7%), афсурдаҳолӣ 2 (3,3%) ва бетоқати зиёд 2 (3,3%). Маълумотҳои бадастомада аз оғозҳои захролудшавии эндогенӣ дар бадани кӯдакон дар натиҷаи афзоиши сирояти бактериявӣ шаҳодат медиҳад.

Дар баробари зухуроти дар боло зикршуда дар кӯдаконе, ки мо назорат кардем, аломатҳои мушаххаси осеби бофтаҳои шуш ва аломатҳои вайроншавии нафаскашӣ, аз қабилҳои нафаскашии босуръат 60 (100,0%), нафаскашии нолишноқ 40 (66,7%), сианози секунҷаи лабу бинӣ 52 (86,7%), сулфа 57 (95,0%), нафастангӣ 54 (90,0%), тағйирёбии ранги пӯст 34 (56,7%), мармарӣ шудани ранги пӯсти андомҳо 29 (48,3%) ва ақибмонии тарафи осебдидаи шуш ҳангоми нафаскашӣ (40,7%) мушоҳида карда шуд (диаграммаи 2).

Ҳангоми аускултатсияи шуш дар 28 (46,7%) нафар дар минтақаи зарардидаи шуш садои дурӯшт, дар 32 (53,3%) нафар суштшавии садои нафаскашӣ, дар 35 (58,3%) нафар – крепитатсия ва дар 40 (66,7%) нафар нафаскашии “муқиқимонанд” шунида шуд. Қайқунӣ бо балғам дар 28 (46,7%) кӯдаки гирифтори пневмония мушоҳида шудааст.

Рентгени қафаси сина то ҳол стандарти тиллоии ташҳиси пневмония маҳсуб меёбад, ки ин нишондодро асос доништа мо дар кӯдакони таҳти назорат ташҳиси рентгени қафаси синаро анҷом додем. Муоинаи рентгени шуш дар 31 (51,7%) нафар кӯдакон пневмонияи манбавӣ, дар 14 (23,3%) нафар пневмонияи манбавии пайваста, дар 9 нафар (15,0%) пневмонияи интерститсиалӣ ва дар 4 (6,7%) нафар пневмонияи тоталӣ муайян карда шуд. Мавқеи ҷойгиршавии манбаи илтиҳоб аз тарафи рост ҳангои бемории пневмонияи бактериявӣ дар кӯдакони зерин назорат дар 47 (78,3%) нафар тарафи чап дар 8 (13,3%) нафар ва пневмонияи дутарафа дар 5 (8,3%) нафар ба назар расид. Ти-

Аломатҳои клиникалии зарарёбии бофтаҳои шуш дар кӯдакони дорони зиёдазний хангоми пневмонияи бактериявӣ



момегалия дар 36 (60,0%) ҳолат ба қайд гирифта шуд, ки аз мавҷудияти тағйироти системаи масуният дар бадани кӯдакони дар зерин назоратбуда шаҳодат медиҳад.

Таҳқиқоти бактериявии муҳтавои девораи паси ҳалқ ва бинӣ нишон дод, ки *St. aureus* - дар 16 (26,7%) ҳолат, *Klebsiella* - дар 12 (20,0%) маврид, *Str. pyogenus* - дар 9 (15,0%) ҳолат, *St. Epidermalis* - дар 6 (10,0%) маврид ва занбӯруғҳои чинси *Candida* - дар 4 (6,7%) ҳолат кишт шуданд. Сирояти омехта дар 13 (21,7%) ҳолат дар шакли *Klebsiella* ба *St. Epidermalis* ва *Str. Пиогенус* + *St. aureus* (диаграммаи 2).

Таҳлили хун нишон дод, ки дар кӯдакони тахти назорат сатҳи баланди лейкоцитҳо аз ҳисоби ҳуҷайраҳои нейтрофилӣ, кам шудани қисми лимфоситҳо дар формулаи лейкоцитҳо ва баландшавии СТЭ чой дорад. Ҳамзамон дар беморон камхунии дараҷаи сабук дар 27 (45,0%) нафаркамхунии дараҷаи миёна дар 19 (31,7%) на-

фарва камхунии дараҷаи вазнин дар 14 (23,3%) нафармушоҳида шуд.

Дар асоси мавҷудияти тимомегалия, аломатҳои осеби шадиди бофтаи шуш ва ошкор кардани микроорганизмҳои гуногун дар роҳҳои болоии нафас, омӯзиши ҳолати масунии кӯдакони мушоҳидашуда гузаронида шуд. Омӯзиши ҷузъи ҳуҷайравии гуморалии фаъолияти масунии бадани кӯдакони гирифтори пневмонияи бактериявӣ дар заминаи вазни зиёдатии бадан тағйироти назаррасро дар параметрҳои системаи масунии ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ муайян кард.

Дар кӯдакони гирифтори пневмонияи бактериявӣ дар заминаи вазни зиёдатии бадан, дар муқоиса бо кӯдакони гурӯҳи назоратӣ, камшавии назарраси лимфоситҳои Т-ситотоксикӣ ва субпопулятсияҳои он мушоҳида гардид. Дар баробари ин, хеле камшавии таносуби зернамуди Т-лимфоситҳо, ба монанди CD_3 ($48,7 \pm 1,1\%$), CD_4 ($29,4 \pm 1,88\%$) ва CD_8 ($19,2 \pm 1,17\%$) қайд карда шуд.

Ҷадвали 1

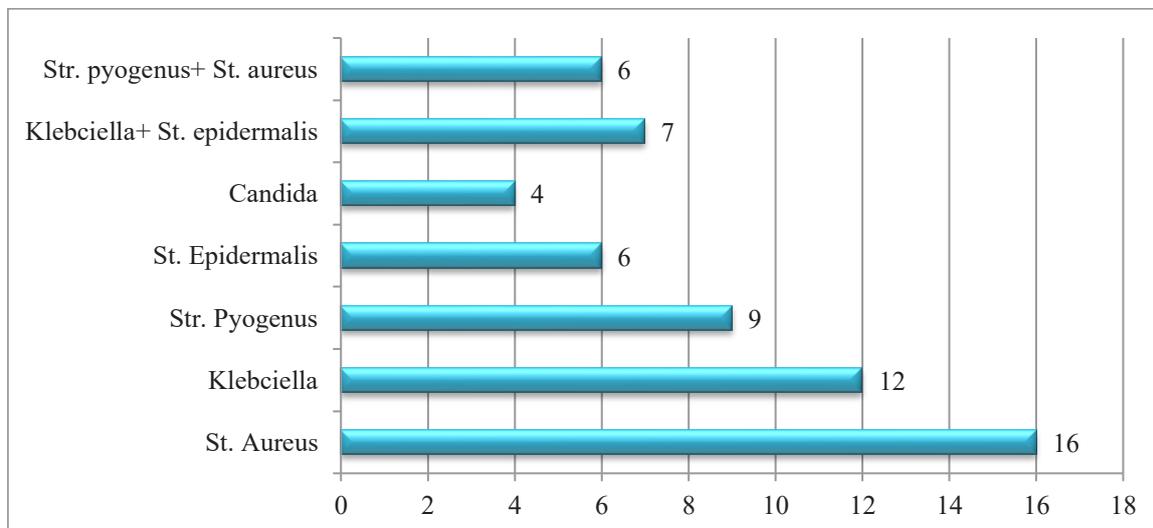
Тағйирёбии нишондодҳои масунияти ҳуҷайравӣ дар кӯдакони тахти назорат ($M \pm m$)

Нишондод	CD_3 (%)	CD_4 (%)	CD_8 (%)	CD_{95} (%)
Кӯдакони гирифтори пневмонияи бактериявӣ, ки вазни зиёд доранд	$48,7 \pm 1,1$ $p < 0,05$	$29,4 \pm 1,88$ $p < 0,01$	$19,2 \pm 1,17$ $p < 0,01$	$34,7 \pm 0,9$ $p < 0,05$
Гурӯҳи назоратӣ	$68,3 \pm 1,45$	$40,4 \pm 1,39$	$23, \pm 1,09$	$32,9 \pm 1,89$

Эзоҳ: p – бузургии оморӣ фарқияти нишондодҳо дар байни гурӯҳҳо (аз рӯи меъёри Крускал-Уоллис).

Диаграммаи 2

Натиҷаи кишти бактериологии муҳтавои девораи қафои ҳалқ ва бинӣ дар кӯдакони таҳти назорат



Бо вучуди ин, нишондиҳандаи CD_{95} ($34,7 \pm 0,9\%$) дар муқоиса бо ҳамин нишондод дар кӯдакони гурӯҳи назоратӣ ($68,3 \pm 1,45\%$; $40,4 \pm 1,39\%$; $23,0 \pm 1,09\%$ ва $32,9 \pm 1,89\%$ мутаносибан) афзоиш ёфтааст (ҷадвали 1).

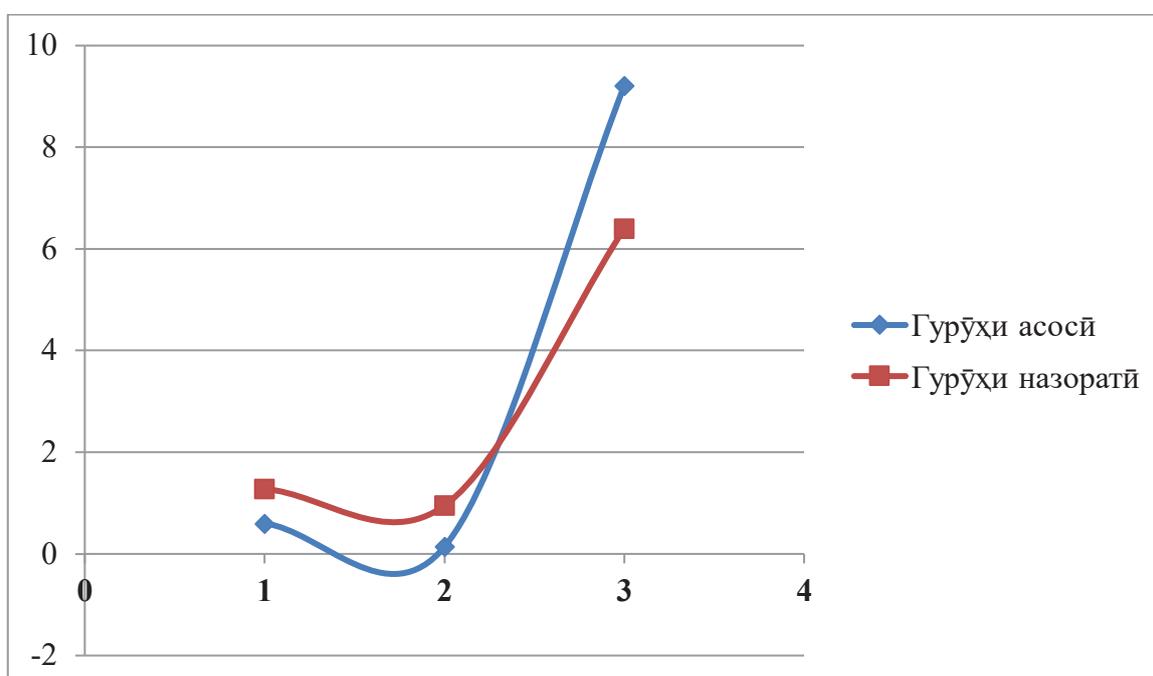
Тадқиқоти чузъи гуморалии системаи масунӣ дар кӯдакони гирифтори пневмонияи бактериявӣ зери назоратбуда нишон дод, ки дар ин гурӯҳҳои кӯдакон сатҳи иммуноглобулин А ($0,6 \pm 0,04$ г/л) ва

М ($0,14 \pm 0,02$ г/л) камтар шудааст, аммо тамоюли назарраси зиёдшавии миқдори иммуноглобулини G ($9,21 \pm 0,0$ г/л) дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ $0,95 \pm 0,02$ г/л, мутаносибан $6,4 \pm 1,6$ г/л) мушоҳида шуд (диаграммаи 3).

Ҳамин тариқ, омӯзиши ҳамаҷонибаи чузъҳои мушаххас ва ғайрихосаи системаи масунӣ дар кӯдакони хурдсоли гирифтори пневмонияи бактериявӣ дар заминаи вазни зиёдтании бадан

Диаграммаи 3

Ҳолати чузъҳои масунияти гуморалӣ дар кӯдакони таҳти назорат



нишон дод, ки системаи масунии ин гурӯҳҳои кӯдакон тағйироти вазнинро бо намуди кам гардидани микдори субпопулятсияи лимфоситҳо - CD₃, CD₄ ва CD₈ ва баръакс, зиёд шудани микдори хучайраҳои CD₉₅ аз сар мегузаронад, ки оид ба вайроншавии чараёни апоптоз ва дигаргуншавии фаъолияти узвҳои масунӣ дар ин гурӯҳҳои кӯдакон дар заминаи сирояти бактериявӣ маълумот медиҳад.

Дар баробари ин, бадани кӯдаконе, ки дорои вази зиёдаи мебошанд, нисбат ба кӯдакони инкишофи баданашон ва нишондодҳои меъёрӣ до-ранд, нисбатан ба таъсири ҳар гуна таъсиротҳо ҳассос мебошанд. Ин хусусият тамоюли бадани гурӯҳи кӯдакони мазкурро нисбат ба ҳолатҳои баландҳасосӣ афзоиш медиҳад, ки дар асоси инкишофи ҳолати мазкур фаъолшавии хучайраҳои фарбеҳ, хоричшавии омилҳои илтиҳоб ва вайроншавии таҳаммулпазирии (толерантнокии) бадан нисбат ба таъсири омилҳои мухталиф меистад. Ҳолати зикргардида боиси “кушода шудани” роҳ ба бактерияҳо, кам гардидани захираҳои муҳофизатӣ ба зидди бактерияҳои гуногун ва баланд гардидани таъсирпазирии роҳҳои нафаскашӣ ба сироятҳои бактериявӣ мусоидат менамоянд. Дар заминаи ҳолатҳои дар боло номбаршуда стресси масунӣ ва вайроншавии вазифаи нишондодҳои хучайравиву гуморалӣ муайян карда шуданд, ки аз мавҷудияти вайроншавии фаъолият дар узвҳои ба масуният ҷавобгар дар заминаи афзоиши пневмонияи бактериявӣ шаҳодат медиҳанд.

Хулосаҳо. 1. Пневмонияи шадид дар кӯдакони хурдсол, ки вази зиёди бадан доанд, боиси тағйирёбии таркиби ҷузъҳои масунияти хучайравӣ ва гуморалӣ мегардид. Ин ихтилолҳо бо камшавии субпопулятсияи лимфоситҳои CD₃, CD₄, CD₈, IgA, IgM ва баръакс, афзоиши нисбии таркиби CD₉₅ ва IgG зоҳир гардиданд, ки аз мавҷудияти вайроншавии фаъолияти муътадили хучайраҳои ба масуният ҷавобгар ва ноустувории фаъолияти узвҳои масунӣ шаҳодат медиҳад. 2. Маълумоти бадастомада дар бораи дигаргуниҳои системаи масуният дар мавриди пневмонияи бактериявӣ дар кӯдакони хурдсоли дорои вази зиёди бадан, зарурати ислоҳи масунияти вайроншударо бо ёрии маводҳои дорувории иммуномодуляторӣ нишон медиҳад.

АДАБИЁТ

1. Ледяев М.Я. Клинико-anamnestический анализ течения внебольничных пневмоний у детей в целях оптимизации лечения и профилактики. / М.Я.

Ледяев, Е.И. Шефатова, Ю.А. Жукова, Л.В. Светлова // Лекарственный вестник. 2021; 15 (4). – С. 35-41.

2. Малолетникова И.М. Этиологическая структура острой внебольничной пневмонии у детей / И.М. Малолетникова, Н.С. Парамонова // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2024. Т. 22, №1. С. 73-77. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2024-22-1-73-77>

3. Минаков А.А. Новый взгляд на этиологию и иммунологические аспекты пневмонии. / А.А. Минаков, В.В. Вахлевский, Н.И. Волошин // Медицинский совет. 2023; 17(4):141-153. <https://doi.org/10.21518/ms2023-056>.

4. Нестеренко З. В., Прокопьева Н. Э., Матальгина О. А., Шестакова М. Д., Полунина А. В. Внебольничная пневмония у детей в период коронавирусной эпидемии. / З.В. Нестеренко, Н.Э. Прокопьева, О.А. Матальгина и др. // Медицина: теория и практика. 2021; 6 (4): 12-20.

5. Острые инфекции дыхательных путей у детей. Диагностика, лечение, профилактика: клиническое руководство / Н.А. Геппе [и др.]. М.: МедКом-Про; 2018. – 254 с.

6. Пневмония у детей [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. - 2022. - Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>. - Дата доступа: 24.01.2024.

7. Харитонов М.А. Вирусные пневмонии: новый взгляд на старую проблему (обзор литературы). / М.А. Харитонов, В.В. Салухов, Е.В. Крюко, М.Б. Паценко и др. // Медицинский совет. 2021; (16):60-77. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-16-60-77>.

8. Dean P, Florin TA. Factors Associated With Pneumonia severity in children: a systematic review. J Pediatric Infect Dis Soc. 2018; 7 (4): 323-34.

9. Ning G., Wang X., Wu D. et al. The etiology of community-acquired pneumonia among children under 5 years of age in mainland China, 2001-2015: A systematic review. Hum Vaccin Immunother. 2017; 13(11):2742-2750.

10. Pneumonia. URL: <https://data.unicef.org/topic/child-health/pneu-monia/> (дата обращения: 12.08.2023).

11. Rose M. A., Barker M., Liese J. et al. Guidelines for the management of community acquired pneumonia in children and adolescents (pediatric community acquired pneumonia, pCAP). Pneumologie. 2020; 74:515-544.

12. Saeidi A., Zandi K., Cheok Y. Y. [et al.]. T-Cell Exhaustion in Chronic Infections: Reversing the State of Exhaustion and Reinvigorating Optimal Protective Immune Responses // Front Immunol. 2018. Vol. 9. P. 2569. doi: 10.3389/fimmu.2018.02569

13. World Health Organization. Pneumonia in children [cited 2023 Jul 07]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>.

ТДУ 615.15.

ДИНАМИКА И ГИРИФТОРШАВИ БА БЕМОРИИ ИХТИЛОЛИ СИСТЕМАИ ГАРДИШИ ХУН ДАР ЧУМХУРРИ ТОЧИКИСТОН

Гулов Э.С.

Кафедра химии фарматсевти ва идораву иктисодиёти фарматсевти, Донишгоҳи миллии Тоҷикистон.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАРУШЕНИЯМИ СИСТЕМ КРОВООБРАЩЕНИЯ В РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Гулов Э.С.

Кафедра фармацевтической химии и управления экономики фармации, Таджикский национальный университет

Резюме. В статье представлены результаты динамики заболеваемости нарушениями систем кровообращения в Республике Таджикистан за период 2019 – 2023 гг. По результату исследования установлено, что несмотря на снижения заболевания системы кровообращения в целом по Республике Таджикистан имеется рост заболевания как АГ так ИБС в некоторых областях страны. Например, заболеваемость ИБС в Хатлонской области в 2020 году снизилась на 22% и к началу 2021 года отмечался плавный рост до 2023 года и в результате составил рост на 11,4% по сравнению к 2019 году. По тому же заболеванию в столице страны произошел рост на 27,6%. В других областях страны как в Согдийской, РРП и в ГБАО произошел спад заболевания на 25,2%, 40,8% и 26,4 соответственно. Среди заболеваемости АГ за тот же период картина иначе например: наибольшее количество заболеваемости АГ в республике приходилось на Согдийскую область, далее Хатлонскую область, третью позицию заняли РРП, четвертое – это столица страны и на последнем месте ГБАО. В целом отмечалось снижение заболевания по мимо ГБАО, который показал рост 2.4%.

Ключевые слова. Сердечно-сосудистая система, лекарственные препараты, Республика Таджикистан, маркетинговые исследования, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, нарушения систем кровообращения, гипертония, Агентство по статистике при МЗуСЗН РТ.

DYNAMIC THE INCIDENCE OF CIRCULATORY SYSTEMS DISORDERS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Gulov E.S.

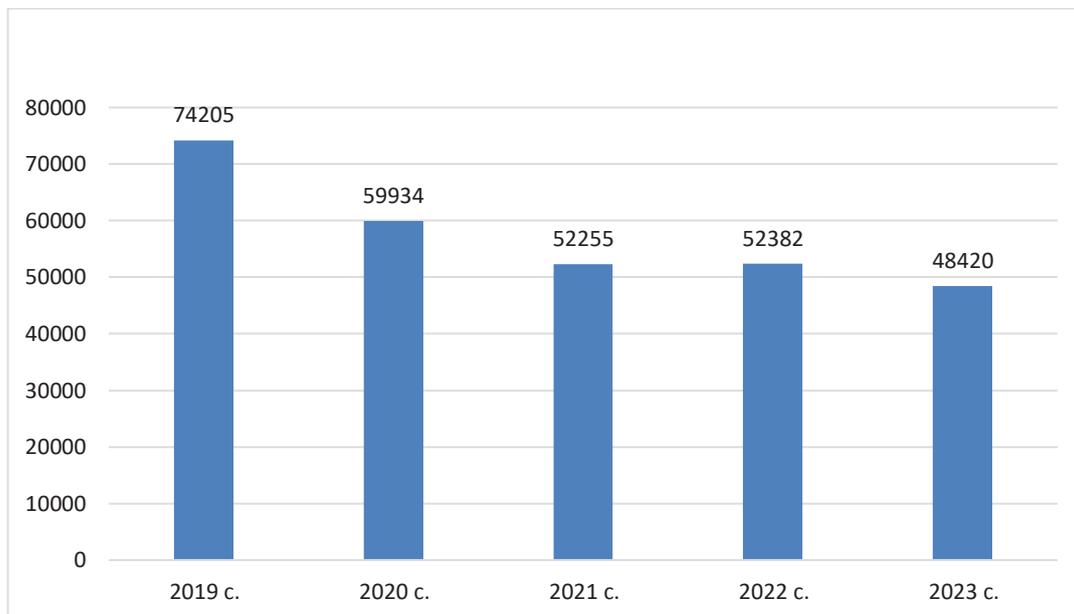
Tajik National University

Annotation. The article presents the results of the dynamics of the incidence of circulatory system disorders in the Republic of Tajikistan for the period 2019 – 2023. Based on the results of the study, it was established that despite the decrease in diseases of the circulatory system as a whole in the Republic of Tajikistan, there is an increase in diseases of both hypertension and coronary heart disease in some regions of the country. For example, the incidence of coronary heart disease in the Khatlon region in 2020 decreased by 22% and by the beginning of 2021 there was a smooth increase until 2023 and as a result there was an increase of 11.4% compared to 2019. For the same disease, there was an increase of 27.6% in the national capital. In other regions of the country, such as Sughd, DRS and GBAO, the disease declined by 25.2%, 40.8% and 26.4, respectively. Among the incidence of hypertension for the same period, the picture is different, for example: the largest number of incidence of hypertension in the republic was in the Sughd region, then the Khatlon region, the third position was taken by the RRS, the fourth was the capital of the country, and in last place was GBAO. In general, there was a decrease in the disease in GBAO, which showed an increase of 2.4%.

Key words. Cardiovascular system, drugs, Republic of Tajikistan, marketing research, arterial hypertension, coronary heart disease, circulatory system disorders, hypertension, Statistics Agency under the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan.

Мубрамият. Ба монанди бештари кишварҳои дигар бемориҳои ишемикии дил дар Чумхури Тоҷикистон сабаби зиёд дучоршавандаи фавти аҳоли ҳам дар гурӯҳи синнусоли то 65-сола ва ҳам синну соли калон мебошад [1,7,11,13,14]. Дар

соли 2013 тибқи баҳодихиҳо 17,3 миллион нафар фавтидааст; ба ҳиссаи онҳо чоряки аҳолии хамаи фавти уҷуммӣ рост меояд. Тақрибан 80%-и ин фавтҳо дар кишварҳои дорой даромади паст ё миёна ба мушоҳида мерасад. Тибқи таҳқиқотҳои



Расми 1. – Динамикаи бемориҳои ихтилоли системаи гардиши хун дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2019-2023.

охири ТУТ муайян карда шуд, ки дар соли 2030-юм 69% -и ҳамаи фавтҳо дар ҳаҷон тавассути бемориҳои ғайрисироятӣ рух додаанд [2,4,6,8,12,].

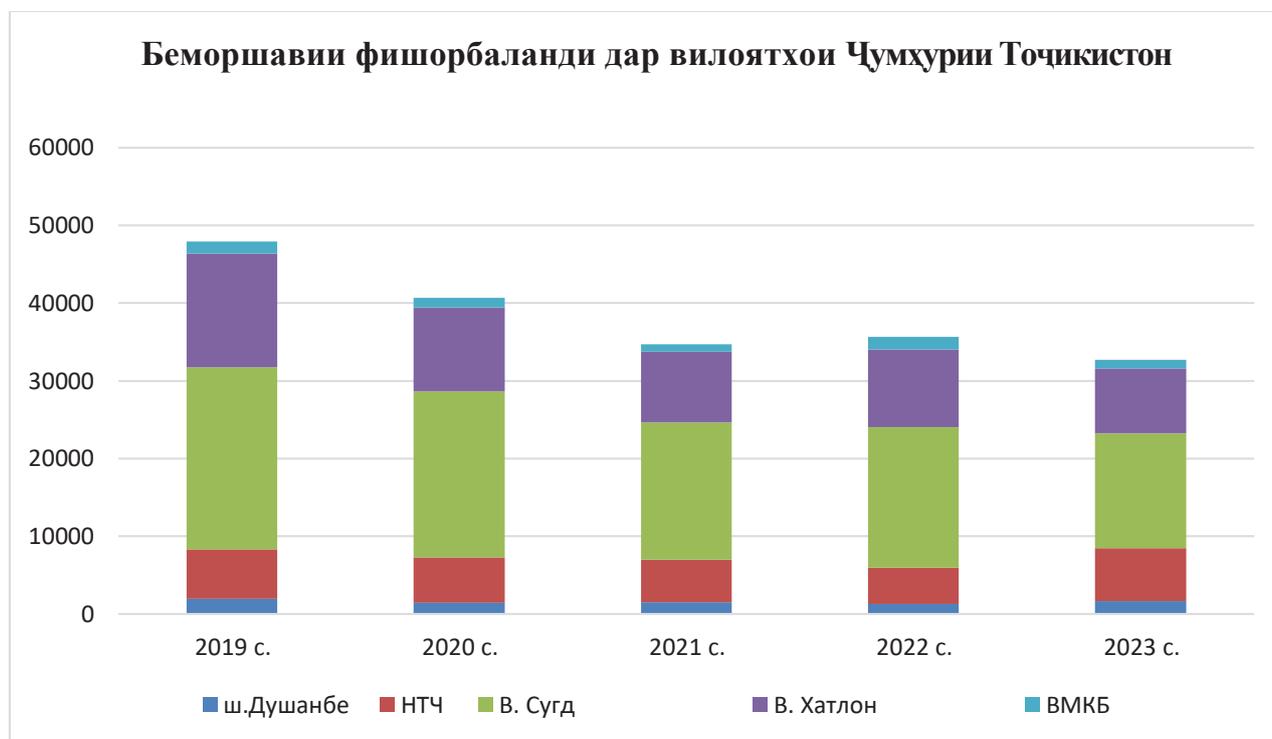
Фишорбаландӣ (гипертония) яке аз омилҳои асосии ҳатари пайдо шудани бемориҳои ишемии дилу рағҳо (БИД) ба ҳисоб меравад. Бисёр занҳои тоҷик, ҳатто инро худашон эҳсос накарда, аз фишорбаландӣ азият мекашанд; тавре ки ба

ҳама маълум аст, фишораландиро бинобар набудани аломатҳо ё симптомҳои огоҳкунанда «қотили ором» меноманд [3, 5, 9].

Ҳанӯз дар соли 2000-ум тибқи ҳисоботи ТУТ муқаррар карда шудааст, ки динамикаи марги пеш аз муҳлат аз бемориҳои дилу рағҳо дар Тоҷикистон бо болоравии мавзуни худ, назар ба ҳисоби миёнаи ҷумҳуриҳои Осиёи Марказӣ фарқ



Расми 2. Бемориҳои системаи гардиши хун дар вилоятҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2019-2023.



Расми 3. Динамикаи беморшавии фишорбаландии шарёнӣ (ФШ) дар вилоятҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2019-2023.

мекунад [10,15,16]. Дар асоси гуфтаҳои боло дар мо хоши гузаронидани таҳлили динамикаи бемориҳои системаи гардиши хун дар Ҷумҳурии Тоҷикистон пайдо шуд.

Мақсади таҳқиқоти мо омӯзиши динамикаи бемориҳои системаи гардиши хун дар Ҷумҳурии Тоҷикистон буд.

Тибқи маълумоти Агентии оид ба омили ВТ ва ҲИА ҚТ таҳлили бемориҳои системаи гардиши хун гузаронида шуд. Бемориҳои системаи гардиши хун дар вилоятҳои Хатлон, Суғд Ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ, Вилояти мухтори кӯхистони Бадахшон ва дар ш. душанбе гузаронида шуд.

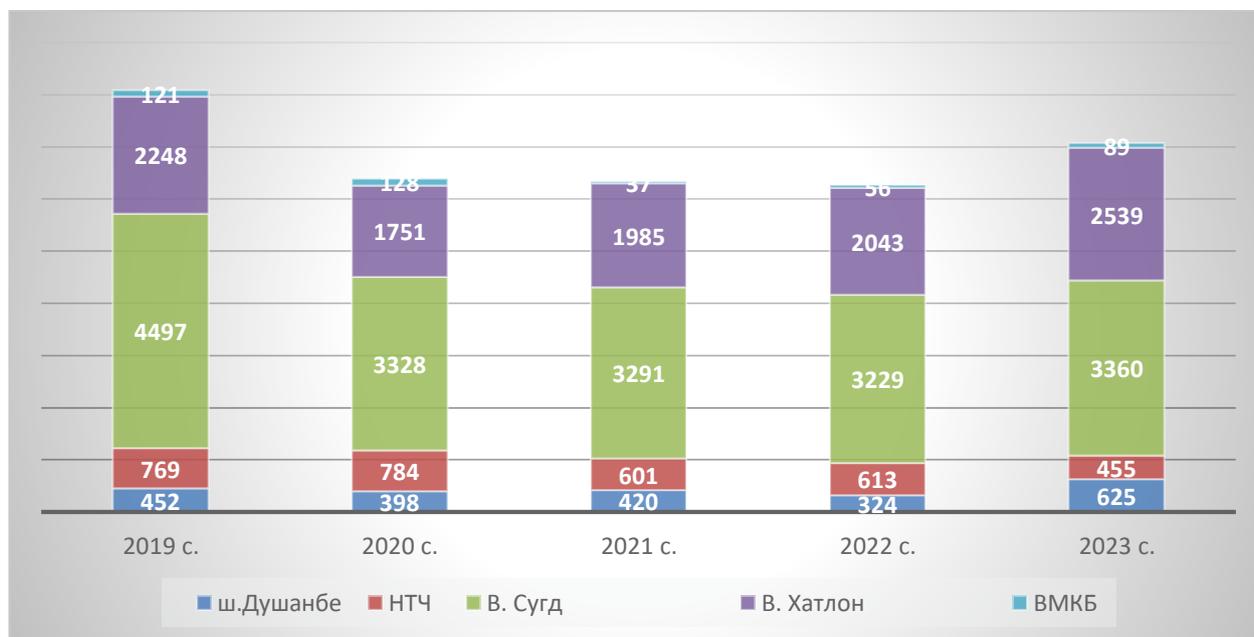
Тавре ки аз расми 1 дида мешавад, бемориҳои ихтилоли системаи гардиши хун дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2019-2023 дар маҷмӯ дар ҷумҳурӣ то 34,7% паст шудааст. Дар байни онҳо системаи бемориҳои фишорбаландии шарёнӣ ва бемориҳои ишемикии дил дар маҷмӯ дар ҷумҳурӣ, тавре ки дар расми 2 нишон дода шудааст, то 34,8% ва 12,3% кам шудааст. Агар дар байни бемориҳои системаи гардиши хун дар соли 2019 фишорбаландии шарёнӣ 64,6% ва бемориҳои ишемикӣ 10,8% бошад, пас дар соли 2023 ин нишондиҳандаҳо мутаносибан 64,5% ва 14,6%-ро ташкил доданд.

Тибқи натиҷаҳои дар расми 3 овардашуда дида мешавад, ки дар ш. Душанбе то 26,0%

кам шудааст, гарчанде дар соли 2022 афзоиши на чандон зиёд назар ба соли 2021 -ум 3,7% ба мушоҳида мерасад. Дар НТЧ кам шудани беморӣ то 35,0% ба акмал омад. Вилояти Суғд аз ҷиҳати беморшавӣ дар ҷойи 4-ум меистад ва 30,2%-ро ташкил медиҳад. Дар вилояти Хатлон камшавӣ 32,9% ва дар ВМКБ 33,4% буд.

Тавре ки дар расми 4 дида мешавад, миқдори бештари гирифтورشавӣ ба бемориҳои ФШ дар ҷумҳурӣ ба вилояти Суғд рост меояд, дар ҷойи дуюм вилояти Хатлон ва дар ҷойи сеюм НТЧ, дар ҷойи чорум ш. Душанбе ва дар ҷойи охири ВМКБ меистанд. Муқаррар карда шуд, ки дар пойтахт кам шудани гирифтورشавӣ ба бемориҳои ФШ дар 34,3%; дар НТЧ – 26,6%; дар вилояти Суғд – 22,6%, дар вилояти Хатлон 22,5% буда, дар ВМКБ афзоиши беморӣ то 2,4% мушоҳида шуд.

Таҳлили динамикаи гирифтورشавӣ ба бемориҳои ишемикии дил (БИД) дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (расми 4) нишон дод, ки ба истиснои вилояти Хатлон ва ш. Душанбе, дар дигар ноҳияҳо камшавӣ ба назар мерасад. Дар вилояти Хатлон дар соли 2020 кам шудани беморӣ то 22% ва дар аввали соли 2021 афзоиши мавзунӣ он то аввали соли 2023 давом карда, дар муқоиса аз соли 2019-ум 11,4% -ро ташкил дод. Дар пойтахти кишвар афзоиш то 27,6% буд. Дар дигар вилоятҳои ҷумҳурӣ, яъне вилояти



Расми 4. Динамикаи гирифторшавӣ ба бемории ишемии дил (БИД) дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2019-2023

Сугд, НТЧ, ВМКБ камшавии беморшавӣ мутаносибан 25,2%, 40,8% ва 26,4%-ро ташкил дод.

Хулоса, таҳлили гузаронидашуда нишон дод, ки ба камшавии бемории системаи гардиши хун дар маҷмуъ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон нигоҳ накарда, афзоиши бемории ҳам ФШ ва ҳа БИД дар баъзе маногики ҷумҳурӣ рӯ ба афзоиш дорад. Қайд кардан муҳим аст, ки дар давоми 33 сол мавқеи асосиро аз ҷиҳати фавт дар кишвар БИД ишғол карда меоянд. Дар робита аз ин, дар кишвар масъалаи расонидани ёрии фарматсевтӣ дар баробари қўмакҳои тиббӣ дар соҳаи бо доруҳо таъмин кардани аҳоли актуалӣ боқӣ мемонад.

АДАБИЁТ

1. Саидова М.Н., Маркетинговые исследования лекарственного обеспечения больных Государственного учреждения республиканского клинического центра кардиологии РТ // Монография. 2021. 172 стр.

2. Саидова М.Н., Гулов Э, Трендовый анализ фармацевтического рынка сердечно-сосудистых препаратов в Республики Таджикистан // Журнал Наука и Инновация.-Душанбе 2024 г. – №1 – С.34-41.

3. Захарочкина Е.Р., жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты: Сердечно-сосудистая система // Журнал Ремедиум. 2021 г. Стр.47-53.

4. Saidova M.N. Gulov E. Marketing analysis of trends in the pharmaceutical market of cardiovascular drugs in the Republic of Tajikistan//International Conference “Scientific research of the SCO countries: synergy and integration” Page 123-127.

5. Васнецова О.А., Саидова М.Н.//Организация лекарственного обеспечения кардиологических больных г.Душанбе. Тезисы докладов.Российский Национальный Конгресс Кардиологов 2009. стр. 62-63.

6. Саидова М.Н., Бекмуродзода С.Б., Шоев Ф.З., Юсуфзода А.Ч.// Методические рекомендации по анализу фармацевтического рынка. 2018 г.-22стр.

7. Саидова М.Н., Саидов Н.Б., Бобоев Х.И. // Маркетинговые исследования лекарственного обеспечения лечебно - профилактических учреждений. / Наука и инновация. – Душанбе, 2015. – №1(5). – С. 140-145.

8. Абдуалимов С.Х., Давроншозода Ф.Д., Саидова М.Н., Мусозода С.М. // ABC/ VEN и частотный анализ лекарственного обеспечения кардиологического отделения Центральной больницы района Дангары. /Наука и инновация. – Душанбе, 2019. – №4. –С.10-17.

9. Саидова М.Н. // Фармакоэкономический анализ лекарственного обеспечения кардиологического отделения центральной больницы района Дангары./ Наука и инновация. – Душанбе, 2021г. – №4. – С. 114-121.

10. И.В. Спичак, Л.А.Лапшина, Е.В.Бойко, Д.Е.Лапшин, Саидова М.Н. // Анализ ассортимента лекарственных препаратов, используемых при реализации программы «обеспечение необходимыми лекарственными препаратами отдельных категорий граждан». /Наука и инновация. – Душанбе, 2017. – №4. – С 54-60.

11. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Как добиться улучшения индикаторов неинфекционных заболеваний: проблемы и возможности для систем здравоохранения. Том 53. Копенгаген; 2013. doi:10.1017/ CBO9781107415324.004.

12. Цуюки РТ., Аль-Хамарнэх ЙН., Джонс КА., Хеммельгарн БР. Эффективность вмешательств фармацевта в отношении сердечнососудистого риска: анализ

подгрупп рандомизированного контролируемого исследования. JAmCollCardiol. 2016;67(24):2846-2854. doi: 10.1016/j.jacc.2016.03.528.

13. Всемирная организация здоровья. Сердце: технический пакет для управления сердечнососудистыми заболеваниями в первичном звене здравоохранения; 2016.

14. Программа Медико-демографическое исследование. Медико-демографическое исследование в Таджикистане 2017 - Основные результаты.; 2018. <https://www.dh-sprogram.com/publications/publication-SR250-Summary-Reports-Key-Findings.cfm>. По состоянию на 11 февраля 2019 года.

15. Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения (2017 год). Старение населения мира 2017 - Основные моменты (ST/ESA/SER.A/397).

16. Институт показателей и оценки здоровья. Таджикистан. <http://www.healthdata.org/tajikistan>. по состоянию на 1 февраля 2019 года.

Гулов Э.С.- Таджикиский национальный университет, соискатель кафедры фармацевтической химии и управления экономики фармации. Адрес: 734025, Республика Таджикистан, город Душанбе, проспект Рудаки, 17. Телефон:908087708

Гулов Э.С. Донишгоҳи миллии Тоҷикистон, иҷтисодиёти фарматсевтӣ ва идораи иқтисодиёти фарматсевтӣ. Суроға: 734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон, шаҳри Душанбе, хиеёбони Руӯдакӣ, 139. Телефон: 908087708.

Gulov E.S. - Tajik National University, applicant at the Department of Pharmaceutical Chemistry and Management of Pharmaceutical Economics. Address: 734025, Republic of Tajikistan, Dushanbe city, Rudaki Avenue, 17. Telephone: 908087708

ТДУ 616-24-002.5-084

ТАҲЛИЛИ МУҚОИСАВИИ ДАРАҶАИ ГИРИФТОРШАВИ БА БЕМОРИИ СИЛ ДАР МИНТАҚАҲОИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН ДАР ДАВОМИ СОЛҲОИ 2018-2-23

Ғуломзода Б.З.,¹ Юсуфҷонова Ҷ.М.,² Расулов Ё.Ф.,³ Нуруллозода У.,³ Шукуров С.Г.³

¹МД «ПИТ тибби профилактикии Тоҷикистон», ²МД «Маркази муҳофизати аҳоли аз бемории сили шаҳри Душанбе», ³Кафедраи фтизиопулманологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ЗА 2018-2023 ГГ.

Ғуломзода Б.З.¹, Юсупджанова Дж.М.², Расулов Ё.Ф.¹, Нуруллозода У.³, Шукуров С.Г.³

¹ГУ «Таджикский НИИ профилактической медицины», ²ГУ «Центр по защите населения от туберкулеза г. Душанбе», ³Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», г. Душанбе

Цель исследования. Провести анализ данных официальной статистики и оценочных данных Всемирной организации здравоохранения по туберкулезу в разрезе регионов Республики Таджикистан за 2018-2023 гг.

Материал и методы. Данные официальной статистики по всем городам и районам Республики Таджикистан по уровню заболеваемости туберкулезу за 2018-2023 гг., которые были сопоставлены с оценочными показателями ВОЗ.

Результаты исследования и их обсуждение. Недовыявляемость предполагаемых ВОЗ случаев ТБ в некоторые из анализируемых лет достигает 50%, что свидетельствует о том, что несмотря на расширение диагностических услуг и внедрение новых инновационных подходов к раннему выявлению случаев ТБ, имеет место явная недостаточная доступность населения к противотуберкулезным услугам. Максимальное число выявленных случаев ТБ отмечается в районах республиканского подчинения, далее по ранжированию находятся районы Бохтарской зоны Хатлонской области, за ними – районы Согдийской области, далее – районы Кулябской зоны Хатлонской области, затем - г. Душанбе и минимальное число больных во все 6 анализируемых лет отмечено в Горно-Бадахшанской области.

Заключение. Таким образом, проведенный анализ эпидемиологической ситуации по ТБ в Республике Таджикистан свидетельствует о сохранении высокого бремени этого грозного заболевания. Недовыявляемость предполагаемых ВОЗ случаев ТБ достигает 50%, что свидетельствует о том, что несмотря на расширение диагностических услуг и внедрение новых инновационных подходов к раннему выявлению случаев ТБ, имеет место явная недостаточная доступность населения к противотуберкулезным услугам.

Ключевые слова: туберкулез, уровень заболеваемости, бремя, регионы Таджикистана.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE INCIDENCE LEVEL OF TUBERCULOSIS IN THE REGIONS OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN FOR 2018-2023.

Gulomzoda B.Z.¹, Yusupdzhanova J.M.², Rasulov Y.F.¹, Nurullozoda U.³, Shukurov S.G.³

¹State Institution “Tajik Research Institute of Preventive Medicine”, ²State Institution “Center for the Protection of the Population from Tuberculosis in Dushanbe”, ³Department of Phthisiopulmonology, State Educational Establishment “Avicenna Tajik State Medical University”, Dushanbe.

Aim. Conduct an analysis of official statistics and World Health Organization estimates on tuberculosis by region of the Republic of Tajikistan for 2018-2023.

Material and methods. Official statistics data for all cities and regions of the Republic of Tajikistan on the incidence of tuberculosis for 2018-2023, which were compared with WHO estimates.

Research results and discussion. The under-detection of WHO-predicted TB cases in some of the years analyzed reaches 50%, which indicates that despite the expansion of diagnostic services and the introduction of new innovative approaches to early detection of TB cases, there is a clear lack of access to TB services among the population. The maximum number of identified TB cases is observed in the districts of republican subordination, then in ranking are the districts of the Bokhtar zone of the Khatlon region, followed by the districts of the Sughd region, then the districts of the Kulyab zone of the Khatlon region, then Dushanbe and the minimum number of patients in all 6 analyzed years noted in the Gorno-Badakhshan region.

Conclusion. Thus, the analysis of the epidemiological situation regarding TB in the Republic of Tajikistan indicates the continued high burden of this terrible disease. The underdetection of WHO-suspected TB cases reaches 50%, indicating that despite the expansion of diagnostic services and the introduction of new innovative approaches to early detection of TB cases, there is a clear lack of access to TB services among the population.

Keywords: tuberculosis, incidence rate, burden, regions of Tajikistan.

ТАҲЛИЛИ МУҚОИСАВИИ ДАРАЧАИ ГИРИФТОРШАВӢ БА БЕМОРИИ СИЛ ДАР МИНТАҚАҲОИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН ДАР ДАВОМИ СОЛҲОИ 2018-2-23

Ғулумзода Б.З.¹, Юсуфҷонова Ҷ.М.², Расулов Ӯ.Ф.³, Нуруллозода У.³, Шукуров С.Г.³

¹МД «ПИТ тибби профилактикаи Тоҷикистон», ²МД «Маркази муҳофизати аҳоли аз бемории сили шаҳри Душанбе», ³Кафедраи фтизиопулманологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Мақсади тадқиқот. Таҳлил намудани маълумотҳои расмӣ омор ва маълумотҳои баҳодихандаи Ташиклоти умумичаҳони тандурустӣ оид ба бемории сил вобаста ба минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давоми солҳои 2018-2023.

Мавод ва усулҳо. Маълумотҳои расмӣ ҳамаи шаҳру ноҳияҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба дараҷаи гирифтотршавӣ ба бемории сил дар давоми солҳои 2018-2023, ки бо нишондиҳандаҳои баҳодихандаи ТУТ муқоиса карда шудаанд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Пурра ошкор карда нашудани ҳодисаҳои пешбининамудаи ТУТ дар баъзе аз солҳои таҳлилишаванда то 50% мерасад ва ин дар бораи он шаҳодат медиҳад, ки бо вучуди васеъшавии хизматрасониҳои таъхисӣ ва татбиқ намудани муносибатҳои нави инноватсионии барвақт ошкор намудани ҳодисаҳои БС, дастрасии зоҳиришавандаи нокифояи аҳоли ба хизматрасониҳои зиддисилӣ ҷой дорад. Шумораи максималии ҳодисаҳои ошкорнамудаи БС дар ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ мушоҳида карда мешавад, баъдан аз рӯйи тартиб ноҳияҳои Бохтари минтақаи Хатлон ҷойгир шудаанд, пас аз онҳо – ноҳияҳои вилояти Суғд, баъдан – ноҳияҳои минтақаи Кӯлоби вилояти Хатлон сипас – и. Душанбе ҷойгир шудааст ва шумораи минималии беморон дар ҳамаи 6 соли таҳлилишаванда дар вилояти Автономии Бадахшони Кӯҳӣ мушоҳида карда мешавад.

Ҳулоса Ба ҳамин тариқ, таҳлили гузаронидашудаи вазъияти эпидемиологии БС дар Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба нигоҳдошташавии душвории зиёди ин бемории, мудҳиси шаҳодат медиҳад. Пурра ошкор карда нашудани ҳодисаҳои пешбининамудаи ТУТ дар баъзе аз солҳои таҳлилишаванда то 50% мерасад ва ин дар бораи он шаҳодат медиҳад, ки бо вучуди васеъшавии хизматрасониҳои таъхисӣ ва татбиқ намудани муносибатҳои нави инноватсионии барвақт ошкор намудани ҳодисаҳои БС дастрасии зоҳиришавандаи нокифояи аҳоли ба хизматрасониҳои зиддисилӣ ҷой дорад.

Вожаҳои калидӣ: бемории сил, дараҷаи беморшавӣ, вазнинӣ, минтақаҳои Тоҷикистон.

Муқаддима. Вазъияти бемории сил (БС) дар Ҷумҳурии Тоҷикистон шиддатнок боқӣ мондааст [2, 7, 9]. Ба вазъияти эпидемиологии БС панде-

мияи COVID-19 таъсири калоне расонид. Омори расмӣ дар бораи пастшавии нишондиҳандаҳои

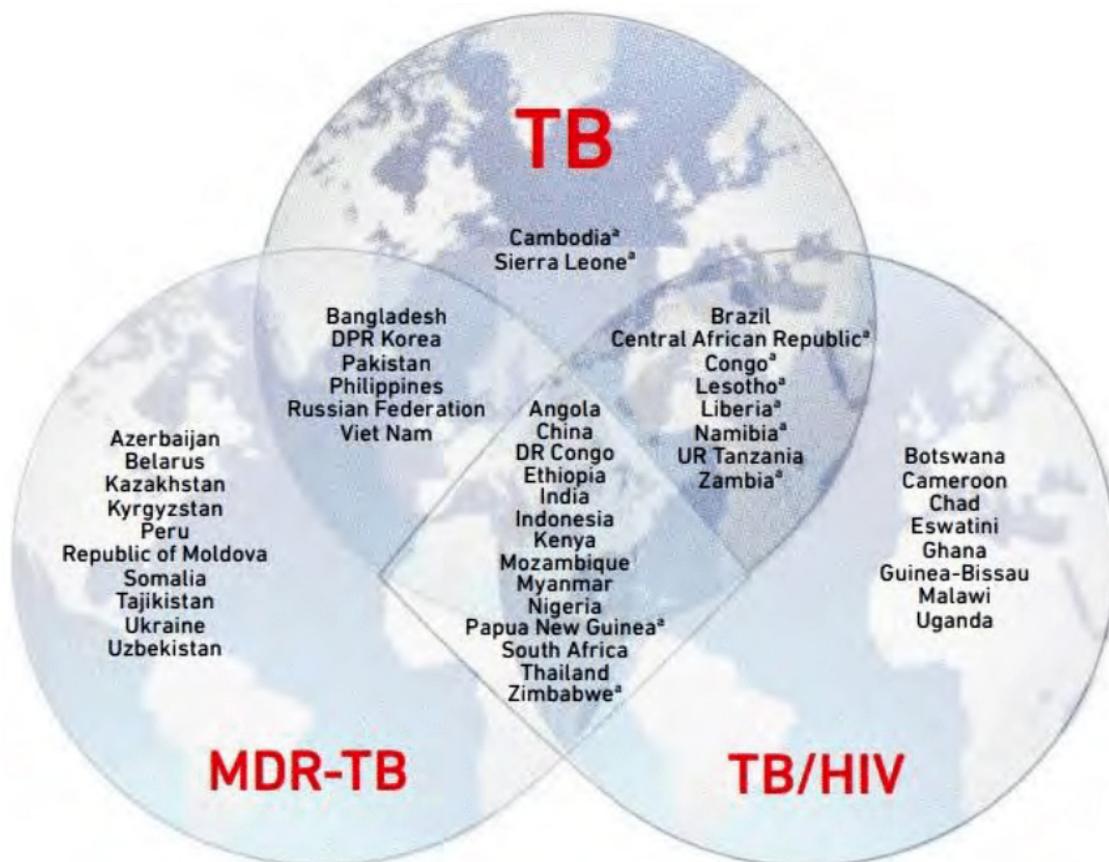
асосии эпидемиологии БС дар давраи пандемия ва ба анҷом расидани он шаҳодат медиҳанд [8, 11].

Ҳамзамон дар 10 соли охир дастрасии аҳолии Тоҷикистон умуман ба хизматрасониҳои ташхисӣ, аз ҷумла аз рӯйи экспрес усули нави асосии ташхис - тадқиқоти молекулярӣ-генетикии моеъҳои биологӣ (асосан балғам ва фазла) дар дастгоҳи GeneXpert хеле балағд гардид. Масалан, агар дар соли 2013 дар Тоҷикистон ҳамагӣ 14 машинаҳои GeneXpert мавҷуд бошанд, пас соли 2023 шумораи онҳо ба 77 расид ва дастрасӣ ба он то фарогирии ҳамаи аҳолии мамлакат васеъ гардид. Зиёда аз ин, мамлакат ба истифодаи ултра-картриҷҳои нисбатан хос ва XDR картиҷҳо гузашт, ки имконияти нисбатан васеи (қариб ду соат) тез муайян намудани устуворӣ ба доруҳоро доранд. Самаранокии ин машинаҳоро мо аз рӯйи фарогириашон баҳо додем, ки соли 2021 - 39670, соли 2022 – 57118 и ва фақат дар 6 моҳи соли 2023 – алақай 31641 тадқиқотро ташкил дод. [1, 9, 12]. Ин барои хеле зиёд намудани бо муолиҷа фарогирии беморони гирифтори бемории сил бо устуворияти зиёд нисбати доруҳо БСУЗД имконият дод, ки соли 2022 486 беморон ё 93,8%-ро аз шумораи умумии ҳодисаҳои ошкоршуда (518 ҳодиса)

ташкил до два самаранокии муолиҷаи онҳо соли 2018 72,5%, соли 2019 – 78,8%, соли 2020 бошад – 80,6%-ро ташкил дод. Яъне нишондиҳандаи мазкур ба нишондиҳандаҳои мақсадноки тавсиянамудаи ТУТ расид [3, 10, 14].

Қайд кардан зарур аст, ки дар мамлакат 18 дастгоҳҳои нави рентгении портативии рақамӣ бо интеллект сунъӣ фаъолият менамоянд, ки фақат дар давоми давраи мазкури соли 2023 гузаронидани 68610 тадқиқот дар байни шахсони иртиботӣ аз манбаъҳои бемории сил ва гурӯҳҳои хатар имконият доданд. Ин барои ошкор намудани 2807 ҳодисаҳои иловагӣ бо шубҳа намудан аз бемории сил имконият дод, ки аз ин 452 ҳодисаи бемории сил, аз ҷумла 199 ҳодисаи бактерияҷудокунандагӣ буданд [8].

Бо вучуди дастовардҳои мазкур, мувофиқи омили расмии БС дар Ҷумҳурии Тоҷикистон минтақаҳои дорои паҳншавии максималӣ ва минималии БС мавҷуданд, вале хусусиятҳои минтақавии омилҳои хатари инкишофи БС, махсусан дар манбаъҳои сирояти бемории сил омӯхта нашудаанд. Гоҳо ин омилҳо аз иқтисодии кадрӣ, ки барои ташкил намудани гузаронидани чорабиниҳои



Расми 1. 30 мамлакати ҷаҳони дорои вазнинии баланди бемории сил ҳамбастагии бемории сил ва сирояти ВНМО ва шаклҳои ба доруҳо устувори беморӣ (маълумотҳои ТУТ, 2023)



Расми 2. Динамикаи дараҷаи гирифтормашавӣ ба бемории сил дар 6 соли охир аз рӯи маълумотҳои баҳодихандаи ТУТ ва маълумотҳои омили расмӣи Ҷумҳурии Тоҷикистон (мутлақ)

зиддисилӣ вобастагӣ доранд. Аз ин сабаб, мо тадқиқоти мазкурро гузаронидем.

Мақсади тадқиқот. Таҳлил намудани маълумотҳои омили расмӣ ва маълумотҳои баҳодихандаи Ташкилоти умумичаҳони тандурустӣ (ТУТ) вобаста аз минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давоми солҳои 2018-2023.

Мавод ва усулҳо. Маълумотҳои омили расмӣ ҳамаи шахру ноҳияҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба дараҷаи гирифтормашавӣ ба БС дар давоми солҳои 2018-2023, ки бо нишондиҳандаҳои баҳодихандаи ТУТ муқоиса карда шуданд.

Коркарди омили мавод дар компютери шахсӣ бо истифодаи барномаи «Statistica 10.0» аз StatSoft Inc., ИМА, 2011 иҷро карда шуд. Баҳисобгирии қимати миёна (M) ва хатоҳои стандартӣ он ($\pm m$) барои нишондиҳандаҳои миқдорӣ гузаронида шуд, барои нишондиҳандаҳои нисбӣ бошад ҳиссаҳои фоизӣ (%) муайян карда шуданд. Муқоисаи маълумотҳои сифатӣ тавассути меъёри χ^2 амалӣ карда шуд. Ҳангоми ҳаҷми начандон зиёди иқтибос ($n < 10$) тасҳеҳи Йетс ва меъёри нуқтагии Фишер (ҳангоми $n < 5$) истифода бурда шуд. Фарқият байни гурӯҳҳо ҳангоми $p < 0,05$ аз ҷиҳати омили аҳамиятнок. Шуморида шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Мувофиқи маълумотҳои ТУТ Ҷумҳурии Тоҷикистон ба зумраи 30 мамлақати ҷаҳони дорой вазнинии баланди БСУЗДВОЗ дохил мешавад. Чи хеле ки дар расм дида мешавад, ба зумраи чунин мамлақатҳо ҳамаи кишварҳои ба он ҳамсоя, дигар

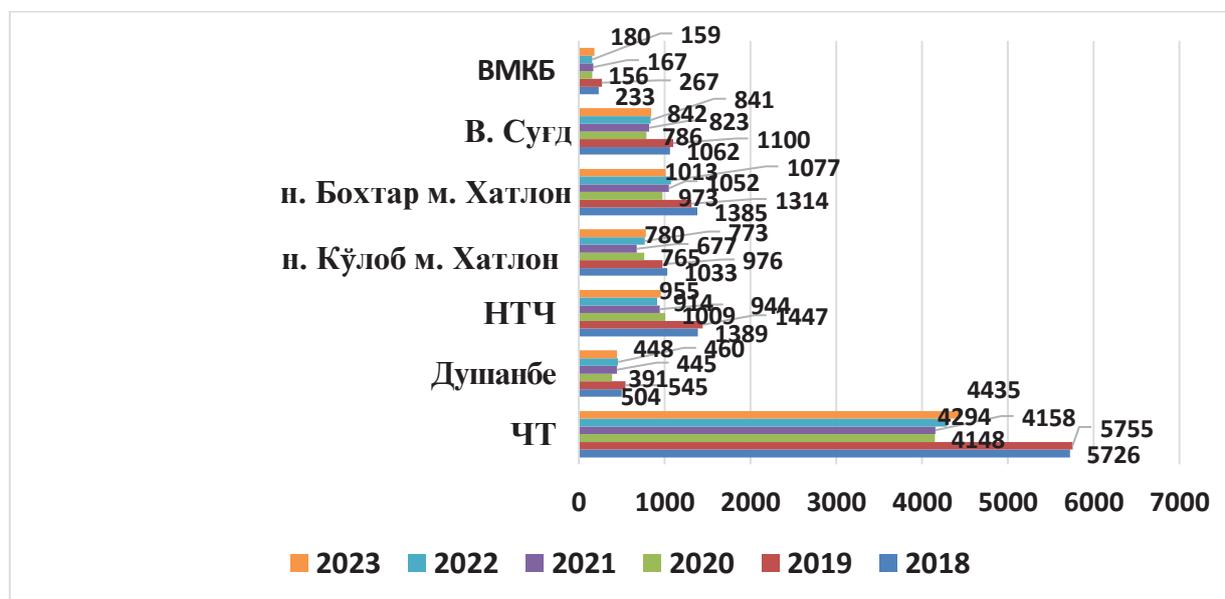
мамлақатҳои пасоншӯравӣ ва мамлақатҳои Африка дохил мешаванд (Расми 1).

Мо ҳамчунин маълумотҳои баҳодихандаи ТУТ (15) ва маълумотҳои омили расмӣи БС-ро (8) дар 6 соли охир нишон додем (Расми 2).

Чи хеле ки аз расми мазкур дида мешавад, пурра ошкор карда нашудани ҳодисаҳои пешбининамудаи ТУТ дар баъзе аз солҳои таҳлилшаванда то 50% мерасад ва ин дар бораи он шаходат медиҳад, ки бо вучуди васеъшавии хизматрасониҳои ташхисӣ ва татбиқи намудани муносибатҳои нави инноватсионии барвақт ошкор намудани ҳодисаҳои БС, дастрасии зоҳиршавандаи нокифояи аҳоли ба хизматрасониҳои зиддисилӣ ҷой дорад. Маълумотҳои мо бо маълумотҳои дигар тадқиқотҳо мувофиқ ҳастанд, ки дар онҳо пурра ошкор карда нашудаи БС, бо вучули васеъшавии хизматрасониҳои ташхисии аҳоли, нишон дода шудааст [4, 5, 6, 13].

Ҳамзамон агар дар давраи ковидии солҳои 2019-2020 ошкор намудани ҳодисаи нави БС якбора пастшуда, аз 5755 то 4148 ҳодиса расида бошад (қариб то 30%), пас дар солҳои баъдинаи 2021-2022-2023 тамоюл барои беҳтаршавии муътади индикатори мазкур дида мешавад, вале ҳанӯз то давраи –ковидӣ нарасидааст.

Агар маълумотҳои омили расмиро дар минтақаҳои мамлақат таҳлил намоем, пас шумораи максималии ҳодисаҳои ошкорнамудаи БС дар ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ (НТҶ) мушоҳида карда мешавад, баъдан аз рӯи тартиб ноҳияҳои Бохтари минтақаи Хатлон ҷойгир шудаанд, пас аз



Расми 3. Динамикаи гирифторшавӣ ба бемории сил дар 6 соли охир вобаста ба вилоятҳо, пойтахт ва Ҷумҳурии Тоҷикистон

онҳо – ноҳияҳои вилояти Суғд, баъдан – ноҳияҳои минтақаи Кӯлоби вилояти Хатлон, сипас – ш. Душанбе ҷойгир шудааст ва шумораи минималии беморон дар ҳамаи 6 соли таҳлилшаванда дар Вилояти Мухтори Кӯҳстони Бадахшон (ВМКБ) мушоҳида карда мешавад. (Расми 3).

Ҳамзамон дар давраи солҳои 2022-2023 ошкоркунии БС дар ВАБК, ноҳияҳои минтақаи Кӯлоби вилояти Хатлон, НТЧ ва шаҳри Душанбе тамоюли беҳтаршавӣ дорад, ҳол он ки дар вилояти Суғд ва минтақаи Бохтари ин нишондиҳанда беҳтар нашудааст.

Хулоса. Ба ҳамин тарик, таҳлили гузаронидашудаи вазъияти эпидемиологии БС дар Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба нигоҳдошташавии душвории зиёди ин бемории мудҳиш шаҳодат медиҳад. Пурра ошкор карда нашудани ҳодисаҳои пешбиниамудаи ТУТ дар баъзе аз солҳои таҳлилшаванда то 50% мерасад ва ин дар бораи он шаҳодат медиҳад, ки бо вучуди васеъшавии хизматрасониҳои ташхисӣ ва татбиқи намудани муносибатҳои нави инноватсионии барвақт ошкор намудани ҳодисаҳои БС дастрасии зоҳиршавандаи нокифояи аҳоли ба хизматрасониҳои зиддисилӣ ҷой дорад. Ҳамзамон агар дар давраи ковидӣ ошкор намудани ҳодисаҳои нави БС якбора то 39% паст шуда бошад, пас дар солҳои минбаъда тамоюли беҳтаршавии устувори ин индикатор мушоҳида карда мешавад, вале ҳанӯз ҳам ба давраи токовидӣ нарасидааст. Шумораи максималии ҳодисаҳои ошкорнамудаи БС дар НТЧ) мушоҳида карда мешавад, баъдан аз рӯи тартиб ноҳияҳои Бохтари минтақаи Хатлон

ҷойгир шудаанд, пас аз онҳо – ноҳияҳои вилояти Суғд, баъдан – ноҳияҳои минтақаи Кӯлоби вилояти Хатлон, сипас – ш. Душанбе ҷойгир шудааст ва шумораи минималии беморон дар ВАБК мушоҳида карда мешавад.

АДАБИЁТ

1. Алиев С.П., Бобоходжаев О.И. Эффективность выявления случаев туберкулеза среди населения г. Душанбе Республики Таджикистан / *Вестник Авиценны*. 2018, №4(21). С.56-61.
2. Бобоходжаев О.И., Муминзода Б.Г., Укуматшоева Л.Ш., Махмудова П.У. Динамика изменений числа рецидивов по отношению к общему числу зарегистрированных случаев туберкулеза за 2011-2020 годы / *Здравоохранение Таджикистана*. 2023, №1(356). С.13-18.
3. Бобоходжаев О.И., Сироджидинова У.Ю., Нуров Р.М., с соавт. Закономерности эпидемического процесса и эффективность лечения больных туберкулезом с разными спектрами лекарственной устойчивости в Республике Таджикистан / *Туберкулез и болезни легких*. 2023, №101(2). С.73-79.
4. Бородулина Э.В. Медико-социальная характеристика впервые выявленных пациентов с туберкулезом / *Медицинский альянс*. 2018, №3. С.41-46.
5. Кукурика А. В., Паролина Л.Е. Многолетнее наблюдение семейного очага туберкулезной инфекции / *Туберкулез и болезни легких*. 2023, Т. 101, №5. С. 59-63.
6. Мамедбеков Э.Н., Кадымова З.Ш., Ахундова И.М., с соавт. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Азербайджанской Республике за 2011-2015 гг. / *Туберкулез и болезни лёгких*. 2016, №11(94). С.17-20.
7. Национальная программа защиты населения от туберкулеза в Республике Таджикистан на 2021-2025

годы // Постановление Правительства Республики Таджикистан от 27.02.2021. №49.

8. Отчётные данные ГУ «Республиканский центр по защите населения от туберкулеза» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Душанбе. 2023: 122.

9. Пирмахмадзода Б.П., Тиллоева З.Х., Шарифзода Х.С. Бремя туберкулеза и туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией в г. Душанбе / *Туберкулёз и болезни лёгких*. 2021, Т.99, №2. С.40-44.

10. Пиров К.И., Сиродждинова У.Ю., Бобоходжаев О.И. Выявление инфицированных и больных ТБ детей из очагов ТБ инфекции и здорового окружения / *Симург: научно-медицинский журнал*. 2019, №3. С.33-36.

11. Сиджотхонов А.А., Тиллоева З.Х., Джафаров Н.Дж., с соавт. Эпидемиологический надзор за туберкулезом в г. Душанбе: пути совершенствования / *Туберкулёз и болезни лёгких*. 2022, Т. 100, №3. С.33-38.

REFERENCES

1. Aliev S.P., Bobokhodzhaev O.I. Effektivnost' vyyavleniya sluchayev tuberkuloza sredi naseleniya g. Dushanbe Respubliki Tadjikistan [Efficiency of identifying cases of tuberculosis among the population of Dushanbe, Republic of Tajikistan]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*. 2018, No. 4(21). pp.56-61.

2. Bobokhodzhaev O.I., Muminzoda B.G., Ukumatshoeva L.Sh., Makhmudova P.U. Dinamika izmeneniy chisla retsidivov po otnosheniyu k obshchemu chislu zaregistrovannykh sluchayev tuberkuloza za 2011-2020 gody [Dynamics of changes in the number of relapses in relation to the total number of registered cases of tuberculosis for 2011-2020]. *Zdravookhraneniye Tadjikistana - Healthcare of Tajikistan*. 2023, No. 1(356). pp.13-18.

3. Bobokhodzhaev O.I., Sirodzhidinova U.Yu., Nurov R.M., et al. Zakonomernosti epidemicheskogo protsessa i effektivnost' lecheniya bol'nykh tuberkulezom s raznymi spektrami lekarstvennoy ustoychivosti v Respublike Tadjikistan [Patterns of the epidemic process and the effectiveness of treatment of tuberculosis patients with different drug resistance spectra in the Republic of Tajikistan]. *Tuberkulez i bolezni legkikh - Tuberculosis and lung diseases*. 2023, No. 101(2). pp.73-79.

4. Borodulina E.V. Mediko-sotsial'naya kharakteristika vpervye vyyavlennykh patsiyentov s tuberkulezom [Medical and social characteristics of newly diagnosed patients with tuberculosis]. *Meditinskiy al'yans - Medical Alliance*. 2018, No. 3. pp.41-46.

5. Kukurika A.V., Parolina L.E. Mnogoletneye nablyudeniye semeynogo ochaga tuberkuleznoy infektsii [Long-term observation of a family focus of tuberculosis infection]. *Tuberkulez i bolezni legkikh - Tuberculosis and lung diseases*. 2023, Т. 101, No. 5. pp. 59-63.

6. Mamedbekov E.N., Kadymova Z.Sh., Akhundova I.M., et al. Epidemicheskaya situatsiya po tuberkulozu v Azerbaydzhanskoy Respublike za 2011-2015 gg. [Epidemic situation of tuberculosis in the Republic of Azerbaijan for

2011-2015]. *Tuberkulez i bolezni legkikh - Tuberculosis and lung diseases*. 2016, No. 11(94). pp.17-20.

7. Natsional'naya programma zashchity naseleniya ot tuberkuleza v Respublike Tadjikistan na 2021-2025 gody [National program for protecting the population from tuberculosis in the Republic of Tajikistan for 2021-2025]. *Postanovleniye Pravitel'stva Respubliki Tadjikistan - Resolution of the Government of the Republic of Tajikistan dated 02.27.2021*. No. 49.

8. Otchotnyye dannyye GU «Respublikanskiy tsentr po zashchite naseleniya ot tuberkuleza» Ministerstva zdravookhraneniya i sotsial'noy zashchity naseleniya Respubliki Tadjikistan [Reporting data from the State Institution "Republican Center for the Protection of the Population from Tuberculosis" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, Dushanbe]. 2023. 122 p.

9. Pirmakhmadzoda B.P., Tilloeva Z.Kh., Sharifzoda Kh.S. Bremya tuberkuleza i tuberkuleza v sochetanii s VICH-infektsiyey v g. Dushanbe [The burden of tuberculosis and tuberculosis in combination with HIV infection in Dushanbe]. *Tuberkulez i bolezni legkikh - Tuberculosis and lung diseases*. 2021, Т.99, No. 2. pp.40-44.

10. Pirov K.I., Sirodzhidinova U.Yu., Bobokhodzhaev O.I. Vyyavleniye infitsirovannykh i bol'nykh TB detey iz ochagov TB infektsii i zdorovogo okruzeniya [Identification of infected and sick children with TB from foci of TB infection and healthy surroundings]. *Simurg: nauchno-meditinskiy zhurnal - Simurg: scientific and medical journal*. 2019, No.3. pp.33-36.

11. Sidzhotkhonov A.A., Tilloeva Z.Kh., Jafarov N.J., et al. Epidemicheskii nadzor za tuberkulezom v g. Dushanbe: puti sovershenstvovaniya [Epidemiological surveillance of tuberculosis in Dushanbe: ways to improve]. *Tuberkulez i bolezni legkikh - Tuberculosis and lung diseases*. 2022, Т. 100, No.3. pp.33-38.

12. Bobokhojaev O.I. Long term results of 10 years of observation of cured cases of pulmonary tuberculosis. *J. Pulmonol Respir Res*. 2022, №6. pp.007-011.

13. Fox G.J., Barry S.E., Britton W.J., Marks G.B. Contact investigation for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis / *Eur Respir J*. 2022, №41(1). pp.140-56.

14. Tilloeva Z., Aghabekyan S., Davtyan K., et al. Tuberculosis in key populations in Tajikistan - a snapshot in 2017 / *Journal of infection in developing countries*. 2020. Vol.14, №11.1. pp.94-100.

15. World Health Organization: Global TB Report, Geneva: 2023. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>.

Ғулмзода Бобочон Зариф – унвонҷӯии МД «ПИТ тибби профилактикаи Тоҷикистон», тел. +992-907840130, E-mail: mndsedangara@mail.ru

Юсупҷанова Джемма Маҳаммаҷанова – табиб-фтизиатри МД «Маркази муҳофизати аҳолии аз бемории силии. Душанбе», тел. +992-555009475, E-mail: czntb@mail.ru

Расулов Ёқубҷон Файзуллоевич -унвонҷӯи МД «ПИТ тибби профилактикии Тоҷикистон», тел. +992-939368157, E-mail: rykubdzhon@mail.ru

Нуруллозода Умедҷон – унвонҷӯи кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни

Сино», тел. +992-555001010, E-mail: umed.nurullozoda@bk.ru

Шукуров Санъат Ғафурович - унвонҷӯи кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел. +992-918894455, E-mail: sanat.80@mail.ru.

ТДУ 616.98: 578.834.1-036.22

ТАҲЛИЛИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СИРОЯТИ COVID-19 ВА ОМИЛҲОИ АСОСИИ ПАҲНШАВИИ ОН ДАР БАЙНИ КАЛОНСОЛОН (ОМУЌЗГОРОНИ МАКТАБҲОИ ОЛӢ ВА МИЁНА) ДАР ДАВРАИ ПАНДЕМИЯ

Давронзода И., Ҳафизова Б.М.

Кафедраи эпидемиология ба номи профессор Рофиев Ҳ.Қ.-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИНФЕКЦИИ COVID-19 И ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ ЕЁ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ (УЧИТЕЛЕЙ СТАРШИХ И СРЕДНИХ ШКОЛ) ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ

Давронзода И., Хафизова Б.М.

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

В статье авторы проанализировали эпидемиологическую характеристику распространения и факторы риска коронавирусной инфекции в г. Душанбе во время пандемии. Анализ показывает, что с 2020 (13296-2020, 17786-2022) года заболеваемость коронавирусом увеличилась как на уровне республики, так и в городе Душанбе во время пандемии, но в то же время болезнь в РТ носит сезонный характер, и чаще всего встречается в зимнее время года. Также в ходе анализа было установлено, что основной причиной распространения коронавируса были сопутствующие заболевания, рабочее положение, плотность населения и проживания в высотных зданиях, а также неиспользование средств самозащиты во время пандемии.

Ключевые слова: MERS, SARS-COV-2, COVID-19, факторы передача, распространённость, эпидемиологический анализ.

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF COVID-19 AND THE MAIN FACTORS OF ITS SPREAD AMONG ADULTS (HIGH AND SECONDARY SCHOOL TEACHERS) DURING THE PANDEMIC

Davronzoda I., Hafizova B.M.

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

In the article, the author analyzed the epidemiological characteristics of the spread and risk factors of coronavirus infections in Dushanbe during the pandemic. The analysis shows that since 2020 (13296-2020, 17786-2022), the incidence of coronavirus has increased both at the level of the Republic and in the city of Dushanbe during the pandemic, but at the same time, the disease in the RT is seasonal and more common in winter. The analysis also found that the main reason for the spread of coronavirus were concomitant diseases, working conditions, population density and living in high-rise buildings, as well as the non-use of self-defense equipment during the pandemic.

Keywords: MERS, MERS-COV-2, COVID-19, transmission factors, prevalence, epidemiological analysis.

Мухимият. Ба мо чор намуди коронавирусо то соли 2002 маълум буд, ки ҳар сол бо аломатҳои сироятҳои шадиди роҳҳои нафас (СШРН) дар байни аҳолии, асосан кӯдакон бо раванди сабук ва миёнаи вазнин паҳн мегаштанд. Аммо аз солҳои 2002-2003 коронавирусои нав, ки онро баъдтар SARS-COV ном гузоштанд, ки пневмонияи ати-

пики ва норасоии системаи нафаскаширо ба вучуд меовард, паҳн гардид. Ин вирус дар 36 мамлақати дунё паҳн гардид ва 8 ҳазор нафар ба ин беморӣ гирифтанд, ки 774 нафарашон ба марг дучор гардиданд [3, 5].

Соли 2013 боз бемори роҳи нафас, ки барангезандааш бо номи MERS маълум шуд, аҳолиро

ба ташвишовард, ки ба ин 2519 нафар гирифта шуда аз он 866 нафарашон фавтиданд. Чи тавре ки маълум аст, аз декабри соли 2019 коронавируси нав бо номи SARS-COV-2 паҳнгардид, ки ҳамаи мамлакатҳои дунёро ба ташвишу таҳлука овардааст [4].

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳодисаҳои гирифташавӣ ба сироятӣ коронавирус моҳи апрели соли 2020 ба қайд гирифта шуд. Тибқи маълумоти оморӣ дар ҷумҳурӣ 17786 нафар бемор ба қайд гирифта шудааст, ки аз онҳо 125 нафарашон фавтидаанд [1].

Хатари баландтарини ҷараёни шадид ва оқибатҳои манфии бемории COVID-19, дар байни ашхоси синни аз 60 сола боло ва нафарони бемориҳои ҳамрадиқ дошта ба монандӣ: бемориҳои дилу рағҳои хунгард, диабетӣ қанд ва бемориҳои системаи нафаскашӣ ба назар мерасид. 90%-и сатҳи фавт дар ҷаҳон аз бемории сироятӣ COVID-19 дар байни пиронсолон мушоҳида гардидааст. Пиронсолон на танҳо қурбонии ҳуди беморӣ буданд, балки ба оқибатҳои иҷтимоии пандемия низ таъсирасон буданд [2].

Бемории сироятӣ коронавирус ба ҳама синну сол таъсир мерасонд ва дар муқоиса бо калонсолон, кӯдакон бемориро дар шакли сабук мегузаронанд [7], бо нишонаҳои шабеҳи илтиҳоби шуш [6]. Бояд дар хотир дошт, ки кӯдакон метавонанд ба осонӣ вирусро интиқол диҳанд, ҳатто агар онҳо аломатҳо надошта бошанд, бинобар ин онҳоро низ ҳамчун омилҳои хатар барои калонсон дар паҳнкуни сироятӣ коронавирус ҳисобидан мумкин аст [7].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши вазъи эпидемиологӣ ва муайян намудани омилҳои асосии паҳнкундаи сироятӣ COVID-19 байни калонсолон (омӯзгорони мактабҳои олии ва миёна) дар давраи пандемия.

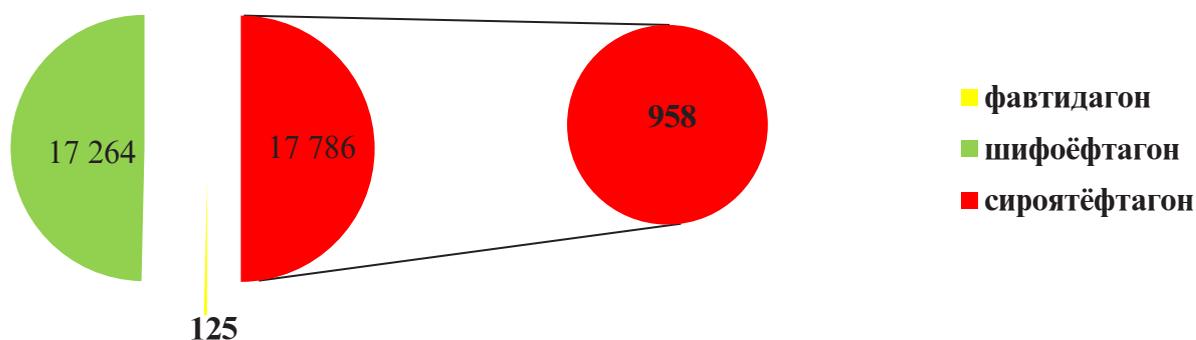
Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар заминаи маълумоти оморӣ ва ба тариқи пурсишномаи хаттӣ дар байни калонсолон (омӯзгорони мактабҳои олии ва миёна) гузаронида шудааст. Объ-

екти тадқиқот 100 нафар омӯзгорони аз синни 50 сола болоро дар бар мегирад. Ба сифати маводи тадқиқот маълумоти пурсишнома истифода бурда шудааст, ки дар он вазъи оилавӣ, саломатӣ ва маризӣ, мавқеи кор, ҷои зисти омӯзгорони мактабҳои олии ва миёна дарҷ гардидааст. Инчунин таҳлили дафтари ба қайдгирии беморон дар марказҳои саломатии донишгоҳу донишқадаҳо ва ҷойи зисти беморон гузаронида шудааст. Рафти кор бо усулҳои тадқиқоти эпидемиологӣ, оморӣ ва проспективӣ татбику баҳогузорӣ карда шудааст. Коркарди оморӣ натиҷаҳо бо истифода аз барномаи MS Excel анҷом дода шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Ба вучуд омадан ва паҳншавии бемории сироятӣ коронавирус дар ҶТ, аз ҷумла дар шаҳри Душанбе тули солҳои 2020-2022 дар ҳолати авҷгирӣ қарор дошт. Ин вобастагӣ дошт ба ҳолати пандемияи дар ҷаҳон буда, ки таъсири манфии худро ба саломати аҳоли ва бучаи давлатҳо расонид. Айни замон низ бемори ба пуррагӣ аз байн нафтааст, хусусияти мавсими дошта то ҳол дар байни аҳоли вомехӯрад.

Чи тавре ки аз расм маълум аст, аз давраи пандемия то инҷонӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон шумораи сироятёфтагон ба - 17786 нафар расида, аз ин шумора 125 нафарашон фавтиданд, 17264 - нафараш бошад шифо ёфтаанд. Аз ин теъдоди умумӣ сатҳи беморшавӣ ба бемории сироятӣ коронавирус дар байни калонсолон (ашхоси синашон аз 50 сола боло) дар шаҳри Душанбе 958 нафарро ташкил меод. Қариб сатҳи зиёди фавтидагонро ашхоси пиронсола, ки бемориҳои ҳамрадиқ дошта буданд, ташкил меод (Расми 1).

Бо ҳамин мақсад барои дарёфти омилҳо ва сабабҳои паҳнкундаи коронавирус дар байни гурӯҳи мақсаднок як чанд паҳлуҳои зиндагии омӯзгорон омӯхта шуд (шароити зиндагӣ, бемориҳои ҳамрадиқ, сохти бинои истиқомати барои муайянкунии зичии аҳоли, риояи воситаҳои муҳофизати зиддӣ бемории мазкур). Ҳангоми таҳлили саволнома ба мо маълум шуд, ки аз



Расми 1. Сатҳи гирифташавии аҳолии ҶТ ба бемории сироятӣ COVID -19

Тақсимои умумии пурсишшудагон (бо%) вобаста ба синну сол ва ҷои кор

Муассисаҳо	Синну сол	Шумора	%
Коллечҳо	50-60 сола	24	60
	61-70 сола	16	40
	Аз 71 боло	0	0
	Ҳамагӣ	40	100
Донишгоҳҳо	50-60 сола	18	45
	61-70 сола	21	52,5
	Аз 71 боло	1	2,5
	Ҳамагӣ	40	100
Мактабҳои миёна	50-60 сола	15	75
	61-70 сола	5	25
	Аз 71 боло	0	0
	Ҳамагӣ	20	100

100-нафар таҳқиқшавандагон 40%- омӯзгорони коллечҳо, 40%-омӯзгорони донишгоҳҳо ва 20%-ро омӯзгорони муассисаҳои таҳсилотимӣнаи умумӣ (МТМУ) ташкил додаанд. Вобаста ба синну сол пурсишшудагон таносуби ҷои зеринро ташкил медиҳад: омӯзгорони коллечҳо: 50-60 сола -60%, 61-70 сола-40%; дар донишгоҳҳо: 50-60 сола -45%, 61-70 сола-52,5% ва аз 71 боло -2,5%; инчунин омӯзгорони МТМУ: 50-60 сола -75%, 61-70 сола-25%-ро ташкил медиҳад. Аз нишондодҳои зерин маълум аст, ки синну соли 50-60 сола зиёдтар ба назар мерасад, ки он 57%-и шумораи умумӣ таҳқиқшудагонро дар бар мегирад.

Ҳангоми коркарди саволҳои пешниҳодгардида маълум гардид, ки 62,5%-и омӯзгорони коллечҳо дар шароити хуб, 37,5% дар шароити қаноатбахш зиндагӣ мекунанд. Дар байни омӯзгорони донишгоҳҳо бошад 70% дар шароити хуб ва 30% дар шароити қаноатбахш умр ба сар мебаранд. Омӯзгорони мактабҳои миёна бошад, 45% онҳо дар шароити хуб ва 55% дигарашон дар шароити қаноатбахш зиндагӣ ва фаъолият мекарданд.

Аз натиҷаи таҳлили саволномаҳо маълум гардид, ки дар байни омӯзгорони донишгоҳҳо 12,5%, коллечҳо 17,5%, МТМУ 5%-и омӯзгорон

ба диabetи қанд гирифта буданд. Фишорбаландӣ: донишгоҳҳо 75%, коллечҳо 50%, МТМУ 85%. Беморҳои дилу рағҳои хунгард: донишгоҳҳо 12,5%, коллечҳо 7,5%, МТМУ 10%. Дар 25%-и омӯзгорон бемориҳои ҳамрадиф мушоҳида нагардиданд. Аз ҳама бештар онҳо дорони бемориҳои фишорбаландӣ 67% доштанд (ҷадвали 2).

Аз рӯи таҳлили маълумотҳо вобаста ба зичии аҳоли ва ҷои зисти пурсишшудагон маълум гардид, ки 39%-и таҳқиқшавандагон дар хонаҳои аз 1 то 3 хучрагӣ; 58% 4 то 6 хучрагӣ ва 3% дар хонаҳои 7 хучрагӣ ва аз он зиёд зиндагӣ мекунанд. Аз рӯи зичии аҳоли бошад 62% оилаҳо дорони аз 1 то 5 нафар, 33% аз 6 то 10 нафар ва ҳамагӣ дар 5%-и оилаҳо аз 10 ва зиёда нафар зиндагӣ мекунанд. Ба саволи - Оё шумо бо аъзои оилаатон зиндагӣ мекунед? 93% таҳқиқшавандагон ҷавоби “ҳа” додаанд ва 7%-и боқимондашон бошад ҷавоби “не” гардондаанд. Чуноне ки дар ҷадвал мебинем аз 7% ҷудо зиндагӣ мекардагӣҳо 57,1% иҷоранишин ва 42,9% дар хобгоҳҳо умр ба сар мебаранд (ҷадвали 3).

Натиҷаи саволнома нишон дод, ки 38 (95%) омӯзгорони донишгоҳҳо аз маводҳои безараркунанда истифода бурда танҳо 2 (5%) истифода на-

Шумораи умумии дорандагони бемориҳои ҳамрадиф дар байни омӯзгорон (бо %)

Муассисаҳо	Донишгоҳҳо		Коллечҳо		МТМУ	
	Миқдор	%	Миқдор	%	Миқдор	%
Бемориҳои ҳамрадиф						
Диabetи қанд	5	12,5	7	17,5	1	5
Фишорбаландӣ	30	75	20	50	17	85
Бемориҳои дил	5	12,5	3	7,5	2	10
Надоштанд	0	0	10	25	0	0
Ҳамагӣ	40	100,0	40	100,0	20	100,0

Мавқеи ҷойгиршавӣ ва зичии аҳолии таҳқиқшаванда (бо%)

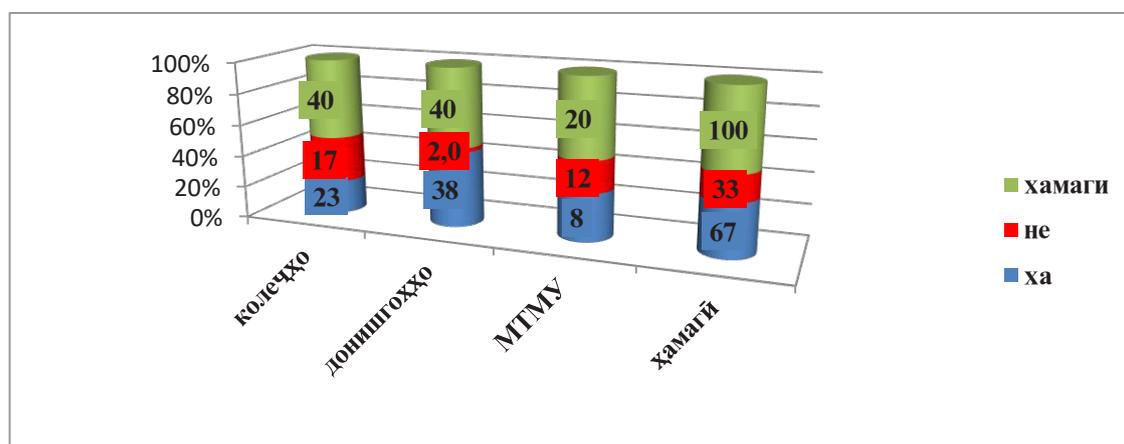
Саволҳо	Ҷавоб	Шумора	%
Хучраҳои хонаҳои истиқоматӣ	1-3	39	39
	4-6	58	58
	Аз 7 боло	3	3
	Ҳамагӣ	100	100
Аъзои оила	1-5	62	62
	6-10	33	33
	Аз 10 зиёд	5	5
	Ҳамагӣ	100	100
Оё шумо бо аҳли оилаатон зиндагӣ мекунад	Ҳа	93	93
	Не	7	7
	Ҳамагӣ	100	100
Агар не, пас дар кучо зиндагӣ мекунад	Иҷоранишин	4	57,1
	Хобгоҳ	3	42,9
	Ҳамагӣ	7	100

мебаранд. Дар байни омӯзгорони коллеҷҳо бошад, ҳамагӣ 23 (57,5%) аз маводҳои безараркунанда истифода бурда ва 17 (42,5%) нафари онҳо бошад, истифода накардааст. Дар байни омӯзгорони МТМУ бошад, маводҳои безараркунандаро хеле кам истифода карда мешавад. Ҳамагӣ аз 20 нафар пурсишшаванда танҳо 8 (40%) аз маводҳои безараркунанда истифода бурда, боқимонда истифода намебурданд (Расми 2).

Хулоса. Тибқи маълумотҳои бадастомада муайян гардид, ки сабабҳои паҳнкундаи бемории сироятии коронавирус дар байни омӯзгорон ин зичии ҷойгиршавӣ дар биноҳои баландошёна ба шумор меравад, ки 33%-и омӯзгорон дар оилашон аз 6 то 10-нафар ва 39%-и онҳо дар хонаҳои баландошёна 1 ё 3 хучрагӣ истиқомат мекунанд, инчунин вақти зиёди худро дар ҷойҳои пӯшида ба шумораи зиёди донишҷуён гузаронидаанд. Тамоми наздик ба шумораи зиёди аҳоли, зеро 41%-и

посухдиҳандагон аз ҳамкорон сироят ёфтаанд, дар ҷойи қор ҳангоми иҷрои вазифа. Омили дигари паҳнкундаи бемории маданияти пасти санитарӣ мебошад, зеро бештари ашхос ба беморӣ гирифта шуда шахсоне буданд, ки ҷорабиниҳои худмуҳофизатӣ аҳамияти ҷиддӣ намедоданд (33%).

Омилҳои, ки ба раванди эпидемикии беморӣ бештар таъсиррасон мебошанд ин доштани бемориҳои ҳамрадиқ мебошад. Чуноне, ки маълум гардид бемории коронавирус бештар дар байни омӯзгорони донишгоҳҳо вомерӯданд, зеро бемориҳои ҳамрадиқ нисбати дигар муассисаҳо бештар вомерӯрад. Шароити зиндагӣ ва стресс низ ба бемории мазкур таъсири манфӣ мерасонад, зеро омӯзгорони дар шароити қаноатбахш зиндагӣ мекардагӣҳо (37,5% -и омӯзгорони коллеҷҳо, 30%-и омӯзгорони донишгоҳҳо ва 55%-и МТМУ), бештар ба бемории мазкур гирифта шудаанд.



Расми 2. Шумораи мутлақи омӯзгороне, ки аз воситаҳои муҳофизатӣ истифода бурданд.

Бо вучуди ин, то ҳол хатарҳои марбут ба шаклҳои нави вирус вучуд доранд, ки метавонанд бештар сирояткунанда ё ин, ки ба вакцинаҳо тобовар бошанд. Дар баъзе минтақаҳо хуруҷи бемори ҳоло ҳам давом дорад, ки ин чораҳои эҳтиётро, аз қабилӣ пӯшидани ниқобҳо ва риояи масофаи иҷтимоӣ дар ҷойҳои чамбиятӣ талаб менамояд.

АДАБИЁТҲО:

1. Раҳмонов Э.Р. Таҳлили беморони коронавируси нав (КОВИД-19) ва илтиҳоби шушҳо аз маводҳои беморхонаи клиникаи шаҳрии бемориҳои сироятии / Э.Р. Раҳмонов, Х.Х. Ҳабибов, Ш.Б. Ҳабибуллоев // Вестник Авиценны.– Душанбе.– 2021. - Том 3.

2. Вступительное слово Генерального директора ВОЗ на брифинге по COVID-19 для постоянных представителей ВОЗ // Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции МЗ РФ (COVID-19). - 12 марта 2020 г. – версия 14.

3. Пардаева Г.С. COVID-19: Актуальные вопросы / Г.С. Пардаева, С.Т. Ибодзода // Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годовичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины». – Душанбе, 27 ноября, 2020. – Том 3. - С.417-418.

4. Прилуцкий А.С. Коронавирусная болезнь-2019. Характеристика коронавируса, эпидемиологические особенности / А.С. Прилуцкий // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2020. - Часть 1. - Том 24. - №1. – 87стр.

5. Эпидемиология новой коронавирусной инфекции (COVID-19) // 10.10.2020 tbilichenko@yandex.ru. - С. 6-7.

6. Wei Xia, Jianbo Shao, Yu Guo, Xuehua Peng, Zhen Li. Clinical and CT features in pediatric patients with COVID-19 infection: Different points from adults (англ.) // *Pediatric Pulmonology*. — 2020. — 5 March. — ISSN 1099-0496. — doi:10.1002/ppul.24718.

7. Yuanyuan Dong, Xi Mo, Yabin Hu, Xin Qi, Fang Jiang. Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China (англ.) // *Pediatrics* (англ.)рус. — American Academy of Pediatrics (англ.)рус., 2020. — 16 March. — ISSN 1098-4275. — doi:10.1542/peds.2020-0702. — PMID 32179660.

Давронзода И. – ассистент кафедры эпидемиологии ба номи профессор Рафиев Ҳ.Қ. МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», E-mail: davronzoda@mail.ru; тел: (+992) 93-404-44-88.

Ҳафизова Б.М. – ассистент кафедры эпидемиологии ба номи профессор Рафиев Ҳ.Қ. МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», E-mail: bashorat9696@mail.ru; тел: (+992) 00-110-70-17.

Давронзода И. – ассистент кафедры эпидемиологии имени профессора Х.К. Рафиева ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», E-mail: davronzoda@mail.ru; тел: (+992)93-404-44-88.

Ҳафизова Б.М. – ассистент кафедры эпидемиологии имени профессора Х.К. Рафиева ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», E-mail: bashorat9696@mail.ru; тел: (+992)00-110-70-17.

Davronzoda I. – Assistant of department of Epidemiology named after Professor H.Q. Rofiev of SEI «ATSMU», E-mail: davronzoda@mail.ru; tell: (+992)93-404-44-88.

Hafizova B.M. – Assistant of department of Epidemiology named after Professor H.Q. Rofiev of SEI «ATSMU», E-mail: bashorat9696@mail.ru; tell: (+992)00-110-70-17.

ТДУ 616. 22 – 006. 5 – 089.

АҲАМИЯТИ ВИДЕОЛАРИНГОСКОПИЯ ЧИҲАТИ ТАШХИС ВА БАНАҚШАГИРИИ ҶАРРОҲИИ ТАШКИЛАҲОИ ХУШСИФАТИ ҲАНҶАРА

Давронзода М.Д., Умарализода С.А.

Кафедраи оториноларингологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино” ш. Душанбе, Тоҷикистон

Дар мақола тасвири ларингоскопии патологияи муайян дар беморони гирифтори ташиклаҳои хушсифати ҳанҷара пешниҳод гардида, натиҷаҳои ҷарроҳии дохилиҳанҷаравӣ бо истифода аз видеоларингоскопия таҳлил шудааст. Таҳлили натиҷаҳои бадастомада нишон дод, ки усули видеоларингоскопия чиҳати дуруст баҳо додани

ҳолати ханҷара, таиҳиси тафриқавии бемориҳои органикии ханҷара имконияти васеъ фароҳам меорад. Истифодаи эндоскопоҳо барои ҷарроҳии дохилиханҷаравӣ ҳангоми ташиклаҳои хушсифати ханҷара асоснок буда, нисбат ба дигар усулҳо афзалияти бештар дорад.

Калидвожаҳо: видеоларингоскопия, ларингоскопия, ташиклаҳои хушсифати ханҷара, ҷарроҳии дохилиханҷаравӣ.

ЗНАЧЕНИЕ ВИДЕОЛАРИНГОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ПЛАНИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГОРТАНИ

Давронзода М.Д., Умарализода С.А.

Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино», г. Душанбе, Таджикистан

В статье представлена ларингоскопическая картина определённой патологии у пациентов, страдающих доброкачественными опухолями гортани, а также проанализированы результаты внутригортанных хирургических вмешательств с использованием видеоларингоскопии. Анализ полученных результатов показал, что метод видеоларингоскопии предоставляет широкие возможности для точной оценки состояния гортани, а также для дифференциальной диагностики органических заболеваний гортани. Использование эндоскопов для внутригортанных хирургических вмешательств при доброкачественных опухолях гортани обосновано и имеет преимущество по сравнению с другими методами.

Ключевые слова: видеоларингоскопия, ларингоскопия, доброкачественные опухоли гортани, внутригортанные хирургические вмешательства

THE IMPORTANCE OF VIDEOLARINGOSCOPY FOR DIAGNOSIS AND SURGICAL INTERVENTION PLANNING IN CASES OF BENIGN TUMORS OF THE LARYNX

Davronzoda M.D., Umaralizoda S.A.

Department of Otorhinolaryngology of the State Educational Institution “Tajik State Medical University named after Avicenna”, Dushanbe, Tajikistan.

The article presents the laryngoscopic findings of a specific pathology in patients suffering from benign tumors of the larynx, as well as analyzes the results of intra-laryngeal surgical interventions using videolaryngoscopy. The analysis of the obtained results showed that the videolaryngoscopy method provides extensive opportunities for accurate assessment of the laryngeal condition, as well as for differential diagnosis of organic laryngeal diseases. The use of endoscopes for intra-laryngeal surgical interventions in cases of benign laryngeal tumors is justified and has advantages over other methods.

Keywords: videolaryngoscopy, laryngoscopy, benign laryngeal tumors, intra-laryngeal surgical interventions.

Мухимият. Патологияи ханҷара дар амалияи ҷаррӯзаи табиби отоларинголог ҷои муҳимро ишғол мекунад. Вазнинии ҳолати беморон бо вайроншавии фаъолияти ҳаётан муҳим (нафаскашӣ ва садоҳосилкунӣ), инчунин мураккаб будани муоинаи ханҷара дар баъзе беморон ва душвории табобати ҷарроҳӣ мунтазам такмил додани усулҳои ташҳис ва табобати ин бемориро талаб мекунад. Миёни равандҳои омосии роҳҳои болоии нафас омосҳои ханҷара дар 55-70% ҳолатҳо во меҳурад [4, 6, 7]. Тибқи ақидаи муҳақиқони гуногун дар байни ташиклаҳои хушсифати ханҷара, салилаҳо 39 - 68%, папиллома - 24 - 59%, варми Рейнке - 5,5%, кистаҳо - 5% ва гранулемаҳои ғайрихос - 3% -ро ташкил медиҳанд [5, 6, 11, 12]. Ташкилаҳои хушсифати ханҷара, махсусан ташкилаҳои чинҳои садо сифати овозро тағйир медиҳанд, ки ин барои шахсоне, ки фаъолияти касбиашон бо дастгоҳи овозӣ алоқаманд аст, мах-

сусан муҳим мебошад. Ба онҳо равиши тӯлонӣ, душвории табобат ва эҳтимолияти такроршавӣ хос ҳастанд [2, 5, 15]. Усулҳои асосии баҳодихии визуалӣ, ки ҳоло мавҷуд аст, бо истифода аз оптикаи баландсифат (микрларингоскопия, фиброларингоскопия ва ғайра) имкон медиҳанд, ки ковокии ханҷараро бо андозаи ниҳоят баланд муоина намоем [1, 8, 9]. Ба туфайли ин дар солҳои охир сифати ташҳис хеле баланд шудааст. Бо вучуди ин, чунин усулҳо дараҷаи муайяни субъективӣ доранд, зеро онҳо то андозае аз сифати таҷҳизоти истифодашаванда, тахассуси духтури муоинакунанда ва хусусияти патология вобаста мебошанд [13]. Дар асоси гузаронидани видеоларингоскопия, вучуд доштан ё надоштани раванди патологӣ дар калонсолон ва кӯдакон, ташҳиси тафриқавии бемориҳои функционалӣ ва органикии ханҷара муайян гардида, инчунин имкон медиҳад, ки ҳолатҳои гуногуни патологияи ханҷара, муқоиса

ва хуччатнигорӣ карда шаванд. Дар мавриди табо- бати ихтилоли овоз тасвири видеоларингоскопии пеш ва пас аз чарроҳӣ метавонад ҳамчун воситаи биологӣ хизмат кунад. Маълумоти ками чузъҳои гуногуни сохторӣ ва функционалии ханчара на ҳамеша имкон медиҳад, ки патологияҳои гуногуни ханчара бомуваффақият ташхис ва муолиҷа карда шавад. Ин махсусан бо сабаби афзоиши назарраси бемориҳои гуногуни ханчара, аз ҷумла саратон, муҳим аст. Дар асри 20 инкишофи технологияи оптикӣ, усулҳои беҳисгардонии умумӣ, такмил додани асбобҳои микроҷарроҳӣ ба рушди минбаъ- даи босуръати микроҷарроҳии дохилиханҷаравӣ мусоидат карданд. Проблемаи бо роҳи ҷарроҳӣ бартараф кардани ташкилаҳои хушсифати ханчара, ба тӯфайли комъебиҳои технологияи ҳозиразамони микроэндоскопӣ дар айни замон бадоҳатан ҳал шудааст. Дар робита ба ин, солҳои охир тавачҷӯҳи ларингологҳо ба коркарди усулҳои оптималии ҷарроҳӣ равона гардидаат, ки сохтори анатомӣ ва вазоифии ханҷаро ба таври максималӣ нигоҳ медорад. [2, 5, 10].

Дар айни замон барои муолиҷаи ташкилаҳои хушсифати ханҷара усули хуб, бартараф кардан бо роҳи дохилиханҷаравӣ тахти беҳискунии умумӣ мебошад [13]. Микроҷарроҳии дохилиханҷаравӣ дониш ва малакаи мувофиқро талаб мекунад ва ба- рои татбиқи бомуваффақият ва беҳатари ин намуди амалёт таҷрибаи мукамал ва зарурӣ лозим мебо- шад. Иҷро намудани чунин амалиётҳои ҷарроҳӣ корисаҳл нест, чуноне, ки табибони таҷрибаашон нокифоя аксар вақт мепиндоранд. Аз ин рӯ, шумо- раи оризаҳои бебозгашти ханҷара, ки дар натиҷаи ҷарроҳии нодуруст ба амал меояд, хеле зиёд аст. Барқарорсозии бомуваффақияти вазифаи вайрон- шудаи овоз аз ҷӣ андоза сари вақт ва дуруст таш- хис гузошта шуда, табобати оқилона оғоз намудан вобастагӣ дорад.

Мақсади тадқиқот. Баҳоидиҳии самарано- кии муолиҷаи ҷарроҳии ташкилаҳои хушсифати ханҷара бо истифода аз видеоларингоскоп.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар шӯъбаҳои бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинии МД ММТ ҚТ «Ши- фобахш» аз соли 2021 то 2024 зери назорати мо 29 бемор қарор дошт. Синии беморон аз 16 то 57 сол- ро ташкил меод, ки аз онҳо 18 нафар мардон ва 11 нафарашон занон буданд. Мутобиқи воҳидҳои нозологӣ, ташкилаҳои хушсифати ханҷара чу- нин тақсим шудаанд: фибромаи синҳои садо - 4, ташкилаҳои салиламонанди садопарда - 14, ге- мангиомаи садопарда - 2, папилломаи садопарда - 5, грануломаи тағояки кафлезшакл - 4. Ҳамаи беморон бо этилолиятҳои органикии ханҷара,

яъне бо ин ё он ташкилаи омосмонанди ханҷара ба шӯъбаҳои гӯшу гулӯ ва бинии МД ММТ ҚТ «Ши- фобахш» фиристода шуданд. Аксарияти беморон аз дисфонияи вазнинии гуногун шикоят мекарданд. Ҳамаи беморон аз муоинаи узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ ва видеоларингоскопия пеш аз ҷарроҳӣ ва пас аз ҷарроҳӣ гузаронида шуданд.

Чинҳои садо ду намуди ҳаракатҳои ларзишӣ доранд: ҳаракати уфуқии массаи мушакҳо («body») ва ҷойгузини амудии луобпарда («cover»). Ба гуф- таи олими шинохта М. Хирано (1981), ин маҷмаа сохтори хатҳои овозро ташкил дода, таъмин мена- мояд-раванди муътадили фонатсия, ки метавонад хангоми бемориҳои гуногуни ханҷара ҳалалдор шавад. Ин аз сабаби хусусиятҳои сохтории са- допарда ба амал меояд. «Қисм»-и садопарда аз мушакҳои овозӣ ва пайвандаки овозӣ, қабати рӯйпушқунанда «lamina propria» (плитаи борик), ки ҳамчун «рӯйпуш»-и фазои Рейнке амал меку- над, пас аз он қабатҳои миёна ва чуқури он (ибо- рат аз нахҳои коллагенӣ ва эластикӣ), минтақаи гузариш ва эпителияро ташкил медиҳанд. Аз са- баби хусусиятҳои гуногуни зичии ин рӯйпушҳо, ба назар чунин менамояд, ки хангоми фонатсия онҳо аз ҳамдигар ҷудо шуда, имкон медиҳанд, ки луобпарда новобаста аз пайвандҳо ва мушакҳо мустақилона ларзиш кунад [12,13].



Расми 1. Гузаронидани дастамали эноскопияи ханҷара бо истифода аз эндоскопи саҳт.

Техникаи тадқиқот бо эндоскопи саҳт чунин аст. Дар беморони гирифтори рефлекси балъумӣ, девори паси балъум ва решаи забон бо маҳлули 10% лидокаин карахт карда мешавад. Агар бемор хангоми муоина норухатӣ нашошта бошад, пас мо анестетикҳои маҳаллиро истифода намебарем.

Муоинашаванда даҳонро кушода, забонашро берун менамояд, ки духтур онро бо дасти чапаш дошта баъдан муоина мекунад. Духтур бо дасти росташ эндоскопро қад-қад хати миёна ба қовокии даҳонбалъум ворид карда, таҳти назорати экран онро дар болои даромадгоҳи ханчара ҷойгир менамояд. Дар ин вақт бемор садоноки кашадаи «и»-ро бо басомад ва ҳаҷми наздик ба басомади нутқи гуфтораш талаффуз мекунад. Пас аз азназаргузаронии ханчара дар басомади гуфтугӯӣ, бемор овози худро то ҳадди имкон баланд карда, сипас шиддатнокии овози худро коҳиш медиҳад. Барои мардон ин басомадҳо аз 85 то 200 Гст. ва барои занон аз 160 то 340 Гст. мебошанд. Басомадҳои 145 Гст. ва 240 Гст. маъмултарин ба шумор мераванд [10]. Ин имкон медиҳад, ки ҳалалдоршавии ҳадди ақали ҷобачогузори пардаи луобӣ, ки дар шиддати муқаррарӣ ошкор карда намешаванд, муайян гардад. Агар басомади овоздиҳии садоноки кашадашуда аз нутқи гуфторӣ ба таври назаррас фарқ кунад, пас аз бемор хоҳиш карда мешавад, ки то се ҳисоб кунед ва садонокро мисли «и» дар охири калимаи «се» садо диҳад.



Расми 2. Гузаронидани дастамали эндоскопияи ханчара бо истифода аз эндоскопи чандир.

Муоина бо эндоскопи чандир хусусияти худро дорад. Пардаи луобии биниро аввал бо маҳлули 10% лидокаин бо иловаи маҳлули 0,1% адреналин молида, карахт менамоянд. Дар сурати пайдо шудани рефлекси баръалои балъум, анестезияи иловагии балъум ва ханчара гузаронида мешавад. Фиброскопро дар баробари роҳи поёнии бинӣ мегузorem. Назорати визуалӣ бо истифода аз тасвири видеоӣ дар экран сурат мегирад. Баъдан, фиброскоп дар баробари гузароғҳи поёнии бинӣ ба даҳони найҳои сомеа гузаронида шуда, сипас, бо истифода аз фишанги линза, қунҷи қачшавии охири дистали эндоскоп иваз карда шуда ва асбоб оҳиста-оҳиста ба ханчарабалъум ба сатҳи оптималӣ барои муоинаи ханчара интиқол дода мешавад.

Натиҷаҳои таҳқиқот дар архиви ҳуҷҷатҳои видеоӣ сабт мегардад. Ҳангоми ташҳиси видеоларингоскопия аввал ранги луобпардаи ханчарабалъум ва тамоми қисмҳои ханчара муайян карда шуда, водиҳо муоина мешаванд, ба шакл ва ҳаракатнокии гулпушак, симметрия ва ҳаракатнокии чини кафлезу-гулпушак, симметрияи кисаҳои мурудшакл, пӯшидани онҳо, симметрияи ҷойгиршавӣ ва ҳаракатнокии тағоякҳои кафлезшакл, тафтиши фосилаи байни тағоякҳои кафлезшакл, чинҳои вестибулярӣ, минтақаи меъдаҷаҳои Морган, симметрия ва ҳаракатнокии хатҳои овоз, тонуси онҳо, роғи овозӣ хангоми нафаскашӣ ва фонатсия, ҳолати минтақаи зерини чинҳои садо ва ҳалқаҳои аввалини трахея баҳогузори карда мешавад. Вучуд доштан ё нашоштани ларзишҳои фонаторӣ, аломатҳои ҳаракатҳои ларзиш, якхела будани ларзиш дар басомади қитъаҳои овоз, мавҷудияти аломати ҷойгиршавии пардаи луобии канори садопарда, ҳаҷми ташкилаи омосҷ, ҷойгиршавии он ва ҳолати ҳаракатнокии садопарда низ бояд аз мадди назар дур намонад.

Амалиёти ҷарроҳӣ дар ҳамаи беморон зерини беҳискунии эндотрахеалӣ, бо истифода аз эндоскоп анҷом дода шуд. Тасвири васеъшудаи майдони ҷарроҳӣ дар экрани монитор бо истифода аз камераи видеоӣ намоиш дода мешавад. Ҳангоми ҷарроҳии дохилиханҷаравӣ кӯшиш карда шуд, ки ташкилаи яқлукт дар ҳудуди бофтаи солим гирифта шавад. Мо дар рафти ҷарроҳӣ қайҷии тези бурандаро истифода бурдем.

Дар рафти амалиёт техникаи декортикатсияи садопардаҳо бе таъсир ба фазои Рейнке истифода шуд. Маводи гирифташуда ба озмоишгоҳ барои ташҳиси гистологӣ фиристода шуд. Хунравии ночиз бо роҳи ворид кардани тампончаи пахта бо маҳлули адреналин ба фазои ханчара манъ карда



Расми 3. Гузаронидани амалиёти чарроҳӣ дар ханчара бо истифода аз эндоскоп.

шуд. Давомнокии чарроҳии дохилиханчаравӣ аз 5 то 15 дақиқаро ташкил медиҳад, ки чараёни кулайи давраи пас аз чарроҳиро таъмин мекунад. Рӯзҳои 2-3-юм беморонро аз беморхона рухсатӣ намудем. Пас аз баргараф кардани ташкилаҳои хушсифат (салилаҳо, папилломаҳо, гранулемаҳо ва ғ.) дар макони чарроҳӣ, падидаҳои реактивӣ барои муддати муайян боқӣ мемонанд: лавҳаи нахдор дар макони ташаккули хоричшуда, варами реактивии перифокалӣ ва гиперемияи садопардаҳо пайдо мегардад.

Дар давраи пас аз чарроҳӣ, инфузияҳои дохилиханчаравӣ барои бемороне, ки тағйироти реактивии бештар дар минтақаи захми пас аз чарроҳӣ доштанд, гузаронида шуд. Ба беморон

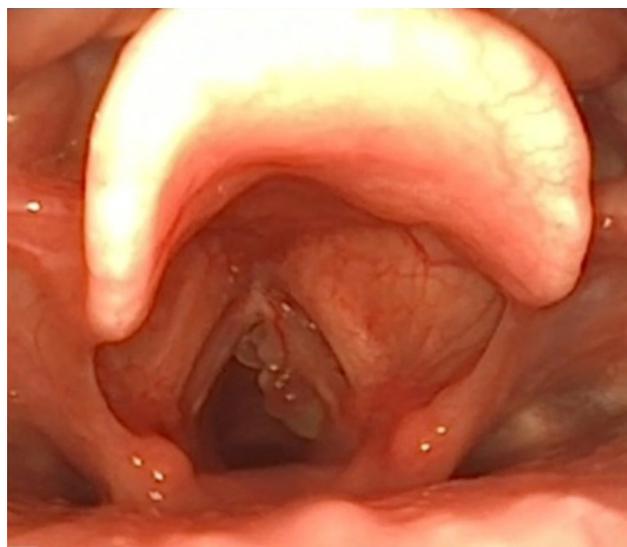
речаи садои нарм тавсия дода шуд. Дар ҳолатҳои дуру дароз ва доимии вайрон шудани вазифаи овоз ба беморон бо мақсади беҳтар намудани норасоии функционалии дастгоҳи овозӣ фонопедия таъин гардид.

Ба системаи видеои монитор (тасвири видеои васеъшудаи ханчара дар экрани он инъикос карда мешавад), плеери DVD ва камераи телевизионӣ дохил мешавад. Наворхоро борҳо дидан ва дар архиви ҳуҷҷатҳои видеои нигоҳ доштан мумкин аст. Мо сабтҳои видеоиро ба беморон пеш аз табобат, дар давоми табобат ва пас аз табобат нишон медиҳем, ки ба эҷоди бартари психологӣ мусбӣ мусоидат мекунад.

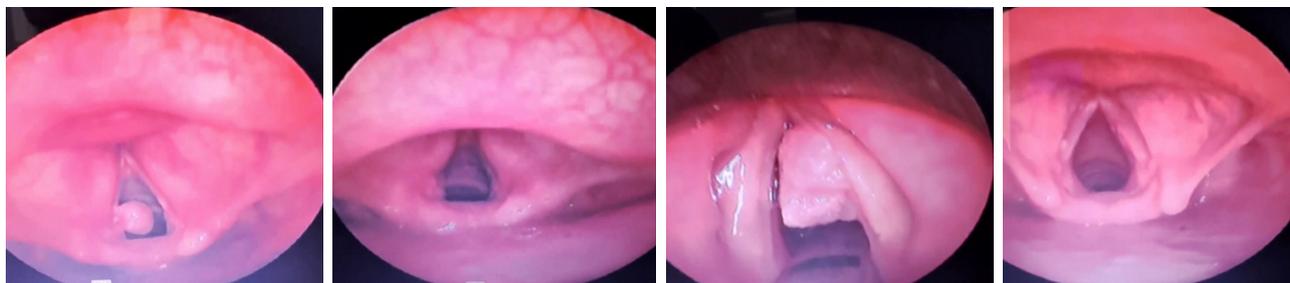
Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Тасвири видеоларингоскопӣ барои беморҳои гуногуни ханчара хусусиятҳои зерин дошт. Салилаҳои садопарда одатан дар як тараф ҷойгир мешаванд. Маҳкамшавии пурраи роғи садо ба амал намеояд. Дар тарафе, ки ташкила ҷой дорад амплитудаи ларзишҳо кам мешавад. Дар асоси хусусиятҳои ҷойивазкунии мавҷи лапиши луобпардаи канори озоди садопардаҳо хусусияти тағйироти гистологиро тахмин кардан мумкин аст. Дар салилаҳои фиброзӣ ва ангиоматозӣ мавҷи луобпарда дар канори садопардаҳо ба вучуд намеояд, аммо ҳангоми ҷой доштани салилаҳои нарм лапиш бараъло мушоҳида карда мешавад. Дар равандҳои гиперпластикӣ, ба монанди гиперкератоз, ғайрихаттӣ будани кунҷҳои садопардаҳо дида мешавад.

Маҳкамшавии роғи овози нопурра буд. Роғи овози шакли номунтазам дорад. Амплитуда кам мешавад, ларзишҳо асимметрии мебошанд. Мавҷи



Расми 4. Папилломаи чини садо то амалёт ва баъд аз амалёт.



Расми 5. Ташкилаҳои хушсифати ханчара то амалёт ва баъд аз амалёт.

луобпардави вучуд надошт, минтақаҳои ларзиш-нашаванда муайян карда шуданд.

Дар давраи баъд аз чарроҳӣ дар муҳлатҳои гуногун ба ҳамаи беморон муоинаи такрорӣ видеоларингоскопӣ гузаронида шуд. Таҳлили натиҷаҳо нишон дод, ки дар 12 бемор барқароршавии луобпардаи роғи садо мушоҳида мегардад. Дар рӯзи 2-3-юми пас аз чарроҳӣ аксуламали ками илтиҳобӣ пайдо шуд, канорҳои садопардаҳо ва роғи садо ҳангоми фонатсия шакли нимбайзавӣ дошта, амплитудайи ларзиш ва мавҷи луобӣ хурд гардид. Баъд аз 6-10 рӯзи чарроҳӣ, садопардаҳо ранги хокистарии сабук пайдо карданд, танҳо дар баъзе мавридҳо дар макони ҷароҳат гиперемияи ночиз ба назар мерасид. Дар 4 бемор ҳангоми фонатсия хатҳои овоз пурра маҳкам шуданд. Амплитудайи ларзишҳо ва мавҷи луобпарда танҳо дар як ҳолат хурд боқӣ монд ва дар беморони боқимонда онҳо андозаи муқаррариро пайдо карданд. Барои 17 нафар давраи барқароршавӣ аз 11 то 28 рӯзро ташкил дод. Дар ин беморон дар рӯзи 2-3-ум нисбат ба беморони дар боло тавсифшуда падидаҳои реактивӣ пас аз чарроҳӣ шадидтар мушоҳида карда шуданд. Ҳангоми фонатсия, роғи садо шакли нимбайзавӣ дошт ва дар минтақае, ки аз он ташкила баргараф гардида буд, мавҷи луобӣ ва ҳаракатҳои ларзиш вучуд надоштанд. Дар рӯзи даҳуми пас аз чарроҳӣ садопарда ранги гулобиро гирифтанд. Дар баробари ин, ҳарду садопардаҳо ҳолати гипотоникӣ ва асимметрияро дар амплитудайи ларзишҳо нигоҳ медоштанд.

Танҳо дар рӯзҳои 11-15 ва дар 4 бемор ва баъдтар, хатҳои овозӣ ранги гулобии рушан доштанд. Бо вучуди ин, тонуси қабатҳо паст шуда, амплитуда ва мавҷи луобпардави дар ҳама беморон барқарор нагардид. Ин фарқият дар тасвири ларингоскопӣ дар давраи пас аз чарроҳӣ аз намуди патология, андозаи ташкилаҳо ва ҳаҷми амалёти чарроҳӣ вобаста аст. Ҳамин тариқ, баргариҳои ларингоскопияи видеоӣ қобилияти мушоҳида кардани ларзишҳои садопардаҳо, ноил шудан ба объективизатсияи тадқиқот тавассути сабти виде-

оии тасвири ларингоскопӣ, эҷод кардани бойгонии ҳуччатҳои видеоӣ, инчунин эҷоди психомотионалии мусбӣ бартарият дорад. Муайян шудааст, ки видеоларингоскопия дар беморони гирифтори бемориҳои ханчара барои барқарорсозии пас аз чарроҳӣ аҳамияти бузурги иттилоотӣ дорад.

Хулоса: Усули видеоларингоскопия ҷиҳати дуруст баҳо додани ҳолати ханчара, ташхиси тафрикавии бемориҳои органикии ханчара имконияти васеъ фароҳам меорад. Истифодаи эндоскопҳо барои чарроҳии дохилиханҷаравӣ ҳангоми ташкилаҳои хушсифати ханчара асоснок буда, нисбат ба дигар усулҳо афзалияти бештар дорад. Натиҷаҳои амалёти чарроҳии дохилиханҷаравӣ тавасути видеоларингоскопия дақиқ баҳогузорӣ мегардад.

АДАБИЁТ

1. Агеева С. А. Ранняя диагностика рака и пути профилактики фоновых и предопухолевых заболеваний гортани / С. А. Агеева, Г. З. Пискунов. //Выявление ранних форм злокачественных опухолей: Сб. науч. тр. – М., 1989. – С. 29–33.
2. Битюцкий П. Г. Врачебные ошибки в диагностике и лечении рака гортани и гортаноглотки: Мед. консультация / П. Г. Битюцкий, Е. И. Трофимов. – М., 1999. – №2. – С. 40–47.
3. Ермолаев В. Г. Руководство по фонииатрии / В. Г. Ермолаев, Н. Ф. Лебедева, В. П. Морозов. – М.: Медицина, 1970. – 271 с.
4. Зак Л. Р. Доброкачественные опухоли гортани / Л. Р. Зак // Вестн. оторинолар. – 1954. – №5. – С. 65–68.
5. Коноплев О. И. Эндоларингеальная контактная лазерная хирургия новообразований гортани: Автореф. дис.... докт. мед. наук / О. И. Коноплев. – СПб., 1992. – 52 с.
6. Преображенский Ю. Б. Микрларингоскопия и перспективы ее развития / Ю. Б. Преображенский, Д. Г. Чирешкин, М. А. Шустер // Вестн. оторинолар. – 1984. – №6. – С. 3–9;
7. Преображенский Ю. Б. Микрларингоскопия и эндоларингеальная микрохирургия / Ю. Б. Преоб-

раженский, Д. Г. Чирешкин, Н. С. Гальперина. – М.: Медицина, 1980. – 176 с.

8. Степанова Ю. Е. Применение видеостробоскопии для диагностики, лечения функциональных и органических заболеваний гортани: Пособие для врачей / Ю. Е. Степанова, Н. В. Швалев. – СПб., – 2000. – 19 с.

9. Филатова Е.А., Шелестова В.В. Опыт применения метода нейромышечной электрофонопедической стимуляции при нарушении голоса // Росс. оторинолар. 2017. №2. С. 384-390.

10. Abitbol. J. Atlas of laser voice surgery. – /J. Abitbol. San Diego, 1995. – 85 p.

11. Green H. On the Surgical Treatment of Polypi of the larynx, and Oedema of the Glottis. – /H. Green. New York; 1852. – P. 56–65.

12. Hirano M. Clinical examination of voice / M. Hirano. – New York, 1981. – 84 p.

13. Hirano M. Videostroboscopy / M. Hirano, Bless D. – San Diego, 1990. – 56 p.

14. Hirano M. Phonosurgery assessment and surgical management of voice disorders / M. Hirano // Phonosurgical anatomy of the larynx. – New York, 1991. – P. 25–42. 19. Hirano M. Videostroboscopic examination of the larynx / M. Hirano, Bless D. – London, 1993. – 48 p.

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

Умарализода Субхон Амралӣ - унвонҷӯи кафедраи оториноларингологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”. e-mail: sumaralizoda@mail.ru, тел.: 904-41-44-04.

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

Умарализода Субхон Амралӣ – соискатель кафедры оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». E-mail: subhon@mail.ru, тел.: 904-41-44-04.

Davronzoda Manuchehr Davronsho – Candidate of Medical Sciences, Assistant at the Department of Otorhinolaryngology of the State Educational Institution “TSMU named after. Abuali ibn Sino.» E-mail: shoevmd@mail.ru, phone: 93-400-47-57.

Umarlizoda Subkhon Amirali- postgraduate student of the Department of Otorhinolaryngology, State Educational Institution “Tajik State Medical University named after Avicenna”. E-mail: subhon@mail.ru, phone: 904-41-44-04.

ТДУ 616.314-002-085

ОПТИМИЗАЦИЯ И САТҶИ ГУНОГУНИ ФАЪОЛНОКИИ МУТАҲАРРИКӢ БО ҶУЗЪҶОИ ТАРКИБИИ ШИДДАТНОКИИ КАРИЕСИ ДАНДОНҶО

Ёраков Ф.М., Давлатмуродзода Г.Д.

Кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ «Донишгоҳи давлатии тибби Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

ОПТИМИЗАЦИЯ РАЗНОГО УРОВНЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ С СОСТАВЛЯЮЩИМИ КОМПОНЕНТАМИ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ.

Ёраков Ф.М., Давлатмуродзода Г.Д.

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». Таджикистан

Тема оптимизации различного уровня двигательной активности в контексте здоровья зубов, а также связи с интенсивностью кариеса зубов, представляет собой актуальное направление исследований в области стоматологии и спортивной медицины.

Данная работа рассматривает влияние физической активности на состояние полости рта и уровень кариозных поражений.

В исследовании выделяются ключевые компоненты, такие как частота и интенсивности двигательной активности, а также их взаимосвязь с гигиеной полости рта и питанием.

Установлено, что регулярные физические нагрузки способствуют улучшению общего состояния здоровья, что может положительно сказаться на состоянии зубов.

Кроме того, особое внимание уделяется роли питания, которое в сочетании с физической активностью может оказывать значительное влияние на развитие кариеса.

Рассматриваются рекомендации по оптимизации двигательной активности для различных возрастных групп и уровней физической подготовки с целью снижения риска кариеса и улучшения гигиенических привычек.

Выводы исследования подчёркивают важность комплексного подхода к поддержанию здоровья зубов, который включает в себя как физическую активность, так и правильное питание и гигиену полости рта.

Ключевые слова: КПУ зубов, ВОЗ, Индекс зубов.

OPTIMIZATION OF DIFFERENT LEVELS OF MOTOR ACTIVITY WITH COMPONENTS OF THE INTENSITY OF DENTAL CARIES.

Erakov F. M., Davlatmurodzoda G.D.

Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Institution “AbualiibniSino TSMU”. Tadjikistan

The topic of optimizing various levels of motor activity in the context of dental health, as well as the relationship with the intensity of dental caries, is an actual research area in the field of dentistry and sports medicine.

This paper examines the impact of physical activity on the oral cavity and the level of carious lesions.

The study highlights key components such as the frequency and intensity of motor activity, as well as their relationship to oral hygiene and nutrition.

It is established that regular physical activity contributes to the improvement of overall health, which can have a positive effect on the condition of teeth.

In addition, special attention is paid to the role of nutrition, which in combination with physical activity can have a significant impact on the development of caries.

Recommendations for optimizing motor activity for different age groups and levels of physical fitness are considered in order to reduce the risk of caries and improve hygiene habits.

The study's findings highlight the importance of an integrated approach to maintaining dental health, which includes both physical activity and proper nutrition and oral hygiene.

Keywords: KPU of teeth, WHO, Index of teeth.

Муҳиммияти таҳқиқ. Яке аз нишондихандаҳои асосиери, ки Ташкилоти умумичаҳони тандурустӣ ҳангоми омӯзиши иллатнокшавии аҳоли аз кариеси дандонҳо тавсия медиҳад, нишондихандаи шиддатнокии кариеси индекси КПУ (дандонҳо) ба ҳисоб меравад. Аҳамияти ададии индекси КПК фақат дар ҷанбаи арзёбии умумии иллатнокшавии дандон аз кариес маълумот медиҳад. Он дар таҳқиқи клиникӣ-эпидемиологӣ ҳангоми омӯзиши хусусиятҳои чуғрофии иллатнокшавии аҳоли аз кариес, инчунин ҳангоми муайянкунӣ бо мақсади стандартизатсияи гирифтورشавии стоматологӣ ва ниҳоят, ҳангоми омӯзиши натиҷаҳои татбиқи барномаҳои пешгирикунанда (1) ба таври васеъ ба кор бурда мешавад.

Маълумотнокии индекси шиддатнокии кариеси дандонҳо ҳангоми омӯзиши унсурҳои он – ҷузъҳои таркибии КПК (К,Р,Х,П ва У) хеле боло меравад. Ин ҳама бо он ифода меёбад, ки адади миёнаи дандонҳои кариесии оризанаёфта (ҷузъи К) ва шакли оризадоршудаи кариес (ҷузъи К ва Х), дар бораи ҳаҷми ёрии зарурии стоматологӣ, миқдори дандонҳои пломбагузошташуда (ҷузъи П), оид ба дараҷаи бо муолиҷа таъмин шудани дандонҳо, теъдоди дандонҳои кандашуда (ҷузъи К), дар бораи сифати кори муолиҷавӣ ва талаботи ашхоси муоинашуда ба ёрии стоматологияи ортопедӣ ҳукм карданро имконпазир мегардонад. Муаллиф дар асоси таҳлили маводи зиёди

клиникӣ-эпидемиологӣ нишон дод, ки дар ниҳоят сохтори КПК-и дандонҳо ба таъминоти кадрҳои стоматологӣ, сифати ташкили ёрии стоматологӣ ва сатҳи таъминоти ёрии мунтазами стоматологӣ, сатҳи маълумоти умумии аҳоли, дониши санитарӣ-беҳдошти ва фарҳанги умумии он вобастагӣ дорад.

Мақсади таҳқиқот омӯзиши ҷузъҳои шиддатнокии кариес ва қимати ибтидоии сатҳи ёрии пештар расонидашудаи стоматологӣ дар ашхоси гирифтोर ба сатҳи гуногуни фаъолияти мутаҳарриқӣ маҳсуб меёбад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Пажӯҳиш дар пойгоҳи кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” амалӣ шудааст. Ҳамагӣ 493 беморе муоина шуд, ки фаъолнокии гуногуни мутаҳарриқӣ доштанд. Барои тақсимои беморон тавсияҳои аз ҷониби ТУТ пешниҳодшуда ба кор бурда шуд: агар шахс тули ҳафта на камтар аз 5 соат ба кори ҳаракаткунандаи ҷисмонӣ машғул шавад, ҳолати мазкур аз он дарак медиҳад, ки ӯ фаъолнокии пасти ҳаракаткунандагӣ дорад; агар нишондихандаи мазкур аз 5 то 7 соати машғулияти фаъолнокии ҷисмониро дар бар мегирифта бошад, аз сатҳи миёнаи фаъолияти ҳаракаткунандагӣ дарак медиҳад; сатҳи баланди фаъолияти мутаҳарриқӣ гуфта, дар як ҳафта зиёда аз 8 соат ба фаъолнокии ҷисмонӣ машғул шудан дар назар дошта шудааст. Ҳангоми бори аввал ба назди табиби стоматолог рафта тавассути пур-

сиши ичтимоӣ барои ҳар бемор дар алоҳидагӣ сатҳи фаъолияти мутаҳаррикӣ муайян ва барои ҳар кас “Картаи муоинаи ковокии даҳон” пур карда шуд, ки махсусан таҳия карда шудааст. Дар карта дандонҳое, ки аз иллоти кариес оризадор шудаанд (чӯзӣ К) ва ориза наёфтаанд (чӯзӣ К ва Х), дандонҳои пломбашуда (чӯзӣ П) ва кандашуда (чӯзӣ К) қайд карда шудаанд.

Кариес ҳангоми дар бофтаҳои саҳти дандон ошкор кардани нуқсоне ташхис карда шуд, ки ба воситаи зонди нӯғаш тез зоҳир карда мешавад. Барои арзёбии иллатнокшавӣ аз кариес он тавассути индекси шиддатнокии кариес (тибқи шохиси КПКд) ҳисоб карда шуд. Дар ҳар гурӯҳи синнусолӣ сохтори КПК (дандонҳо), яъне адади миёна ва ҳиссаи дандонҳои оризадорнашуда (К) ва оризанаёфта (З ва Х), пломбашуда (П) ва дандонҳои кандашуда (К) ба як таҳти муоина муайян карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Натиҷаи муоинаи беморони стоматологӣ шиддатнокии баланди иллатнокшавӣ аз кариес, қимати сатҳи пасти ёрии стоматологӣ пештар расонидашуда ва вобастагии нишондиҳандаҳои мазкурро ба омили синнусолӣ нишон дод. Ҳамин тавр, агар қимати КПК (дандонҳо) дар гурӯҳи 1-и синнусолӣ (20-29-солаҳо) дар ҳудуди аз $9,58 \pm 0,17$ то $13,67 \pm 0,24$ тағйир ёфта, ба ҳисоби миёна $11,63 \pm 0,34$ -ро ташкил меод, пас дар гурӯҳи дуум қимати миёнаи индекси зикргардида ба $15,83 \pm 0,40$, дар гурӯҳҳои 3 ва 4 бошад, мутаносибан ба $20,38 \pm 0,56$ ва $22,09 \pm 0,66$ мерасид ва қимати баландтарин ($26,27 \pm 0,54$) дар гурӯҳи муоинашудаҳои 60-сола ва калонтар ба қайд гирифта шуд.

Ҳангоми беморони стоматологӣ, ки сатҳи гуногуни фаъолияти мутаҳаррикӣ доштанд, дар сохтори КПК (дандонҳо) ҳиссаи чӯзӣ “К” дар гурӯҳҳои синнусолии калонтар (50-59-солаҳо ва аз 60-солаҳо калонтар) тақрибан якхела ($0,07 \pm 0,01$ ва $0,03 \pm 0,01$ воҳид) буда, ба қимати $0,38\%$ ва $0,14\%$ мувофиқат менамуд. Вазни қиёсии дандонҳои аз кариес оризанаёфта дар мавриди ашхоси 20-29, 30-39 ва 40-49-солаҳо мутаносибан ба $0,16 \pm 0,02$ ($2,41\%$), $0,45 \pm 0,02$ ($6,0\%$) ва $0,21 \pm 0,03$ ($1,28$) мувофиқат менамуд.

Зимни беморони гурӯҳи мазкур дар сохтори КПК (дандонҳо) ҳиссаи чӯзӣ “Р” ва “Х” вобаста ба омили синнусолӣ гуногун буда, қимати он ҳангоми муоинашудагони сатҳи гуногуни мутаҳаррикӣ дошта, дар ашхоси 20-29 сола ба $0,89 \pm 0,04$ ($13,42\%$) ва $1,35 \pm 0,06$ ($20,36\%$), зимни 30-39-солаҳо ба $1,06 \pm 0,03$ ($14,15\%$) ва $1,78 \pm 0,04$ ($23,77\%$) ва дар 40-49-солаҳо ба $1,05 \pm 0,04$ ($6,38\%$)

ва $4,90 \pm 0,06$ ($29,75\%$) мувофиқат менамуд. Чунин таносуб, вале бо бузургии камтаре дар гурӯҳҳои гуногуни синнусолии 50-59-солаҳо ва аз 60-солаҳо калонтар (барои чӯзӣ “Р” мутаносибан $7,39\%$ ва $1,31\%$, барои чӯзӣ “Х” бошад, $15,85\%$ ва $12,32\%$) ба қайд гирифта шуд. Қимати индекси СЁС (сатҳи ёрии стоматологӣ) дар гурӯҳи ашхоси таҳти муоина, ки сатҳи гуногуни мутаҳаррикӣ доштанд, зимни гурӯҳҳои мухталифи синнусолӣ дар доираи аз $0,1\%$ то $1,4\%$ тағйир меёфт.

Тамоюли зикргардида ҳангоми сохторикунонии чӯзҳои шиддатнокии кариеси дандонҳо дар бемороне тасдиқи худро меёбад, ки сатҳи баланди фаъолияти ҳаракаткунандагӣ доранд. Барои чӯзӣ «К» мавҷудияти қонунмандҳои умумӣ ва гуногунии қиматҳои он зимни гурӯҳҳои мухталифи синнусолӣ мутаносибан ба $1,11 \pm 0,10$ ($17,02\%$), $0,87 \pm 0,05$ ($12,25\%$), $0,19 \pm 0,03$ ($2,58\%$), $0,11 \pm 0,03$ ($1,16\%$) ва $0,04 \pm 0,01$ ($0,32\%$) хос аст.

Дар бемороне, ки фаъолияти мутаҳаррикӣ ба ҳадди қимати баланд мерасад, зимни гурӯҳи якуми синнусолӣ дар сохтори КПК (дандонҳо) ҳиссаи шакли оризаёфтаи кариес, ки бояд муолиҷа шаванд (чӯзӣ Р), ҳангоми 20-29-сола дар доираи аз $0,71 \pm 0,08$, дар гурӯҳи 60-солаҳо то $1,47 \pm 0,02$ ва аз 60-сола боло қимати мутаносиб ба $10,89\%$ ва $11,85\%$ мерасад. Тағйирёбии монанд дар ин гурӯҳҳои синнусолӣ дар нисбати чӯзӣ “Х” (аз $22,85\%$ то $30,38\%$) ва «К» (аз $47,55\%$ то $56,97\%$) ба қайд гирифта шуд.

Сатҳи ёрии стоматологӣ дар байни беморони таҳти муоина дар гурӯҳҳои синнусолии 20-29 ва 30-39-солаҳо ба ҳисоби миёна $1,69\%$ ва $1,13\%$, ҳангоми 40-49, 50-59, 60-солаҳо васинни калонтар қиматҳои мутаносиб $0,5\%$, $0,6\%$ ва $0,5\%$ -ро ташкил менамуд. Қимати миёнаи бузургии таҳти таҳқиқот $0,9\%$ -ро ташкил меод. Дар маҷмӯъ қимати индекс-и сатҳи ёрии стоматологӣ дар ашхосе, ки сатҳи баланди фаъолияти ҳаракаткунандагӣ доштанд, хеле паст буда, ба марзи пасти дараҷабандии ёрии расонидашуда мувофиқат менамуд.

Таҳлили муқоисавӣ оид ба индекси ёрии стоматологӣ расонидашуда дар бемороне, ки сатҳи гуногуни фаъолияти ҳаракаткунандагӣ доранд, нишон дод, ки дар гурӯҳи яки беморони муоинашуда индекси қимати таҳти таҳқиқ дар гурӯҳҳои 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-солаҳо ва калонтарҳо мутаносибан ҳамагӣ ба $1,29\%$, $0,83\%$, $0,40\%$ ва $0,40\%$ пасттар будааст ($P > 0,05$).

Хулоса: Ҳамин тавр, коҳиш ёфтани сатҳи шиддатнокии кариеси дандонҳо ба боло рафтани фаъолияти мутаҳаррикӣ система вобастагӣ дорад.

АДАБИЁТ

1. Аминджанова, З.Р., Исмоилов, А.А., Каримов, С.м., Ёраков, Ф.М. Распространенность и интенсивность кариеса зубов в зависимости от степени тяжести сопутствующей соматической патологии // Вестник Таджикского национально-го университета. Душанбе. 2015. №1/1(156). С. 231-234.

2. Ашурув ГюГ., Алимский А.В., Мулоджанов Г.Э. Структурная оценка интенсивности кариеса зубов разнонаправленных межсистемных нарушениях // Вестник Таджикского национально-го университета. Душанбе, 2015. №1/4(168). С. 254-256.

3. Ашурув Г.Г., исмоилов А.А., Каримов С.М. Патология полости рта у больных с небогоприятным соматическим фоном. Душанбе, 2016.319с.

4. Ашурув Г.Г., Нуров Д.И. Взаимообуславливающие изменения уровня эмаливой резистентности,

интенсивности кариеса и реминерализирующей способности ротовой жидкости у соматических больных // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2016. №2. С. 60-63

Ёраков Фарух Махмадович - н.и.т., дотсент, +992901-10-71-67

Ёраков Фарух Махмадович- к.м.н., доцент, +992901-10-71-67

Yorakov F.M. - candidate of Medical Sciences, Associate Professor +992901-10-71-67

Давлатмуродзода Голибшох Давлатмурод – ассистенти кафедры, +992008-99-39-08

Давлатмуродзода Голибшох Давлатмурод - ассистент кафедры +992008-99-39-08

Davlatmurodzoda Gholibshoh Davlatmurod +992008-99-39-08

ТДУ 616-34.-089.23

ГУНОГУНИИ ЗУХУРОТИ КЛИНИКИИ НУҚСОНИ ҚАТОРИ ДАНДОНҲО, КИ МУОЛИЦАИ ОРТОПЕДИРО ТАҚОЗО МЕКУНАД

Зарипов А.Р., Эсанов М.А., Шарипов Х.С., Таибов С.А.

Кафедраи стоматологияи ортопедии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»

МНОГООБРАЗИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ТРЕБУЮЩИХ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.Р. Зарипов, М.А. Эсанов, Х.С. Шарипов, С.А. Таибов

Кафедра ортопедической стоматологии (зав. кафедрой к.м.н., доцент Зарипов А.Р.) ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино"

Частичное отсутствие зубов является наиболее частой причиной обращения пациентов за ортопедической помощью, и данное состояние требует изучения стоматологической помощи при таких окклюзионных дефектах. Среди первично обратившихся за стоматологической помощью до 75% лиц имеют дефекты зубных рядов. Нарушение целостности зубных рядов при частичной или полной вторичной адентии в силу тесной взаимосвязи и взаимообусловленности структуры и функции приводит к изменению многих процессов, протекающих в ротовой полости, снижает способность смешанной слюны обеспечивать защиту окружающих тканей, в том числе антибактериальную и иммунологическую, и усугубляет течение патологических процессов в ротовой полости.

Ключевые слова: дефекты зубных рядов, окклюзионные дефекты, клиническое проявление, частичная адентия.

VARIETY OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF DENTAL DEFECTS REQUIRING ORTHOPEDIC TREATMENT

A.R.Zaripov, M.A.Esanov, Kh.S.Sharipov, S.A.Taibov

Department of Orthopedic Dentistry (Head of Department, PhD, Associate Professor A.R. Zaripov) TSMU named after Abuali ibn Sino

Partial absence of teeth is the most common reason for patients to seek orthopedic care, and this condition requires studying dental care for such occlusal defects. Among those who initially seek dental care, up to 75% have defects in the dental arches. Violation of the integrity of the dental arches in partial or complete secondary adentia, due to the close relationship and interdependence of structure and function, leads to changes in many processes occurring in the oral cavity, reduces the ability of mixed saliva to provide protection to surrounding tissues, including antibacterial and immunological protection, and aggravates the course of pathological processes in the oral cavity.

Key words: dental arch defects, occlusal defects, clinical manifestation, partial adentia.

ГУНОГУНИИ ЗУХУРОТИ КЛИНИКИИ НУҚСОНИ ҚАТОРИ ДАНДОНҲО, КИ МУОЛИЧАИ ОРТОПЕДИРО ТАҚОЗО МЕКУНАД**Зарипов А.Р., Эсанов М.А., Шарипов Х.С., Таибов С.А.****Кафедраи стоматологияи ортопедии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣибни Сино»**

Қисманнабудани дандонҳо сабаб мегардад, ки беморон барои ёриии ортопедӣ бештар муроҷиат мекунанд ва ҳолати мазкур омӯзиши ёриии стоматологиро ҳангоми нуқсонҳои окклюзионӣ тақозо менамояд. Дар байни корафтодагонии бори аввал барои ёриии стоматологӣ муроҷиаткарда, то 75% мубтало ба нуқсонии қатори дандонҳо мебошанд. Халалёбии бутунияти қатори дандонҳо ҳангоми адентияи чузъӣ ва пурраи сонавӣ бо сабаби робитаи зич ва сохтору функцияҳои ба ҳам алоқаманд доштан, боиси таъйир ёфтани аксари равандҳои мегардад, ки дар ковокии даҳон чараён мегиранд, қобилияти оби омехтаи даҳонро, ки ҳифзи бофтаҳои атрофро таъмин менамояд, аз ҷумла хусусиятҳои зиддибактериявӣ ва иммунологиро қишлоқӣ дода, чараёни равандҳои патологиро дар ковокии даҳон мураккаб мегардонад.

Калимаҳои калидӣ: нуқсонии қатори дандонҳо, нуқсонҳои окклюзионӣ, зуҳуроти клиникӣ, адентияи чузъӣ.

Муҳимияти таҳқиқот. Қисман набудани дандонҳо сабаб мегардад, ки беморон барои ёриии ортопедӣ бештар муроҷиат мекунанд ва ҳолати мазкур омӯзиши ёриии стоматологиро ҳангоми чунин нуқсонҳои окклюзионӣ тақозо менамояд. Тибқи маълумоти як зумра муҳаққиқон [Прохоров В.А., 2017; YulsA., 2017], дар байни корафтодагонии бори аввал барои ёриии стоматологӣ муроҷиат карда, то 75% мубтало ба нуқсонии қатори дандонҳо мебошанд. Халалёбии бутунияти қатори дандонҳо ҳангоми адентияи чузъӣ ва пурраи сонавӣ бо сабаби робитаи зич ва сохтору функцияҳои ба ҳам алоқаманд доштан, сабаби дигаргун шудани аксари равандҳои мегардад, ки дар ковокии даҳон ба амал меоянд, қобилияти оби омехтаи даҳонро, ки ҳифзи бофтаҳои атрофро таъмин менамояд, аз ҷумла хусусиятҳои зиддибактериявӣ ва иммунологиро қишлоқӣ дода, чараёни равандҳои патологиро дар ковокии даҳон мураккаб мегардонад [Исмоилов А.А. ва ҳаммуал., 2017; Touati B. et al., 2019].

Ба мақсади бартараф кардани нуқсонии қатори дандонҳо навъҳои гуногуни протезҳои чудонашаванда (лавҳагӣ, бюгелӣ, пулшакл) ва чудонашаванда (пулшакл ва консолӣ)-и ортопедӣ, инчунин омехтаи онҳо ба таври васеъ ба кор бурда мешаванд, ки бо истифода аз маводи гуногуни стоматологӣ сохта мешаванд. Тибқи маълумотҳои [Абдулаев Б.А. ва ҳаммуал., 2022; Шарипов Х.С. ва ҳаммуал., 2021] гуногунии зуҳуроти клиникӣ, ки муолиҷаи ортопедиро талаб мекунанд, зимни як қатор ҳодисаҳо набудани стандартҳои ягона, ки шеваи муолиҷаро муайян менамоянд, фаъолияти стоматолог-ортопедро душвор ва сабаби имконоти пайдоиши хатогӣ ва оризаҳои генезашон протезӣ мегарданд.

Технология протезкунонӣ, сифати хизматрасонии протезҳои чудонашаванда, ки парма кардани дандонҳои тақягоҳӣ, депульпатсия ва муҳимтар аз

ҳама, таҳмили системавӣ ва дарозмуҳлатро эҳтимолдоранд, дар раванди адаптатсия ба конструкцияҳои фаъолияткунанда дар бораи дандонҳои тақягоҳӣ ва бофтаҳои атрофи дандон андешиданро водор ва мубрамияти пажуҳиши мазкурро муайян менамоянд.

Мақсади таҳқиқот. Ба амал овардани пажуҳиши клиникӣ натиҷаҳои муолиҷаи ортопедии қисман набудани дандонҳо дар аҳолии калонсолон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқи мақоми ортопедии ковокии даҳон дар пойгоҳи муассисаи муолиҷавӣ-профилактикӣ шаклҳои гуногуни моликият дар ш. Душанбе (МТИК «Стоматология»-и МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», ҚС «Раддод», ҚС «Smile», ҚС «Формулаи Муваффақият», ООО «Оила Дент») ба амал оварда шуд. Ин муассисаҳои муолиҷавӣ-профилактикӣ дар ш. Душанбе аҳолии калонсолро қабул карда, ёриии мукаммали стоматологии ортопедӣ ва муолиҷавӣ мерасонанд. Аз ҷониби мо таҳқиқи клиникӣ 1104 беморони муассисаҳои хусусии стоматологӣ дар ш. Душанбе (мутаносибан 298 нафар, 293 нафар, 287 нафар ва 226 нафар) ба амал оварда шуд, ки 5 гурӯҳи синнусолиро фаро мегирад: гурӯҳи якум аз 20-29-солаҳо, гурӯҳи дуюм аз 30-39-солаҳо, гурӯҳи сеюм аз 40-49-солаҳо, гурӯҳи чорум аз 50-59-солаҳо иборат буда, гурӯҳи панҷум фарогири 60-солаҳо ва аз он боло буд. Дар ҳар гурӯҳи синнусолӣ теъдоди марду занҳо баробар – 552 нафарӣ буд.

Беморон аз рӯйи картаҳои махсус таҳияшудаи муоинаи ковокии даҳон таҳқиқ карда шуданд. Хусусиятҳои нуқсонии қатори дандонҳо нисбатан бодикқаттар муайян карда шуд, ки барои ташҳиси онҳо таснифоти Кеннеди бо баъзе амсилаҳо истифода гардид. Синфи аввалу дуюм вобаста ба мавҷудияти ё набудани молярҳои алоҳида ё премолярҳо ба чор гурӯҳи чудо карда шуд. Дар

клиника мушкилоти махсус ҳангоми мавҷуд будани камтар аз 6 дандон дар камони дандон ба амал омад. Мо чунинҳоро ҳамчун нуқсонҳои калон муайян намуда, ба панҷ синф ҷудо кардем.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Дар рафти пажӯҳиши амалишуда аз ҷониби мо вобастагии басомади адентияи сонавӣ ба синни ашҳоси муоинашуда муайян карда шуд. Агар дар гурӯҳи 20-29-солаҳо адентияи сонавӣ дар мавриди 74,7%-и муоинашудагон муайян шуда бошад, пас дар гурӯҳи 50-59-солаҳо зимни 98,4% ва ҳангоми аз 60-сола боло дар мавриди 99,4% бо мавқеи фосилавӣ дар гурӯҳи 30-39-солаҳо (91,7%) ва 40-49-солаҳо (97,5%) муайян карда шуд. Вазъияти ҳамсон дар ашҳоси муоинашуда бо нишондиҳандаи теъдоди миёнаи дандонҳои набуда ташхис карда шуд, ки бо шиддатнокии адентия тавсиф меёбад. Хусусан дар байни беморони 20-29-сола шиддатнокии дандонҳои қандашуда аз $2,1 \pm 0,46$ воҳид ба як тахти муоина рост омада, то қимати максималӣ дар гурӯҳҳои синнусолии 50-59 ($8,2 \pm 0,77$ воҳид) ва аз 60-солаҳо боло ($12,3 \pm 0,84$ воҳид) ҳангоми қимати дахлдори $3,6 \pm 0,72$ ва $5,6 \pm 0,69$ дар мавриди беморони 30-39 ва 40-49-сола меафзояд.

Динамикаи синнусолии паҳншавии қисман набудани дандонҳо бо суръати қоҳишбанди афзоиш ва дар шакли вобастагии логарифмӣ апроксиматсия мешавад. Паҳншавии адентияи сонавӣ дар мавриди беморони синни 20-29-солаҳо 74,7%, дар 30-39 ва 40-49-солаҳо мутаносибан 91,7% ва 97,5%, дар категорияҳои синнусолии 50-59 ва аз 60-сола боло бошад, 98,4% ва 99,4%-роташкил медиҳад.

Графики дигаргуниҳои синнусолии шиддатнокии патологияи баррасишаванда ба қачи параболӣ наздик аст, он ҷо тадричан афзудани нишондиҳандаҳо визуализатсия мешавад. Маълумоти ҳосилшуда дар ҷанбаи нишондодашуда ба манфиати қонунмандии ниҳоят аниқи математикии тасвиятёфтаи раванди талафшавии дандон дар сатҳи популятсионӣ далолат менамояд. Маълумоти миёнаи тамоми таҳқиқот дар аҳолии калонсоли ш. Душанбе чунин манзара эҷод мекунад: теъдоди миёнаи дандонҳои набуда (қандашуда) дар як бемори тахти муоина $6,0 \pm 0,71$ воҳидро ташкил менамояд, дар ҳоле ки паҳншавии адентияи сонавӣ ба 92,8% мерасад.

Нисбатан бештар (зимни 36,8% тамоми мавридҳо) дар беморони муоинашуда нуқсонҳои омезаи қатори дандонҳо (таснифот тибқи Е.И. Гаврилов) мушоҳида гардид. Зимни 32,2%-и мавридҳо нуқсонҳои омехта (омеза ва нӯғӣ)-и қатори дандонҳо, дар 22,7% нӯғӣ мушоҳида гар-

дид. Ҳангоми 8,3%-и беморон дар ҷоғ як дандони ягона ба қайд гирифта шуд. Басомади нуқсонҳои окклюзионии як ва дугарафа дар 50-солағӣ меафзояд. Нуқсонҳои синфи 1 ва 2 дар синни 30-39-солаҳо мутаносибан $5,2 \pm 1,2\%$ ва $4,9 \pm 1,2\%$, дар мавриди 40-49-солаҳо бошад, $8,3 \pm 1,3\%$ ва $9,5 \pm 1,4\%$ -ро ташкил медиҳад. Дар беморони аз 60-сола боло бузургии максималӣ (мутаносибан $17,3 \pm 2,2\%$ ва $21,8 \pm 2,4\%$) ҳосил мешавад, дар ин маврид қиёсан ба нуқсонҳои якдарафа дида, бештар нуқсонҳои дугарафаи нӯғӣ мушоҳида мешавад. Дар 30-39-солаҳо теъдоди нуқсонҳои қатори дандонҳои синфи 3 ба $70,8 \pm 2,5\%$ мерасад. Нишондиҳандаи мазкур дар синни нисбатан калонсолтарон қоҳиш меёбад, дар мавриди беморони 50-сола ва аз он боло $5,3 \pm 1,3\%$ -ро ташкил медиҳад. Нуқсонҳои қитъаи фронталии қатори дандонҳо ва нуқсонҳои калон дар 50-солағӣ $6,7 \pm 1,4\%$ -ро ташкил дода, дар ин маврид нуқсонҳои синфи 5 дар беморони то 40-сола қариб ба мушоҳида намерасид.

Аз теъдоди умумии беморони муоинашудаи мубғало ба адентия (1025 нафар) конструкцияи ҷудонашавандаи ортопедӣ $52,2\%$ (535 адад)-ро ташкил меод. Ин асосан 262 (49,0%) конструкцияи қолибгарӣ-лаҳимшуда дар беморони гурӯҳҳои синнусолии 20-29-сола, 30-39, 40-49, 50-59 ва аз 60-сола боло буда, мутаносибан қиматҳои 6,0%, 9,9%, 11,9%, 13,3% ва 7,9%-ро ташкил меод. Баръакс, тақсими фозии протезҳои ҷудонашавандаи қолибгарӣ-лаҳимшуда бо рӯкаш (34 адад, 6,4%) дар байни беморони гурӯҳҳои синнусолии 20-29 ва 30-39-солаҳои мутаносибан 0,6% ва 2,2% ташкил меод.

Аз маводҳои ҳосилшуда маълум мегардад, ки дар байни беморони муоинашуда аз теъдоди умумии конструкцияҳои фаъолияткунандаи ҷудонашаванда (535 адад) қимати умумии протезҳои қолибгарӣ-лаҳимшуда ба 49,0% (262 адад) рост меояд, дар ҳоле ки протезҳои қолибгарӣ-лаҳимшуда бо рӯкаш 6,4% (34 адад), филизупластмасӣ 7,1% (38 адад), филизукерамикӣ 21,1% (113 адад), керамикӣ 10,8% (58 адад), конструкцияи ҷудонашавандаи қолибии бе рӯкаш бошад, 5,6% (30 адад)-ро ташкил медиҳанд.

Дар ҳолати мавҷуд будани конструкцияҳои қолиби дар ковокии даҳон манзараи дигар мушоҳида мешавад. Ҳамин тавр, ҷудо шудани сементи филофакҳо (38,6%), ба андешаи мо, натиҷаи нодуруст парма кардан бо роҳи сохтани мунҷаи калони конусшакли дандонҳои тақягоҳӣ мебошад. Илова бар ин, ҳолати мазкур дар 23,3% мавридҳо ихтилолоти эстетикӣ ба ҳисоб меравад.

Шикастани протез зимни 20,9% мавридҳо, шикастани дандонҳои тақияҳои ва зарурати тайёр кардани протезҳои иловагӣ бошад, ҳангоми 17,2%-и ҳолатҳо ба мушоҳида мерасад.

Хулоса. Ҳамин тавр, ҳангоми омӯзиши натиҷаҳои муолиҷаи ортопедии беморони мубтало ба қисман набудани дандонҳо на танҳо басомади истифодаи конструкцияҳои гуногуни ортопедӣ, балки доираи махсуси оризаҳоро ошкор кард, ки ҳангоми истифодаи онҳо ба амал меоянд.

АДАБИЁТ

1. Абдулаев Б.А., Исмоилов А.А., Зарипов А.Р. К вопросу об эндодонтическом состоянии опорных зубов в зависимости от групповой принадлежности и протяженности супраконструкционных элементов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2022. №3. С. 5-12.

2. Исмоилов А.А., Абдулаев Б.А., Зарипов А.Р. Распространенность и интенсивность окклюзионных дефектов в зависимости от их протяженности у населения Республики Таджикистан // Стоматология Таджикистана. 2022. №2. С. 50-57.

3. Прохоров В.А. Осложнения, клинические и технологические ошибки при ортопедическом лечении больных несъемными зубными протезами // Стоматология для всех. 2017. №4. С. 18-22.

4. Шарипов Х.С., Исмоилов А.А., Тураев Н.Г. Результаты изучения эффективности эндодонтического лечения осложненных форм кариеса зубов, используемых в качестве опоры супраконструкционных элементов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2021. №2. С. 27-31.

5. Touati B., Miara P., Nathanson D. Esthetic dentistry and ceramic restorations. New York: Martin Dunitz. 2019. 157 p.

6. Yuls A. All-ceramic restoration with the In-Ceram system: six years of clinical experience // J. Prosthodont. 2017. Vol. 6, N 2. P. 144-148.

Зарипов Акбар Раҳмонович, номзади илми тиб, доцент, мудири кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абуалӣбни Сино, Zaripov.Dovud.98@bk.ru тел. 93-803-63-29

Эсанов Мулоҳасан Абдусаломович, ассистенти кафедраи стоматологияи ортопедии ДТТ ба номи Абуалӣбни Сино, тел. 918 85 40 61

Шарипов Хуршед Саидҷонович, номзади илми тиб, директори МТИК «Стоматология» ДДТТ ба номи Абуалӣбни Сино, тел. 918 22 88 08

Таибов Саидшоҳ Аюбович, ассистенти кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абуалӣбни Сино, тел. 918826375

Зарипов Акбар Раҳмонович, кандидати медицинских наук, доцент, зав. кафедрой ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуалӣбни Сино, Zaripov.Dovud.98@bk.ru тел. 93-803-63-29

Эсанов Мулоҳасан Абдусаломович, ассистент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуалӣбни Сино, тел. 918 85 40 61

Шарипов Хуршед Саидҷонович, кандидат медицинских наук, директор УНКЦ «Стоматология» ТГМУ Абуалӣбни Сино, тел. 918 22 88 08

Таибов Саидшоҳ Аюбович, ассистент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуалӣбни Сино, тел. 918826375

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

Esanov Mulokhasan Abdusalomovich, assistant of the department of orthopedic dentistry of the Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino, tel. 918 85 40 61

Sharipov Khurshed Saidzhonovich, Candidate of Medical Sciences, Director of the National Research Center "Dentistry" TSMU Abualiibni Sino, tel. 918 22 88 08

Taibov Saidshoh Ayubovich, assistant of the department of orthopedic dentistry of the Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino, tel. 918826375

ТДУ 616.72-002.772-071-05.2

ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ ВА ЛАБОРАТОРИИ АРТРИТИ РЕВМАТОИДӢ ДАР КӢДАКОН

Курбонов Ч.И.,^{1,2} Хочаева Н. Н.,^{1,2} Файзулов Ф. А.^{1,3}

1. МД ММТ ҚТ "Шифобахш", 2. Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣбни Сино", 3. МД Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣи педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакони

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Курбонов Ч.И., Ходжаева Н.Н., Файзулов Ф.А.

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

Цель исследования: Изучить клинико-лабораторные показатели ювенильного ревматоидного артрита.

Материалы и методы исследования: В ходе исследования были обследованы 30 пациентов в возрасте от 3 до 16 лет, страдающих ревматоидным артритом. Всего было 16 девочек и 14 мальчиков. В процессе

исследования дети были разделены на 3 возрастные группы: дошкольный возраст (1-6 лет, 26.6%), младший школьный возраст (7-11 лет, 33.4%) и старший школьный возраст (12-16 лет, 40%). У всех пациентов во время исследования оценивались показатели, характеризующие воспалительный процесс. К этим показателям относились количество лейкоцитов, СОЭ, антинуклеарные антитела (АНА), уровень С-реактивного белка, Са и Р. Также было проведено УЗИ и рентген суставов.

Результаты исследования и их обсуждения: Анализ показал, что травмы коленных суставов и полиартриты чаще встречаются. У 83.3% детей и подростков с ювенильным ревматоидным артритом наблюдался полиартикулярный полиартрит. Вариант олигоартрита чаще встречается у мальчиков, чем у девочек.

Заключения: ЮРА чаще возникает у девочек с высокой интенсивностью артралгий.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, антинуклеарные антитела (АНА), дети.

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS

Qurbonov Ch.I., Khodjaeva N.N., Fayzulloev F.A.

Department of children diseases №2 SEI ATSMU

Aim: Study of clinical and laboratory parameters of juvenile rheumatoid arthritis.

Material and methods: During the research, 30 patients aged 3 to 16 years who had juvenile rheumatoid arthritis were studied. There were 16 girls and 14 boys in total. In the research process, children were divided into three age groups: preschool age (1-6 years, 26.6%) junior school age (7-11 years, 33.4%) and senior school age (12-16 years, 40%).

Results research and discussion: Analysis showed that the injury knee joints and polyarthritis are common. In 83.3% of children and polyarticular was observed in juvenile rheumatoid teenager. The variant of oligoarthritis is more common in boys than in girls.

Conclusion: Also, juvenile rheumatoid arthritis often occurs in girl, with a high intensity of arthralgia

Key words: Juvenile rheumatoid arthritis, antinuclear antibodies, arthritis.

Мубрамият. Артрити ревматоидӣ (АР) дар кӯдакон -бемории бофтаҳои пайвандист, ки бо осеб ёфтани бугумҳои дасту пойҳо, зонухо, миен ва гардан оварда мерасонад. Артрити ревматоидӣ дар кӯдакон сабабаш номаълум буда, саршавии бемори зиёда аз 6 ҳафта давом мекунад ва дар кӯдакони то 16-сола вомерурад. [1, 7]. Мизони ин патология ба 100 ҳазор кӯдак аз 2 то 16 нафарро ташкил медиҳад. Паҳншавии ин бемори дар кишварҳои гуногун аз 0,05 то 1% ташкил медиҳад.

Этиологияи беморӣ то ҳол пурра муайян карда нашудааст, аммо аз руи баъзе далелҳо дар рушти ин бемори агенти сирояти (вирусҳо, бактерияҳо), аз чихати майли генетикӣ (авлодӣ), аз руи вайроншавии системаи иммунӣ ва дигар омилҳо сабаб мешаванд [1,4,6].

Патогенези беморӣ: АР бемории аутоиммунӣ буда ва дар вақти вайроншавии ҳолати иммунӣ (гуморалӣ ва ҳуҷайравӣ) ба бофтаҳои бадан ҳучум карда пардаи синовиалии бугумҳоро вайрон мекунад. Т-ҳуҷайраҳо дар илтиҳоб нақши асосиро иҷро карда озодшавии ситокинҳо интерлейкин 1,6, омилҳои некрози саратони (TNF), ки ба фаъолсозии макрофагҳо ва остеокластҳо оварда мерасонад. Ва дар навбати худ макрофагҳо, остеокластҳо ба нобуд соختани устухонҳо ва бугумҳо оғоз мекунад. [3,5,7].

Намунаи клиникаи ин патология ва шаклҳои он гуногун аст. Бо вучуди ин, як аломати умумӣ барои ҳамаи беморон артрит аст [3]. Аввалин зухуроти беморӣ бо саршавии варамиҳо, дард ва шахшавии бугумҳо дар сахар, гипертермияи маҳаллӣ тавсиф мешавад. Дар намуди системавӣ табларза, доғҳои сурх, лоғаршавӣ, қафомонии инкишофи ҷисмонӣ оварда мерасонад [6,7].

Мувофиқи адабиётҳо аз 40 то 60% кӯдакон хангоми саривақт муоина ва ташхисгузори шудан, пешгуи мусоид доранд, ки метавонад аз якчанд моҳ то якчанд сол давом кунад. Бо вучуди ин, авҷ гирифтани беморӣ метавонад солҳо пас аз ремиссияи устувор инкишоф ёбад. 1/3 ҳиссаи беморон курси такроршаванда доранд. 50% беморон артрити шадиди харобиоварро бо нуқсонҳои функционалии дараҷаи III инкишоф медиҳанд [6,7]. Дар марҳалаи ҳозира мушкilotи муҳими беморони гирифтори артрити ревматоиди дар кӯдакон ташхиси барвақти беморӣ, пешгирии пешрафти патология ва маъюбии бармаҳал ва сари вақт оғоз кардани тадбирҳои табобатӣ мебошад. Ҳамчунин баланд бардоштани сифати зиндагии беморон ба ҳисоб меравад [5].

Мақсади тадқиқот: омӯзиши параметрҳои клиникӣ ва лаборатории ҷараёни артрити ревматоидӣ дар кӯдакон мебошад.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Ҳангоми тадқиқоти 30 нафар беморони аз 3 то 16 сола, ки гирифтори артрита ревматоидӣ буданд, мавриди пажухиш қарор гирифтанд. Дар маҷмӯъ 16 нафар духтарон ва 14 нафари дигар писарон буданд. Дар раванди таҳқиқ, кӯдакон ба се гурӯҳи синну соли тақсим шуданд: синни томақтабӣ (1-6 сола, 26,6%), синни хурди мактабӣ (7-11 сола, 33,4%) ва синни калони мактабӣ (12-16 сола, 40%). Ҳамаи беморон ҳангоми тадқиқот барои нишондодҳое, ки раванди илтиҳобиро тавсиф мекунанд, арзёбӣ карда шуданд. Ин нишондодҳо аз шумораи ҳуҷайраҳои сафедаи хун, суръати таҳшиншавии эритроцитҳо (ESR), сатҳи сафедаи реактиви С, антинуклеарной антитела (ANA), калсий (Ca) ва фосфор (P) иборатанд. Ҳамчунин ТУС ва рентгени бугумҳо гузаронида шуд. Таҳлилҳо нишон дод, ки аксарияти онҳоро духтарҳо ташкил медиҳанд. Синну соли миёнаи кӯдакон $9,14 \pm 0,31$ сол буда аз рӯи чинс дар ҳамаи гурӯҳҳо муқоисашаванда буд.

Коркарди оморӣ натиҷаҳо бо истифода аз барномаи Microsoft Office 13 анҷом дода шуд.

Чадвали 1

Тақсими беморони артрита ревматоидӣ дар кӯдакони аз руи синну сол

Сину сол	Миқдор	%
1-6сола	8	26,6%
7-11 сола	10	33,4%
12-17сола	12	40%

Эзоҳ: % аз миқдори умумии беморон

Чадвали 2

Тақсими беморони артрита ревматоидӣ дар кӯдакони аз руи чинс

Чинсият	Миқдор	Ҷоиз
писар	14	46,7%
духтар	16	53,3%

Эзоҳ: % аз миқдори умумии беморон

Натиҷаҳои тадқиқ ва муҳокимаҳо. Таҳлил нишон дод, ки варианти полиарткулярии осеби бугумҳо бештар дар кӯдакон ва наврасони гирифтори артрита ревматоидӣ но болиғ - 83,3% мушоҳида мешавад. Варианти олигоартрит дар писарон нисбат ба духтарон зиёдтар воқеъ мешавад. Дар 3 бемор 2 духтар ва 1-писар - 83,3% варианти моноартрит мушоҳида шуд. Давомнокии беморӣ дар 33,3% кӯдакон то 3 моҳ, аз 3 то 6 моҳро - 5,6%, аз 6 то 12 моҳ. - дар 11,1%, аз 1 сол то 2 сол - 22,2% ва зиёда аз 2 сол - дар 16,7% ташкил

дод. Дар мавриди такроршавӣ бемории артрита ревматоидӣ дар кӯдакон 72,2% мушоҳида карда шудаанд, ки аз онҳо дар як бугум такрор шудаанд: як маротиба - дар 16,7% беморон, 2 маротиба - дар 22,2%, 3 маротиба ва зиёда аз он - дар 33,3%.

Натиҷаҳои тадқиқот нишон доданд, ки дар 70,4% беморон бемориҳои ҳамрав муайян карда шудаанд, аз ҷумла: дистонияи вегетативӣ-рағҳо - дар 33,3% кӯдакон, мавҷудияти тонзиллит мусмин - дар 27,8%, патологияи рӯдаи меъда (гастрит, гастродуоденит ва ва ғайра) дар 16,5% ҳолатҳо рух додааст.

Ҳангоми омӯзиши шикоятҳо ва маълумоти объективӣ муоинаи беморони гирифтори артрита ревматоидӣ дар кӯдакон маълум шуд, ки дар 38,9% ҳолати вазнини бемории, заифӣ дар 55,6%, ҳастагӣ дар 44,4% мушоҳида шудааст. Дар 94,4% беморон фаъолияти маҳдудияти ҳаракати бугумҳоро аз сар мегузаронанд ва шахшавии субҳ то 60 дақиқа давом мекард; дар 22,2% беморон рӯҳ дод. Дарди диартроз дар давоми рӯз қариб дар нисфи беморон (41%) мушоҳида шудааст, артралгия асосан сахарӣ бартарӣ дошт.

Вобаста ба ҳадди ҳассосияти дард дар духтарон нисбат ба писарон бартарӣ дошт.

Мувофиқи маълумотҳои ба даст овардашуда дар ҷараёни патология бештар бугумҳои зону 79,5%, бугумҳои оринҷ (20%), бугумҳои панҷаи даст (30%), бугумҳои панҷаи пой (27,2%), ва бугумҳои қоси ронҳо (12,6%). Бояд қайд кард, ки ҷалби бугумҳо дар раванди патология, ки яке аз сабабҳои асосии маъюбӣ мебошад, дар нисфи кӯдакони гирифтори полиартрит қайд карда шуда, одатан дар марҳилаҳои охири беморӣ инкишоф меёбад. Зарари бугумҳои сутунмӯҳраи гардан, ки бо шохшавӣ ва дарди гардан тавсиф мешавад, дар 11,8% ҳолатҳо ошкор шудааст.

Дар аксарияти беморони дар ҳангоми пальпация дар минтақаи диартроз бо варами мӯътадили периарткулярий мушоҳида мешуд. Тағироти маҳаллӣ дар бугумҳои зарардида бо деформация, дефигуратсия ва гипертермияи маҳаллӣ дар минтақаи бугум зоҳир мешуданд.

Омӯзиши маълумоти лаборатории беморӣ нишон дод, ки дар 57,9% беморон афзоиши фаъолияти илтиҳобии ин беморӣ мушоҳида шудааст. Ҳамин тариқ, арзишҳои максималии суръати таҳшиншавии эритроцитҳо (ESR) 17-28 мм / соат дар бар мегирад. Дар 27% шахсони гирифтори омилҳои ревматоидӣ мусбат муайян карда шуд. Дар 76% кӯдакон зиёд шудани сатҳи сафедаи С-реактивӣ ба қайд гирифта шудааст. Нишондоди антителаи антинуклеарӣ (ANA) дар 18,8% беморон

баланд буд. Ҳамаи беморон аз ташхиси ултрасадои дастгоҳи буғум гузаронида шуданд, ки дар рафти он нишонаҳои синовит муайян карда шуданд.

Тағйироти рентгенӣ дар буғумҳое, ки дар раванди патологӣ иштирок мекунанд, дар ҳамаи беморони омӯхташуда ошкор карда шуданд. Онҳо дар баробари аломатҳои клиникӣ, аломатҳои муҳими ташхисӣ буданд. Дар 40% беморон остепарози эпифизи, 20% тангшавии роғҳои буғумҳо, 30% де-струксияи зиёди пай, 10% анкилозро ташкил дод.

Хулоса. Таҳлилҳо нишон дод, ки дар қудакон осеби буғумҳои зонҳо ва полиартрит бештар ба назар мерасанд. Ҳамчунин артритҳои ревматоидӣ аксар вақт дар духтарон, бо шиддатнокии баланди артралгия рух медиҳанд. Дар акси рентгени остепарози эпифизи дар марҳилаҳои аввал ва дар марҳилаҳои боқимонда тангшавии фазои буғумҳо то остепорози мӯътадили эпифизӣ буд. Норасоии функционалии 1-ум дараҷа бартарӣ дошта, аломатҳои синовит аз рӯи ташхиси ултрасадо, инчунин тағйироти лаборатории хусусияти илтиҳобӣ доштанд.

АДАБИЁТ

1. Алексеева Е.И. Ювенильный идиопатический артрит: клиническая картина, диагностика, лечение. Вопросы современной педиатрии. 2015;14(1):78—94.

2. Баранов АА, Алексеева Е.И. Ювенильный артрит: клинические рекомендации для педиатров. Москва: ПедиатрЪ. 2013. 8-26.

3. Баранов АА, Алексеева Е.И., Бзарова Т.М. и др. Протокол ведения пациентов с ювенильным артритом. Вопросы современной педиатрии. 2013;12:37-56.

4. Beukelman T, Patkar N.M, Saag K.G. et al. 2011 American College of Rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: initiation and safety monitoring of therapeutic agents for the treatment of arthritis and systemic features. Arthritis Care Res (Hoboken). 2011;63:465-82.

5. Cassidy J.T. Textbook of pediatric rheumatology. 6th ed. Philadelphia: Saunders. 2011. 28-29.

6. Harris JG, Kessler EA, Verbsky JW. Update on the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis. Curr Allergy Asthma Rep. 2013;13(4):337-346.

7. Horneff G. Update on biologicals for treatment of juvenile idiopathic arthritis. Expert Opin Biol Ther. 2013;13(3):361-376.

Қурбонов Чилахон Исроилович—доктарант Phd кафедраи бемориҳои қудакона №2 Донишгоҳи давлатии тибби Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино.Почтаи электронӣ: 901999901chilahon@gmail.com, тел:901-99-99-01

Хоҷаева Никзан Назарбековна—номзади илми тиб, дотсенти кафедраи бемориҳои қудаконаи №2 Донишгоҳи давлатии тибби Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино. Почтаи электронӣ: khodjaevanikzan@gmail.com, тел:935-00-20-90

Файзуллоев Файзуллоходжа Абдуллоевич – докторант Phd Маркази ҷумҳуриявӣ илмию клиникӣ педиатрӣ ва ҷароҳӣ қудакона. Почтаи электронӣ: fayzullokhoja24@gmail.com, тел:985183773.

Қурбонов Чилахон Исроилович- докторант Phd кафедраи детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Email: 901999901chilahon@gmail.com, тел:901-99-99-01

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

Файзуллоев Файзуллоходжа Абдуллоевич- докторант Phd Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детский хирургии. Email:fayzullokhoja24@gmail.com, тел:985183773

Kurbonov Chilakhon Isroilovich-doctorPhd . Department of Children's Diseases №2 SEI Avicenna TSMU. Email: 901999901chilahon@gmail.com, tel:901-99-99-01

KhodjaevaNekzanNazarbekovna-Candidate of medical Sciences associate Professor of the Department of Children's Diseases №2 SEI Avicenna TSMU. Email: khodjaevanikzan@gmail.com, tel:935-00-20-90

FayzulloevFayzullokhojaAbdulloevich-doctorPhd, Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Surgery.Email:fayzullokhoja24@gmail.com, tel:985183773

ТДУ 616.381-002-079

МУАЙЯН НАМУДАНИ ТАКТИКАИ ТАБОБАТ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗИ ДЕСТРУКТИВИИ БАЪДИЧАРРОҲӢ

Махмадзода Ф.И.,¹ Садуллозода Д.Н.,² Муродов А.И.,³ Ашуров А.С.,¹ Болтубоев М.М.,¹ Баротов К.И.¹

1. Кафедраи беморихон ҷарроҳии №1-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”,
2. Муассисаи давлатии “Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерологии Ҷумҳурии Тоҷикистон”,
3. Муассисаи давлатии “Маркази илмии саратоншиносӣ”.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Махмадзода Ф.И.,¹ Садуллозода Д.Н.,² Муродов А.И.,³ Ашуров А.С.,¹ Болтубоев М.М.,¹ Баротов К.И.¹
Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ “ТГМУ им. Абуали Ибни Сино”, 2. ГУ “Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан”, 3. ГУ “Научный центр онкологии” МЗ и СЗН РТ³

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с послеоперационным деструктивным панкреонекрозом (ПДПН), применением малоинвазивной технологией.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов диагностики и хирургического лечения 34 больных с ПДПН, которым по показаниям проведены повторные операции. 24 (70,6%) пациентам проведены малоинвазивные методы коррекции (основная группа), 10 (29,4%) – традиционные лапаротомные (контрольная группа).

Пациенты с ПДПН были разбиты на категории в соответствии с рекомендациями Международной конференции по острому панкреатиту (Атланта, 1992), а также с учетом новых данных, предложенных на Международном конгрессе хирургов в 2002 году (Ефименко и др., 2002).

Результаты исследования и их обсуждения. Очаговый панкреонекроз имело место у 14 (3,3%) пациентов, массивный послеоперационный деструктивный панкреонекроз - у 12 (2,9%) и тотально-субтотальный – у 8 (1,8%) больных. В 35,3% случаев пациентам основной группы проведены вмешательства под УЗ-контролем с взятием пунктата из поджелудочной железы. Релапароскопическая оментобурсопанкреатостомия выполнено 3 (8,8%) и релапароскопия в сочетании с минилюмботомией – 5 (20,8%) больным. В послеоперационном периоде у 20 (83,3%) больных основной группы из 24, применением мини инвазивной технологии и традиционной релапаротомией (n=4), имело место 5 (20,8%) случаев послеоперационных гнойно-септических осложнений, с 3 (12,5%) летальными исходами. В контрольной группе послеоперационные осложнения отмечены в 4 (40,0%) наблюдениях, 3 (30,0%) летальными исходами.

Заключение. Применение малоинвазивной технологии в лечении больных с послеоперационными деструктивными формами панкреонекроза, позволяет значительно уменьшить количество послеоперационных осложнений и летальности, тем самым улучшает послеоперационную реабилитацию этой тяжелой категории больных.

Ключевые слова: послеоперационный деструктивный панкреонекроз, релапаротомия, релапароскопия, минилюмботомия, вмешательства по УЗ-контролем.

CHOICE OF TREATMENT TACTICS FOR PATIENTS WITH POSTOPERATIVE DESTRUCTIVE PANCREONECROSIS

F.I. Makhmadzoda¹, D.N. Sadullozoda², A.I. Murodov³, A.S. Ashurov¹, M.M. Boltuboev¹, K.I. Barotov¹
Avicenna Tajik State Medical University, Department of surgical diseases №1, Dushanbe, Tajikistan¹, State Institution “Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan”² State Institution “Oncology Research Center”³

Aim. Improving the treatment results of patients with postoperative destructive pancreatic necrosis (PDPN) using minimally invasive technology.

Materials and methods. The work is based on the analysis of the results of diagnostics and surgical treatment of 34 patients with PDPN, who underwent repeated operations according to indications. Minimally invasive correction methods were used in 24 (70.6%) patients (main group), and traditional laparotomic ones (control group) in 10 (29.4%) patients. Patients with PDPN were divided into categories in accordance with the recommendations of the International Conference on Acute Pancreatitis (Atlanta, 1992), as well as taking into account new data proposed at the International Congress of Surgeons in 2002 (Efimenko et al., 2002).

Results. Focal pancreatic necrosis occurred in 14 patients (3.3%), massive postoperative destructive pancreatic necrosis - in 12 (2.9%) and total-subtotal - in 8 patients (1.8%). In 35.3% of cases, patients of the main group underwent ultrasound-guided interventions with pancreatic punctate sampling. Relaparoscopic omentobursopancreatostomy was performed in 3 patients (8.8%) and relaparoscopy in combination with minilumbotomy - in 5 patients (20.8%). In the postoperative period, in 20 patients (83.3%) of 24 in the main group, using minimally invasive technology and traditional relaparotomy ($n = 4$), there were 5 cases of postoperative purulent-septic complications (20.8%), with 3 lethal outcomes (12.5%). In the control group, postoperative complications were noted in 4 (40.0%) cases, with 3 (30.0%) fatal outcomes.

Conclusion. The use of minimally invasive technology in the treatment of patients with postoperative destructive forms of pancreatic necrosis allows to significantly reduce the number of postoperative complications and mortality, thereby improving the postoperative rehabilitation of this severe category of patients.

Keywords: postoperative destructive pancreatic necrosis, relaparotomy, relaparoscopy, minilumbotomy, ultrasound-guided interventions.

МУАЙЯН НАМУДАНИ ТАКТИКАИ ТАБОБАТ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗИ ДЕСТРУКТИВИИ БАЪДИ ЧАРРОҲӢ

Ф.И. Маҳмадзода¹, Д.Н. Садуллозода², А.И. Муродов³, А.С. Ашууров¹, М.М. Болтубоев¹, К.И. Баротов¹

1. Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1-и “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ Ибни Сино”, 2. Муассисаи давлатии “Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерологии Ҷумҳурии Тоҷикистон”, 3. Муассисаи давлатии “Маркази илмии саратоншиносӣ”.

Мақсади тадқиқот. Беҳтар намудани натиҷаи табобати панкреонекрози деструктиви баъди ҷарроҳӣ, бо истифодаи технологияи каминвазивӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот дар асоси омӯзиши натиҷаи таъхис ва табобати 34 беморони бо панкреонекрози деструктиви баъди ҷарроҳӣ (ПДБЧ), ки ба онҳо амалиётҳои такрорӣ инвазивӣ гузаронида шуданд. Дар 24 (70,6%) бемор амалиётҳои каминвазивӣ гузаронида шуд (гурӯҳи асосӣ) ва дар 10 (29,4%) бемор – амалиётҳои муқаррарии лапаротомӣ (гурӯҳи назоратӣ). Беморони бо ПДБЧ бо назардошти тавсияҳои конференси Байналмиллалӣ оид ба панкреатити шадид (Атланта, 1992) ва ҳамзамон бо назардошти нишондодҳои наво, ки дар конгресси Байналмиллалӣ ҷарроҳони ҷигар, роҳҳои талхагузар ва гадуди зерӣ меъда (Ефименко ва диг., 2002), таснифот карда шуданд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Аз байни бемороне, ки таъхиси ПДБЧ гузошта шудааст, дар 14 (3,3%) ҳолат шакли лонагии панкреонекроз дар 12 (2,9%) бемор панкреонекрози баъди ҷарроҳии паҳнашита ва дар 8 (1,8%) ҳолат инкишофи панкреонекрози пас аз ҷарроҳии тоталӣ-субтоталӣ ба қайд гирифта шуд. Дар 35,3% мушоҳидаҳо дар беморони гурӯҳи асосӣ, амалиётҳои мининвазивӣ таҳти назорати ултрасадо бо гирифтани пунктат аз гадуди зерӣ меъда, анҷом дода шуд. Оментобурсопанкреато-стомияи релапароскопӣ дар 3 (8,8%) ва релапаро-скопия бо яқоягии минилюмботомия – дар 5 (20,8%) бемор гузаронида шуд. Пас аз анҷом додани 20 (83,3%) даҳолати ҷарроҳӣ аз 24, бо истифода аз технологияҳои каминвазивӣ ва релапаротомияи анъанавӣ ($n=4$), дар 5 (20,8%) оризаҳои фасодио-септикӣ бо 3 (12,5%) оқибати марговар ба қайд гирифта шуданд. Дар беморони гурӯҳи назоратӣ мушқилот дар 4 (40,0%), бо 3 (30,0%) марговар ба қайд гирифта шуданд.

Хулоса. Истифодаи технологияи каминвазивӣ дар табобати беморони панкреонекрози деструктиви баъди ҷарроҳӣ, бо нишондодҳои ҷойдошта, миқдори оризаҳои баъди ҷарроҳӣ ва ҳолатҳои маргро дучанд коҳиши намуда, реабилитатсияи ин гуна беморони вазнинро тезтар менамояд.

Калимаҳои калидӣ: панкреонекрози деструктиви баъди ҷарроҳӣ, релапаротомия, релапароскопия, минилюмботомия, амалиёт таҳти назорати ултрасадо.

Муҳимият. Панкреонекрози деструктиви баъди ҷарроҳӣ (ПДБЧ), яке аз оризаҳои мураккаб ва вазнини ҷарроҳии мавзеи гепатопанкреатодуоденалӣ мебошад [1,2,4,5]. Амалиёти такрорӣ таъхиси ковокии батн як амали мураккабест, ки метавонад ба мушқилоти чиддӣ ва ҳатто марг оварда расонад. Басомади ҷарроҳии такрорӣ дар ин ҳолатҳо аз 0,5% то 8,6% [3,5,6,9] ва сатҳи фавт бошад то 48% [8,11,12] мерасад. Мавриди зарурати анҷом додани релапаротомия бо сабаби инкишофи мушқилоҳои дохили ши-

кам, дар 26% ҳолатҳо ҳатогиҳои гуногун, аз ҷумла ҳатогиҳои ташхисӣ, тактикӣ ва техникӣ имконпазиранд, ки метавонанд дар 20,8-29,7% ҳолатҳо ба мушқилоҳои эътирофнашуда ва дар 17-48% ҳолатҳо таъхир дар амалиёти такрорӣ оварда расонад [7,8,10,12]. Ҳамин тариқ, релапаротомия як амали хеле чиддиест, ки ба кормандони баландхатисоси ҷарроҳӣ ниёз дорад.

Таҳия ва татбиқи технологияҳои навтарин дар амал ба хеле кам шудани таъсири манфии таҷовузи ҷарроҳии такрорӣ ба бадани беморон

мусоидат кард [3,7,9,11]. Дар баробари ин, гуногунии технологияҳои эндоскопӣ, эндочарроҳӣ ва ултрасадо имкон медиҳад, ки сифати ташхис ва табобати оризаҳои дихилибатнии баъди чарроҳӣ ба таври назаррас беҳтар карда шавад [2,3,8,13].

Нуқтаи асосии натиҷаҳои ғайриқаноатбахши табобати оризаҳои баъди чарроҳии дохилибатнӣ, бешубҳа ташхиси дер ва дар ин замина нисбатан дер татбиқи ислоҳи онҳо, яъне реллапаротомия ба ҳисоб меравад [7,13]. Мушкilot дар ташхиси оризаҳои дарчгардида бо сабабҳои объективӣ, аз қабилӣ истифодаи аналгетикҳои наркотикӣ, антибактериалӣ дар муолиҷаи бемор ва терапияи инфузионӣ дар давраи фаврии пас аз чарроҳӣ, инчунин сабабҳои субъективӣ - ба монанди муносибати манфии равонӣ ба амалиёти такрорӣ чарроҳ ва бемор, боз ҳам муҳимтар мегардад [10,13].

Мақсади таҳқиқот Беҳтар намудани натиҷаи табобати панкреонекрози баъдичарроҳӣ, бо истифодаи технологияи каминвазивӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Маводи таҳқиқотӣ 142 бемори бо оризаҳои гуногуни фассодию-септикӣ баъд аз амалиётҳо дар мавзеи гепатопанкреатодуоденалӣ ба қайд гирифта шудаанд, асос меёбад. Панкреатити шадид баъд аз амалиётҳои гуногун дар мавзеи гепатопанкреатодуоденалӣ дар 103 (24,5%) бемор ба вуқӯъ омад. Аз он ҷумла 69 (67,0%) бемор бо воситаи табобати консервативии комплексӣ самаранок солим гардонида шуда, дар 34 (23,9%)-тои ин беморон ҳолати панкреонекрози деструктивӣ баъди чарроҳӣ (ПДБЧ) муайян карда шуд, ки ба онҳо амалиётҳои такрорӣ инвазивӣ гузаронида шуданд. Дар 24 (70,6%) бемор амалиётҳои каминвазивӣ гузаронида шуд (гурӯҳи асосӣ) ва дар 10 (29,4%) бемор – амалиётҳои муқаррарӣ лапаротомӣ (гурӯҳи назоратӣ).

Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии онҳо. Беморони бо ПДБЧ бо назардошти тавсияҳои конференси Байналмиллалӣ оид ба панкреатити шадид (Атланта, 1992) ва ҳамзамон бо назардошти нишондодҳои наво, ки дар конгрессҳои Байналмиллалӣ чарроҳони чигар, роҳҳои талхагузар ва ғадуди зерӣ меъда (Ефименко и др., 2002), таснифот карда шуданд (ҷадвали 1).

Аз байни бемороне, ки ташхиси панкреонекрози деструктивӣ баъди чарроҳӣ гузошта шудааст, дар 14 (3,3%) ҳолат шакли лонагии панкреонекроз муайян карда шуд. Сатҳи тағйиротҳои некротикӣ ғадуди зерӣ меъда дар ин беморон камтар аз 30%-ро ташкил меод, ки сарҳадҳои фавти ғадуд дар сатҳи муайян бо даҳолати насчи назди ғадуди зерӣ меъда ҷудо шуда буданд. Дар 12 (2,9%) бе-

мор панкреонекрози баъди чарроҳии паҳнғашта ҷой дошт, ки дар он сатҳи тағйиротҳои маҳвӣ ғадуди зерӣ меъда дар ҳудуди 30-60% қарор доштанд. Паҳншавии просесси деструктивӣ ба насчи ретроперитонеалӣ ва узвҳои наздик мушоҳида мегардид.

Ҳолати инкишофи панкреонекрози пас аз чарроҳии тоталӣ-субтоталӣ дар 8 (1,8%) ҳолат ба қайд гирифта шуд. Гузашта аз ин, ҷараёни беморӣ дар ин беморон зуд буд, яъне дар давоми чанд соат инкишоф ёфт.

Бояд қайд намуд, ки бартарии варианти геморагии (коликватии) некроз мушоҳида карда шуд, ки берун аз ғадуди зерӣ меъда ба узвҳои фазои ретроперитоналӣ ва ковокии батн паҳн мешавад (ҷадвали 2).

Ҷадвали 1

Тақсими беморони бо панкреонекрози деструктивӣ баъди чарроҳӣ (n=34)

Шакли клиникӣ панкреонекроз	Миқдори беморон	
	мутлақ	%
Лонагӣ	14	3,3
Паҳнғашта	12	2,9
Тоталӣ-субтоталӣ	8	1,8
Умумӣ	34	8,1

Ҷадвали 2

Хусусияти чарроҳӣ, ки ба пайдоиши панкреонекрози деструктивӣ оварда расонидаанд (n=34)

Хусусияти чарроҳӣ гузаронида	Миқдори беморон	
	мутлақ	%
Пас аз чарроҳӣ дар чигар:		
Буриши атипикӣ чигар	15	3,6
Буриши анатомӣ чигар	4	0,9
Буриши анатомӣ чигар	3	0,7
Эхинококкэктомияи кушода	2	0,5
Эхинококкэктомияи пӯшида	2	0,5
Перисистэктомияи субтоталӣ	1	0,2
Кушодан ва обият намудани абсаи чигар	1	0,2
Духтани захми чигар бо тампонадаи чарбӯи калон	2	0,5
Пас аз чарроҳӣ дар роҳҳои талхагузар:		
Холесистэктомияи лапароскопӣ+ПСТЭ	19	4,5
ПСТЭ бо литэкстракция	7	1,7
ПСТЭ бо литэкстракция	12	2,9
Умумӣ	34	8,1

Қобили қайд аст, ки алоқаи наздики анатомӣ ва физиологӣ байни узвҳои ва мавзеи панкреатогастрогепатобилиарӣ, яке аз омилҳои хавфи рушди ПДБЧ мебошад. Дар айни замон, пайдоиши он ба омилҳои механикӣ, яъне холелитиаз, эмболияи шуш, инчунин осеби ғадуди зери меъда ва дисплазияи ғадуди зери меъда асос ёфтааст. Дар пайдоиши ноқомии шадиди чигар даҳолати травматикӣ, алалхусус бемории санги сафро, панкреатити билиарӣ ва мавҷудияти сироятҳо низ аҳамияти кам надоранд (чадвали 3).

Чадвали 3

Сабабҳои пайдоиши панкреонекрози деструктивӣ баъди чарроҳӣ (n=34)

Сабабҳо	Миқдори беморон	
	мутлақ	%
Осебҳои пистонаки калони дуоденалӣ	10	2,4
Ҳагогиҳои техникӣ ва тактикӣ	4	0,9
Гипертензияи талхавии аз байн рабуда	6	1,4
Чарроҳии мураккаб ва осебдор дар чигар	14	3,3
Умумӣ	34	8,1

Тавре аз чадвал дида мешавад, дар 3,3% (n=14) мушоҳидаҳо сабаби ПДБЧ, чарроҳии мураккаб ва осебдор дар чигар мебошад. Дар 14 мушоҳида, ҳагогиҳои техникӣ-тактикӣ (0,9%) ва осебҳои пистонаки калони дуоденум мавриди даҳолати транспапиллярии эндоскопӣ (2,4%) муайян карда шуданд. Дар 6 (1,4%) ҳолат, мушкилиҳо аз сабаби ислохнашудаи гипертензияи талхавӣ ба вучуд омадаанд.

Дар амалия қорӣ намудани технологияҳои муосир имкон дод, ки ПДБЧ дар марҳилаи барвақт, инчунин дараҷаи паҳншавии он ва инчунин мавҷудияти сироят самаранок ташхис карда шавад. Дар навбати худ, натиҷаҳои усулҳои муосири таҳқиқот имкон медиҳанд, ки даҳолати чарроҳӣ саривақт гузаронида шавад (чадвали 4).

Паст кардани осеби амалиётҳои такрорӣ мавриди ПДБЧ, як мушкилоти хеле муҳими клиникӣ шуморида мешавад.

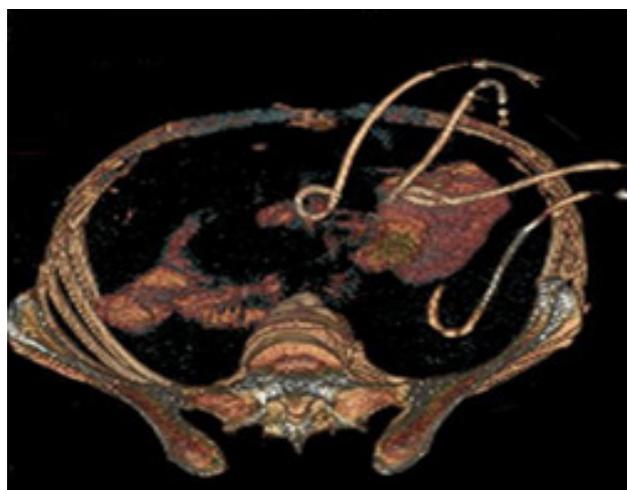
Дар таҳқиқоти мазкур, дар 35,3% мушоҳидаҳо дар беморони гурӯҳи асосӣ, амалиётҳои миниинвазивӣ таҳти назорати ултрасадо бо гирифтани пунктат аз ғадуди зери меъда, анҷом дода шудааст, ки дар ин ҳол вазифаҳои зерин иҷро карда шуданд: ташхиси контаминатсияи бактериалӣ,

Хусусияти амалиётҳои гузаронида дар беморони панкреонекрози деструктивӣ баъди чарроҳӣ (n=34)

Хусусияти амалиётҳои гузаронида	ГА (n=24)	ГН (n=10)	Дар маҷмӯъ (n=34)
Пунксия ва обият намудан таҳти назорати ултрасадо	12 (50)	–	12 (35,3)
Оментобурсопанкреатостомия бо усули релапароскопия	3 (12,5)	–	3 (8,8)
Релапароскопия бо яқҷоягии минилюмботомия	5 (20,8)	–	5 (14,7)
Релапаротомия. Люмботомия. Шӯстан ва обият намудани қов. батн	4 (16,7)	10 (100)	14 (41,2)

гирифтани экссудат аз қоқиҳои чарбӯи хурд, баровардани бемор аз ҳолати садмаи токсикӣ ва бактериалӣ, муайян намудани мавзеи процесси фасодию-септикӣ, тайёри ба амалиёти қушода ва инчунин амалиёти чарроҳии ба анҷом расида. Омилҳои дар боло зикргардидаро, дар алоҳидагӣ бисёр олимони хориҷ низ дар таҳқиқотҳои худ исбот кардаанд [8-11].

Мавриди гузаронидани амалиётҳои каминвазивӣ ба масофа аз қойи сӯроҳ дар сатҳи бадан то сарҳади чамъшавии моеъ, аҳамияти ка-

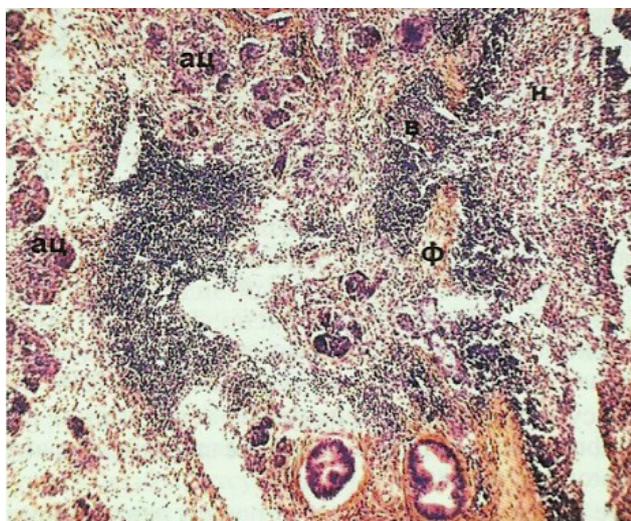


Расми 1. ТК. Найча дар насчи парапанкреатикӣ пас аз амалиёти каминвазивӣ таҳти назорати ултрасадо

лон дода мешуд. Дар таҳқиқоти мазкур, масофа аз 15 то 130 мм ($M=46,2\pm 2,5$ мм) буд. Амалиётҳои каминвазивӣ дар 83,3% мушоҳидаҳо тавассути девори пеши шикам анҷом дода шудаанд, аз он ҷумла 2 ё 20,0% ҳолатҳо дастрасии транслюбалии паравертебралӣ анҷом дода шудааст (Расми 1).

Амалиётҳои каминвазивӣ дар ҳама ҳолатҳо бо гирифтани пунксияи моеъи ҷамъшудаи панкреатогенӣ барои таҳлили морфологӣ ва микробиологӣ ҳамроҳӣ карда шуданд.

Таҳқиқоти гистологии биопсияҳои ғадуди зери меъда нишон дод, ки минтақаҳои маҳви бофтаи ғадуди зери меъда аз 20 то 90% майдони намунаро ишғол менамоянд (Расми 2).

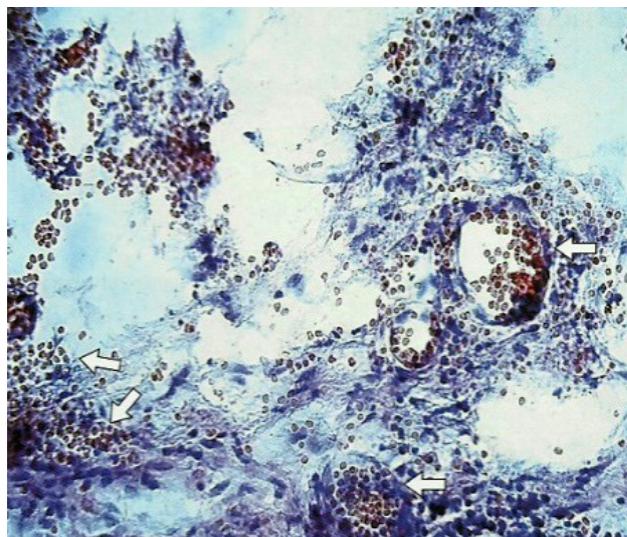


Расми 2. Микрорасм. Интерпретатсияи биоптати ғадуди зери меъда. Панкреонекрози дараҷаи вазнин. Некроз дар зиёда аз 90% майдони намуна x100.

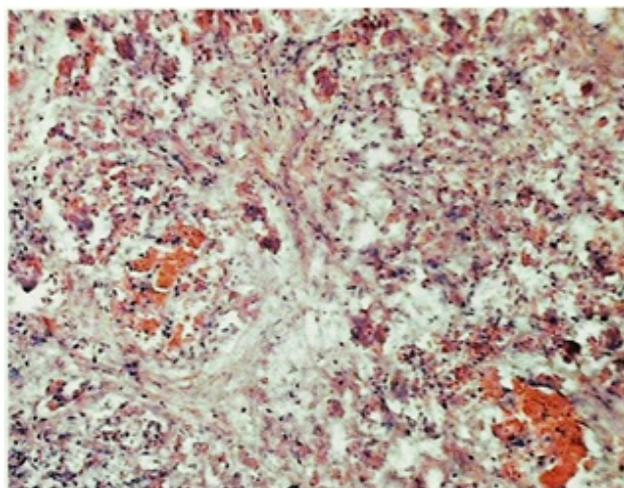
Дар атрофи макони нобудшавӣ инфилтратҳои хучайравии илтиҳобӣ ва шаклҳои гуногуни осеб ба хучайраҳои асинарӣ бартарӣ доранд. Мавҷудияти минтақаҳои васеи некротикӣ бо илтиҳоби шадиди перифокалӣ дар якҷоягӣ ҳамроҳ шудаанд. Инчунин вайроншавии назарраси микросиркулятсия дар шакли тромбоз, сладж ва экстравазатсияи эритроцитҳо мушоҳида карда шуд (Расми 3).

Баробари афзудани дараҷаи осеби ғадуди зери меъда, вайроншавии микросиркулятсия бештар зуҳур ёфта, ҳодисаҳои патоморфологӣ: некроз, илтиҳоб, фиброз низ ифода ёфтанд (Расми 4).

Ҳангоми муоинаи пунксияи форматсияҳои моеъ маълум шуд, ки дар 9 (37,5%) ҳолат аз 24 ҳолат афзоиши бактерияҳо аз минтақаҳои маҳвшудаи ғадуди зери меъда мушоҳида шудааст. Дар 15 ҳолати боқимонда, афзоиши флораи бактериявӣ мушоҳида нашудааст. Аз 9 ҳолати



Расми 3. Микрорасм. Интерпретатсияи биопсияи ғадуди зери меъда. Ихтилоли микросиркулятсия, фаровонӣ, сладж, экстравазатсияи эритроцитҳо (x100)



Расми 4. Микрорасм. Интерпретатсияи биопсияи ғадуди зери меъда. Ҳамаи феноменҳои патоморфологӣ пешниҳод гардидаанд: некроз, илтиҳоб, фиброз, мавзъҳои хурд дар бофтаи асинарӣ ҳифз шудаанд.

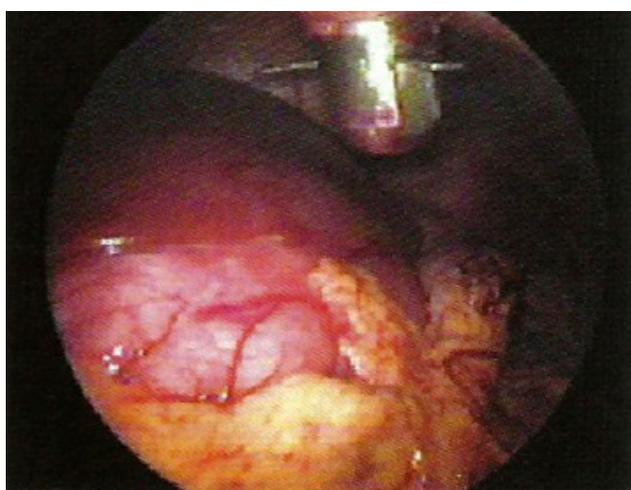
монокултура дар 4 (44,4%) ҳолат ва дар 5 (55,6%) ҳолати боқимонда ассотсиатсияи бактерияҳо ошкор шудааст. Натиҷаҳои антибиограммаҳо таҳлил намуда, бе ба назар гирифтани навъи патоген маълум гардид, ки микрофлора ба антибиотикҳои васеъ истифодашаванда муқобилияти зиёд нишон медиҳад.

Тавре маълум гардид, микрофлора ҳассосияти бештарро ба сипрофлоксацин ва цефтриаксон нишон додааст. Муқовимати максималӣ нисбат ба канамицин, пенисиллин ва оксасиллин муайян карда шуд. Аз рӯи натиҷаи таҳлили микробиологӣ пунктатҳо ба сироятшуда ва сироятнашуда тақсим

карда шуданд. Ҳангоми омӯзиши сатҳи амилаза муайян карда шуд, ки концентратсияи баландтарини он дар форматсияҳои моеъи сироятнашуда мушоҳида шудааст, ки ин нишондиҳанда 40892 ± 8657 U/L буд, дар ҳоле ки дар чамъшавии моеъҳои сироятшуда ин нишондиҳанда каме пасттар буда, 38812 ± 12722 -ро ташкил дод. U/L. Мавриди таҳлили сатҳи ИЛ-6, дар беморони гирифтори маҳви ғадуди зери меъда ($172,4 \pm 8,3$ пг/мл) нисбат ба стерилӣ ($124,8 \pm 2,7$ пг/мл) сатҳи баланди ИЛ-6 муайян карда шуд.

Оментобурсопанкреатостомияи релапароскопӣ дар 3 (8,8%) бемор гузаронида шуд. Нишондод барои ин амалиёт дар ҳолати: ҷой доштани аломатҳои саририи перитонит, микдори зиёди моеъ дар ковокии батн, мавриде, ки патологияи шадиди ковокии батн инкор карда намешавад, васеъшавии рӯдаи борик (то 3,0 см), сатҳи маҳви ғадуди зери меъда беш аз 30%, ҷой надоштани секвестрҳои барҷаста, флегмона, инчунин ҷой доштани тирезаи «акустикӣ» барои обияткунӣ.

Релапароскопия бо обияткунии ковокии чарбӯи хурд пас аз ворид кардани троакари аввал гузаронида шуд. Пас аз азназаргузаронии лапароскопӣ ва ретраксияи меъда, пайванди гастроколикӣ кашаида шуд. Бо истифода аз сӯзани Вереш пунксияи чарбӯи хурд анҷом дода шуд, ки пас аз он пневмоментобурсоперитонеуми шиддатнок ба вуҷуд оварда шуд. Ин ба сустшавии деворҳои бурсаи чарбӯӣ ва баланд шудани мубодила мусоидат кард. Минбаъд дар минтақаи аваскулярӣ тирезае сохта шуд, ки ба пайванди гастроколикӣ мебарояд ва троакар гузошта шуд (Расми 5).



Расми 5. Эндорасм. Фиксатсияи троакар ва ҷорӣ намудани лапароскопияи манипулятсионӣ

Баъдан, оментобурсоскопия гузаронида шуд ва секвестрҳои ғадуди зери меъда ва бофтаи

перипанкреатикӣ хориҷ карда шуданд. Дар зери назорати визуалӣ, фосилаҳои фасод бо агентҳои антисептикӣ ва антибиотикҳо безарар карда шуданд (Расми 6).



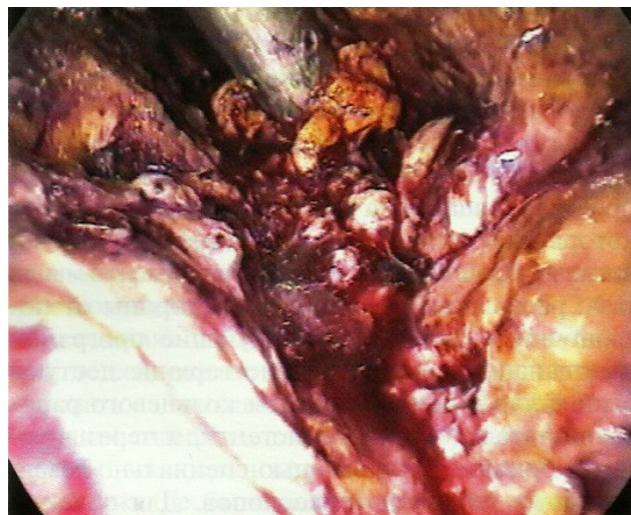
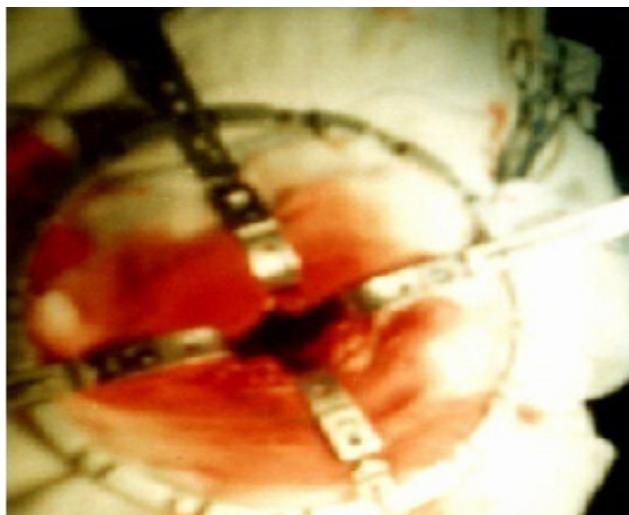
Расми 6. Намуди девораи пеши шикам баъд аз релапароскопияи санатсионӣ



Расми 7. Дастрасӣ ба ковокии чарбӯи хурд бо буриши минилапаротомӣ



Расми 8. Обиятнамоии тавассути ковокии чарбӯи хурд ва фазои паси сифок



Расми 9. Минилюмботомия бо ретроперитонеоскопия

Релапароскопияро дар 5 (14,7%) маврид до минилюмботомия якистифода бурдем. Нишондод барои ин амалиёти якҷоя: панкреонекрози баъди чарроҳии паҳнғашта, сатҳи маҳви бофтаҳои гадури зери меъда то 60%, ҷой доштани секвестҳои азим, абсаҳо, перитонити ҷузъӣ ва паҳнғашта, ки барои обияти рӯдаи борик нишондод надоранд.

Мавриди паҳншавии зардоб ва флегмона ба насчи паси сифокпарда, шӯстан ва покнамоӣ гузаронида шуд (Расми 8,9).

Тадбирҳои чарроҳии кушод (релапаротомия) дар беморони гурӯҳи асосӣ дар 4 ё 11,8% ҳолатҳо гузаронида шуданд. Тадбирҳои кушоди анъанавӣ дар беморони гирифтори мушкilotи фасодию-септикӣ, ки бо усулҳои таҳқиқоти инструменталӣ ва бактериологӣ тасдиқ карда шуданд, гузаронида шуданд.

Пас аз анҷом додани 20 (83,3%) даҳолати чарроҳӣ аз 24, бо истифода аз технологияҳои каминвазивӣ ва релапаротомияи анъанавӣ (n=4), дар 5 (20,8%) оризаҳои фасодию-септикӣ бо 3 (12,5%) оқибати марговар ба қайд гирифта шуданд. Дар беморони гурӯҳи назоратӣ мушкilot дар 4 (40,0%), бо 3 (30,0%) марговар ба қайд гирифта шуданд.

Хулоса. Истифодаи технологияи каминвазивӣ дар табобати беморони панкреонекрози деструктивии баъди чарроҳӣ, бо нишондодҳои ҷойдошта, микдори оризаҳои баъди чарроҳӣ ва ҳолатҳои маргро дучанд коҳиш намуда, реабилитатсияи ин гуна беморони вазнинро тезтар менамояд.

АДАБИЁТ:

1. Абдиев А.А. Причины и диагностика осложнений, требующих релапаротомии в абдоми-

нальной хирургии [Текст] / А.А. Абдиев // Наука, новые технологии и инновации. – 2017. – №1. – С. 49-52.

2. Алтыев Б.К. Особенности клинических проявлений внутрибрюшных осложнений после операций на желчных путях [Текст] / Б.К. Алтыев, О.У. Рахимов, А.А. Турсуметов // Молодой ученый. – 2016. – №27 (131). – С. 230-234.

3. Ботиралиев А.Ш. Билиарные осложнения резекций печени (причины, факторы риска, прогноз, профилактика): дис... канд. мед. наук / Ботиралиев Азиз Шукуржонович. - Москва, 2022. – 119 с.

4. Дзидзава И.И. Осложнения после обширных резекций печени [Текст] / И.И. Дзидзава, А.В. Слободяник, В.И. Ионцев // Вестник Российской военно – медицинской академии. – 2015. – №3(51). – С. 261-266.

5. Ивахов Г.Б. К вопросу о перитонеальной дисфункции при лапароскопической хирургии (сообщение 1) [Текст] / А.В. Сажин, Г.Б. Ивахов, Е.А. Страдымов, В.А. Петухов // Эндоскопическая хирургия. - 2019. - №1(25). - С. 61-67.

6. Имамова А.М. Миниинвазивные вмешательства у пациентов с ранними послеоперационными абдоминальными осложнениями: дис... канд. мед. наук / Имамова Антонина Михайловна. - Уфа, 2020. – 117 с.

7. Лазуткин М.В. Миниинвазивные вмешательства в хирургической панкреатологии: автореф. дис. ... д-ра мед.: 14.01.17 / Лазуткин Максим Витальевич, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. – СПб. – 2014. – 34 с.

8. Пирназаров Дж.М. Диагностика и комплексное лечение острого послеоперационного

панкреатита: дис. ... канд. мед. наук / Дж.М. Пирназаров; Душанбе, 2020. – 123 с.

9. Biliary injuries after pancreatic surgery: interventional radiology management / SA. Angileri [et al.] // *Gland Surg.* – 2019. – Vol.8. – P.141-149.

10. Diagnosis and management of postpancreatectomy hemorrhage: a systematic review and meta-analysis / A. Floortje van Oosten [et al.] // *HPB (Oxford)*. – 2019. – Vol.21. – P.953-61.

11. Droniak M.M. Prevention of postoperative peritonitis and its complications / Droniak M.M. // *Journal of Education, Health and Sport.* – 2021. – Vol.11(2). – P.192-199.

12. Endovascular therapy choices for different sites of delayed postoperative arterial hemorrhage after hepatobiliary pancreatic surgery: a retrospective study / Yu X. [et al.] // *Gland. Surg.* – 2021. – Vol.10(9). – P.2745-2753.

13. Features of the diagnosis and treatment of patients with postoperative peritonitis / Tamm I.T. [et al.] // *Reports of Vinnytsia National Medical University.* – 2020. – Vol.24(1). – P.110-113.

Махмадзода Фарух Исроил – профессор кафедры хирургических болезней №1 ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”; д.м.н., профессор; +992 900 75 44 90

Mahmadzoda Farukh Isroil – professor of the Department of Surgical Diseases No. 1 of the State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”; MD, professor; +992 900 75 44 90.

Махмадзода Фарух Исроил – профессори кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик К.М. Курбонов, д.и.т., профессор; E-mail: fmahmadov@mail.ru; тел.: 900-75-44-90

Саъдуллозода Давлатмурод Насрулло – докторанти Пажуҳишгоҳи Гастроэнтерологияи Ҷумҳурии Тоҷикистон, н.и.т.; E-mail: davlatsad@mail.ru; тел.: 93-880-85-60

Муродов Акбар Исматуллоевич – директори Маркази илмии саратоншиносӣ, н.и.т.; тел.: 98-885-66-56

Ашууров Абдурахмон Саторович – дотсенти кафедраи анатомияи топографӣ бо курси ҷарроҳӣ, н.и.т., дотсент; тел.: 87-152-50-50

Болтубоев Маъруфҷон Мусинҷонович – унвонҷӯи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик К.М. Курбонов; 92-200-00-03

Баротов Камол Иномҷонович – унвонҷӯи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик К.М. Курбонов; 92-919-96-96

Махмадзода Фарух Исроил – профессор кафедры хирургических болезней №1 имени академика К.М. Курбонова, д.м.н., профессор; E-mail: fmahmadov@mail.ru; тел.: 900-75-44-90

Садуллозода Давлатмурод Насрулло – докторант НИИ гастроэнтерологии РТ, кандидат медицинских наук; E-mail: dalvatsad@mail.ru; тел.: 93-880-85-60

Муродов Акбар Исматуллоевич – директор Научного центра онкологии, к.м.н.; тел.: 98-885-66-56

Ашууров Абдурахмон Саторович – доцент кафедры топографической анатомии с курсом хирургии, к.м.н., доцент; тел.: 87-152-50-50

Болтубоев Маруфҷон Мусинҷонович – соискатель кафедры хирургических болезней №1 имени академика К.М. Курбанова; 92-200-00-03

Баротов Камол Иномҷонович – соискатель кафедры хирургических болезней №1 имени академика К.М. Курбанова; 92-919-96-96

Mahmadzoda Farukh Isroil – Professor of the Department of Surgical Diseases No. 1 named after Academician K.M. Kurbonov, MD, Professor; E-mail: fmahmadov@mail.ru; Tel.: 900-75-44-90

Sadullozoda Davlatmurod Nasrullo – Doctoral student of the Research Institute of Gastroenterology of the Republic of Tatarstan, MD; E-mail: dalvatsad@mail.ru; Tel.: 93-880-85-60

Murodov Akbar Ismatulloevich – Director of the Scientific Center of Oncology, MD; Tel.: 98-885-66-56

Ashurov Abdurakhmon Satorovich – Associate Professor of the Department of Topographic Anatomy with a Course in Surgery, MD, Associate Professor; tel.: 87-152-50-50

Boltuboev Marufzhon Musinzhonovich – applicant of the Department of Surgical Diseases No. 1 named after Academician K.M. Kurbanov; 92-200-00-03

Barotov Kamol Inomzhonovich – applicant of the Department of Surgical Diseases No. 1 named after Academician K.M. Kurbanov; 92-919-96-96

ТДУ 611.9; 616.716.1

ДАРАЧАИ ВУСЪАТЁБӢ ВА ОМИЛӢОИ ПАЙДОИШИ СИНУСИТИ ЧАВФӢОИ ҶОҒИ БОЛО

Мирзоев М.Ш., Хочаев М.У., Гафоров Х.О., Хушвахтов Д.И.

Кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯй ва стоматологияи кӯдакони МДТ ДТБКСТҶТ

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ

Мирзоев М.Ш., Ходжаев М.У., Гафаров Х.О., Хушвахтов Д.И.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПО в СЗ РТ

Резюме. В статье приведены результаты ретроспективного эпидемиологического анализа верхнечелюстных синуситов, проведённого в ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан “Шифобахи”, за период с 2014 по 2023 гг. Были изучены истории болезней отделения ЛОР-патологий в количестве 702, среди которых мужчины составляли – 360 (51,3%), женщины – 342 (48,7%), городские жители – 290 (41,3%), сельские – 412 (58,7%). Также изучены медицинские документы отделения Челюстно-лицевой хирургии в количестве 71 история болезни, среди которых мужчины составляли – 31 (43,7%), женщины – 40 (56,3%), жители города – 24 (33,8%), сельские – 47 (66,2%). Возраст больных варьировал от 20 до 60 лет и старше. Исследование включало: сбор материала, его обработку и анализ медицинской помощи больным с диагнозами “риногенный синусит в стадии обострения и вне обострения”, “одонтогенный перфоративный синусит”, “инородные тела в пазухе”. Подлежащая текущему ретроспективному анализу медицинская документация сопровождалась результатами обзорного рентгенологического исследования и компьютерной томографии костей черепа и лица, проводимыми в отделении лучевой диагностики.

Ключевые слова: риногенный синусит, одонтогенный перфоративный синусит, верхнечелюстная пазуха, дно полости носа, инородное тело гайморовой пазухи.

PREVALENCE AND CAUSES OF DEVELOPMENT OF MAXILLARY SINUSITIS

Mirzoev M.Sh., Khodjaev M.U., Gafarov Kh.O., Khushvahtov D.I.

Department of Maxillofacial Surgery with Pediatric Dentistry SEI IPO RT

Summary. The article presents the results of a retrospective epidemiological analysis of maxillary sinusitis of the State Institution “National Medical Center of the Republic of Tajikistan “Shifobakhsh,” and the period from 2014 to 2023. The history of diseases of the ENT department was studied in the amount of 702, among which 360 are men (51.3%), women - 342 (48.7%), urban residents - 290 (41.3%), rural - 412 (58.7%). Also, medical documents of the Department of Maxillofacial Surgery were studied in the number of 71 medical histories, among which men make up 31 (43.7%), women - 40 (56.3%), city residents - 24 (33.8%), rural - 47 (66.2%). Patients' age varied 20 to 60 years and older. The study included: collection of material, its processing and analysis of medical care for patients with diagnoses of “Rhinogenic sinusitis in the stage exacerbations and out of exacerbation, “” Odontogenic per formative sinusitis, “” Foreign bodies in the sinuses. “ Medical subject to current retrospective analysis documentation, was accompanied by the results of a review X-ray examination and computed tomography of the bones of the skull and face conducted in the department of radiation diagnostics.

Keywords: rhinogenic sinusitis, odontogenic per formative sinusitis, maxillary sinus, nasal cavity floor, maxillary sinus foreign body.

Мухимият. Синусити ҷоғи боло – илтиҳоби пардаи луобии ҷавфи ҷоғи боло (ҶҚБ) буда, яке аз бемориҳои вусъатёфтаи ҷавфҳои назди бинӣ ба ҳисоб меравад [3, 8, 11]. Аз рӯи нишондодҳои омӯрӣ, дар солҳои охир, дар Федератсияи Россия вусъатёбии синуситҳо 1420 ҳодиса дар 100 ҳазор аҳолии калонсолро ташкил медиҳад [4, 6, 10]. Аз рӯи маълумоти [10] аз 2 то 77% аксари беморихоро синусити одонтогении ҷоғи боло (СОҚБ) ташкил

медиҳад, инчунин ин беморӣ рӯ ба афзоиш дорад. Мурочиати беморони номбурда дар статсионарҳои ҷоғу рӯй 7,6% - ро ташкил менамоянд [5]. Микдори зиёди беморонро шахсони қобили меҳнатӣ аз сини 30 то 50 сола ташкил медиҳанд [10].

Таҳлили адабиётҳо нишон медиҳанд, ки сабабҳои аксари пайдоиши СОҚБ ин равандҳои патологӣ дар минтақаҳои решаҳои дандонҳои курсии хурд ва калон мебошанд, ки ба қарӣ ҷавфи

чоғи боло бисёр ҳам наздик чойгир шудаанд, аз чумла кистаҳои решагӣ ва фоликулярӣ, дандонҳои набаромада, маводҳои пломбакунии дандонҳо, ки дар вақти корҳои стоматологӣ ба ковокии чавф ворид мешаванд [2, 7].

Як қатор муаллифон бар он ақидаанд, ки яке аз сабабҳои СОЧБ ин носури ороантралӣ (НОА) шуда метавонад [1, 3, 12]. Вусъатёбии ин намуди синусит 41-92% - ро ташкил медиҳад [2, 5, 9] ва ин ҳодиса бисёртар ҳангоми амалиёти кандани дандонҳо ба амал меояд. Бо зухуроти коркардҳои нави техникӣ ва амалиётҳои ҷарроҳӣ дар соҳаи стоматологияи ҷарроҳӣ, сабабҳои нави пайдоиши сӯрохшавии пардаи луобии чавфи чоғи боло ба назар мерасад. Амалиётҳои нобарор ва оризаҳои онҳо, ки пас аз гузоштани имплантатҳои денталӣ ва афзудани шоҳаи алвеоларии чоғи боло ба амал меоянд дар 5-20% мавридҳо воমেҳуранд [4, 21], осебгирии пардаи луобии чавфи чоғи боло бошад, ҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ – 10-56% - ро ташкил медиҳад [1, 5].

А рӯи таҳлилҳои адабиётҳои махсуси солҳои охир (15-20 сол), як қатор муаллифон [2,5,10] ба чунин ақидаанд, ки дар байни ҳамаи равандҳои патологияи чавфҳои чоғи боло, аз ҳама бештар синуситҳои шадид – 32% ва баъд музмин – 25% - ро ташкил медиҳанд. Дар ИМА аз рӯи маълумоти пурсиши Ёрии Тиббии Амбулатории Миллӣ (NAMCS), муайян карда шудааст, ки бемории синусит аз рӯи вусъатёбии ташхис дар ҷои панҷум меистад, бинобар он табобати антибактериалӣ таъин карда мешавад [10].

Аз рӯи ақидаҳои П.А. Кочеткова ва Е.И. Фатянова (2017)[10], дар Федератсияи Руссия ҳамасола 10 млн фактҳои синусити шадид ба қайд гирифта шудааст.

Дар солҳои охир равандҳои илтиҳобии чавфҳои чоғи боло рӯ ба тамоюли дуру дароз овардааст, бо гузариш ба марҳилаи музмин ва давраи азнав авчгирӣ. Ба ин беморӣ бисёртар одамони аз 18 то 55 сола мубталло мегарданд, ки ба дараҷаи синусоли қобили меҳнат ва пурмаҳсул дохил мегарданд, ки ин масъала аз ҷиҳати иҷтимоӣ ва иқтисодӣ пурмаъно ва актуалӣ мебошад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши раванди вусъатёбӣ ва омилҳои асосии пайдоиши синусити чавфҳои чоғи боло аз рӯи таҳлили эпидемиологии ретроспективии ҳуҷҷатҳои тиббии МД ММТ ҚТ “Шифобахш” дар 10 соли охир.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Равандҳои вусъатёбӣ ва омилҳои асосии пайдоиши синусити чавфҳои чоғи боло аз рӯи таҳлилҳои эпидемиологии ретроспективии таърихонии бемории

шӯъбаҳои Гӯшу гулӯ ва бинӣ (702 таърихи бемор) ва Ҷарроҳии чоғу рӯи калонсолони (71 таърихи беморӣ)МД Маркази Миллии Тиббии Чумхурии Тоҷикистон “Шифобахш” дар давраи солҳои 2014 то 2023 омӯхта шудааст. Дар байни беморони таҳқиқшуда мардҳо (шӯъбаи Лор – 360 (51,3%); шӯъбаи ҚЧРК – 33 (46,5%)) ва занҳо (шӯъбаи Лор – 342 (48,7%); шӯъбаи ҚЧРК – 38 (53,5%)) – ро ташкил медиҳанд.

Усулҳои таҳқиқот иборат аст аз: чамъоварии маводҳо, коркард ва таҳлили ёрии тиббӣ ба беморони дорои ташхиси “Синусити риногении чавфҳои чоғи боло дар марҳилаи шадидшавӣ ва бешадидшавӣ”; “Синусити одонтогении сӯрохшудаи (перфоративӣ) чавфҳои чоғи боло”; “Ҷисмҳои бегона (ҳамираи дандон ва ё реша) дар чавфҳои чоғи боло”. Ҳуҷҷатҳои тиббии таҳлили ретроспективӣ бо натиҷаҳои таҳқиқотҳои рентгенологияи хулосавӣ ва томографияи компютерии устухонҳои сар ва рӯй дар шӯъбаи ташхиси нурӣ ҳамроҳӣ карда шудааст.

Таърихонии беморӣ бо омосҳои чавфҳои чоғи боло ва бемориҳои пансинусит аз ҳисоби бемории Covid – 19 гузаронидашуда ба омӯзиш қарор дода нашудааст.

Таҳлили омории маълумотҳои ба даст омада бо ёрии барномаи компютерии Excel пакети Microsoft office ва Statistica гузаронида шудааст. Барои таҳлили маҷмӯъи маълумотҳо, маҳаки тақсимои гурӯҳи беморон вобаста аз параметрҳои омӯзиш (ташхис, сабабҳои беморӣ, чинс, сину сол, минтақа ва усули табобат) ташкил ва муайян карда шудааст.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар давраи таҳқиқот натиҷаи таҳлили эпидемиологии ретроспективии ҳуҷҷатҳои тиббии бойгонии МД ММТ ҚТ “Шифобахш”-и шӯъбаи Гӯшу гулӯ ва бинӣ, бо бемории “Синусити риногении чавфҳои чоғи боло дар марҳилаи шадидшавӣ ва бешадидшавӣ”,ки иборат аз 702 таърихи беморӣ мебошад, муайян карда шуд. Дар байни беморони номбаршуда: мардҳо – 360 (51,3%) ва занҳо – 342 (48,7%) – ро ташкил медиҳанд. Беморон аз рӯи номгӯи бемориҳо, давраҳои таҳқиқот, чинсият ва минтақаи чойгиршавӣ чунин тақсимот шудаанд, ки дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Чуноне, ки аз ҷадвал бармеояд дар давраҳои таҳқиқот мурочиати беморон бо “Синусити шадиди риногении ҚЧБ” ҳамагӣ 24 (3,4%) – нафар, ки аз онҳо истиқоматкунандагони шаҳрӣ – 10 (1,4%) нафар (мардҳо – 6 (0,9%); занҳо – 4 (0,5%)) ва деҳотӣ бошанд – 14 (2,0%) нафарро (мардҳо – 2 (0,3%); занҳо – 12 (1,7%))ташкил медиҳанд.

Чадвали 1

**Вусъатёбии синусити риногении чавфҳои чоғи боло дар давраҳои солҳои 2014 то 2023,
аз рӯи маълумотҳои таҳлили ретроспективии ҳуччатҳои тиббии шуъбаи
гӯшу гулӯ ва бинии МД ММТ ҶТ “Шифобахш”**

№	Номгӯи бемориҳо	Минтақа	Ҷинс	Солҳои таҳқиқот										Ҷамағӣ	Ҷамағӣ	Ҷамағӣ
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023			
				м	з	м	з	м	з	м	з	м	з			
1	Синусити шадиди риногении чавфҳои чоғи боло	Ш	м	2	3	-	-	1	-	-	-	-	-	6	10	24 3,4%
			з	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	4	1,4%	
		Д	м	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	14	
			з	2	3	3	1	2	1	-	-	-	-	12	2,0%	
2	Синусити музмини риногении чавфҳои чоғи боло	Ш	м	15	10	12	16	10	10	3	20	13	7	116	222	678 96,6%
			з	8	12	9	9	11	8	7	16	10	16	106	31,6%	
		Д	м	21	18	22	30	20	37	16	24	25	23	236	456	
			з	22	24	24	24	26	24	17	19	19	21	220	65,0%	
ҶАМАҒӢ				71	73	72	80	70	80	43	79	67	67	702 (100%)		

Муроҷиати беморон бо “Синусити музмини риногении ҶҚБ” ҳамагӣ 678 (96,6%) – нафар, ки аз онҳо истиқоматкунандагони шаҳрӣ – 222 (31,6%) нафар (мардҳо – 116 (16,5%); занҳо – 106 (15,1%)) ва деҳотӣ бошанд – 456 (65,0%) нафарро (мардҳо – 236 (33,6%); занҳо – 220 (31,3%)) ташкил медиҳанд. Дар давраҳои таҳқиқотӣ ҳамаҷола аз 10% то 11,5% беморон мубталои ин беморӣ гаштаанд, ин нишондодҳо дар солҳои 2020, 2022 ва 2023 мутаносибан ба 6,1% ва 9,5% баробар мебошанд.

Вусъатёбии “Синусити риногении чавфҳои чоғи боло” аз рӯи таҳлилҳои ретроспективии ҳуччатҳои тиббии беморони гӯшу гулӯ ва бинӣ аз синни 20 сола то 60 ва аз он болоро дар бар гирифтааст. Тақсими ин нишондиҳандаҳо аз

рӯи сину сол, минтақа ва ҷинсияти беморон дар чадвали 2 оварда шудааст.

Мувофиқи чадвали таҳияшуда гуфтан мумкин аст, ки аз 237 (32,9%) нафар беморони аз 20 то 29 сола, 93 (13,2%) нафарашон истиқоматкунандагони шаҳрӣ (мардҳо – 53 (7,5%); занҳо – 40 (5,7%)) ва 138 (19,7%) нафар истиқоматкунандагони деҳотӣ (мардҳо – 77 (11,0%); занҳо – 61 (8,7%)) мебошанд. Беморони аз 30 то 39 сола бошанд, 136 (19,4%) нафарро ташкил медиҳанд, аз онҳо 58 (8,3%) нафарашон истиқоматкунандаи шаҳрӣ (мардҳо – 28 (4,0%); занҳо – 30 (4,3%)) ва 78 (11,1%) нафар деҳотӣ (мардҳо – 41 (5,8%); занҳо – 37 (5,3%)) мебошанд. Синни 40-49 сола бошад, ҳамагӣ 129 (18,4%) нафарро ташкил медиҳанд, ки аз онҳо 58 (8,3%) нафар истиқоматкунандаи

Чадвали 2

**Тақсими беморон бо “Синусити риногении чавфҳои чоғи боло” аз рӯи синну сол,
ҷинсиат ва минтақаи ҷойгиршавӣ мувофиқи ҳуччатҳои тиббии шуъбаи
гӯшу гулӯ ва бинии МД ММТ ҶТ “Шифобахш”**

Синну соли беморон	Ҷинсиат				Ҷамағӣ		Ҷамағӣ
	мардҳо		занҳо		Ш	Д	
	Ш	Д	Ш	Д			
20-29	53 (7,5%)	77 (11,0%)	40 (5,7%)	61 (8,7%)	93 (13,2%)	138 (19,7%)	237 (32,9%)
30-39	28 (4,0%)	41 (5,8%)	30 (4,3%)	37 (5,3%)	58 (8,3%)	78 (11,1%)	136 (19,4%)
40-49	30 (4,3%)	35 (5,0%)	28 (4,0%)	36 (5,1%)	58 (8,3%)	71 (10,1%)	129 (18,4%)
50-59	18 (2,6%)	34 (4,8%)	25 (3,5%)	36 (5,1%)	43 (6,1%)	70 (10,0%)	113 (16,1%)
60 ва боло	17 (2,4%)	27 (3,8%)	21 (3,0%)	28 (4,0%)	38 (5,5%)	55 (7,8%)	93 (13,2%)
Ҷамағӣ	146 (20,8%)	214 (30,5%)	144 (20,5%)	198 (28,2%)	290 (41,3%)	412 (58,7%)	702 (100%)
Ҷамағӣ	360 (51,3%)		342 (48,7%)		702 (100%)		

шаҳрӣ (мардҳо – 30 (4,3%); занҳо – 28 (4,0%)) ва 71 (10,1%) нафар деҳотӣ (мардҳо – 35 (5,0%); занҳо – 36 (5,1%)) мебошанд. Беморони синни 50-59 сола – 113 (16,1%) нафар, аз онҳо 43 (6,1%) нафар истиқоматкунандаи шаҳрӣ (мардҳо – 18 (2,6%); занҳо – 25 (3,5%)) ва 70 (10,0%) нафар деҳотӣ (мардҳо – 34 (4,8%); занҳо – 36 (5,1%)) мебошанд. Беморони аз 60 сола боло – 93 (13,2%) нафарро ташкил медиҳанд, истиқоматкунандагони шаҳрӣ – 38 (5,4%) (мардҳо-17 (2,4%); занҳо – 21 (3,0%)), истиқоматкунандагони деҳот – 55 (7,8%) (мардҳо – 27 (3,8%); занҳо – 28 (4,0%)) мебошанд. Дар умум, аз 702 (100%) нафар таҳқиқшудагон, 290 (41,3%) нафар истиқоматкунандагони шаҳрӣ (мардҳо – 146 (20,8%); занҳо – 144 (20,5%)) ва 412 (58,7%) нафарашон истиқоматкунандагони деҳот (мардҳо – 214 (30,5%); занҳо – 198 (28,2%)) ташкил медиҳанд.

Мувофиқи таҳлили ретроспективии ҳуччатҳои тиббии шӯбаи “Гӯшу гулӯ ва бинӣ” аз 702 нафар беморон ба 340 (48,4%) нафарашон амалиётҳои чарроҳии “Гайморотомияи чавфҳои чоғи боло” яктарафа ва ё дутарафа гузаронида шудааст. Ба 362 (51,6%) нафар беморон бошад, оҷидани чавфҳо (пунксия) гузаронида шудааст, ки ин намуд табобат бисёртар ба беморони синну соли аз 20 то 29 ва аз 60 сола болоро дар бар мегирад.

Сабабҳои пайдоиши Синусити риногении чавфҳои чоғи боло аз рӯи таҳқиқотҳои клиникалабораторӣ ва рентгенологӣ, вобастагӣ дорад ба гирифтورشавии беморон ба бемориҳои “зукком”, қачшавии девораҳои бинӣ, илтиҳоб ва чой доштани полипах дар синусҳои этмоидалӣ ва гармокармои бадан.

Чунин маълумот дар давраи таҳқиқот нисбати таҳлили эпидемиологӣ ретроспективии ҳуччатҳои тиббии бойгониишӯбаи “Чарроҳии чоғу рӯи калонсолон”-и МД ММТ ҚТ “Шифобахш”, бо номгӯи бемориҳои “Синусити одонтогении сӯрохшудаи (перфоративӣ) чавфҳои чоғи боло”, ки иборат аз 71 таърихи беморӣ мебошад, гузаронида шуд. Дар байни беморони номбаршуда: мардҳо – 31 (43,7%) ва занҳо – 40 (56,3%) – ро ташкил медиҳанд. Беморон аз рӯи номгӯи бемориҳо, давраҳои таҳқиқот, чинсият ва минтақаи ҷойгиршавӣ чунин тақсирот шудаанд, ки дар қадвали 3 оварда шудааст.

Чуноне, ки аз қадвали 3 бармеояд, дар давраҳои таҳқиқот мурочиати беморон бо “Синусити шадиди одонтогении сӯрохшудаи ҚҚБ” ҳамагӣ 11 (15,5%) – нафар, ки аз онҳо истиқоматкунандагони шаҳрӣ – 4 (5,6%) нафар (мардҳо – 2 (2,8%); занҳо – 2 (2,8%)) ва деҳотӣ бошанд – 7 (9,9%) нафарро (мардҳо – 2 (2,8%); занҳо – 5 (7,1%)) ташкил медиҳанд.

Мурочиати беморон бо “Синусити музмини одонтогении сӯрохшудаи ҚҚБ” ҳамагӣ 60 (85,5%) – нафар, ки аз онҳо истиқоматкунандагони шаҳрӣ – 20 (28,2%) нафар (мардҳо – 9 (12,7%); занҳо – 11 (15,5%)) ва деҳотӣ бошанд – 40 (56,3%) нафарро (мардҳо – 18 (25,3%); занҳо – 22 (31,0%)) ташкил медиҳанд. Дар давраҳои таҳқиқотӣ ҳамасола (солҳои 2014-2023) аз 5,6% то 15,5% беморон мубталои ин беморӣ гаштаанд.

Вусъатёбии “Синусити одонтогении сӯрохшудаи чавфҳои чоғи боло” аз рӯи таҳлилҳои ретроспективии ҳуччатҳои тиббии беморони шӯбаи чарроҳии чоғу рӯи калонсолони ММТ

Қадвали 3

Вусъатёбии синусити одонтогении сӯрохшудаи чавфҳои чоғи боло дар давраҳои солҳои 2014 то 2023, аз рӯи маълумотҳои таҳлили ретроспективии ҳуччатҳои тиббии шӯбаи чарроҳии чоғу рӯи калонсолони МД ММТ ҚТ “Шифобахш”

№	Номгӯи бемориҳо	Минтақа	Чинс	Солҳои таҳқиқот										Ҳамагӣ	Ҳамагӣ	Ҳамагӣ	
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023				
1	Синусити шадиди одонтогении сӯрохшудаи чавфҳои чоғи боло	Ш	м	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	4	11	15,5%
			з	-	1	-	-	-	-	-	1	-	2	5,6%			
		Д	м	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	2	7		
			з	2	1	-	-	1	-	-	-	1	-	5	9,9%		
2	Синусити музмини одонтогении сӯрохшудаи чавфҳои чоғи боло	Ш	м	-	1	-	1	-	3	-	-	2	2	9	20	60	84,5%
			з	1	2	-	2	-	-	2	-	1	3	11	28,2%		
		Д	м	3	1	2	-	3	1	1	3	3	1	18	40		
			з	2	2	2	3	1	4	1	1	3	3	22	56,3%		
ҲАМАГӢ				9	8	5	6	5	9	4	5	11	9	71 (100%)			

Тақсимоти беморон бо “Синусити одонтогении сӯрохшудаи ҷавфҳои ҷоғи боло” аз рӯи синну сол, ҷинсиат ва минтақаи ҷойгиршавӣ мувофиқи ҳуҷҷатҳои тиббии шӯъбаи ҷарроҳии ҷоғу рӯи калонсолони МД ММТ ҚТ “Шифобахш”

Синну соли беморон	Ҷинсиат				Ҳамагӣ		Ҳамагӣ
	мардҳо		занҳо		ш	д	
	ш	д	ш	д			
20-29	3 (4,2%)	4 (5,6%)	2 (2,8%)	5 (7,0%)	5 (7,0%)	9 (12,6%)	14 (19,7%)
30-39	3 (4,2%)	3 (4,2%)	4 (5,6%)	8 (11,3%)	7 (9,8%)	11 (15,5%)	18 (25,4%)
40-49	3 (4,2%)	6 (8,5%)	4 (5,6%)	8 (11,3%)	7 (9,8%)	14 (1,7%)	21 (29,6%)
50-59	2 (2,8%)	6 (8,5%)	3 (4,2%)	5 (7,0%)	5 (7,0%)	11 (15,5%)	16 (22,5%)
60 ва боло	-	1 (1,4%)	-	1 (1,4%)	-	2 (2,8%)	2 (2,8%)
Ҳамагӣ	11 (15,5%)	20 (28,2%)	13 (18,3%)	27 (38,0%)	24 (33,8%)	47 (66,2%)	71 (100%)
Ҳамагӣ	31 (43,7%)		40 (56,3%)		71 (100%)		

ҚТ “Шифобахш” аз синни 20 сола то 60 ва аз он болоро дар бар гирифтааст. Тақсимоти ин нишондиҳандаҳо аз рӯи синну сол, минтақа ва ҷинсиати беморон дар чадвали 4 оварда шудааст.

Чадвали таҳияшуда нисбати синну сол, ҷинсиат ва минтақаҳои ҷойгиршавии беморон чунин нуктаро дар бар мегирад: беморони аз 20 то 29 сола, ҳамагӣ 14 (19,7%) нафарро ташкил медиҳанд, ки аз онҳо 5 (7,0%) нафар истиқоматкунандагони шаҳрӣ – (мардҳо – 3 (4,2%); занҳо – 2 (2,8%)) ва 9 (12,6%) нафар истиқоматкунандагони деҳотӣ (мардҳо – 4 (5,6%); занҳо – 5 (7,0%)) мебошанд.

Чадвали таҳияшуда нисбати синну сол, ҷинсиат ва минтақаҳои ҷойгиршавии беморон чунин нуктаро дар бар мегирад: беморони аз 20 то 29 сола, ҳамагӣ 14 (19,7%) нафарро ташкил медиҳанд, ки аз онҳо 5 (7,0%) нафар истиқоматкунандагони шаҳрӣ – (мардҳо – 3 (4,2%); занҳо – 2 (2,8%)) ва 9 (12,6%) нафар истиқоматкунандагони деҳотӣ (мардҳо – 4 (5,6%); занҳо – 5 (7,0%)) мебошанд. Беморони аз 30 то 39 сола бошанд, 18 (25,4%) нафарро ташкил медиҳанд, аз онҳо 7 (9,8%) нафарашон истиқоматкунандаи шаҳрӣ (мардҳо – 3 (4,2%); занҳо – 4 (5,6%)) ва 11 (15,5%) нафар деҳотӣ (мардҳо – 3 (4,2%); занҳо – 8 (11,3%)) мебошанд. Синни 40-49 сола бошад, ҳамагӣ 21 (29,6%) нафарро ташкил медиҳанд, ки аз онҳо 7 (9,8%) нафар истиқоматкунандаи шаҳрӣ (мардҳо – 3 (4,2%); занҳо – 4 (5,6%)) ва 14 (19,7%) нафар деҳотӣ (мардҳо – 6 (8,5%); занҳо – 8 (11,3%)) мебошанд. Беморони синни 50-59 сола – 16 (16,1%) нафар, аз онҳо 5 (7,0%) нафар истиқоматкунандаи шаҳрӣ (мардҳо – 2 (2,8%); занҳо – 3 (4,2%)) ва 11 (15,5%) нафар деҳотӣ (мардҳо – 6 (8,5%); занҳо – 5 (7,0%)) мебошанд. Беморони аз 60 сола боло – 2 (2,8%) нафарро ташкил медиҳанд, истиқоматкунандагони шаҳрӣ мушоҳида нагар-

диданд, истиқоматкунандагони деҳот – 2 (2,8%) (мардҳо – 1 (1,4%); занҳо – 1 (1,4%)) мебошанд. Дар умум, аз 71 (100%) нафар таҳқиқшудагон, 24 (33,8%) нафар истиқоматкунандагони шаҳрӣ (мардҳо – 11 (15,5%); занҳо – 13 (18,3%)) ва 47 (66,2%) нафарашон истиқоматкунандагони деҳот (мардҳо – 20 (28,2%); занҳо – 27 (38,0%)) ташкил медиҳанд.

Мувофиқи таҳлилҳои эпидемиологии ретроспективии ҳуҷҷатҳои тиббии шӯъбаи ҷарроҳии ҷоғу рӯи калонсолони МД ММТ ҚТ “Шифобахш” ба ҳамаи беморон амалиёти бартараф намудани сӯроҳии ҷавфҳои ҷоғи боло бо таъиноти доруҳои зиддиилтиҳобӣ, зиддибактериявӣ ва умумимустаҳкамкунӣ гузаронида шудааст.

Чи хеле, ки аз таҳлилҳои эпидемиологии ҳуҷҷатҳои тиббӣ бармеояд, сабабҳои пайдоиши сӯроҳшавии ҷавфҳои ҷоғи боло, ин илтиҳоби музмини решаи дандонҳои курсиҳои ҷоғи боло мебошанд, ки дар ҷои аввал дандонҳои курсии якум (16,26), баъд дандонҳои курсии хурди дуюм (15,25), дар ҷои сеюм дандонҳои курсии дуюм (17,27) ва дар охир дандонҳои курсии хурди якум (14,24) ва дандонҳои курсии сеюм (18,28) меистанд. Тақсимоти гурӯҳи дандонҳои сабабнокнибат ба номгӯи бемориҳо, ки сабаби сӯроҳшавии ҷавфҳои ҷоғи боло гардидаанд дар чадвали 5 оварда шудааст.

Чуноне, ки аз чадвал бармеояд, дар 32 (45,0%) ҳолат сабабҳои пайдоиши синуситҳои шадид ва музмини одонтогении сӯрохшудаи ҷавфҳои ҷоғи боло дандонҳои курсии якуми ҷоғи боло (16,26) мебошанд, ки аз онҳо 14 (1,7%) нафарро мардҳо ва 18 (25,4%) нафарро занҳо ташкил медиҳанд. Дар 24 (33,8%) ҳолат бошад, дандонҳои сабабнок, дандонҳои курсии хурди дуюм (15,25) ба ҳисоб мераванд, ки аз онҳо 11 (15,5%) – нафар мард ва

Таксимоти гурӯҳи дандонҳои сабабнок нисбат ба номгӯи бемориҳо

Номгӯи бемориҳо	Минтақа	Дандонҳои сабабнок										Ҷамағӣ	Ҷамағӣ
		16/26		15/25		17/27		14/24		18/28			
		м	з	м	з	м	з	м	з	м	з		
Синусити шадиди одонтогении сӯрохшудаи чавфҳои чоғи боло	Ш	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	4 (5,6%)	11 (15,5%)
	Д	1	2	-	2	1	1	-	-	-	-	7 (9,9%)	
Синусити музмини одонтогении сӯрохшудаи чавфҳои чоғи боло	Ш	4	5	3	3	2	3	-	-	-	-	20 (28,2%)	60 (85,5%)
	Д	8	10	7	7	3	5	-	-	-	-	40 (56,3%)	
Ҷамағӣ		14	18	11	13	6	9	-	-	-	-	71 (100%)	
Ҷамағӣ		32 (45,0%)		24 (33,8%)		15 (21,2%)		-		-		71 (100%)	

13 (18,3%) – нафар зан мебошанд. Чои сеюмро дар 15 (21,1%) ҳолат дандонҳои курсии дуҷум (17,27) ишғол менамоянд, аз онҳо мардҳо – 6 (8,5%) ва занҳо – 9 (12,7%) нафарро ташкил медиҳанд. Дар байни онҳо истиқоматкунандагони шаҳрӣ 24 (33,8%) нафар ва деҳотӣ бошанд 47 (66,2%) нафарро ташкил медиҳанд. Дар давраи таҳлили эпидемиологии ҳуччатҳои тиббии шӯъбаи ҷарроҳии чоғу рӯи калонсолони ММТ ҚТ “Шифобахш” пайдоиши сӯрохшавии чавфҳо аз дандонҳои курсии хурди якум (14,24) ва курсии сеюм (18,28) мушоҳида нагардиданд.

Оризаи сӯрохшавии чавфҳои чоғи боло ҳангоми кори табобати дандонҳои курсии чоғи боло ба амал меоянд, ки табиб дар вақти гирифтани пулпаҳои вайроншудаи гангренозӣ, гузоштани хамираҳои дандонӣ ва пайвандакҳои гуттаперчӣ, қисмати шикасти асбобҳоро ба чавфҳо ворид месозад, инчунин равандҳои илтиҳобии музмин дар решаҳои дандонҳои курсии хурд ва калон аз ҷиҳати ҷойгиршавии анатоми-топографиашон, осебнок гузаронидани амалиёти ҷарроҳии кандани дандонҳо ва ё нодуруст тоза намудани дандонхонаҳо низ ба сӯрохшавии чавфҳо мусоидат менамояд.

Хулоса

1. Сабабҳои вусъатёбии синуситҳои риногении чавфҳои чоғи боло аз рӯи таҳлилҳои эпидемиологии ретроспективии ҳуччатҳои тиббии шӯъбаи бемориҳои Лор бисёртар вобастагӣ дорад ба гузаронидани бемориҳои шадиди роҳҳои нафас, зукком, қачшавии девораҳои бинӣ, илтиҳоб ва ҷой доштани полипҳо дар синусҳои этмоидалӣ ва гармо-сармоии бадан. Дар ин раванд синуситҳои

музмини риногенӣ 96,6% (678 нафар) – ро ташкил медиҳанд, нисбат ба синуситҳои шадид – 3,4% (24 нафар).

2. Сабабҳои вусъатёбӣ ва пайдоиши синуситҳои одонтогении сӯрохшудаи чавфҳои чоғи боло, вобастагӣ доранд ба табобати эндодонтии бесифати дандонҳои чоғи боло, хусусан курсии калон ва хурд, равандҳои илтиҳобии музмин дар решаҳои дандонҳои курсии хурд ва калон аз ҷиҳати ҷойгиршавии анатоми-топографиашон, осебнок гузаронидани амалиёти ҷарроҳии кандани дандонҳо ва ё нодуруст тоза намудани дандонхонаҳо, ки дар навбати худ ба илтиҳоби одонтогении чавфҳои чоғи боло оварда мерасонад. Дар ин раванд, синусити шадиди одонтогении сӯрохшуда – 15,5% (11 нафар) ва синусити музмини одонтогенӣ – 85,5% (60 нафар) – ро ташкил медиҳад.

3. Дар бисёр ҳолатҳо, аз рӯи номгӯи бемориҳо сабаби пайдоиши синусити одонтогении сӯрохшудаи чавфҳои чоғи боло, ин дандонҳои курсии калони якум – 32 (45,0%) ҳолат, курсии хурди дуҷум – 24 (33,8%) ҳолат ва курсии калони дуҷум дар 15 (21,2%) ҳолат ба назар мерасанд.

АДАБИЁТ

1. Бакотина А.В. Проблема возникновения верхнечелюстных синуситов после синуслифтинга и дентальной имплантации (обзор литературы) / А.В. Бакотина, В.В. Вишняков, А.М. Панин // Рос. оторинолар. – 2016. – Т. 24, №2 – С. 46.
 2. Варжапетян С.Д. Клинико-рентгенологические параллели при травматическом ятрогенном верхнечелюстном синусите стоматогенного происхождения / С. Д. Варжапетян // Вестн. стоматологии. – 2015. – №4. – С. 35–40.
 3. Горбачева И.А. Одонтогенный синусит – мультидисциплинарная проблема / И.А. Горбачева, О.С. Донская, А.А. Попов, Ю.А. Сычева и др. // Российская оториноларингология. 2021. – Т. 20. - №1. С. 27-34.
 4. Дворянчиков В.В. Одонтогенный верхнечелюстной синусит: современное состояние проблемы / В.В. Дворянчиков, Г.А. Гребнев, В.С. Исаченко, А.В. Шафигуллин // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2018. – №4 (64). – С. 169–173.
 5. Джураева Ш.Ф. Эпидемиология верхнечелюстного одонтогенного синусита и принципы лечения пациентов в стационарных условиях / Ш.Ф. Джураева, З.К. Рахимов // Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия. 2022. – Т. 1. - №1. – С. 50-54.
 6. Жартыбаев Р.Н. Современные методы диагностики одонтогенных синуситов. Междисциплинарный подход к лечению/ Р.Н. Жартыбаев, Г.Г. Сметов // Вестник КазНМУ. – 2016. – №4. – С.173–177.
 7. Катинас Е.Б. Междисциплинарный подход к лечению одонтогенного верхнечелюстного синусита / Е.Б. Катинас, М.М. Соловьев // FoliaOtorhinolaryngol. Pathol. Respir. – 2017. – Т. 23, №4. – С. 73–81.
 8. Пискунов Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. – 3-е изд., доп. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. – 750 с.: ил.
 9. Сапова К.И. Подходы к лечению одонтогенного риносинусита / К.И. Сапова, С.В. Рязанцев, И.И. Чернушевич, А.Н. Науменко // Медицинский совет. – 2018.– №20. – С. 43–45.
 10. Сурин А.В. Частота и основные этиологические факторы хронического одонтогенного синусита верхнечелюстной пазухи на современном этапе / Сурин А.В., Походенько-Чудакова // Клиническая практика и здоровье. – 2018. - №4. – С. 56-65.
 11. Little R. E. Odontogenic sinusitis: A review of the current literature / R. E. Little, C. M. Long, T. A. Loehrl, D. M. Poetker // Laryngoscope Investig. Otolaryngol. – 2018. – Vol. 3, №2. – P. 110–114.
 12. Yildirim T.T. The effect of demographic and disease variables on Schneiderian membrane thickness and appearance / T.T. Yildirim, G.N. Güncü, D. Göksülük [et al.] // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. – 2017. – Vol. 124, №6. – P. 568–576.
- Мирзоев Мансурҷон Шомилович** – д.и.т., дотсент; мудири кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯй ва стоматологияи кӯдакони МДТ ДТБКСТҚТ; тел.: +992 919 17 27 01
- Хоҷаев Маҳмадёр Умарович** – унвонҷӯикафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯй ва стоматологияи кӯдакони МДТ ДТБКСТҚТ; тел.: +992 901 50 16 66
- Гафоров Хуришедҷон Олимҷонович** – н.и.т., асс. кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯй ва стоматологияи кӯдакони МДТ ДТБКСТҚТ; тел.: +992 92 780 67 37
- Хушвахтов Додарҷон Иззатович** – н.и.т., дотсент; асс. кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯй ва стоматологияи кӯдакони МДТ ДТБКСТҚТ; тел.: +992 888880007
- Мирзоев Мансурдҷон Шомилович** – д.м.н., доцент; заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПО в СЗРТ; тел.: +992 919 17 27 01
- Ходжаев Махмадёр Умарович** - соискатель кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПО в СЗРТ; тел.: +992 901 50 16 66
- Гафоров Хуришедҷон Олимдҷонович** – к.м.н., асс. кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПО в СЗРТ; тел.: +992 92 780 67 37
- Хушвахтов Додардҷон Иззатович** - к.м.н., доцент; асс. кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПО в СЗРТ; тел.: +992 888880007
- Mirzoev Mansurjon Shomilovich** – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Maxillofacial Surgery with Pediatric Dentistry SEI IPO RT; tel.: +992 919 17 27 01
- Khodjaev Mahmadyor Umarovich** – a research student Department of Maxillofacial Surgery with Pediatric Dentistry SEI IPO RT; tel.: +992 901 50 16 66
- Gafarov Khurshedjon Olimjonovich** – Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Maxillofacial Surgery with Pediatric Dentistry SEI IPO RT; tel.: +992 92 780 67 37
- Khushvahtov Dodarjon Izzatovich** - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Maxillofacial Surgery with Pediatric Dentistry SEI IPO RT; tel.: +992 888880007

ТДУ 615-322

ТАЪСИРИ ҚИЁМИ БАРГИ АНЧИР ҲАНГОМИ ВАЙРОН ШУДАНИ МУБОДИЛАИ ЛИПИДҲО ВА КАРБОГИДРАТҲО ДАР ТАҶРИБА

Музафарова М.Х., Насруллоева М.Х., Урунова М.В.

Кафедраи фармакологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Душанбе

ВЛИЯНИЕ НАСТОЯ ЛИСТЬЕВ ИНЖИРА ПРИ НАРУШЕНИИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Музафарова М.Х., Насруллоева М.Х., Урунова М.В.

Кафедра фармакологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Душанбе

Статья посвящена изучению настоя листьев инжира на нарушенный жировой и углеводный обмен при экспериментальной гиперхолестеринемии. Авторами доказано, что настой этого растения оказывал достоверное гиполлипидемическое и гипогликемическое действие, что позволяет его назначить для комплексного лечения вместе с другими лекарственными средствами больным с метаболическим синдромом.

Ключевые слова: настой листьев инжира, метаболический синдром, гипогликемия, гиполлипидемия липопротеины.

THE EFFECT OF INFUSION OF FIG LEAVES IN VIOLATION OF LIPID AND CARBOHYDRATE METABOLISM IN THE EXPERIMENT

Muzafarova M.H., Nasrulloeva M.H., Urunova M.V.

Department of Pharmacology et CSRL Avicenna TSMU, Dushanbe

The article is devoted to the study of the infusion of fig leaves on impaired fat and carbohydrate metabolism in experimental hypercholesterolemia. The authors proved that the infusion of this plant had a reliable hypolipidemic and hypoglycemic effect, which allows it to be prescribed for complex treatment together with other medicines for patients with metabolic syndrome.

Keywords: infusion of fig leaves, metabolic syndrome, hypoglycemia, hypolipidemia lipoproteins.

Мухимият. Аз замонҳои қадим то ин ҳақиқат инсоният барои табобати бемориҳои гуногун аз растаниҳои шифобахш васеъ истифода мекард. Айни замон дар баробари доруҳои синтетикӣ ба доруҳои пайдоишашон растанигӣ афзалият дода мешавад, зеро онҳо захролудии паст ва доираи васеи таъсири табобатӣ доранд. Солҳои охир, синдроми метаболикӣ дар тамоми ҷаҳон яке аз масъалаҳои муҳим ба ҳисоб меравад, ки он маҷмӯи вайроншавии мубодилаи моддаҳо дар бар мегирад, ки боиси ташаккули маҷмӯи бемориҳои музминӣ бо ҳам алоқаманд ба монанди фарбеҳӣ, муқовиматӣ ба инсулин, диабетӣ қанд, дислипидемия бо рушди атеросклероз, гипертензия артериалӣ, бемории ҷигар мегардад. Бинобар ин фармакологҳо ба ҷустуҷӯ ва омӯзиши растаниҳои, ки ҳосиятҳои гиполлипидемӣ ва гипогликемӣ доранд ва ҳангоми синдроми метаболикӣ истифода мешаванд, диққати махсус медиҳанд. Солҳои охир дар сарчашмаҳои адаби маълумотҳои оиди истифодаи растаниҳои шифобахш дар тибби

ҳалқӣ ҳангоми вайроншавии мубодилаи ҷарбҳо, фишорбаландӣ, баландшавии сатҳи қанд дар хун ва дигар ҳолатҳои гирд оварда шудаанд. Вале мо то ин дам дар ягон адабиёт ё сарчашмаҳои қадим илмӣ асосноккардашударо оиди омӯзиши ҳосиятҳои фармакологии барги анҷир вонаҳурдаем. Аз ин лиҳоз мо мақсад гузоштем, то дар як қатор таҳқиқотҳои таҷрибавӣ (скринингӣ) баъзе таъсирҳои шифобахши барги анҷирро омӯзем. Дар тибби ҳалқӣ реша, шираи тана, барг ва меваи анҷирро барои табобати бемориҳои гуногун истифода мебаранд. Муайян карда шудааст, ки барги анҷир фаъолияти антиоксидантӣ, гепатопротекторӣ, гипогликемӣ, гиполлипидемӣ, пешобронӣ, балғамронӣ, ҳунофарӣ ва зиддиилтиҳобиро дорад. Ниёгони мо бо анҷир бемориҳои зикқи нафас, сурфаи музмин, камхунӣ, бемадории организм, бемориҳои дил, меъда, ҷигар, гурда, сипурз ва ғайраро муолиҷа мекарданд. Абуалӣ ибни Сино истеъмоли анҷирро ба одамони солҳурда ва ашҳоси аз бистари бемории вазнин хеста тавсия медиҳад. Киёми барги

анчирро дар табобати бемориҳои фишорбаландӣ, диабетӣ қанд, бемориҳои гурда, чигар, узвҳои нафас, узвҳои ҳозима, рагу дил ва ғ. истифода мебаранд. Самаранокии таъсири қиёми барги анчир ҳангоми бемориҳои гуногун бо таъсири комплекси моддаҳои фаъоли биологӣ (БАВ), ки дар таркибашон мавҷуд аст, алоқаманд мебошад. Дар барги анчир: фурукумаринҳо (то 2%); псорален (0,17-0,43%) ва бергаптен (0,04-0,14%); оксикумаринҳо (скополетини и умбеллиферон); кислотаи аскорбин (то 300 мг%); рутин (0,1%); фитсин; танинҳо; кислотаҳои органикӣ; флаваноидҳо (эпигаллаген); моддаҳои қатрондор; пайвастагиҳои стероидӣ (β -ситостерин, стигмастерин, фикусогенин); раванҳои эфирӣ; витаминҳои В1, В2, РР, Е, макро ва микроэлементҳо мавҷуданд. Ҳар яке аз ин моддаҳои фаъол таъсирҳои ба худ хос доранд, аз он ҷумла таъсирҳои балғамронӣ, қандпастрӯй, рагвасеҷкунӣ, пешобронӣ, фибринолитикӣ ва ғ. Масалан, фитостероли таркиби барги анчир сатҳи холестеринро паст карда, фитсин хосияти фибринолитикӣ доранд. Миқдори зиёди калий дар барги анчир хатари пайдоиши аритмия ва тахикардияро кам мекунад. Омега-3 ва Омега-6 эҳтимолияти пайдоиши бемории ишемияи дилро коҳиш медиҳад. Дар тибби амали доруи «Псоберан», ки аз барги анчир тайёр карда шудааст, барои муолиҷаи бемориҳои пуст (витилиго) васеъ истифода мешавад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши таъсирҳои гипогликемӣ ва гиполипидемии қиёми барги анчир ҳангоми парҳези гиперхолестеринӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Қиёми барги анчир мувофиқи талаботи Фармакопеяи давлатии Федератсияи Русия XIV (2018) омода карда шудааст.

Таҳқиқот дар 40 калламуши сафеди ҳар ду ҷинс бо вазни миёнаи 320 - 380 гр. бо истифода аз

парҳези гиперхолестеринӣ аз рӯи усули Хабриев Р.У. гузаронида шуд. Бо ин мақсад ба ҳайвоноти гурӯҳҳои назоратӣ ва таҷрибавӣ дар давоми 30 рӯз ғизои равандор дода шуд, ки таркибаш аз 2,5% холестерин, 0,12% метилурасил, раванҳои растаниҳои дар ҳарорати баланд гарм карда, пас аз он хунук карда шуда иборат буд. Калламушон ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд: 1-калламушҳои солим, ки ба дохили меъда оби дистиллат ба меъери 5 мл/кг вазни бадан ворид карда шуд; 2-калламушҳои назоратӣ (табобатнашуда), ки ба дохили меъда оби дистиллат ба меъери 5 мл/кг вазни бадан ворид карда шуд; 3 калламушҳои таҷрибавӣ, ки қиёми барги анчир дар меъери 5 мл/кг вазни бадан ба дохили меъда ворид карда шуд. Сипас, дар рӯзи 30-юми таҷриба, пас аз 14 соати гуруснадорӣ, барои муайян кардани сатҳи липопротеинҳо ва қанд аз калламушҳо хун гирифта шуд. Сатҳи қанди хун бо усули ортотолуидинӣ муайян карда шуд. Барои баҳо додани ҳолати мубодилаи липидҳо ҳангоми парҳези гиперхолестеринӣ дар калламушҳои нишондиҳандаҳои сатҳи липопротеинҳои зичиашон паст (ЛПЗП), липопротеинҳои зичиашон хеле паст (ЛПЗХП), липопротеинҳои зичиашон баланд (ЛПЗБ), триглитсеридҳо (ТГ) ва миқдори умумии холестерин дар хун арзёбӣ карда шуданд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар калламушҳои назоратӣ (табобатнашуда) миқдори умумии холестерин $6,20 \pm 0,08$ ммол/л, яъне 2 маротиба зиёд нисбат ба калламушони солим ($2,90 \pm 0,05$) шуд. Сатҳи дигар липидҳо низ дар хуни ҳайвоноти назоратӣ нисбат ба гурӯҳи солим ду баробар зиёд шуд: триглитсеридҳо - то $5,18 \pm 0,07$ ммол/л, ЛПЗП то $46,1 \pm 0,06$ ммол/л ва миқдори ЛПЗХП то $47,6 \pm 0,06$ ммол/л афзуд. Дар баробари ин, сатҳи липопротеинҳои зиддиатерогенӣ - ЛПЗБ дар

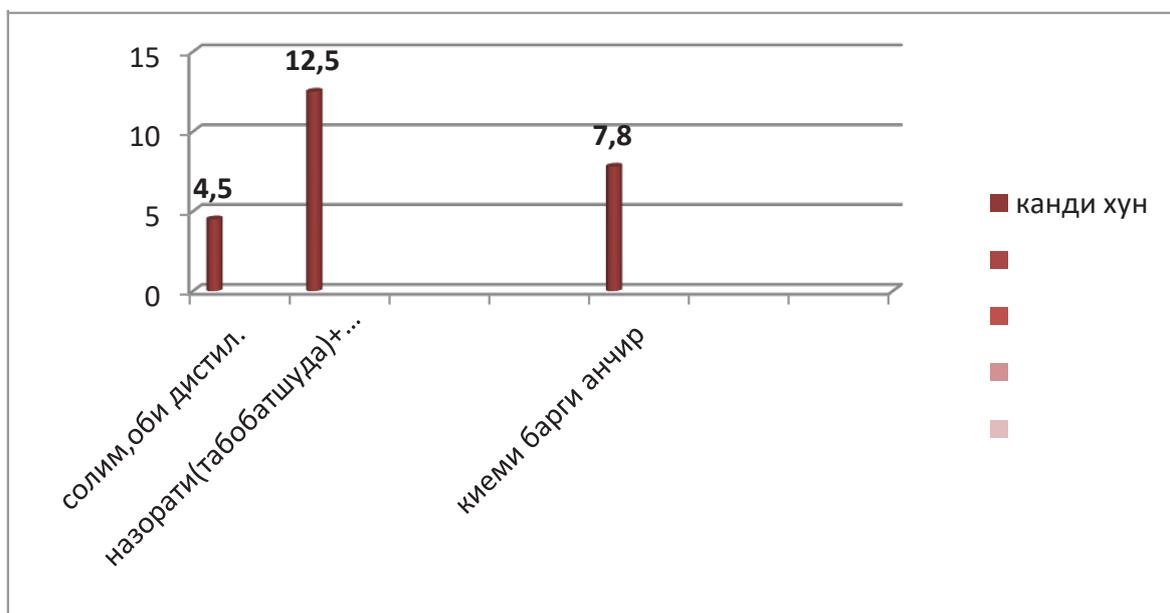
Ҷадвали 1

Таъсири қиёми барги анчир ба мубодилаи липидҳо дар хуни калламушҳои сафед ҳангоми парҳези гиперхолестеринемии таҷрибавӣ дар давоми 30 рӯз

Нишондиҳандаҳо	Силсилаи таҷрибаҳо ва меъёр бо мл/кг вазн			p
	Гурӯҳи солим оби дистил. 5 мл/ кг, n=10	Гурӯҳи назоратӣ (табобатнашуда) оби дистил. 5мл/кг, n=10	Гурӯҳи таҷрибавӣ қиёми барги анчир 5 мл/кг, n=10	
Холестерини умумӣ, ммол/л	$2,90 \pm 0,05$	$6,20 \pm 0,08$	$5,20 \pm 0,08$	<0,001
Триглитсеридҳо, ммол/л	$3,63 \pm 0,04$	$5,18 \pm 0,07$	$4,71 \pm 0,06$	<0,01
ЛПЗП- β -липопротеидҳо мг%	$28,9 \pm 0,03$	$46,1 \pm 0,06$	$41,1 \pm 0,05$	<0,001
ЛПЗБ- α липопротеидҳо, ммол/л	$30,8 \pm 0,05$	$10,8 \pm 0,07$	$20,1 \pm 0,04$	<0,001
ЛПЗХП, ммол/л	$36,6 \pm 0,02$	$47,6 \pm 0,02$	$42,2 \pm 0,01$	<0,001

Эзоҳ: p – саҳеҳияти фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ.

Диаграммаи 1. Таъсири қиёми барги анҷир ба сатҳи қанд дар хун



гурӯҳи табобатнашуда якбора паст шуда, $10,8 \pm 0,07$ ммоль/л-ро ташкил дод.

Дар натиҷаи таҳқиқоти таҷрибавии 30-рӯза, дар гурӯҳи таҷрибавии калламушҳо, ки бо қиёми барги анҷир табобат карда шуданд, нисбат ба гурӯҳи назоратӣ (табобатнашуда) микдори холестерин паст шуда, $5,20 \pm 0,08$ ммоль/л-ро ташкил дод, сатҳи триглитсеридҳо то $4,71 \pm 0,06$ коҳиш ёфт. Инчунин дар калламушҳои таҷрибавӣ микдори ЛПЗП $41,1 \pm 0,05$ ммоль/л нисбат ба гурӯҳи назоратӣ ($14,7 \pm 1,0$ ммоль/л) ва ЛПЗХП $42,2 \pm 0,05$ ммоль нисбат ба нишондиҳандаҳои калламушҳои гурӯҳи табобатнашуда ($12,6 \pm 1,2$ ммоль/л) кам шудааст. Дар мавриди ЛПЗБ бошад, микдори онҳо 2 маротиба то $20,1 \pm 0,08$ ммоль/л нисбат ба нишондиҳандаи гурӯҳи назоратӣ, ки $10,8 \pm 2,0$ ммоль/л аст, зиёд шудааст (ҷадвали 1). Дар гурӯҳи калламушҳои таҷрибавӣ, ки бо қиёми барги анҷир табобат карда шудаанд, консентратсияи қанди хун $7,8 \pm 0,01$ ммоль/л буд, дар калламушҳои назоратӣ (табобатнашуда) бошад консентратсияи қанди хун ба $12,5 \pm 0,02$ ммоль/л расид (диаграммаи 1).

Хулоса. Ҳамин тариқ, натиҷаҳои таҳқиқотҳои мо нишон доданд, ки қиёми барги анҷир таъсири ҳиполипидемӣ ва қандпаस्तкунӣ дорад, ва онро метавон ҳангоми муолиҷаи комплекси бемориҳои метабوليқӣ (диабети қанд, фишорбаландӣ, атеросклероз) якҷоя бо дигар маводҳои доругӣ истифода бурд.

АДАБИЁТ

1. Балаболкин М.И. Сахарный диабет М.: Медицина, 1994

2. Бокарев И.Н. Сахарный диабет: Руководство для врачей/ И.Н. Бокарев, В.К.Великов, О.И. Шубина // М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. – С. 100-102, 319-323.

4. Дедов И.И. Сахарный диабет и артериальная гипертензия /И.И.Дедов, М.В. Шестакова.- М.: Медицина, 2006.-446.

5. Носов А.М. Лекарственные растения /А.М.Носов.-М.: Медицина.-2005.-С.68.

6. Ишанкулова Б.А. Фармакология некоторых сахароснижающих лекарственных растений Таджикистана, Б.А. Ишанкулова Душанбе 2015 типография ТГМУ им. Абуали ибни Сино С. 193

7. Иванов Д.Д. Анемия при сахарном диабете: современная тактика/Д. Д. Иванов // Здоровье Украины.- 2007.-№22/1.- С. 15..Ягудина Р. И., Куликов А. Ю., Аринина Е. Е. Фармакоэкономика сахарного диабета второго типа // М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2011. — 352с.

8. Diabetes Blue Circle Symbol (англ.). International Diabetes Federation (17 March 2006). Архивировано из первоисточника 21 июля 2013.

9. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation. Geneva: World Health Organization. 2006. p. 1. ISBN 978-92-4-159493-6.

11. Хабриев Р.У. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. /Под ред. Р.У. Хабриева. 2-е изд. – М: Медицина, 2005.- 832с.

Музафарова Матлуба Ҳакимовна- н.и.т., дотсенти кафедраи фармакологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» тел.: 918673403 e-mail: matluba2307@mail.ru

Насруллоева Малика Ҳусейновна- муаллими калони кафедраи фармакологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» тел.: 938030064, e-mail: m.nasrulloeva@mail.ru

Урунова Муҳаббат Ваҳобовна- н.и.т., дотсент, мудири кафедраи фармакологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» тел.: 918941671, e-mail: muhabbat-urunova@mail.ru

Музафарова М.Х.- к.м.н., доцент кафедри фармакологияи ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; тел.: 918673403 e-mail: matluba2307@mail.ru

Насруллоева М.Ҳ.-старший преподаватель кафедры фармакологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; тел.: 938030064, e-mail: m. nasrulloeva@mail.ru

Урунова М.В. - к.м.н., доцент, заведующая кафедрой фармакологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; тел.: 918941671, e-mail: muhabbat-urunova@mail.ru

Muzafarova Matluba Hakimovna - candidate of medical sciences, Associate Professor, Department of Pharmacology, Avicenna Tajik State Medical University; tel.: 918673403 e-mail: matluba2307@mail.ru

Nasrulloeva Malika Huseynovna- senior Teacher, Department of Pharmacology, Avicenna Tajik State Medical University; tel.: 938030064, e-mail: m. nasrulloeva@mail.ru

Urunova Muhabbat Vahobovna- candidate of medical sciences, Associate Professor Department of Pharmacology, Avicenna Tajik State Medical University; tel.: 918941671, e-mail: muhabbat-urunova@mail.ru

ТДУ 616.61-007; 616.613-0037-089.878

ИСТИФОДАБАРИИ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯИ ТАРҚИПЎСТИИ ПУНКЦИОНӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ИНҲИРОФИ ИНКИШОФИ ГУРДАҲО

Начмидинов Х.Н., Саъдуллозода Ф.С., Одинаев Ҳ.С., Ҳасани А., Сидиқов А.Ш.

Кафедраи урология ба номи профессор Осимӣ А.С. МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК

Нажмидинов Х.Н., Саъдуллозода Ф.С. Одинаев Х.С., Ҳасани А. Сидиқов А.Ш.

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”

Резюме. В данной статье представлены данные о распространённости мочекаменной болезни (МКБ) в Республике Таджикистан, её сочетании с аномалиями развития почек, а также об использовании современных малоинвазивных методов лечения МКБ с применением эндоскопии. Как известно, МКБ является одним из самых распространённых заболеваний среди урологических патологий. В Республике Таджикистан МКБ занимает ведущее место в структуре урологических заболеваний и составляет 45,7% от всех пациентов с урологическими патологиями. В 16–35% случаев болезнь развивается на фоне врождённых аномалии развития почек и мочевыводящих путей. Исходя из этого, целью нашего исследования было оценить эффективность применения перкутанной нефролитотрипсии у больных с аномалиями развития почек.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, аномалии развития почек, перкутанная нефролитотрипсия, подковообразная почка, удвоение почек, мальротация.

THE USE OF PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTRIPSY IN PATIENTS WITH KIDNEY DEVELOPMENT ANOMALIES

Najmidinov Kh.N., Sadullozoda F.S. Odinaev H.S., Hasani A., Sidiqov A.Sh.

Department of Urology named after Professor A.S. Osimi State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”

Abstract. This article presents data on the prevalence of urolithiasis (UL) in the Republic of Tajikistan, its association with kidney developmental anomalies, and the use of modern minimally invasive treatments for UL through endoscopy. As is well known, UL is one of the most common diseases among urological pathologies. In the Republic of Tajikistan, UL holds a leading position in the structure of urological diseases, accounting for 45.7% of all patients with urological conditions. In 16–35% of cases, the disease develops against the background of congenital malformations of the kidneys and urinary tract. Based on this, the aim of our study was to evaluate the effectiveness of percutaneous nephrolithotripsy in patients with kidney developmental anomalies.

Keywords: urolithiasis, kidney developmental anomalies, percutaneous nephrolithotripsy, horseshoe kidney, kidney duplication, malrotation.

Мухимият. Бемории санги пешоб (БСП) яке аз бемориҳои паҳншудаи соҳаи урологӣ ба ҳисоб рафта, аз рӯи маълумоти адабиётҳои ҷаҳонӣ 1-3%-и аҳолии кураи замин гирифтори ин бемори мебошад [3,6,11,15,]. Дар тӯли ҳаёт то 12%-и мардон ва 5%-и занон бо шикоятҳои БСП ба беморхона муроҷиат мекунанд. Ин бемори дар минтақаҳои гуногуни рӯи замин аз ҷиҳати паҳншавӣ фарқияти зиёд дорад. Дар Осиё 1-5%, Аврупо 5-9%, Амрикои Шимолӣ 13% ва Арабистони Саудӣ то 20% мебошад [4,8,12,14]. Ҷумҳурии Тоҷикистон минтақаи эндемикии БСП ба шумор рафта, дар байни бемориҳои урологӣ баъд аз бемориҳои илтиҳобии ғайриҳос макоми дувумро ишғол мекунад, ки аз рӯи маълумоти адабиётҳо то 45,7% рост меояд [1,6,8].

Инҳирофи (аномалияи) инкишофи гурдаҳо нисбат ба дигар инҳирофҳо мавқеи якумро ишғол мекунад. Аз рӯи маълумоти баъзе муаллифон БСП дар якҷоягӣ бо инҳирофи инкишофи гурдаҳо 16-35%-ро ташкил медиҳад [2,5,7,9,14].

Бо тарақи кардани илму техника ва ҷарроҳии муосири соҳаи урология оиди табобати БСП амалиётҳои ҷарроҳии камосеби видеоэндоскопӣ рӯз аз рӯз ҷои амалиётҳои кушодаро иваз карда истодааст. Дар Тоҷикистон амалиётҳои эндоурологӣ

дар муқоиса бо амалиётҳои анъанавии кушода 50:50 буда, дар ҳоли афзоиш мебошад [1,10,13,15].

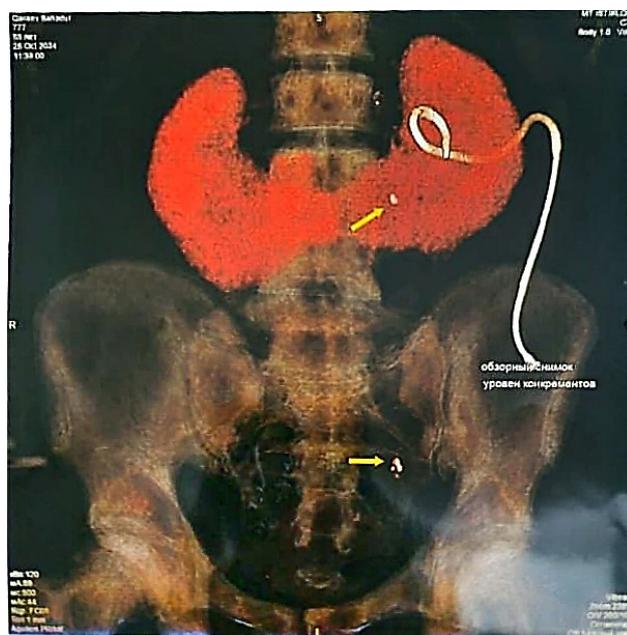
Нефролитотрипсиа тариқипӯстии пунксионӣ (percutaneous nephrolithotomy – PCNL) дар замони муосир барои табобати сангҳои гурда стандарти тиллоӣ ба ҳисоб меравад. Бо сабаби зиёд вохӯрдани БСП ин намуди ҷарроҳӣ босуръат тараққӣ карда, то дараҷаи mini- ва ultra mini – PCNL расидааст. Тибқи маълумоти адабиётҳо оиди БСП дар беморони инҳирофи инкишофи гурдаҳо, ки сохт, шакл, андоза ва архитекtonикаи мураккаб доранд танҳо амалиётҳои ҷарроҳии анъанавии кушода гузаронида мешуд ва оиди истифодабарии PCNL дар ин гурӯҳи беморон дар адабиётҳо маълумоти кам ҷоп гардидааст ва айни ҳол дар ҳолати тараққӣ қардан мебошад [4,6,13].

Мақсади тадқиқот. Баҳодихии самаранокии истифодаи нефролитотрипсиа тариқипӯстии пунксионӣ дар беморони гирифтори бемории санги пешоб ва инҳирофи инкишофи гурдаҳо.

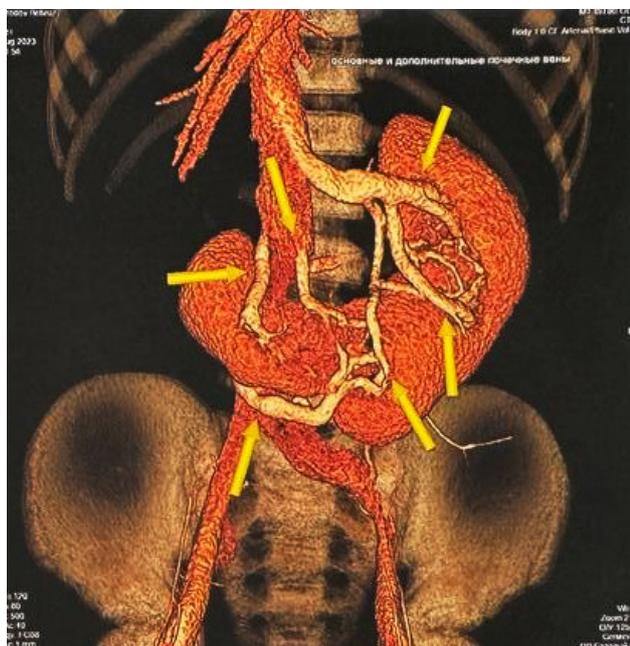
Мавод ва усулҳои тадқиқот. Аз соли 2023 то 2024 дар пойгоҳҳои кафедраи урология ба номи профессор Осимӣ А.С. МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” дар 32 бемор оиди БСП якҷоягӣ бо инҳирофи инкишофи гурдаҳо амалиёти ҷарроҳии нефролитотрипсиа тариқипӯстии пунксионӣ гузаронида шудааст. Синну соли беморон аз 18 то 72- сола (синни миёна 37 ± 5 сол). Аз инҳо зан – 18 (56,2%) ва мардон – 14 (43,8%) ташкил намуданд. Ҳамаи беморон аз таҳлилу ташхисоти ҳатмии урологӣ аз қабилы таҳлили клинӣ – биохимиявӣ хун, таҳлили умумии пешоб,



Расми 1. Санги гурдаи нопурра дутошуда



Расми 2. Сангҳои гурдаи наълшакл



Расми 3. Томографияи компютери мультиспиралии гурдаи наълшакл

кишти пешоб барои муайян намудани уфунат ва хассосият ба антибиотикҳо, урографияи назари ва ихроҷӣ, муоинаи ултрасадоӣ ва доплерографӣ, томографияи компютери мультиспиралӣ бо маводҳои контрастӣ дар се давра: рагӣ (vascular), лаҳмӣ (parenchymatous) ва ихроҷӣ (excretory) (расми) 3. Инчунин дар марҳилаи омодагии пеш аз ҷарроҳӣ ба синну соли беморон, ҷойгиршавии санг, миқдори сангҳо, зичии сангҳо аз рӯи ҷадвали

Hounsfield (HU), ҳолати гурда ва ҳавзак, роҳи наздик ва беҳавфӣ дастрасӣ ба гурда ва санг баҳо дода шуд.

Дар марҳилаи пеш аз амалиёт инчунин ба ҷойгиршавии сангҳо низ баҳо дода шуд. Дар беморони гурдаи яғонамодарзод асосан сангҳо дар гуруҳи ҷомчаҳои поёнӣ 5 (15,6%) ҷойгир буда, дар як ҳолат дар гуруҳи ҷомчаҳои мобайни ва дар ду ҳолат омехта ҷойгиршавии сангҳо мушоҳида гардид. Дар беморони гирифтори дутошавии пурра ва нопурраи гурда, сангҳо дар қисми поёнии гурда дар 10 (31,2%), дар қисми болоии гурда 4 (12,5%) ҳолат ва омехта 2 (6,2%) ҳолатро ташкил дод. Дар беморони малротатсияи гурда сангҳо дар ҳавзак ҷойгир шуда буданд.

Дар гурдаи наълшакл сангҳо дар ду ҳолат дар нимаи чап ва дар як ҳолат дар нимаи рост ҷойгир шуда буданд.

Беморон дар марҳилаи омодагии пеш аз амалиёт ҳангоми мавҷудияти раванди илтиҳоби фаъол (гидронефрози сироятӣ) ва вайроншавии ихроҷӣ пешоб амалиёти ҷарроҳӣ дар ду марҳила гузаронида шудааст. Дар марҳилаи аввал гузоштани нефростомияи пунксионӣ бо таъиноти антибиотикҳо вобаста аз руи таҳлили антибиотикограмма гузаронида, сипас дар марҳилаи дувум амалиёти нефролитотрипсияи тариқипӯстии пунксионӣ гузаронида шудааст.

Нефролитотрипсияи тариқипӯстии пунксионӣ дар ҳамаи беморон дар шароити ҷарроҳихонаӣ бо флюороскоп муччаҳаз гардида, гузарони-

Ҷадвали 1

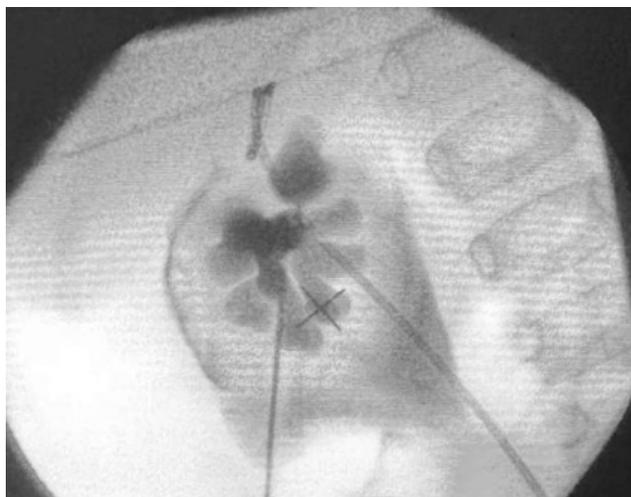
Номгӯи беморони инҳирофи инкишофи гурда, ки бо БСП гирифторанд (n=32)

№	Намуди инҳироф	Шумора (n)	%
1	Гурдаи яғонаи модарзод	8	25
2	Пурра дутошавии гурда	7	21,8
3	Нопурра дутошавии гурда	9	28,1
4	Малротатсияи гурда	5	15,6
5	Гурдаи наълшакл	3	9,3

Ҷадвали 2

Тавсифи сангҳо дар гурдаҳои инҳирофи инкишоф (n=32)

№	Намуди инҳироф	Шумораи сангҳо (n)			Зичии сангҳо (HU)
		Яғона	Сершумор	Марҷоншакл	
1	Гурдаи яғонаи модарзод	5	2	1	610-1070
2	Пурра дутошавии гурда	3	4	0	540-1200
3	Нопурра дутошавии гурда	5	2	2	600-1150
4	Малротатсияи гурда	3	1	1	850-970
5	Гурдаи наълшакл	1	1	1	400-1200



Расми 4. Малротатсияи гурда



Расми 5. Дутошавии ҳолиб

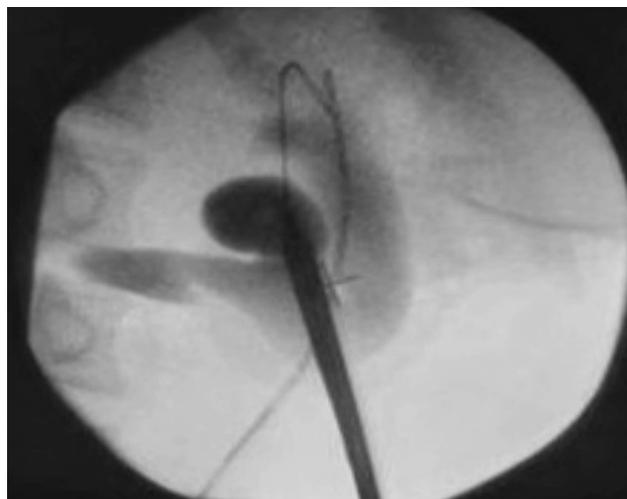
да шудааст. Дар ибтидои амалиёт беморон дар ҳолати ба пушт амалиёти уретероскопия ташхисӣ гузаронида, сипас ба ҳолиб дар зери назоратӣ нурҳои рентгенӣ дар заминаи роҳнамо қастараи дохилиҳолиби 4,5Ch – 6,0Ch гузошта шуда, бемор дар ҳолати ба шикам гардонида шудааст. Сипас дар зери назорати нурҳои рентгенӣ ва муоинаи ултрасадоӣ бо дар назардошти анатомияи гурда, ҷойгиршавии санг, ташхиси томографияи компютери мултиспиралӣ рағҳои гурдаро ба инобат гирифта, бо хатҳои акселерии пушт ва мобайн бо истифода аз сӯзани Chiba пунксияи ҷомчаи гурда гузаронида, бо истифода аз делятатролҳо аз 14 Ch то 26 Ch васеъ карда, амплате-сипар гузошта шуд. Сангҳо бо истифода аз дастгоҳи сангшикан дар речаи пневматикӣ ва лазерӣ майда карда шуда, сангрезаҳо гирифта шуд. Амалиёт дар ҳама ҳолат бо гузоштани нефростома аз қастараи Фоле анҷом дода шуд. Тамоми беморон дар назорати диспансерӣ қарор дошта, дар давраи 1, 3 ва 6 мох

пас аз амалиёт такроран аз муоиноти ултрасадоӣ, урографияи назарӣ гузаштаанд.

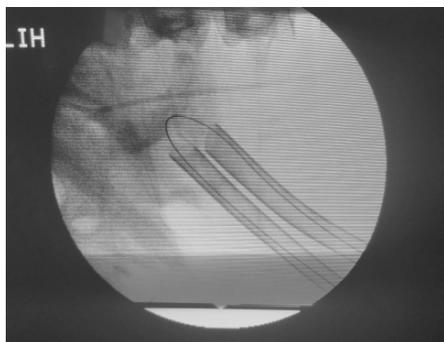
Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Давомнокии амалиёти ҷарроҳӣ аз 40 то 120 дақиқаро ташкил намуд. Андозаи сангҳо дар ҳамаи гурӯҳи беморон аз 8 то 35мм (андозаи миёна 21,5мм) ташкил кард. Дар 24 (75%) ҳолат амалиёт бо дастрасии як пунксия тарикипӯстӣ ва дар 6 (18,75%) ҳолат вобаста аз ҷойгиршавии санг, сангҳои сершумор ва анатомияи номувофиқ доштан бо дастрасии ду пунксия тарикипӯстӣ гузаронида шуд. Дар як ҳолат амалиёт дар гурдаи наълшакл ки санг дар нимаи рости гурда ҷойгир буд ва хангоми пунксия хатари осеби рағҳои гурда дида мешуд, амалиёт дар зери назорати лапароскопӣ пунксияи гурда гузаронида шуд. Дар ду ҳолат амалиёти ҷарроҳӣ ба конверсия табдил ёфт, яъне аз амалиёти видеоэндоурологӣ ба амалиёти ҷарроҳии анъанавии кушода гузаронида шуд. Дар бемороне, ки санг дар гурда дурудароз истода буд ва бисёр ҳолатҳо хуручи пиелонефрити



Расми 6. Пунксияи гурдаи нопурра дутошуда



Расми 7. Пунксияи гурдаи наълшакл



А



Б



В

Расмҳои 8, 9, 10. Пунксияи гурда ҳангоми сангҳои сершумори инхирофи инкишофи гурда.

музмин мушоҳида гардида буд, амалиёт бо гузоштани стенти дохилии намуди JJ – аз 5,0Ch то 7,0Ch гузошта шуд. Тамоми оризаҳо дар давраи амалиёт ва пас аз амалиёт бо таснифоти Clavien-Dindo бо 5 дараҷа баҳогузорӣ карда шуд.

Ҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ дар як ҳолат даридани девораи байни ҷомчаҳо ва дар як ҳолати дигар дар гурдаи пурра дутошуда, ки санг дар

ҳавзак тулонӣ ҷойгир буд ва илтиҳоби фаъоли девораи ҳавзак мушоҳида гардида, ҳангоми амалиёти сангшикани суроҳшавии ҳавзак мушоҳида гардид. Амалиёт бо гузоштани стентӣ дохили анҷом дода шуд. Амалиёти ҷарроҳӣ дар ҳамаи беморон бо гузоштани нефростомияи пунксионӣ ба анҷом расид. Дар давраи пас аз амалиёт дар бемороне, бо мақсади паст кардани шиддатнокии дардҳо

Ҷадвали 3

Натиҷаи нефролитотрипсияи тариқи пӯстии пунксионӣ дар инхирофи инкишофи гурдаҳо

Микдори дастрасиҳо ба гурда ҳангоми амалиёт		Шумора (n)	%
1	Як дастрасӣ	24	75
2	Аз як дастрасӣ зиёд	6	18,75
3	Бе натиҷа	2	6,25
Амалиёти стентгузорӣ			
1	Бо стентгузорӣ	27	84,3
2	Бе стентгузорӣ	5	15,7
Оризаҳои ҳангоми амалиёт			
1	Хунравӣ	4	12,5
2	Садамаи гурда ва ҳавзак	2	6,25
Оризаҳои пас аз амалиёт аз рӯи таснифоти Clavien-Dindo			
1	I (танҳо табобати консервативӣ)	6	18,75
2	II (табобати васеи доруворӣ)	2	6,25
3	III (талабот барои табобати эндоскопӣ)	1	3,1
4	IV (вайроншавии вазифаи узв)	0	0
5	V (ҳолати марг)	0	0

Ҷадвали 4

Самаранокии нефролитотрипсияи тариқи пӯстии пунксионӣ дар гурдаҳои инхирофи инкишоф (n=32)

№	Намуди инхироф	Пурра тозашавӣ аз санг SFR	Сангҳои резидуалӣ
1	Гурдаи ягонаи модарзод	7 (87,5%)	1 (12,5%)
2	Пурра дутошавии гурда	5 (71,4%)	2 (28,6%)
3	Нопурра дутошавии гурда	9 (100%)	0 (0%)
4	Малротатсияи гурда	5 (100%)	0 (0%)
5	Гурдаи наълшакл	2 (66,7%)	1 (33,3%)

саривакт маводҳои дардпастананда гузаронида шуд. Дар 6 бемор дар марҳилаи пас аз амалиёт хуручи пиелонефрити музмин мушоҳида гардид, ки пас аз табобати антибактериали аз рӯи кишти пешоб баргараф карда шуд.

Дар шабонарӯзи дуҷуми пас аз амалиёт беморон фаъол карда шуданд. Инчунин барои баҳодихии фаъолияти гурда ва роҳҳои пешобрав, мавҷудияти сангҳои резидуали муоинаи ултрасадоӣ ва урографияи назарӣ гузаронида шуд. Дар шабонарӯзи 3-юми пас аз амалиёт ҳангоми мушоҳида нагардидани оризаҳо урографияи антиградӣ гузаронида шуда, ҳангоми мавҷуд набудани монеаҳо дар роҳҳои пешобрав найчаи нефростомӣ ва қастараи уретралии Фоле гирифта шуд. Беморон дар ҳолати нисбатан қаноатбахш бо тавсияҳо барои табобати амбулаторӣ рӯхсатӣ карда шуданд. Бандкунии миёнаи катҳо 3-7 рӯзро ташкил намуд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Нефролитотрипсиҳои тариқипӯстии пунксионӣ яке аз стандартҳои тиллоӣ барои табобати бемории санги пешоб дар гурдаҳои анатомияи нормалӣ дошта ба шумор меравад. Дар беморони инҳирофи инкишофи гурда, ки аз андоза, шакл ва архитектоникаи рағҳои хело мураккаб доранд, гузаронидани амалиёти нефролитотрипсиҳои тариқипӯстии пунксионӣ барои чарроҳ маҳорати ниҳоят калонро талаб мекунад, асосан дар беморони гурдаи яғонамодарзод, ки хавфи садамаи ятрогенӣ, хунравӣ ва норасогии шадиди гурдаҳо хеле зиёд мебошад. Бояд қайд кард, ки аз рӯи маълумоти адабиётҳо, яке аз сабабҳои пайдошавии санг дар гурда ин инҳирофи инкишофи гурдаҳо мебошад, ки сабаби вайроншавии ихроҷи пешоб гардида боиси чамъшавии намакҳо ва кристалҳо гардида, барои пайдоиши санг мусоидат мекунад. Тақроран пайдошавии санг дар гурдаҳои инҳирофи инкишоф эҳтимолияти хело калон дорад. Аз ин лиҳоз, нефролитотрипсиҳои тариқипӯстии пунксионӣ яке аз усулҳои муосири камосеби табобати бемории санги пешоб на танҳо дар беморони гурдаи анатомияш нормалӣ, балки дар гурдаҳои инҳирофи инкишоф самаранокии хело хуб дорад ва хавфи паҷмурдашавии гурда ва гирифтورشавӣ ба норасогии музмини гурда нисбат ба амалиётҳои чарроҳии анъанавӣ хело кам мебошад.

Хулоса. Нефролитотрипсиҳои тариқипӯстии пунксионӣ дар беморони гирифтори инҳирофи инкишофи гурдаҳо самаранокии хело баланд дошта, аз усулҳои камосеб ба ҳисоб меравад. Яке аз нуктаҳои муҳим ҳангоми истифодаи нефролитотрипсиҳои тариқипӯстии пунксионӣ дар беморони

гирифтори инҳирофи инкишофи гурдаҳо ин дар омодагии пеш аз чарроҳӣ, тарзи дурустӣ дастрасӣ ба гурда ва маҳорати баланди чарроҳро талаб мекунад.

АДАБИЁТҲО

1. Нусратов А.А., Шамсиев Ҷ.А., Абдувоҳидов А.А., Усмонов Б.Н. Истифодаи нефролитотомияи перкутанӣ дар беморони гирифтори нефролитиази гурдаи яғонафаъолияткунанда / Авчи зухал №2-2019/ 35-42 с.
2. Осколков А.И., Иванов В.В. Применение перкутанной нефролитотрипси у пациентов с подковообразной почкой: современные подходы // Урология. 2022. №4. С. 45–49.
3. Вардян А.В. Эффективность мини-ПНЛ при лечении пациентов с аномалиями почек // Российский журнал эндоурологии. 2021. Т. 27. №1. С. 12–16.
4. Молчанов П.А., Сергеев И.Г. Особенности эндоурологического лечения мочекаменной болезни у пациентов с врожденными аномалиями почек // Вестник урологии. 2020. №3. С. 28–35.
5. Баев В.С., Садовников Д.В. Перспективы применения эндоскопических методов при лечении уролитиаза у пациентов с подковообразной почкой // Урология и нефрология. 2021. №5. С. 34–40.
6. Козлов В.Н., Горшков В.А. Аномалии почек и мочевыводящих путей как фактор риска формирования мочевого камня // Российский журнал нефрологии. 2021. Т. 25. №4. С. 45–51.
7. Зайцев И.В., Николаев К.И. Результаты применения ПНЛ у больных с редкими аномалиями развития почек // Российская урология. 2019. №6. С. 40–45.
8. Lee, D.I., Bagley, D.H. Endourologic management of stone disease in anomalous kidneys // Current Urology Reports. 2020. Vol. 21. No. 5. P. 12–18.
9. Akman, T., Binbay, M., Tekin, A., et al. Comparison of percutaneous nephrolithotomy outcomes in patients with normal and anomalous kidneys: Results from a large retrospective study // Journal of Urology. 2019. Vol. 194. No. 4. P. 1114–1120.
10. Zargar, H., Mir A.K., Yamini K. Percutaneous nephrolithotomy in patients with horseshoe kidneys: Challenges and outcomes // International Urology and Nephrology. 2021. Vol. 53. P. 331–337.
11. Sharma, G.R., Gupta, A. Mini-percutaneous nephrolithotomy in patients with anomalous kidneys: A single-center experience // Asian Journal of Urology. 2022. Vol. 9. P. 12–19.
12. Taily, G.G. Advanced techniques in percutaneous nephrolithotomy for patients with anatomical challenges // Urology Practice. 2020. Vol. 7. No. 3. P. 167–172.
13. Jain, P., Nayak, B., Gupta, N., et al. Percutaneous nephrolithotomy in anomalous kidneys: Experience and outcomes from a tertiary care center // Urology Annals. 2020. Vol. 12. P. 212–218.

14. Patel, S.R., Haleblan, G.E., Pareek, G. Percutaneous nephrolithotomy in the management of staghorn calculi: Challenges in anomalous kidneys // Journal of Endourology. 2019. Vol. 33. No. 5. P. 373–379.

15. Pradere, B., Doizi, S., Keller, E.X., et al. Outcomes of minimally invasive percutaneous nephrolithotomy for complex stone disease in anomalous kidneys // BJU International. 2021. Vol. 127. P. 532–540.

Начмидинов Хуршедҷон Начмидинович – докторант PhD – и кафедраи урологияи ба номи профессор Осимӣ А.С. МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» E-mail: najmiddinovk5@gmail.com, тел: +992888889656

Саъдуллозода Фарҳод Сангинмурод – мудири кафедраи урологияи ба номи профессор Осимӣ А.С. МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», н.и.т., E-mail: dc_farkhod1982@mail.ru, тел: +992918686605

Одинаев Ҳокимбег Саидович – мудири шӯбаи эндоурологияи МД “МЧИК Урологӣ” н.и.т., тел: +992907626414

Ҳасани Амонзода - докторант PhD – и кафедраи урологияи ба номи профессор Осимӣ А.С. МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» тел: +992887790300

Сидиков Аҳкомбек Шодиевич – ассистенти кафедраи урологияи ба номи профессор Осимӣ А.С. МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» тел: +992935003053

Нажмидинов Хуршедҷон Нажмидинович – докторант PhD кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» E-mail: najmiddinovk5@gmail.com, тел: +992888889656

Саъдуллозода Фарҳод Сангинмурод – заведующий кафедрой урологии имени профессора Осими А.С.

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», к.м.н., E-mail: dc_farkhod1982@mail.ru, тел: +992918686605

Одинаев Ҳокимбег Саидович – заведующий отделением эндоурологии ГУ «РНКЦ Урологии», кандидат медицинских наук. Телефон: +992907626414.

Ҳасани Амонзода - докторант PhD кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» тел: +992887790300

Сидиков Аҳкомбек Шодиевич – ассистент кафедры урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», тел: +992935003053

Najmidinov Khurshedjon Najmidinovich – PhD doctoral student – Department of Urology named after Professor A.S. Osimi, State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University” E-mail: najmiddinovk5@gmail.com, phone: +992888889656

Sadullozoda Farkhod Sanginmurod – Head of the Department of Urology named after Professor A.S. Osimi, State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”, PhD, E-mail: dc_farkhod1982@mail.ru, phone: +992918686605

Odinaev Hokimbeg Saidovich – Head of the Endourology Department at the State Institution “Republican Scientific Clinical Center of Urology”, PhD in Medical Sciences. Phone: +992907626414.

Hasani Amonzoda- PhD doctoral student – Department of Urology named after Professor A.S. Osimi, State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University” phone: +992887790300

Sidiquov Ahkombek Shodievich – assistant of department of Urology named after Professor A.S. Osimi, State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University” phone: +992935003053.

ТДУ 616.7-057

ДИНАМИКАИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИҲОИ ДАСТГОҲИ ТАКЯВУ ҲАРАКАТ ДАР КОРГАРОНИ “ТОЧИКСЕМЕНТ”

Нодирова З.С., Одинаев Ш.Ф..

Кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино».

ДИНАМИКА БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У РАБОЧИХ «ТАДЖИКЦЕМЕНТ»

Нодирова З.С., Одинаев Ш.Ф.

Кафедра внутренних болезней №1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали-ибни Сино

Цель исследования: оценить состояние рентгенологической картины опорно-двигательного аппарата рабочих асбестоцементного производства.

Материалы и методы исследования: материалом послужил анализ рентгенологической картины у 240 рабочих «Таджикцемент» во время проведения планового медицинского осмотра в 2023 году. Возраст обследованных варьировал от 30 до 65 лет. Средний возраст - $53 \pm 0,6$. Анализ условий работы на функционирующих предприятиях по производству асбестоцементной продукции показал что основными вредными факторами этих

производств являются тяжёлый физический труд, запылённость, зачастую превышающая ПДК, воздействие неблагоприятных метеофакторов. Наличие профессиональной патологии (остеоартрозы плечевых, локтевых, лучезапястных межфаланговых суставов, лигаментозы, эпикондилёзы, миофиброзы, плече-лопаточный периартроз, остеохондрозы различных отделов позвоночника), позволили выявить у 36,09% (95чел.) обследуемых цементного производства признаки изменений элементов опорно-двигательного аппарата, тогда как у лиц контрольной группы эти изменения были в 12,3% (15 человек). Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что большая продолжительность профессионального труда, связанная с физическим перенапряжением и воздействием вредных производственных факторов труда и токсическим действием фтора на компоненты опорно двигательного аппарата, приводят к частому развитию дегенеративно-дистрофических изменений костно-суставной системы.

Ключевые слова: опорно-двигательный аппарат, Таджикцемент, профессиональный тру, дегенеративно-дистрофических изменений.

DYNAMICS OF PATIENTS WITH PATHOLOGY OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM UNTAJIKCEMENT WORKERS

Nodirova Z. S., Odinaev Sh.F.

Department of internal medicine №1, Abualibni Sino Starte Medical Universitycz

Purpose of the study: assess the state of the x-ray picture of the musculoskeletalsystem of workers in asbestos-cement production.

Material and metods: the material for the study was the study was the analysis of the X-ray picture of 225 workers of Tajikcement during a scheduled medical examination in 2023. The age of the examined patient ranged from 25 to 63 years. A verage age - $53\pm 0,6$. An analysis of working conditions at functioning enterprises for the production of asbestos-cement product showed that the main harmful factors of these industries are hard physical, labor, dustiness, often exceedind MPC and the impact of adverse weather factors the presence of occupational pathology (osteoarthritis of the shoulder, elbow, radiocarpalinterphalangeal joints, ligamentosis, epicondylosis, myofibrosis, shoulder-scapular periartrosis, osteochondrosis of various parts of the spine) made it possible to identify signs of changes in the elements of the musculoskeletal system in 29.1% (74 people) of the surveyed cement production,, while in the control group these changes were in 12.3% (14 people). The data obtained allow us to conclude that the long duration of professional work associated with physical overstrain and exposure to harmful production factors and the toxic effect of fluorine on the components of the musculoskeletal system lead to the frequent development of degenerative-dystrophic changes in the osteoarticular system.

Key words: musculoskeletal system, Tajik cement, degenerative-dystrophic changes, occupational work.

Мубрамият. Айни замон муассисаҳои асосие, ки дар ҷумҳури семент истеҳсол мекунад, ҶАК «Тоҷиксемент» (ш. Душанбе), ҶММ «Ангара» (н. Рӯдакӣ) ва ҶММ «ГАЧ» (ш. Душанбе) мебошанд. Тибқи маълумотҳои расмӣ мавҷудбуда ҳаҷми умумии истеҳсоли семент дар як сол дар ҶАК «Таҷиксемент» тақрибан 25000 тонн аст; ҶММ «Ангара» 8000 тонн гачи бинокорӣ истеҳсол мекунад, ҶММ «КСМ» - 128000 тонн гачи бинокорӣ, ҶММ «ГАЧ» - 7680 тонн гач истеҳсол мекунад [1]. Таҳлили шароити кор дар истеҳсолоти фальолияткунандаи истеҳсоли маҳсулоти асбестосементӣ нишон дод, ки омилҳои зарарноки ин истеҳсолот меҳнати вазнини ҷисмонӣ, гарду чанг, таъсири метеоомилҳои ногувор мебошанд [2-10].

Мақсади таҳқиқот: арзёбии манзараи рентгенологии дастгоҳи тақяву ҳаракат дар коргарони истеҳсолоти асбесту семент.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: мавод барои таҳқиқот таҳлили манзараи рентгенологии 225

нафар коргарони «Тоҷиксемент» ҳангоми муоинаи тиббии нақшавӣ дар соли 2023 ташкил медиҳад. Синни беморон аз 30 то 65 сола; синни миёна $53\pm 0,6$ сол. Таҳлили шароити кор дар иттиҳодияҳои амалкунанда оид ба истеҳсоли маҳсулоти асбесту семент нишон дод, ки омилҳои асосии зараррасони ин истеҳсолот меҳнати вазнини ҷисмонӣ, мавҷудияти чангу ғубор, аксар вақт ПДК-и барзиёд, таъсири омилҳои метеорологии номусоид ба ҳисоб мераванд. Мавҷудияти бемориҳои касбӣ (остеоартрози буғумҳои бозу, оринч, соиду сар ва бандҳои байнибуғумии соиду банди даст, лигаментоз, эпикондалиоз, миофиброз, периартрози бозую шона, остеохондрози мавзёҳои сутунмуҳра) имкон доданд, ки дар 29,1% (74 наф.) шахсони муоинашавандаи асосии истеҳсоли семент аломатҳои тағйирёбии унсурҳои дастгоҳи тақяву ҳаракат ошкор карда шаванд, ҳол он ки дар гуруҳи назоратӣ чунин тағйирот танҳо 12,3% (15 наф.)-ро ташкил медод. Дар таҳқиқшудагон (4,3%) аломатҳои остео-

артрози буғумҳои шона, дар 12 нафар -остеоартроиз буғумҳои оринч (4,7%), дар 10 нафар (3,9%) – остеоартрози буғумҳои соиду дастпанча муайян карда шуд, ки дар намуди тағйироти дегенеративии сатҳи буғумҳо ва деформатсияи остеоартрози буғумҳои байни фалангаҳо дар 22 нафар (8,6%), паст шудани баландии чисми сутунмуҳра, қачии девораи ақибии чисми сутунмуҳра, ки аз тағйироти дегенеративӣ-дистрофии сахфаҳои тағоякҳои дискҳои байни муҳраҳо (остеохондрози қисми гардании сутунмуҳра) дарак медиҳанд, дар 9 нафар (3,6%) ба қайд гирифта шуд, дар 10 нафари (3,9%) дар боло зикршуда тағйирот дар қисми камарии сутунмуҳра ба назар расид.

Маълумотҳои ба даст омада аз он хусус шаҳодат медиҳанд, ки давомоти зиёди фаъолияти касбии вобаста ба шиддати чисмонӣ, таъсири омилҳои зараррасони истехсолот ва захрогинии фтор ба чузъиёти дастгоҳи тақяву ҳаракат вобаста будан, боиси пайдошавии тағйироти дзиёди дегенеративӣ-дистрофикии системаи устухону буғумҳо мегарданд.

Остеоартрози буғумҳои китф, оринч, соиду дастпанча, байни фалангаҳо, лигаментозҳо, эпиконделёзҳо, миофиброзҳо, периартрози китфу шона, остеохондрозҳои қисмҳои гуногуни сутунмуҳра имконият доданд, ки дар 30,1% (95 нафар) таҳқиқшавандаи истехсолти асосии сement аломатҳои тағйироти унсурҳои дастгоҳи тақяву ҳаракат дида шуд, ҳол он ки дар шахсони гурӯҳи назоратӣ ин тағйирот дар 12,3% (16 нафар) ба мушоҳида расид. Дар 14 таҳқиқшудагон (5,83%) аломатҳои остеоартрози буғумҳои китф, дар 16 нафар – остеоартрози буғумҳои оринч (6,67%), дар 15 нафар (6,25%) - остеоартрози буғумҳои соиду дастпанча дида шуд, ки дар шакли тағйироти дегенеративии тағйироти сахфаҳои

(пластинкаҳо) тағоякҳои сатҳи буғумҳо ба назар расид; тағйиротҳои дегенеративии буғуми сатҳ ва остеоартрози деформатсионии буғумҳои байни фалангаҳо дар 25 нафар (10,42%), паст шудани баландии сутунмуҳра.

Махсусияти кори коргарони тоҷиксмент, ки микдори ҳаракатҳои ақарабакмонанд дар буғумҳо- бардоштан ва ба ҷое бурдани борҳо бо сарбории зиёдатии читсмонӣ ба чузъҳои дастгоҳи тақяву ҳаракат барои пайдо шудани протсессҳои дегенеративӣ-дистрофии системаи устухонҳову буғумҳо мусоидат мекунад. Таҳлили хусусиятҳои басомади тағйироти рентгенологии дастгоҳи устухонҳову буғумҳо вобаста аз шугли мушаххас нишон медиҳад, ки тағйироти дегенеративӣ дар шакли некрози асептикии сараки устухони китф, тағйироти пластинкаи тағояк, сатҳи буғуми китф дар 14 коргар (5,83%) муайян карда шуд. Ҳамин гуна тағйирот дар буғумҳои оринчи 16 нафар (6,67%) муайян карда шуд; дар 5 нафар таҳқиқшуда (6,6%) аломатҳои периартрит бо танг шудани роҳи буғумҳо дида шуд. Тағйироти дегенеративӣ-дистрофии пластинкаҳои тағоякҳои дискҳои байни муҳраҳо ва паст шудани баландии чисми муҳраҳо дар қисми гардании сутунмуҳра дар 2 нафар (1,96%) ба қайд гирифта шуд. Ғафс шудани пластинкаҳои дискҳои байни муҳраҳо, паст шудани баландии чисми муҳраҳо дар 3 нафар (2,94%) муайян карда шуд. Тағйироти дегенеративӣ-дистрофӣ бо аломатҳои остеоартрози буғумҳои китф дар 3 фаррош (2,94%), ғафсшавии пластинкаҳои тағоякҳо ва танг шудани фазои буғумҳо дар буғумҳои оринч дар 5 нафар (6,6%), аломатҳои остеопороз дар устухонҳои соид ва оринч, махсусан дар қисмҳои дисталӣ, ғафсшавии пластинкаҳои тағоякҳо, танг шудани фазои буғумҳо дар буғумҳои соиду дастпанча дар

Ҷадвали 1

Мавқеъ, хусусиятҳо ва басомади тағйиротҳои рентгенологии устухонҳо дар коргарони «Тоҷиксмент»

№	Намуди тағйирот	Гурӯҳи асосӣ		Гурӯҳи назоратӣ	
		мутл. n=240	%	мутл. n=102	%
1.	Остеоартрози буғуми китф	14	5,83	3	2,94
2.	Остеоартрози буғумҳои оринч	16	6,67	4	3,92
3.	Остеоартрози буғуми соиду дастпанча	15	6,25	2	1,96
4.	Остеоартрози деформатсиякуандаи буғумҳои байни фалангаҳои дастпанча	25	10,42	5	4,9
5.	Остеохондрози қисми гардании сутунмуҳра	10	0,42	2	1,96
6.	Остеохондрози қисми камарии сутунмуҳра	15	6,25	3	2,94
	Ҷамагӣ:	95	36,09	19	18,62

12 машинистҳои крани махсус (14,8%), ғафсшавии пластинкаҳои тағоякҳои дискҳои байни муҳраҳо дар қисми гардани сутунмуҳра дар 2 нафар (2,6%); тағйироти дегенеративии ғафсшавии пластинкаҳои тағоякҳои дискҳои байни муҳраҳо дар 6(8%) фаррош ба қайд гирифта шуд.

Таҳқиқоти рентгенологии дар гурӯҳи машинистҳои крани махсус гузаронидашуда мавҷуд будани тағйироти дегенеративӣ- дистрофикиро дар намуди некрози асептикии сараки устухони китф, тағйироти дистрофии устухонҳои дастпанҷаро нишон дод. Тағйироти дегенеративӣ- дистрофикӣ, ки дар натиҷаи паст шудани баландии қисми муҳраҳо ба амал омадааст, дар 5 нафар (6,6%) дида шуд. Ҳамин гуна аломатҳо дар қисми камарии сутунмуҳра дар 4 машинистҳо (5,3%) муайян карда шуд. Хусусиятҳои маълумотҳои рентгенологӣ имконият медиҳанд, ки дар бораи иҷро кардани корҳо дар шароити таъсири омилҳои зарарноки дастгоҳи таяву ҳаракат дар коргарони шуғлҳои асосӣ хулоса барорем, ки онҳо дучори тағйиротҳои патологӣ дар намуди тағйироти дегенеративӣ- дистрофӣ гашта, ба ин восита барои пайдо шудани бемориҳои касбии ДТХ (дастгоҳи тақяву ҳаракат) мусоидат намояд.

Қайд кардан лозим аст, ки тағйироти рентгенологӣ дар дастгоҳи усутхону буғумҳо бештар дар коргарони дорои собикаи кори зиёд бештар ба мушоҳида мерасад. Масалан, дар гурӯҳи коргарони дорои собикаи кори 1- 4 сол тағйироти рентгенологӣ дар буғумҳо мавҷуд нест. Шахсонне, ки собикаи кориашон 4-9 сол аст, дар 3 нафар (5%) тағйироти дегенеративӣ- дистрофӣ дар буғумҳо муайян карда шуд. Дар 3 нафар (2,7%) тағйироти дегенеративӣ- дистрофӣ дар буғумҳои соиду дастпанҷа ба назар расид, бозсозиҳои дегенеративии пластинкаҳои тағоякҳои сатҳи буғумҳои байни фалангавӣ дар 4 нафар (5,4%) мушоҳида шуд; тағйироти дегенеративии пластинкаҳои буғумҳои дискҳои байни муҳраҳо дар қисми гардани сутунмуҳра дар 3 нафар(4,0%), тағйироти дегенеративӣ- дистрофӣ дар намуди паст шудани баландии қисми муҳраҳои қисми камарӣ дар 6 нафар (8,7%) дида шуд.

Таҳлили манзараи рентгенологӣ дар коргарони шуғли асосии «Тоҷиксмент», ки собикаи кори 10-14 сол доштанд, фоизи баланди муайян кардани тағйироти дегенеративӣ- дистрофиро нишон дод. Чунончи, тағйироти дегенеративӣ дар буғумҳои китф дар 6 нафар (6,8%); тағйироти дегенеративӣ дар буғумҳои оринҷ дар 8 нафар (9,4%); тағйироти дегенеративӣ дар буғумҳои соиду дастпанҷа дар 8

нафар (9,5%) дида шуд. Тағйироти дегенеративӣ- дистрофӣ дар буғумҳои байнифалангавии дастпанҷа дар 10 нафар (10,8%) муайян карда шуд; тағйироти дегенеративии тағоякҳои пластинкаҳои дискҳои байни муҳраҳо ва паст шудани баландии қисми муҳраҳо дар қисми камарии сутунмуҳра дар 15 нафар (17,1%), ғафс шудани пластинкаҳои тағояк, қач шудани қисми ақибии қисми муҳраҳо дар қисми камарӣ дар 12 нафар (16,1) ба мушоҳида расид. Дар коргарони шуғлҳои асосӣ, ки собикаи кориашон 16-18 сол аст, басомади тағйироти устухонҳо баланд будааст, назар ба гурӯҳҳои қаблӣ. Тағйироти дегенеративӣ дар буғумҳои китф дар 13 нафар (17,2%) муайян карда шуд; ҳамин гуна тағйирот дар буғумҳои оринҷ дар 10 нафар (11,8%) ба қайд гирифта шуд; тағйироти дегенеративӣ дар буғумҳои соиду дастпанҷа дар 10 нафар (13,1%); тағйироти дегенеративӣ бо аломатҳои периартрит, танг шудани роғи буғумҳои байнифалангавии дастпанҷа дар 15 нафар(17,2%); тағйироти дегенеративӣ ва ғафсшавии пластинкаҳои тағояки дискҳои байни муҳраҳо бо периартрити такрорӣ interspinous processes дар қисми гарданӣ ва камарии сутунмуҳра, мутаносибан дар 9 ва 15 нафар ба мушоҳида расид.

Таҳлили натиҷаҳои таҳқиқоти рентгенологӣ дар коргарони асосии дорои собикаи кори 21 сол ва аз он бештар нишон медиҳад, ки фоизи бештари тағйироти устухонҳо дар буғумҳои китфу соиду дастпанҷа дида мешавад, ки сабабаш махсусиятҳои раванди корӣ (миқдори зиёди ҳаракатҳои акрабақмонанд дар буғумҳои соиду дастпанҷа ва оринҷ, бардоштан ва интиқол додани массаи борҳо ва ғ.) мебошанд.

Хулоса, маълумотҳои ба даст овардашуда имконият медиҳанд хулоса барорем, ки давомнокии зиёди меҳнати касбӣ, ки бепшиддатнокии барзиёди қисмонӣ ва таъсири омилҳои зарарноки истеҳсолӣ ба чузъҳои дастгоҳи тақяву ҳаракат алоқаманд ҳастанд, боиси зуд-зуд пайдо шудани тағйироти дегенеративӣ-дистрофии системаи усутхону буғумҳо мегарданд. Дар коргарони дорои собикаи кори 15 сол ва аз он бештар, басомади тағйироти рентгеноморфологӣ дар дастгоҳи тақяву ҳаракат баланд аст, ки ин зарурати тавсия додани анҷом додани таҳқиқоти контролии рентгенологии коргарони собикаи кориашон зиёдро барои сари вақт ошкор сохтани бемориҳои инкишофёбанда ва аз ҳама асосӣ роҳандозӣ кардани чорабиниҳои профилактикии пешгирӣ намудани бемориҳои усутхону буғумҳо ба миён меоварад.

АДАБИЁТ

1. Одинаев Ш.Ф, Нодирова З.С, Мехмонов П.Х. Рентгенологическая картина костной системы и суставов у рабочих «Таджикцемент». Том-2. - 2021; с. 616.
2. Акулин В.А. Применение бетона в строительстве. Наука и образование сегодня. 2019; 3 (38): 38-45.
3. Пинатель А [и др]. Прогноз мировых тенденций в це-ментной промышленности на 2021 год. Цемент и его применение. 2021; 1: 56.
4. Ибраев С.А, Отаров Ж.Ж. Управление профессиональным риском здоровья работников промышленного предприятия. Гигиена труда и медицинская экология. 2017; 3 (56): 17-29.
5. Казимирская Т.А. Профессиональная заболеваемость работников угольной промышленности Кузбасса и мероприятия, направленные на её профилактику и снижение. Сборник материалов VIII Всероссийской научно-практической конференции молодых учёных с международным участием «Россия молодая». 2016; 1-7.
6. Хаширбаева Д.М [и др]. Уровень профессионального риска для здоровья рабочих цементного завода (Республика Узбекистан). European research: innovation in science, education and technology. 2019; 53-54.
7. Лылык С.Н. Особенности условий труда в строительстве. Проблемы и перспективы развития строительства и природообустройства Амурской области. 2013; с. 59-63.
8. Лапко И.В, Климкина К.В. Влияние производственных факторов на состояние костно-мышечной системы работников промышленных предприятий. Фундаментальные и прикладные аспекты анализа риска здоровья населения. 2020; 249-253.
9. Шайхисламова Э.Р. [и др]. Оценка апостериорного риска развития нарушений костно-мышечной системы у рабочих горнодобывающей промышленно-

сти. Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2011; 13 (1-7): 1816-18.

10. Бакиров А.Б [и др]. Профессиональные риски нарушения здоровья у работников, занятых добычей полезных ископаемых. VII Всероссийской науч.-практич. конф. с международным участием, Пермь. 2016; 2: 55-58.

11. Измерова Н.Ф. Руководство по профессиональным заболеваниям. 1983; 268-279

Нодирова Зухро Саидҷоновна- ассистенти кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тел. (+992) 985582054.

Одинаев Шухрат Фарходович – доктори илмҳои тиб, мудири кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тел. (+992) 918610539nnn70@mail.ru

Нодирова Зухро Саидҷоновна - ассистент кафедры внутренних болезней №1, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуалиибни Сино» Тел. (+992) 985582054.

Одинаев Шухрат Фарходович - доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней №1, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуалиибни Сино». Тел. (+992) 918610539nnn70@mail.ru

Nodirova Zukhro Saidzhonovna - assistant of the Department of Internal Medicine No. 1, Tajik State Medical University named after Abu Aliyibni Sino. Tel. (+992) 985582054.

Odinaev Shukhrat Farkhodovich - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Internal Medicine No. 1, Tajik State Medical University named after Abu Aliyibni Sino. Tel. (+992) 918610539nnn70@mail.ru

ТДУ 616.1:616.12-616.13-616.14-616.16

ХУСУСИЯТҲОИ РЕАБИЛИТАТСИЯИ БЕМОРОНИ ДОРОИ БЕМОРИҲОИ ДИЛУ РАҒҶО ТАВАССУТИ МУТАХАССИСОНИ ТИББИ ОИЛАВӢ

Носирова М.П.,¹ Иномзода Д.И.,¹ Гайратзода^{1,2} Т.Г.

¹Кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»; ²МД МСШ №15, ш. Душанбе

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СПЕЦИАЛИСТАМИ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

М.П.Носирова¹, Д.И. Иномзода¹, Т.Г. Гайратзода^{1,2}

¹Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»,
²ГУ ГЦЗ №15

Аннотация. Важной ключевой составляющей реабилитации пациентов с сердечнососудистыми заболеваниями являются: изменение образа жизни, контроль факторов риска, психологическая реабилитация. С

целью изучения особенностей реабилитационных мероприятий, проводимых специалистами семейной медицины пациентами, страдающими сердечнососудистыми заболеваниями, авторами проведено ретроспективное исследование. Проанализированы данные амбулаторных карт 67 пациентов, среди которых преобладали лица мужского пола (56,7% случаев). Сочетанная патология, стенокардия и гипертоническая болезнь сердца, встречались чаще (34,3%), одинаково часто обнаружены изолированные гипертоническая болезнь и стенокардия (23,8% и 22,4%, соответственно).

Ключевые слова: кардиореабилитация, сердечнососудистая патология, специалисты семейной медицины, амбулаторные мероприятия, здоровый образ жизни.

FEATURES OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR PATHOLOGY BY FAMILY MEDICINE SPECIALISTS

M.P. Nosirova¹, J.I. Inomzoda¹, T.G. Gayratzoda²

¹Department of Family Medicine, SEI «TSMU named after Abuali Ibn Sino»,

²SI «CHC №15», Republic of Tajikistan.

Annotation. An important key component of the rehabilitation of patients with cardiovascular diseases are: lifestyle changes, control of risk factors, psychological rehabilitation. In order to study the characteristics of rehabilitation measures carried out by family medicine specialists with patients suffering from cardiovascular diseases, the authors conducted a retrospective study. Data from outpatient records of 67 patients, among whom males predominated (56.7% of cases), were analyzed. Combined pathology, angina pectoris and hypertensive heart disease, were more common (34.3%), isolated hypertension and angina pectoris were found equally often (23.8% and 22.4%, respectively).

Keywords: cardiac rehabilitation, cardiovascular pathology, family medicine specialists, outpatient activities, healthy lifestyle.

Мубрамият. Бемориҳои дилу рағҳо (БДР) сабаби асосии фавт дар тамоми ҷаҳон ба шумор мераванд. Тибқи арзёбии ТУТ дар соли 2019 аз БДР 17,9 млн. нафар вафот кардааст, ки 32%-и ҳамаи ҳолатҳои фавтро дар ҷаҳон ташкил медиҳад. 85%-и ин фавтҳо ро инфаркти миокард ва инсулт ташкил медиҳанд. Бештари БДР-ро метавон тавасути таъсири рағҳои ба омилҳои хатарӣ рафторӣ ва экологӣ, ба монанди истифода аз тамоку, ғизои носолими, фарбеҳӣ, фаъолнокии нокифояи ҷисмонӣ, истеъмоли зарарноки машрубот ва ифлосшавии ҳаво пешгирӣ кард [1, 4].

Бо оғоз ёфтани давраи индустриализатсия сабабҳои асосии беморӣ ва маъҷубшавӣ тағйир меёбанд: аз дефицити маводи ғизоӣ ва омилҳои сироятӣ то бемориҳои музминӣ сироятӣ; ин раванд ҳамчун «тағйироти эпидемиологӣ» маълум аст. Дар байни ин бемориҳо дар ҷойи аввал БДР меистанд, ки нақши асосиро дар ин маврид бемориҳои ишемикӣ дил (БИД) ва бемориҳои сереброваскулярӣ (БС) иҷро мекунанд [2, 5]. Инфаркти миокард (ИМ) – проблемаҳои паҳншудатарини тиб дар ҷаҳони муосир ба ҳисоб меравад. Тибқи маълумоти оморӣ дар 40% -и ҳолатҳо бо марг меанҷоманд. Ин на танҳо дар натиҷаи сари вақт мурочиат накардан ба мутахассис, шакли вазнин ва нодуруст табобат кардан, балки аз риоя накардани тавсияҳои дар давраи реабилитатсионӣ пешниҳодшуда низ мебошад [3].

Ҷузъи муҳимтарини реабилитатсия пас аз гузаронидани ИМ ва стентгузорӣ ба бемор иттилоъ додан дар бораи тағйирот додани тарзи ҳаёт, назорати омилҳои хатарӣ барои такрор нашудани инфаркт мебошад. Дастгирии психологӣ ба беморон ёри мерасонад, ки ба эмотсияҳои манфӣ мубориза баранд ва барои саломатии худ ғамхор бошанд [6].

Реабилитатсияи дилу рағҳо Сердечно-сосудистая реабилитация (кардиореабилитатсия, КР) — ин муносибати это мултидисциплинарӣ мебошад, барои сохтан ва дастгирӣ кардани сатҳи оптималии беҳбудии ҷисмонӣ, психологӣ беморони дороии БДР. КР ҳангоми аритмия, атеросклерози шарёнҳои коронарӣ ва периферӣ, бемории ишемии дил (БИД), норасоии музминӣ дил (НМД), стенокардияи устувор, пас аз инфаркти миокард, синдроми коронарии шадид ва ҷарроҳҳои кардиоваскулярӣ, ба монанди ангиопластикаи зерипӯстии коронарӣ, иваз кардан ва ё протезгузории клапани дил, шунт кардани аортокоронарӣ, стентгузории коронарӣ, трансплантатсияи дил ва шушҳо. Зиддинишондоод барои КР стенокардияи ноустувор, стенози аорта, норасоии ҷуброннашавандаи дил, декомпенсировањная сердечная недостаточность, кардиомиопатияи вазнини обструктивии гипертрофӣ, тромбози шадиди париеталии дил, тромбози шадиди варидҳои амиқ, эмболияи шарёнҳои шушҳо [7].

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши хусусиятҳои ҷораниҳои реабилитатсионӣ, ки аз тарафи та-

бибони оилавӣ бо беморони гирифторибемориҳои дилу рағҳо мегузаронанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар базаи маркази тиббии шаҳрӣ таҳқиқоти ретроспективи беморони дорои БДР, ки инфаркти миокард, синдроми шадиди коронарӣ, ё бухрони гипертониро аз сар гузаронидаанд, хатари баланд ё хеле баланди дилу рағҳо доранд, инчунин бемороне, ки аз БИД азият мекашанд ва ёрии техники олидарача – стентгузорӣ гирифтаанд. Таҳқиқот муайян кардани микдори беморони дорои бемориҳои системаи дилу рағҳо дар звенои аввалия, сохтори нозологии беморӣ, бо ҳисоб кардани ҳиссаи он%-ро дар бар гирифт. Арзёбии тағйироти нишондиҳандаҳое, ки ба ҳолати саломатӣ таъсири манфӣ расонидаанд, дар асоси маълумотҳои нусхаҳои картаҳои амбулаторӣ, ҳисоботҳои ҷамъбастии маркази саломатӣ таҳлил карда шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Маълумотҳои картаҳои амбулатории 67 бемор таҳлил карда шуд, ки дар байни онҳо чинси мард бартарӣ (56,7% ҳолат) дошт. Сохтори бемориҳои дилу рағҳо бемориҳои ишемикии дил (БИД) дар шакли стенокардияи тсинфи гуногуни функционалӣ, ҳолати пас аз инфарктӣ, кардиосклероз, атеросклерози рағҳо намоёндагӣ мекунанд, имконияти якҷоя шудани онҳо бо бемории фишорбаландӣ ҷолиби таваҷҷуҳ аст (ҷадвали 1).

Тавре ки аз ҷадвал дида мешавад, бештар (34,3%) дар байни беморони муоинашуда бемориҳои таркибӣ, стенокардия ва бемории фишорбаландии дил дида мешавад. Тақрибан бемории фишорбаландии маҳдуд ва стенокардия (мутаносибан 23,8% ва 22,4%) бо дараҷаи гуногуни возеҳӣ яхела ба мушоҳида расиданд. Корҳои табобатӣ-профилактикӣ бо беморони мубтало ба бемориҳои дилу рағҳо ба истиснои дорудармонӣ аз ҷорабиниҳои реабилитатсионӣ низ иборат аст.

Кардиореабилитатсияи бемороне, ки мубтало ба бемориҳои дилу рағҳо ҳастанд, ки аз тарафи мутахассисони тибби оилавӣ гузаронида мешаванд

, бо мақсади пешгирии кардани такроран пайдо шудани инфаркт ё дигар оризаҳои даҳшатнок, вазифаи барқарор кардани кори системаи дилу рағҳо ба душ доштанд.

Чораҳои амбулаторӣ дар маркази саломатӣ ва дар хона таҳти назорати табиби оилавӣ ва табиби варизиши шифойӣ сурат мегирад. Бояд қайд кард, ки басомади қабулкуниҳои амбулаторӣ дар ҳар як ҳолат ба таври инфиродӣ муайян карда шуд ва аз манзараи клиникӣ ва мавҷуд будани оризаҳо дар бемор вобаста буд.

Омилҳои модификатсионии хатари БДР-ро дар беморон арзёбӣ намуда, қувваи асосӣ ба кам кардани омилҳои нисбатан воқеитар равона карда шуд. Аввал ин ки, риояи ғизои ратсионарлӣ ба даст оварда шуд: истеъмоли намаки ошӣ, равшанҳои транс маҳдуд карда шуд, даст кашидан аз машрубот ва нӯшобаҳои шириншуда; ҳамзамон, бештар кардани истеъмоли мевачот, сабзавот, ғаллаҳои мукам-мал ва гӯшти беравшан, маҳсулоти ширӣ бо ҷарбии кам. Зиёд риоя кардани маҳдудиятҳои ғизоӣ дар беморони чинси зан (64,3% занҳо дар муқобили 29,1% мардҳо).

Ба ғаёлнокии ҷисмонӣ диққати махсус дода шуд: дар назди телевизион ё компютер нишастан чӣ қадар вақтро ташкил медиҳад, оё дар давоми рӯз ва ё ҳафта машқҳои ҷисмонӣ карда мешаванд, шиддатнокии сайругашти қадамзанӣ. Ҳолати клиникии беморро ба эътибор гирифта, мутахассисони звенои яқум иҷро кардани машқҳои ҷисмониро аввал аз мавқеи нишастан, баъдан рост истодан оғоз карда, комплекси машқҳо минбаъд васеъ карданд. Ба варзиши шифойӣ бештар мардҳо (22,4% мард дар муқобили 14,9% зан) машғул шуданд, шояд ин аз хусусиятҳои миллӣ ва ё одатҳои маъмулии синнусолии беморон вобаста бошад.

Дар даст кашидан аз сигоркашӣ натиҷаҳои мусбатро стратегияи аз ҷиҳати иқтисодӣ муфиди давлат нишон медиҳад, вале на барои ҳамаи беморон. Сигоркашҳои ашадиро ҳавасманд кардан

Ҷадвали 1

Сохтори бемориҳои дилу рағҳо дар звенои аввалӣ

№	Номи нозология	Ҳамагӣ		Мард		Зан	
		мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%
1	Бемории фишорбаландӣ	16	23,8	7	10,4	9	13,4
2	БИД, стенокардия	15	22,4	11	16,4	4	6,0
3	БИД, вазъият баъди гузаронидани инфаркт	5	7,5	3	4,5	2	3,0
4	БИД, кардиосклерози посинфарктӣ	8	12,0	5	7,5	3	4,5
5	БИД, бемории фишорбаландии дил	23	34,3	12	17,9	11	16,4
		67	100	38	56,7	29	43,3

душвор аст, зарур шуд, ки аз усулҳои табобати дорудармонӣ ва табобати ғайримедикаментозӣ ва психологӣ истифода карда шавад.

Дастбӯӣ ва ҳифзи вазни бадан, кам кардани каллория ва ҳаҷми ғизо, кам кардани чарбсории абдоминалӣ, зеро ин хеле хатарнок аст.

Муқаррар карда шуд, ки бемороне, ки чарбсории абдоминалӣ доштанд, аз фишорбаландӣ низ азият мекашанд, дар занҳо ва мардҳо бемориҳои фишорбаландии чудошуда тақрибан ва дар якҷоягӣ бо стенокардия як хел ба мушоҳида мерасад (ҷадвали 1). Идора кардани фишори шарбӣ бо роҳи таъйин кардани комбинатсияи воситаҳои доруӣ антигипертензивӣ ва пешоброн сурат мегирад. Чорабиниҳои кардиореабилитатсиониро гузаронида, майли беморонро ба барқарорсозии функцияҳои коҳишфто ва ё нестшуда ва саломатӣ зиёд кардан зарур аст.

Паст шудани сатҳи холестерин ЛПЗК (липопротеидҳои зичиашон кам) наметавонад, ки танҳо бо роҳи табобати ғайримедикаментозӣ ба даст оварда шавад, таъйин кардани табобати медикаментозӣ бо статинҳо ва паст кардани ХС ЛПЗК ҳарчи пасттар, махсусан дар беморони дорои хатари баланди дилу рағҳо, мувофиқи мақсад ҳисобида мешавад.

Барои мотиватсияи беморон барои тағйир додани тарзи ҳаёти худ машварати мотиватсионӣ ва мактаби беморон таъсис дода шуд [8]. Принсипҳои машварат дар асоси чӣ бунёд мешаванд?

– Ҳамкорӣ, ба даст овардани созиш, бо бемор тамоси хуб барқарор кардан дарҳол муяссар намешавад. Танҳо қарори бемор тарзи ҳаётро тағйир дода ва дар сурати дастгирии мутахассисон мавафқият оварда метавонад.

– Бо бемор оид ба бемории вай суҳбат гузаронида мешавад. Ин ақида метавонад, ки аз он чи табиб тасаввур мекард, тамоман дигар бошад. Муносибати бемор бо бемории худ барои ба нақша гирифтани амалҳои минбаъда ҷиҳати солимгардонӣ муҳим аст.

– Омилҳои хатари дар бемор мавҷудбуда муайян карда мешаванд, хатари умумии дилу рағҳо (хатари СДР) арзбӣ мегардад.

– Шарҳи дурусти аҳамияти хатарҳои дар вай мавҷудбуда дар инкишофи БДР ва зарурати ислоҳи, пеш аз ҳама омилҳои хатари рафторӣ (ғизоодатҳои заранок, ғаълонокии ҳаракатӣ, тағйир додани массаи бадан ва ғ.)

– Муайян кардани омодагии бемор ба тағйир додани тарзи ҳаёт нисбат ба омилҳои хатар.

– Ёрӣ расонидан дар банақшагирии корҳои марҳилавӣ нисбат ба ислоҳи омилҳои хатар, бо на-

зардошти ақидаи бемор ва тартиб додани нақшаи мушаххаси амал. Агар бемор аз лиҳози ҷисмонӣ машқнакарда бошад, сигарет каша два вазни барзиёд дошта бошад, якҷоя бо вай банақшагирии муштаракро арзбӣ кардан муҳим аст, кибо кадом ОХ дар аввал бемор тайёр аст, кик ор кунад – даст кашидан аз сигоркашӣ, ба ғаълонокии ҷисмонӣ машғул шудан ё ғизои ратсионалӣ? Агар ислоҳи ягон ОХ имконнопазир бошад, «ғалабаҳои хурд»-ро дар тағйир додани тарзи ҳаёт таъмин кардан муҳим аст.

– Дар ҳар як дафъаи ташриф овардани бемор ва ё ба хонаи вай рафта мунтазам назорат кардани раванди ислоҳи ОХ муҳим аст. Диққати махсус ба бемороне дода мешавад, ки инфаркти миокардро аз сар гузаронидаанд, зеро ҳатто дар сурати иҷро кардани ҳама таъйиноти табиб ретсидиви бемор ногузир аст. Истеъмоли қаҳва ва чойи талх истисно карда мешавад, аз рӯйи имконият аз ҳолатҳои стрессӣ дурӣ бояд ҷуст. Ба бемор тавсия карда мешавад, ки зиёдтар сайру гашт кунад, ин на танҳо мушакҳои дилро бақувват месозад, балки шиддати зиёдатири аз байн мебарад. Иштироки наздикон, оила хеле муҳим аст, ин имконият медиҳад, ки хатари пайдо шудани депрессия пешгири карда шавад, ки ба имкониятҳои мутобиқшавии одам таъсири манфӣ мерасонад.

Мутахассисони тибби оилавӣ барои машварати профилактикӣ ва мактаби омӯзишӣ гурӯҳи беморонро таъсис медиҳанд, ки ин ҳолати психологиро беҳтар месозад, тамоюл ба тағйир додани тарзи ҳаётро баланд мебардоранд ва ба ислоҳи омилҳои хатар таъсири муассир боқӣ мегузоранд.

Хулоса. Кардиореабилитатсияи бемороне, ки аз бемориҳои дилу рағҳо азият мекашанд, аз тарафи табибони оилавӣ чунин лаҳзаҳоро дохил мекунанд:

– Арзбӣи омилҳои хатари бемориҳои дилу рағҳо ва кам кардани вай аз ҳисоби модификатсияи ҳамаи омилҳои хатари мавҷудбуда;

– Профилактикаи инфаркти миокарди тақрорӣ ва дигар оризаҳо;

– Дастгирии психологӣ ва мутобиқшавӣ;

– Тарғиби тарзи ҳаёти солим дар байни аҳоли.

Диққати махсус ба машварати мотиватсионӣ, гузаронидани омӯзиши гурӯҳии беморон дода мешавад.

АДАБИЁТ

1. Шопов Д.Г. (с соавт.) Социально экономические процессы: новое видение, вызовы, тенденции. Моно-

графия /Д.Г.Шопов, В.К.Михайлова, А.А. Алакиди// МЦНП «Новая наука». - 2022. - С. 277 – 293.

2. Сарана А.М. (с соавт.) Кардиореабилитация / А.М, Сарана, Т.А. Камилова, С.В. Лебедева, Д.А. Вологжанин, А.С. Голота, С.В. Макаренко, С.В. Апалько// Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация.- 2021;3(1). 24–39.

3. Дьякова А.А. Особенности реабилитации острого инфаркта миокарда у лиц пожилого возраста / А.А. Дьякова // Сборник статей II Международного научно-исследовательского конкурса. Международный центр научного партнерства «Новая Наука». - 2021. – С. 317-327.

4. Иксанов Х.В. и др. Аспекты физической реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда с позиций Международной классификации функционирования/Х.В.Иксанов, А.А.Давыдов, Е.А. Ацель// Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. - 2021;1. - С.16-25.

5. Школа для пациентов с факторами риска сердечнососудистых заболеваний. Методические рекомендации для специалистов СПб ГКУЗ «Городской центр медицинской профилактики». – СПб. - 2018 г. – 12 с.

6. Хохлунов С.М., Дупляков Д.В. Острый коронарный синдром/Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Учебное пособие/ С.М.Хохлунов,Д.В. Дупляков// ООО «Научно-технический центр». - 2018. - 199 с.

7. Abell B, Glasziou P, Hoffmann T. The contribution of individual exercise training components to clinical outcomes in randomised controlled trials of cardiac rehabilitation: a systematic review and meta-regression.

Sports Med Open. 2017;3(1):19. doi: 10.1186/s40798-017-0086-z

8. Сборник клинических рекомендаций по диагностике и лечению больных на уровне оказания первичной медико-санитарной помощи. – Д. (5) – 2023. – 704 с.

Носирова Матлюба Пулатовна - доцент кафедры семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», к.м.н., доцент matlyuba61@mail.ru
+992 907 97 72 02

Иномзода Джурахон Иномович - доцент кафедры семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», к.м.н., jura.inomzoda@inbox.ru
+992 919 10 01 14

Гайратзода Тохир Гайрат – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», к.м.н. Директор ГУ ГЦЗ №15 г. Душанбе, +992 930 05 62 62.

Matlyuba Pulatovna Nosirova - associate Professor of the Department of Family Medicine of the State Educational Institution “TSMU named after Abuali Ibni Sino”, c.m.s., Associate Professor matlyuba61@mail.ru+992 907 97 72 02

Inomzoda Jurakhon Inomovich - associate Professor of the Department of Family Medicine of the State Educational Institution “TSMU named after Abuali Ibni Sino”, c.m.s., jura.inomzoda@inbox.ru +992 919 10 01 14

Gairatzoda Tohir Gairat – assistant of the Department of Family Medicine of the State Educational Institution “TSMU named after Abuali Ibni Sino”, c.m.s., Director of the State Institution City Health Center No. 15, +992 930 05 62 62.

ТДУ 616.127-005; 616.379-008.64-053.84

ХУСУСИЯТХОИ СИНДРОМИ ШАДИДИ КОРОНАРӢ ДАР БЕМОРОНИ СИННУ СОЛИ ЧАВОН ВА МИЁНА БО ДИАБЕТИ НАВЪИ II

Рахимова Д.З., Каримова Г.Н., Султанов Х.С., Шарипова Х.Ӓ., Сохибов Р.Г.

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунӣ ва бемориҳои дарунӣ №2 МДТ "ДЦТТ ба номи Абуали ибни Сино"

ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Рахимова Д.З., Каримова Г.Н., Султанов Х.С., Шарипова Х.Ӓ., Сохибов Р.Г.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и внутренних болезней №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Цель исследования — проанализировать особенности острого коронарного синдрома (ОКС) у пациентов до 60 лет, протекающего на фоне сахарного диабета II типа (СД).

Материал и методы. В двух группах пациентов с ОКС (с сопутствующим СД и без СД) изучено клинико-anamnestические, лабораторные и инструментальные особенности течения ОКС; риск госпитальной летальности по шкале GRACE, частота ранних осложнений ОКС; проанализировано влияние СД II типа на изучаемые показатели. Статистический анализ. Статистическая обработка материала проведена с помощью программы «Statistica 10,0» компании StatSoft. Сравнение частот проводилось по критерию χ^2 , а абсолютных величин – с помощью U- критерия Манна - Уитни. Различия считались достоверными при значениях $p < 0,05$.

Результаты. Установлено, что у пациентов с ОКС на фоне сахарного диабета II типа возраст старше и доля мужчин значимо меньше, чем в группе больных без СД. Высокая частота семейного анамнеза ранних сердечно – сосудистых заболеваний, абдоминального ожирения у пациентов ОКС на фоне СД II типа сопровождаются значимым учащением сердечной недостаточности и незначимым учащением артериальной гипертензии (АГ), ИБС и хронической болезни почек; указания на перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) отмечались чаще ($p=0,070$). Характерно, что у больных с ОКС на фоне сахарного диабета II типа суставной синдром наблюдается чаще, чем у пациентов без СД и индекс коморбидности значимо выше ($p<0,0001$).

Установлено, что неустойчивое повышение сегмента ST при мониторинге ЭКГ у пациентов с ОКС с вероятностью развития инфаркта миокарда, при отсутствии сахарного диабета, нередко завершается нестабильной стенокардией или ИМ без подъёма ST; в нашем исследовании такой исход значимо чаще наблюдается у пациентов без СД II типа. Госпитальная летальность по шкале GRACE у пациентов с ОКС выше ($p=00001$) и ранние осложнения наблюдаются значимо чаще на фоне СД II типа.

Выводы. 1. Сахарный диабет II типа оказывает негативное влияние на течение острого коронарного синдрома у пациентов молодого и среднего возраста (до 60 лет).

2. Неустойчивый подъём сегмента ST на электрокардиограмме у больных острым коронарным синдромом с подъёмом ST может завершиться нестабильной стенокардией или инфарктом миокарда без подъёма сегмента ST; такой исход ОКС у больных СД II типа наблюдается редко.

Ключевые слова: молодой и средний возраст, ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда), сахарный диабет II типа, ранние осложнения.

FEATURES OF ACUTE CORONARY SYNDROME IN YOUNG AND MIDDLE-AGE PATIENTS WITH TYPE II DIABETES MELLITUS

Rakhimova D.Z., Karimova G.N., Sultanov Kh.S., Sharipova H.Y., Sokhibov R.G.

Department of Propaedeutics of Internal Medicine and Internal Medicine №2 of the SEI «Avicenna Tajik State Medical University»

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и внутренних болезней №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

The aim of the study was to analyze the features of acute coronary syndrome (CШК) in patients under 60 years of age, occurring against the background of type II diabetes mellitus (DM).

Material and methods. In two groups of patients with CШК (with concomitant DM and without DM), the clinical, anamnestic, laboratory and instrumental features of the course of CШК were studied; the risk of hospital mortality on the GRACE scale, the frequency of early complications of CШК; the influence of type II diabetes on the studied indicators was analyzed. Statistical analysis. Statistical processing of the material was carried out using the program «Statistica 10.0» by StatSoft. The frequencies were compared using the χ^2 criterion, and the absolute values were compared using the Mann-Whitney U-test. The differences were considered significant at values of $p<0.05$. **Results.** It was found that in patients with CШК on the background of type II diabetes mellitus, the age is older and the proportion of men is significantly less than in the group of patients without diabetes. A high incidence of family history of early cardiovascular diseases, abdominal obesity in CШК patients with type II diabetes is accompanied by a significant increase in heart failure and a slight increase in arterial hypertension (AH), coronary heart disease and chronic kidney disease; indications of acute cerebral circulatory disorders (ONMC) were noted more often ($p=0.070$). It is characteristic that in patients with CШК on the background of type II diabetes mellitus, joint syndrome is observed more often than in patients without DM and the comorbidity index is significantly higher ($p<0.0001$). It was found that an unstable increase in the ST segment during ECG monitoring in patients with CШК with a probability of developing myocardial infarction, in the absence of diabetes mellitus, often results in unstable angina pectoris or MI without ST elevation; in our study, this outcome is significantly more common in patients without type II diabetes. Hospital mortality on the GRACE scale in patients with CШК is higher ($p=00001$) and early complications are significantly more common against the background of type II diabetes.

Conclusions. 1. Type II diabetes mellitus has a negative effect on the course of acute coronary syndrome in young and middle-aged patients (up to 60 years old).

2. Unstable ST segment elevation on an electrocardiogram in patients with acute coronary syndrome and ST elevation may result in unstable angina or myocardial infarction without ST segment elevation; such an outcome of CШК in patients with type II diabetes is rarely observed.

Keywords: young and middle age, coronary artery disease, acute coronary syndrome (unstable angina pectoris, myocardial infarction), type II diabetes mellitus, early complications.

Муҳимият. Дар сохтори беморӣ ва фавти беморихоӣ дилу раг бо тағйирёбии назарраси нишондиҳандаҳо дар кишварҳои гуногуни ҷаҳон мавқеи пешқадамиро нигоҳ доранд [1,2], дар ҳоле ки нисфи фавтидагон аз бемории ишемикии дил, асосан аз синдроми шадиди ишемикии дил (СШК) ба вучуд меоянд [3].

Истилоҳи «СШК» ҳангоми тамоси аввал бо беморон истифода мешавад, ки зарурати идоракунии онҳоро бо назардошти тағироти клиникӣ ва электрокардиографӣ ҳамчун беморони гирифтори инфаркти миокард ё стенокарди ноустувор дар назар дорад. Паҳншавии ин патология дар байни ҷавонон меафзояд; аксар вақт ташҳиси СШК ҳар сол дар зиёда аз 7 миллион нафар дар саросари ҷаҳон ташҳис карда мешавад [4-6].

Сарфи назар аз шумораи зиёди тавсияҳо оид ба ташҳис ва идоракунии беморон, дар бораи як қатор ҷанбаҳои СШК то ҳол тавзеҳоти яхела вучуд надорад. Масалан, ҷараёни СШК ва ҳалли ин синдром бо рушди инфаркти миокард бо баландшавии фосилаи ST (ИМпST) ва бе баландшавии сегменти ST (ИМбпST) ё стенокардия метавонад на танҳо бо омилҳои коронарӣ алоқаманд бошад (вазнинии осеби ишемикавӣ ва паҳншавии осеби он), балки на камтар аз як қатор омилҳои клиникӣ ва демографӣ (вазни бадан, гипертонияи артериалӣ, диабетӣ қанд, кардиосклерози пас аз инфаркт, норасоии дил, норасоии шадид ва музминии мағзи сар ва ғ.), омилҳои эпидемиологӣ (пандемияи “из”-и SARS-CoV-2 ё COVID-19), ки тавзеҳи онҳо таҳқиқоти махсусро тақозо мекунад [7-10]. аҳолии иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон дохил карда шудаанд.

Вобаста аз ҳамроҳии диабетӣ, беморон ба ду гурӯҳ тақсим карда мешаванд. Гурӯҳи якум (назорат; n=140) беморони гирифтори СШК бидуни диабетӣ қанд (синну соли миёна $48,1 \pm 7,2$ сол), аз ҷумла 91 (65%) мардон ва 49 (35%) занон иборатанд. Ба гурӯҳи дуюм беморони гирифтори ОКС (синну соли миёна $51,6 \pm 5,7$ сол), ки дар заминаи диабетӣ қанд (асосӣ; n=60) ба амал омадаанд, аз ҷумла 12 (20%) мардон ва 48 (80%) занон буданд.

Меъёрҳои истисно: беморон бо афзоиши доимии фосилаи ST мувофиқи мониторинги ЭКГ ҳангоми қабул; синну соли 60 ва калонтар, диабетӣ навъи 1, беморихоӣ обструктивии шуш, саратон, беморихоӣ вазнинии равоӣ ва соматикӣ (норасоии гурда ва ҷигар, беморихоӣ паҳншудаи бофтаи пайвандкунанда).

Қайд карда мешавад, ки мубодилаи вайроншудаи карбогидратҳо, ки ба диабетӣ қанд хос аст, метавонад ҳамчун аломати пешгӯии бад дар беморони гирифтори бемории ишемикии ишемикавӣ ва ҳамчун омилҳои рушди синдроми шадиди коронарӣ амал кунад. Мувофиқи маълумотҳои сабтҳои гуногуни байналмилалӣ, ҳиссаи беморони диабетӣ қанд дар гурӯҳи беморони гирифтори СШК аз 22 то 34% -ро ташкил медиҳад [11].

Тадқиқотҳои, ки аҳамияти диабетӣ қандро дар рушди хусусиятҳои СШК дар беморони ҷавони қобили меҳнат ва миёнасол (то 60-сола) меомӯзанд, каманд ва натиҷаҳои онҳо якранг мебошанд, ки таҳқиқоти бисёрмарҳиларо талаб мекунад. Натиҷаҳои таҳлили ҳамҷонибаи хусусиятҳои ҷараёни якҷояи СШК ва диабетӣ қанд метавонад ба таҳияи стратегияҳои самараноки пешгирии на танҳо мушкилиҳои барвақт ва дарозмуддати СШК, балки инчунин вазнинии диабет мусоидат кунад.

Мақсади тадқиқот. Таҳлили хусусиятҳои ҷараёни синдроми шадиди коронарӣ дар беморони то 60 сола мебошад, ки дар заминаи диабетӣ навъи II ба амал меоянд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба тадқиқот 200 нафар беморони гирифтори СШК (инфаркти миокард бе баландшавии фосилаи ST ва стенокардия), то синни 60-сола, ки ба шӯъбаҳои кардиологияи базаҳои клиникӣ кафедраҳои таълими асосҳои беморихоӣ дарунӣ ва беморихоӣ дарунӣ №2 бо курси фармакологияи клиникӣ Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи. Абуалӣ ибни Сино» Вазорати нигоҳдории тандурустӣ ва ҳифзи гурда (БМГ), синдроми буғумӣ, вазни зиёдатӣ ва фарбеҳӣ (дар асоси индекси массаи бадан).

Таҳлили омори. Коркарди омории мавод бо истифода аз барномаи Statistica 10.0 аз StatSoft анҷом дода шуд. Қиматҳои номиналӣ (бинарӣ) ҳамчун арзишҳои мутлақ ва ҳамчун Ҷишҳо - abs (%) пешниҳод карда мешаванд; тағйирёбандаҳои миқдорӣ - дар шакли миёна ± инҳирофи стандартӣ ($M \pm SD$), диапазони миёна ва байниквартилӣ ($M [Q1-Q3]$). Аҳамияти фарқиятҳо дар арзишҳои сифатӣ бо истифода аз меъёри χ^2 ва фарқиятҳои мутлақ бо истифода аз санҷиши Mann-Whitney U арзёбӣ карда шуданд. Арзёбии таносуби байни ҷуфтҳои аломатҳои миқдорӣ мувофиқи Пирсон ва сифатӣ - мувофиқи Спирман гузаронида шудааст. Тафовутҳо дар арзишҳои $p < 0,05$ назаррас ҳисобида шуданд.

Маълумоти клиникӣ ва анамнестикӣ дар бораи басомади бемориҳои дилу рағҳо (БДР), ки бо СШК алоқаманданд ва омилҳои хавфи биологии КВД таҳлил карда шуданд; Натиҷаҳои таҳқиқоти инструменталӣ ба назар гирифта шуданд: электрокардиография (ЭКГ) ва ангиографияи коронарӣ (КАГ).

Санҷиши шаклҳои СШК дар асоси муоинаи ҳамаҷониба, аз ҷумла шикоятҳо, таърихи беморӣ, тағирот дар табиат ва давомнокии ҳамлаҳои дардовар, арзёбии ЭКГ (12 нишона) ва мониторинги ЭКГ, сатҳи ферментҳои хоси дил ва маълумоти КАГ гузаронида шуд.

Барои пешгӯии чараёни АКС ва муайян кардани стратегияи табобат дар оянда ҳангоми қабули бемор ба беморхона хатари фавти беморхона бо истифода аз ҷадвали GRACE баҳо дода, фарқ мекунад: камтар аз 108 ҳол – ҳамчун хатари паст; 109 – 140 ҳол – миёна ва зиёда аз 140 ҳол – ҳамчун хатари баланди фавт (ҳангоми рейтинг ба онҳо мутаносибан дараҷаи 1, 2 ва 3 дода мешуд). Басомади мушкилиҳои барвақти СШК таҳлил карда шуд: аритмияҳои ба ҳаёт таҳдидкунанда, зарбаи кардиогенӣ, варами шуш ва ҳолатҳои фавти дилу рағҳо, ки аҳамияти муҳими пешгӯӣ доранд. Синфи вазнинии нокомии дил Киллип бинобар зарураги он дар арзёбии категорияи хатар дар ҷадвали GRACE [12-15] таъсис дода шудааст.

Бо дарназардошти маълумоти клиникӣ-лабораторӣ ва ҳулосаҳои коршиносон, басомади бемориҳои тасдиқшудаи ҳамроҳшаванда омӯхта шуд: гипертонияи артериалӣ (ГА), бемории ишемикии дил, диабет қанд, норасоии музмини дил (НМД), садамаҳои шадиди мағзи сар (инсулт, ҳамлаи муваққатии ишемикӣ) ва бемории музмини

Натиҷа ва муҳокимаи он. Сарфи на-зар аз арзишҳои баланди глюкозаи рӯза дар беморони гирифтори СШК аз сабаби диабет навъи II, ҳангоми қабул дар 3 беморони ин гурӯҳ сатҳи хеле паст ба қайд гирифта шуд. Муайян карда шуд, ки дар беморони гирифтори СШК аз сабаби диабет навъи II, синну сол калонтар аст ва ҳиссаи мардон нисбат ба гурӯҳи беморони диабет қанд хеле паст аст.

Басомади хеле баланди таърихи оилавии бемориҳои барвақти дилу рағҳо, фарбеҳии шикам (ва зиёдшавии ВМІ) дар беморони гирифтори СШК дар заминаи диабет навъи II бо афзоиши назарраси нокомии дил ҳамроҳӣ мешавад (асосан аз сабаби дараҷаи 1-2; $p < 0,0004$) ва афзоиши назаррас, вале ночиз, гипертонияи артериалӣ (АГ), бемории ишемияи ишемиявӣ ва бемории музмини гурда; дар анамнез садамаҳои шадиди рағҳои мағзи сар бо тамоюли аҳамиятнокии ($p = 0,070$) қайд карда шуданд. Хусусияти он аст, ки дар беморони гирифтори СШК дар заминаи диабет навъи II, синдроми буғумҳо нисбат ба беморони гирифтори диабет навъи II тақрибан 3 маротиба бештар мушоҳида мешавад ва индекси бемориҳои ҳамроҳшаванда дар охири ($p < 0,0001$) хеле паст аст. Натиҷаҳои ба даст овардашуда дар ҷадвали №1 оварда шудаанд.

Ҳангоми таҳлили маълумоти клиникӣ ва ЭКГ-и беморони дар беморхона бистарӣшуда маълум шуд, ки ҳангоми ба беморхона муроҷиат кардан дар аксарияти беморон шакли ST-СШК доранд (Ҷадвали 2). ST-СШК, дар муқоиса бо басомади ST-СШК, ҳам дар заминаи диабет қанд ва ҳам дар ҳолати набудани он ($p < 0,0001$), ки асосан ба меъёрҳои истисноии ЭКГ вобаста аст: беморон бо афзоиши доимии сегменти ST ба тадқиқот дохил карда нашудаанд.

Маълумоти клиникӣ ва лаборатории беморони гирифтори синдроми шадиди коронарӣ (АКС), ки бо диabetи қанд (ДМ) алоқаманд аст

Нишондиҳандаҳо (M±m)	Гурӯҳи беморони гирифтори СШК		p
	Назорат, бидуни диabet (n=140)	Беморони гирифтори диabetи қанд (n=60)	
Глюкозаи наҳорӣ, ммол/л Ме [Q1; Q3]	4,4 [4,2; 5,5]	6,7 [6,1; 7,8]	<0,0001
Синну сол, ман [Q1; Q3]	48,1 [43,5; 52,5]	51 [50; 55,5]	=0,0008
Мардон, n (%)	91 (65,0)	12 (20,0)	<0,0001
Таърихи оилавии БДР барвақт, n (%)	79 (56,4)	46 (76,7)	<0,0001
Индекси массаи бадан, кг/м ²	26,6 [25,2; 28]	28,4 [27,5; 29]	<0,0001
Фарбеҳии абдоминалӣ, n (%)	55 (39,3)	40 (66,7)	<0,0001
Гипертонияи артериалӣ, n (%)	88 (62,8)	42 (70,0)	>0,05
Таърихи бемории ишемикии дил, n (%)	91 (65,0)	45 (75,0)	>0,05
Инсулти қаблӣ (ХИМ, инсулт), n (%)	9 (6,4)	9 (15,0)	=0,15
Норасоии дил (Killip), n (%)	22 (15,7)	23 (38,3)	<0,0004
I	15 (10,7)	16 (26,7)	<0,0002
II	7 (5,0)	7 (11,7)	=0,070
III-IV	-	-	
Бемории музмини гурда, n (%)	61 (43,6)	32 (53,3)	>0,05
Синдроми бугумӣ, n (%)	32 (22,9)	36 (60,0)	<0,0001
Индекси бемориҳои ҳамроҳ	1 [1; 2]	2 [2; 2]	<0,0001

Ихтисорот: БДР – бемориҳои дилу раг; БИД - бемории ишемиаи дил; СШМС - садамаи шадиди мағзи сар; ХИМ - ҳамлаи ишемикии муваққатӣ; p – нишондиҳандаи омори.

Бо вучуди ин, ҳангоми таҳлили ҳодисаҳои инфаркти миокард қайд карда шуд, ки дар гурӯҳи беморони гирифтори диabetи қанд, сарфи назар аз баргари назарраси басомади ST-СШК (15%; p <0,05) ҳангоми қабул, инкишофи инфаркти миокард ба қайд гирифта шудааст. Умуман назар ба гурӯҳи беморони диabetи қанд камтар мушоҳида мешавад (мутаносибан 30% ва 46,7% - дар гурӯҳҳои 1 ва 2; p <0,05). Ин аз он сабаб аст, ки дар сурати набудани диabetи қанд, 21 бе-

морони гирифтори ST-СШКр, мувофиқи мониторинги ЭКГ, дар афзоиши фосилаи ST (ST-СШКр) ноустувориро нишон доданд ва онҳо ба тадқиқот дохил карда шуданд.

Умуман, ST-СШК (ки бо рушди зуд-зуд МИ бо баландшавии ST тавсиф мешавад) бо ноустувории баландшавии ST дар 21 (15%) беморони гурӯҳи 1 (бе диabetи навъи II) боиси инкишофи стенокардия ё МИ бе баландии ST. Рушди инфаркти миокард дар заминаи диabetи қанд дар 5% беморони

Чадвали 2

Басомади шаклҳои КНТ (бе баландшавии ST ва бо баландшавии ST) ва инкишофи инфаркти миокард дар гурӯҳҳои беморони гирифтори диabetи қанд ва бе қанд

Показатели	Гурӯҳҳои беморони гирифтори СШК		p
	1. Бемороне, ки диabetи қанд надоранд (n=140)	2. Бемороне, ки диabetи қанд доранд (n=60)	
ОКСб ST	119 (85,0)	57 (95,0)	<0,05
нОКСп ST	21 (15,0)	3 (5,0)	<0,05
p1	<0,0001	<0,0001	
НС, п	98 (70,0)	32 (53,3)	<0,05
ИМб ST, п	42 (30,0)	28 (46,7)	<0,05
p1	<0,0001	>0,05	

Эзоҳ: ST nCSP - СШК ишорашуда бо баландии сегменти ST ноустувор; p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳои 1 ва 2-и беморон; p1 – фарқияти дохилигурӯҳи дар нишондиҳандаҳо байни зергурӯҳҳо (мувофиқи меъёри χ²).

баладшавии ноустувори ST (баладшавии ST гайридавлатӣ); барои ин нишондиханда фарқияти байни гурӯҳҳо назаррас аст ($p < 0,05$).

Ҳамин тариқ, афзоиши ноустувори сегменти ST ҳангоми мониторинги ЭКГ дар беморони гирифтори СШК бо эҳтимолияти инкишофи инфаркти миокард, дар сурати набудани диабети қанд, аксар вақт боиси стенокардияи ноустувор ё ИМ бе баладшавии ST мегардад; дар тадқиқоти мо, ин натиҷа дар беморони гирифтори диабети навъи II ба таври назаррас мушоҳида карда шуд.

Арзёбии ҳатари марги бемористонҳо бо истифода аз чадвали GRACE афзоиши назарраси гурӯҳи беморони гирифтори СШК-ро, ки бо зухуроти клиникӣ ва анамнестикӣ диабети навъи II рух медиҳанд ($2,23 \pm 0,43$) нишон дод, ки ин нисбат ба беморони гирифтори СШК бидуни ихтилоли гадуи меъда мубодилаи карбогидратҳо хеле балад аст ($1,71 \pm 0,73$; $p = 0,0001$).

Ҳангоми омӯзиши мушкилиҳои барвақти СШК (бартарии онҳо дар беморони гирифтори диабети навъи II (12/20%; аз ҷумла 2 фавт - 3,3%) муайян карда шудааст, ки дар муқоиса бо гурӯҳи якуми бидуни диабети навъи II (8/5,7%) фавтиагон набудан; $p = 0,0047$).

Ҳамин тариқ, фавти беморхонаҳо тибқи чадвали GRACE дар беморони гирифтори СШК баладтар аст ($p = 0,0001$) ва мушкилиҳои барвақт дар заминаи диабети навъи II ба таври назаррас бештар мушоҳида мешаванд.

Хусусияти эпидемиологии СШК ин бартарии мардон дар байни шахсони муоинашуда мебошад [6,9].

Дар тадқиқоти мо ҳиссаи мардон дар гурӯҳи беморони гирифтори диабети навъи 2 65% буд, ки ин нисбат ба занон ду маротиба (35%) зиёд аст, аммо дар гурӯҳи гирифтори диабети навъи 2 танҳо 20% мардон буданд. Маълум мешавад, ки на танҳо диабети қанд аксар вақт дар занон мушоҳида мешавад, балки инчунин СШК бо ҷараёни ноустувор ва ҳатари баланди фавт аксар вақт дар занони гирифтори диабети навъи 2 инкишоф меёбад. Натиҷаҳои бадастомада як қатор муқаррароти таҳқиқоти дигарро тасдиқ мекунанд, ки дар мета-таҳлили қаблан гузаронидашуда оид ба ҷараёни якҷояи диабети қанд ва СШК таъкид шудаанд [11].

Агар ҳиссаи ками мардонро (20%) дар гурӯҳи беморони ҷавон ва миёнасол бо СШК дар заминаи диабети навъи II ба назар гирем, пас натиҷаҳои таҳлили муқоисавии хусусиятҳои клиникӣ, анамнестикӣ, инструменталӣ ва лабораторӣ рафти СШК дар гурӯҳҳои беморони гирифтори диабети

навъи II ва бидуни он, нишон медиҳад, ки на танҳо дар мардон, балки дар занон низ дар заминаи диабети навъи II, бемории ишемияи дил дар синни ҷавонӣ оғоз меёбад ва дар ҷунин ҳолатҳо, СШК бо таъсири манфӣ ба ҷараёни бемориҳои ҳамроҳи дилу рағҳо, афзоиши мушкilotи барвақт ва афзоиши ҳатари фавт рух медиҳад.

Ҳулосаҳо. 1. Диабети навъи II ба ҷараёни синдроми шадиди коронарӣ дар беморони ҷавон ва миёна (то 60 сола) таъсири манфӣ мерасонад.

2. Баладшавии ноустувори сегменти ST дар электрокардиограмма дар беморони гирифтори синдроми шадиди коронарӣ бо баладшавии ST метавонад боиси стенокардияи ноустувор ё инфаркти миокард бе баладшавии сегменти ST гардад; Ин натиҷаи СШК дар беморони гирифтори диабети навъи II хеле кам мушоҳида мешавад.

АДАБИЁТ

1. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee / D. Mozaffarian [et al.]. // Heart Disease and Stroke Statistics - 2015 Update. Circulation. – 2015. – Vol.131. – P.434–441.

2. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 / M. Naghavi [et al.] // Lancet / - 2015. – Vol. 385. – P.117–171.

3. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome / F Sanchis-Gomar [et al.] // Annals of Translational medicine. - 2016. – Vol. 4(13). – P.256. doi:10.21037/atm.2016.06.33.

4. Performance of Copeptin for Early Diagnosis of Acute Myocardial Infarction in an Emergency Department Setting / JH Jeong [et al.] // Ann Lab Med. – 2020. – Vol. 40(1). – P.7-14. <https://doi.org/10.3343/alm.2020.40.1.7>

5. A global overview of acute coronary syndrome registries: a systematic review / E Nabovati [et al.] // Curr Probl Cardiol. -2023. – Vol.48(4). – P.101049. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2021.101049>

6. Комплексный анализ клинико-инструментальных параметров коронарного кровотока у больных острыми формами ишемической болезни сердца на фоне сахарного диабета 2 типа / М.А. Кокожева [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. -2023/ -№.22(5). – С.3338. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2023-3338>

7. Танана О.С. Современные лабораторные маркеры диагностики повреждения миокарда и оценки прогноза при остром коронарном синдроме. / О.С. Танана // Цитокины и воспаление. – 2015. - №14(2). – С.17-25.

8. Михайлова З.Д., Шаленкова М.А., Климкин П.Ф. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST: возможности прогнозирования течения на постгоспитальном (6 и 12 мес) этапе / З.Д. Михайлова, М.А. Шаленкова, П.Ф. Климкин // Клиническая медицина.

– 2016. – №94(3). – С.205-211. DOI 10.18821/0023-2149-2016-94-3-205-210

9. Больные с сочетанием перенесенных инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения в клинической практике: демографические и клиничко-анамнестические характеристики, медикаментозное лечение и исходы (данные амбулаторных и госпитального регистров РЕГИОН). / Е.Ю. Окшина [и др.] // *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. – 2019. – №15(5). – С.656-662. DOI:10.20996/1819-6446-2019-15-5-656-662

10. Снижение смертности от острых нарушений мозгового кровообращения в результате реализации комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации / В.И. Скворцова [и др.] // *Профилактическая Медицина*. – 2018. – №21(1). – С.4-10. DOI:10.17116/profmed20182114-10.

11. Keller PF, Carballo D, Roffi M. Diabetes in acute coronary syndromes. / P.F. Keller, D. Carballo, M. Roffi // *Minerva Med*. – 2010. – №101(2). – С.81-104. PMID: 20467408

12. Депрессивные расстройства и качество жизни у пациентов с острым коронарным синдромом в реальной клинической практике / Е.В. Константинова [и др.] // *Клиницист*. – 2022. – №16(1). – С.29-39. <https://doi.org/10.17650/1818-8338-2022-16-1-K654>

13. Клинические рекомендации: Рекомендации ЕСЦ по диагностике и лечению хронического коронарного синдрома. Российский кардиологический журнал. – 2020. - №25(2). – С.3757. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-2-3757>.

14. Европейское общество кардиологов. Рекомендации ЕСЦ по ведению пациентов с острым коронарным синдромом без стойкого подъема сегмента ST 2020 / Российский кардиологический журнал // 2016;3:9-63. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2016-3-9-63>.

15. Сагайдак О.В., Ощепкова Е.В., Чазова И.Е. Гендерные различия в оказании медицинской помощи при остром коронарном синдроме. Анализ данных Федерального регистра острого коронарного синдрома за 2016–2019 гг. / О.В. Сагайдак, Е.В. Ощепкова, И.Е. Чазова // *Терапевтический архив*. – 2022. – №94(7). – С.797–802. DOI: 10.26442/00403660.2022.07.201732

Рахимова Дилбар Зиёдуллоевна, заочный аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»: E-mail: dilbar.rahimova.90@mail.ru тел. 935811297

Каримова Гулбахор Насибовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»: E-mail: gulbahor_8686@mail.ru тел. 987452002

Султанов Ҳабибулло Суванович кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»: sultonovhabibullo471@gmail.com тел. 900799997

Шарипова Хурсанд Ёдгоровна, доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»: E-mail: sharipovakh@mail.ru тел. 935811297

Сохибов Рахматулло Гуломович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней №2 с курсом клинической фармакологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино: E-mail: rahmatulosokhibovgmail.com тел. 935811297

Рахимова Дилбар Зиёдуллоевна, аспирант факультета кафедры таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» E-mail: dilbar.rahimova.90@mail.ru тел. 935811297

Каримова Гулбахор Насибовна, номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» E-mail: gulbahor_8686@mail.ru тел. 987452002

Султанов Ҳабибулло Суванович номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»: sultonovhabibullo471@gmail.com тел. 900799997

Шарипова Хурсанд Ёдгоровна, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» E-mail: sharipovakh@mail.ru тел. 935811297

Сохибов Рахматулло Гуломович, номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи бемориҳои дарунии №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» E-mail: rahmatulosokhibovgmail.com тел. 935811297

Rahimova Dilbar Ziyadulloevna, graduate student of Department of Propaedeutics of Internal Medicine of the SEI «Avicenna Tajik State Medical University»

Karimova Gulbahor Nasibovna, candidate of medical sciences, associate professor of Department of Propaedeutics of Internal Medicine of the SEI «Avicenna Tajik State Medical University»

Sultonov Khabibulo Suvanovich, candidate of medical sciences, associate professor of Department of Propaedeutics of Internal Medicine 2 of the SEI «Avicenna Tajik State Medical University» E-mail: sultonovhabibullo471@gmail.com тел. 900799997

Sharipova Khursand Yodgorovna, doctor of medical sciences, professor of Department of Propaedeutics of Internal Medicine of the SEI «Avicenna Tajik State Medical University»

Sohibov Rahmatullo Gulomovich, candidate of medical sciences, associate professor of Department of Internal Medicine №2 of the SEI «Avicenna Tajik State Medical University»

Рахимова Дилбар Зиёдуллоевна, заочный аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»: E-mail: dilbar.rahimova.90@mail.ru тел. 935811297

Каримова Гулбахор Насибовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»: E-mail: gulbahor_8686@mail.ru тел. 987452002

Султанов Ҳабибулло Суванович кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»: sultonovhabibullo471@gmail.com тел. 900799997

Шарипова Хурсанд Ёдгоровна, доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»: E-mail: sharipovakh@mail.ru тел. 935811297

Сохибов Рахматулло Гуломович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней №2 с курсом клинической фармакологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино: E-mail: rahmatulosokhibovgmail.com тел. 935811297

Рахимова Дилбар Зиёдуллоевна, аспирант факультета кафедры таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

E-mail: dilbar.rahimova.90@mail.ru тел. 935811297

Каримова Гулбахор Насибовна, номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

E-mail: gulbahor_8686@mail.ru тел. 987452002

Султанов Ҳабибулло Суванович номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»: sultonovhabibullo471@gmail.com тел. 900799997

Шарипова Хурсанд Ёдгоровна, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи таълими асосҳои бемориҳои

дарунии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» E-mail: sharipovakh@mail.ru тел. 935811297

Сохибов Рахматулло Гуломович, номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи бемориҳои дарунии №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» E-mail: rahmatulosokhibovgmail.com тел. 935811297

Rahimova Dilbar Ziyadulloevna, graduate student of Department of Propaedeutics of Internal Medicine of the SEI «Avicenna Tajik State Medical University»

Karimova Gulbahor Nasibovna, candidate of medical sciences, associate professor of Department of Propaedeutics of Internal Medicine of the SEI «Avicenna Tajik State Medical University»

Sultanov Khabibulo Suvanovich, candidate of medical sciences, associate professor of Department of Propaedeutics of Internal Medicine 2 of the SEI «Avicenna Tajik State Medical University» E-mail: sultonovhabibullo471@gmail.com тел. 900799997

Sharipova Khursand Yodgorovna, doctor of medical sciences, professor of Department of Propaedeutics of Internal Medicine of the SEI «Avicenna Tajik State Medical University»

Sohibov Rahmatullo Gulomovich, candidate of medical sciences, associate professor of Department of Internal Medicine №2 of the SEI «Avicenna Tajik State Medical University»

ТДУ 61.615.8: 5-0038.29

САМАРАНОКИИ ФИЗИОТЕРАПИЯ ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ ВИТИЛИГО

Раҳмонов Ф.М., Исмаилов С.С., Муҳаммадиева К.М.

Кафедраи дерматовенерологияи ба номи профессор Зоиров П.Т. МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО

Раҳмонов Ф.М., Исмаилов С.С., Муҳаммадиева К.М.

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Целью исследования явилась оценка эффективности поэтапного метода физиотерапии при лечении витилиго

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 200 пациентов с диагнозом «витилиго», которые были разделены на три группы: в первой группе применяли лекарственный электрофорез с препаратами цинка и меди, во второй группе – фотосенсибилизирующая терапия, в третьей группе - комбинированное лечение (электрофорез с препаратами меди и цинка и фототерапия). Для оценки эффективности проведенной терапии рассчитывали индекс VIMAN.

Полученные результаты. Через 6 месяцев после проведенного лечения положительная динамика наблюдалась в виде снижения индекса VIMANпо сравнению с исходным значением. В Iгруппе индекс VIMAN снизился у больных с СВ в 1,9 раза, у больных с НСВ в 4 раза. Во IIгруппе СВ снизился в 1,3 раза, а у больных с НСВ в 1,5 раза. В IIIгруппе данный индекс снизился у больных с СВ - в 4,3 раза, у больных с НСВ - в 5 раз.

У пациентов Iu II группы, умеренная эффективность терапии наблюдалась соответственно, в 2,7 и в 3,2 раза чаще чем у пациентов III группы. У пациентов III группы выраженная эффективность наблюдалась в 2 раза чаще, чем у больных Iu II группы (44,0% против 22,0%). Отсутствие у пациентов III группы эффекта наблюдалось в 4 раза меньше, чем во II, и в 4,6 раза меньше, чем в I группе.

Проведение физиотерапии показало полный и выраженный эффект у 122 (61,0%) пациентов, из которых 24 (19,7%) пациента, получили лекарственный электрофорез с препаратами меди и цинка, а 22 (18,0%) – фотосенсибилизирующую терапию. Поэтапное лечение больных витилиго в виде чередования лекарственного электрофореза и фотосенсибилизирующей терапии привело к достижению полного и выраженного клинического эффекта у 76/122; 37,7% пациентов. У пациентов с СВ после поэтапного метода физиотерапии полная и выраженная клиническая эффективность была достигнута в 1,7 раза чаще, чем у больных с НСВ, то есть в 48/76; 63,2% против 28/76; 36,8% случаев.

Заключение. Таким образом при лечении витилиго применение физиотерапевтических методов терапии необходимо проводить в виде поэтапной терапии, которая приводит к выраженному клиническому эффекту в 2 раза чаще, чем монотерапия.

Ключевые слова. Витилиго, сегментарная и несегментарная форма, фототерапия, электрофорез, препараты цинка и меди.

EFFECTIVENESS OF PHYSIOTHERAPY IN THE TREATMENT OF VITILIGO

S.S. Ismatulloeva, F.M. Rakhmonov, K.M. Mukhamadieva

Department of Dermatovenereology named after Professor P.T. Zoirov

State Educational Institution "Tajik State Medical University named after Avicenna"

Abstract Relevance. When vitiligo appears, such physiotherapy methods as photosensitizing therapy, drug administration, and electrophoresis or phonophoresis methods are widely used. However, the effectiveness of these methods in the form of monotherapy does not reach 80%, and the recurrence of the process is up to 75% of cases.

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of a step-by-step physiotherapy method when vitiligo appears.

Material and methods of the study. The study included 200 patients diagnosed with vitiligo, who were divided into three groups: the first group received medicinal electrophoresis with zinc and copper preparations, the second group received photosensitizing therapy, and the fourth group received combined treatment (electrophoresis with zinc and zinc preparations). and phototherapy). The VIMAN index was calculated to assess the effectiveness of the therapy.

Results obtained. Six months after the treatment, positive dynamics were observed on video - a decrease in the VIMAN index compared to the initial value. In group I, the VIMAN index decreased in patients with SV by 1.9 times, in patients with NSV by 4 times. In group II, SV decreased by 1.3 times, and in patients with NSV - by 1.5 times. In group III, this index decreased in patients with SV - by 4.3 times, in patients with NSV - by 5 times. In patients of groups I and II, moderate therapy efficacy was observed 2.7 and 3.2 times more often than in patients of group III. In patients of group III, pronounced efficacy was observed 2 times more often than in patients of groups I and II (44.0% versus 22.0%). The absence of effect in patients of group III was observed 4 times less than in group II, and 4.6 times less than in group I. Physiotherapy showed a complete and pronounced effect in 122 (61.0%) patients, of which 24 (19.7%) patients received medicinal electrophoresis with copper and zinc preparations, and 22 (18.0%) - photosensitizing therapy. Step-by-step treatment of patients with vitiligo in the form of alternating medicinal electrophoresis and photosensitizing therapy led to the development of a complete and pronounced clinical effect in 76/122; 37.7% of patients. In patients with SV after the step-by-step method of physiotherapy, complete and pronounced clinical effectiveness was achieved 1.7 times more often than in patients with NVS, i.e. in 48/76; 63.2% versus 28/76; 36.8% of cases.

Conclusion. Thus, when vitiligo occurs, the use of physiotherapeutic methods of therapy should be carried out in the form of step-by-step therapy, which leads to a pronounced clinical effect 2 times more often than monotherapy.

Key words. Vitiligo, segmental and non-segmental form, phototherapy, electrophoresis, zinc and copper preparations.

Мубрамият. Витилиго дерматози дорои «имкониатҳои беҳудуд, вале бидуни кадом як ваъдари» меноманд [1]. Вобаста аз ин, ба гуногунии усулҳои таъобати нигоҳ накарда, такмил додани усулҳои таъобати витилиго идома дорад. Дар адабиёти илмӣ оид ба воситаҳои гуногун бо ёрии усулҳои ҷисмонӣ барои стимулятсияи меланогенеза иттилоот мавҷуд аст. Усулҳои физиотерапевтии таъобат гуногун буда, ҳамеша дар таъобати

комплексии бемориҳо новобаста аз шакли он ба қор бурда мешаванд. Ба усулҳои физиотерапевтии таъобати витилиго таъобат бо УФ нурафкании борикхат, фототерапия бо препаратҳои фотосенсибилизатсиониро дохил мекунаманд [1-3]. Таъобати фотосенсибилизатсионӣ ҳангоми витилиго усули интихобшуда мебошад, зеро зеро аломатҳои репигментатсияи пӯст танҳо дар қисми ками беморон ба амал меояд [3-5]. Тибқи маълумоти адабиёти

илмӣ, пас аз УФ-табобат репигментатсияи пурра танҳо дар 6%-и ҳолатҳо дида мешавад, дар нисфи ҳолатҳо пас аз қатъ кардани фототерапия дар давоми соли аввал ретсидивҳои витилиго пайдо мешаванд [5-7].

Самаранокии табобати комплекси витилиго дар шакли электрофорези доругии минтақаи гурдану гиребон бо назардошти навъи дистония ва электрофорези доругӣ бо препаратҳои синк ва мис дар лонаҳои депигментатсия исбот карда шудааст [8]. Ғайр аз ин, таҳқиқотҳои низ ҳастанд, ки самаранокии препаратҳои мис [1-2] ва оҳанро исбот кардаанд [3-6], онҳо ҳангоми ворид кардан бо усули электрофорез таносуби пероксидшавии липидҳо ва муҳофизати антиоксидантиро таъмин мекунад ва бо ин протсессии репигментатсияро дар лонаи витилиго стимулятсия мекунад [1-6]. Муаллифони дигар исбот кардаанд, ки истифодаи чараёнҳои синусоидалии моделшуда дар комплекси фонофорезомбиокомплекси мис дар лонаи осеб ба андешаи муаллифон дар 90%-и ҳолатҳо ба репигментатсия меоранд [6-9]. Яъне, электрофорез усули нисбатан сода, бехатар ва самаранокии физиотерапия ҳангоми табобати витилиго мебошад, зеро препаратҳои доругӣ, ки тавассути электрофорез ворид карда мешаванд, бо таъсири чараёни доимии барқӣ ва воситаҳои медикаментозӣ, ки ибто ёрии он дохил карда мешаванд, якҷоя мешавад. Ҳангоми гузаронидани электрофорези доругӣ моддаҳои фаъол депои ионҳоро дар эпидермис ва дерма ташкил медиҳанд. Дар ин депоҳо молекулаҳои препарат метавонанд, ки аз якҷанд соат то 2-3 ҳафта биистанд, тадричан дар лонаи илтиҳоб диффундиру шаванд. Ғайр аз ин, электрофорез метавонад, ки ба лонаи патологӣ дастрас кардани моддаи фаъолро дар шароити ихтилоли микросиркулятсия (стази капиллярӣ, тромбози рағҳо, инфилтратсия, некроз) таъмин кунад, ки ин ҳангоми ба таври тазриқӣ (инъексия) ворид кардани доруҳо душвор аст [1-7].

Аммо, на ҳамеша ин усулҳо таъсири дилхоҳ медиҳанд, чунки самаранокии умумии усулҳои физиотерапевтӣ дар шакли монотерапия аз 80% баланд нест, ретсидившавии протсесс то 75% -и ҳолатҳоро ташкил мекунад [1-9].

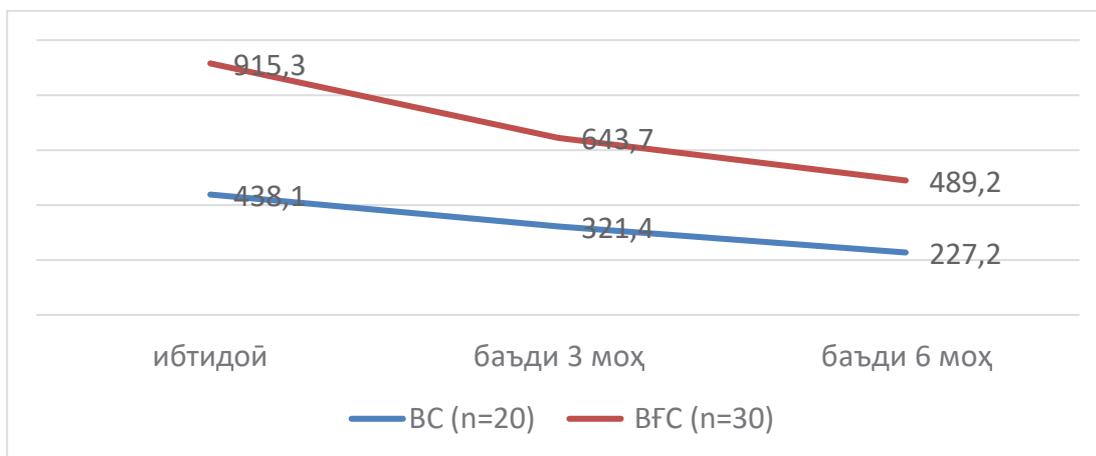
Мақсади таҳқиқот. Арзёбии самаранокии урҳилавии физиотерапия ҳангоми табобати витилиго мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоинаи мо 200 беморро бо ташҳиси «витилиго» дар синну соли 15 - 25 – сола қарор доштанд, дар байни онҳо 95 – нафар бо витилигои ғайрисегментарӣ ва 105 нафар витилигои сегментарӣ буданд. Бо мақсади

омӯзиши самаранокии гузаронидани табобат беморон ба се гурӯҳ ҷудо карда шуданд: дар гурӯҳи якум (50 бемор, ки аз онҳо 30 – нафар бо ВҒС ва 20 – бо ВС) табобат бо истифода аз электрофорези доругӣ бо бо навбат татбиқ кардани препаратҳои сульфати мис ва сульфати синк сурат гирифтааст. Дар гурӯҳи дуюм (50 бемор, ки аз онҳо 25 – бо ВҒС ва 25 – бо ВС буданд) табобат бо истифода табобати фотосенсибилизатсионӣ (маҳлули хлорметини гидрохлорид дар давоми 10-15 сония 2 маротиба дар як рӯз ва нурафкании лонаи осеб бо табобати ультрабунафши борикхати мавҷаш миёна бо дарозии мавҷаш 311 нм) анҷом дода шуд. Дарт гурӯҳи сеюм (100 бемор, ки аз онҳо 40 – нафар бо ВҒС ва 60 – бо ВС буданд) табобати омехта дар ду марҳила гузаронида шуд: дар марҳилаи якум–электрофорези доругӣ бо пай дар пай иваз кардани препаратҳои сульфати мис ва сульфати синк сурат гирифтааст, дар марҳилаи дуюм - табобати фотосенсибилизатсионӣ (истифодаи берунии маҳлули хлорметини гидрохлорид дар давоми 10-15 сония 2 маротиба дар як рӯз ва нурафкании лонаи осеб бо табобати ультрабунафши борикхати мавҷаш миёна бо дарозии мавҷаш 311 нм) анҷом пазируфт.

Барои баҳодихӣ ба самаранокии табобати гузаронидашуда шохиси VIMAN «vitiligoman» бо дар назардошти паҳншавии депигментатсия, репигментатсияи перифолликулярӣ периферӣ ҳисоб карда шуд. Ба сифати ҷаҳодихӣ ба самаранокии табобат аз баҳодихии шохиси самаранокии табобатӣ тибқи критерияҳои зерин истифода карда шуд: набудани самаранокӣ – набудани динамика аз тарафи протсессҳои пӯст дар муқоиса аз ҳолати ибтидоӣ; репигментатсияи суст (камтар аз 25%); репигментатсияи муътадили пӯст (25–50%); репигментатсияи возеҳи пӯст (51–99%); репигментатсияи пурра (96–100%) мадони лонаи осеб.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Манзараи клиникии витилиго бо доғҳои депигментатсионӣ бо тарҳи нодуруст бо релефи бетағйири пӯст, бе эҳсосоти субъективӣ муайян карда мешавад. Дар беморони дорои ВС лонаҳо ба таври асиметрӣ ҷойгир шуда, минтақаи иннерватсияи як ё якҷанд сегментро фаро гирифтааст. НҒВ дорои хусусиятҳои шакли акрофатсиалӣ (ҳангоми ҷойгиршавӣ дар пӯсти рӯй дар ноҳияҳои периорбиталӣ, периоралӣ дар якҷоягӣ бо лонаҳои депигментӣ дар пушти дастпанча ва попанча) ва шакли умумӣ (доғҳои сершумори депигментатсионӣ ба таври симетрӣ ҷойгиршуда дар ноҳияҳои мухталифи қабатҳои пӯст).



Расми 1. – Динамикаи кам шудани шохиси VIMAN дар протсессии табобат дар беморони гурӯҳи I (n=50)

Дар натиҷаи истифода кардани электрофорези доругӣ бо сульфати мис ва сульфати синк дар беморони гурӯҳи I кам шудани шохиси VIMAN ҳам дар беморони дорои ВС ва ҳам VFC дида шуд, ки бо суфта шудани сарҳади байни пӯсти ба таври муътадил ранг кардашуда ва ноҳияҳои депигментатсионӣ, пайдо шудани ноҳияҳои репигментатсияи периферӣ ва перифолликулярӣ зоҳир мешавад, ки 1/3 ҳиссаи лонаҳои осебро фаро мегирад (расми 1).

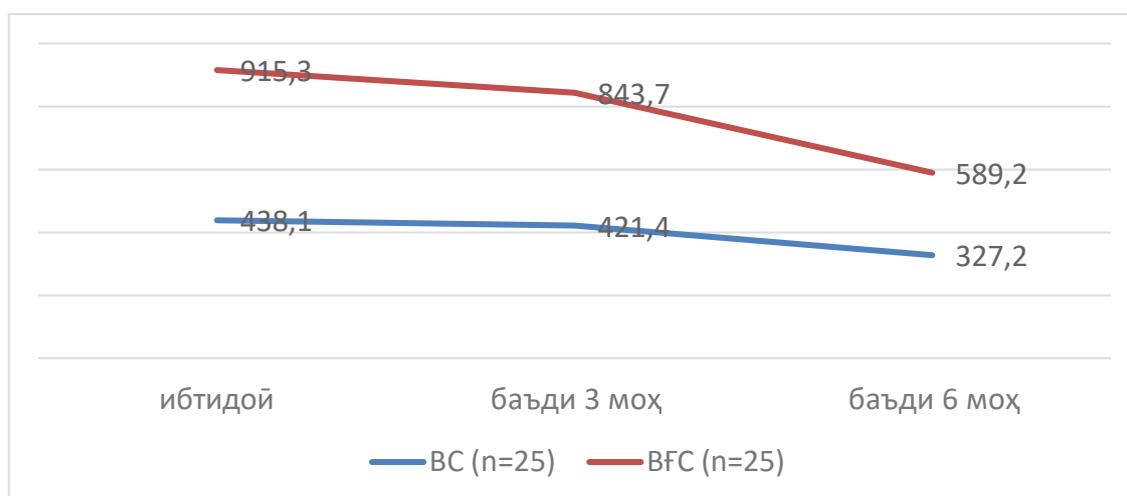
Тавре ки дар расми 1 дида мешавад, динамикаи мусбат дар шакли кам шудани шохиси VIMAN дар беморони дорои ВС аз баллҳои ибтидоӣ $438,1 \pm 1,2$ то $321,4 \pm 1,2$ балл, яъне 1,4 маротиба, баъди 6 моҳ – то 1,9 балл аст, яъне VIMAN $438,1 \pm 1,2$ –ро дар муқобили $227,2 \pm 1,2$ балл ташкил дод. Дар беморони дорои VFC низ кам шудани шохиси VIMAN ба мушоҳида расид: аз $915,3$ баллҳои ибтидоӣ то $643,7$ балл баъди се

моҳ, яъне 1,4 раза, баъди 6 моҳ то $227,2$ балл, яъне 4 маротиба.

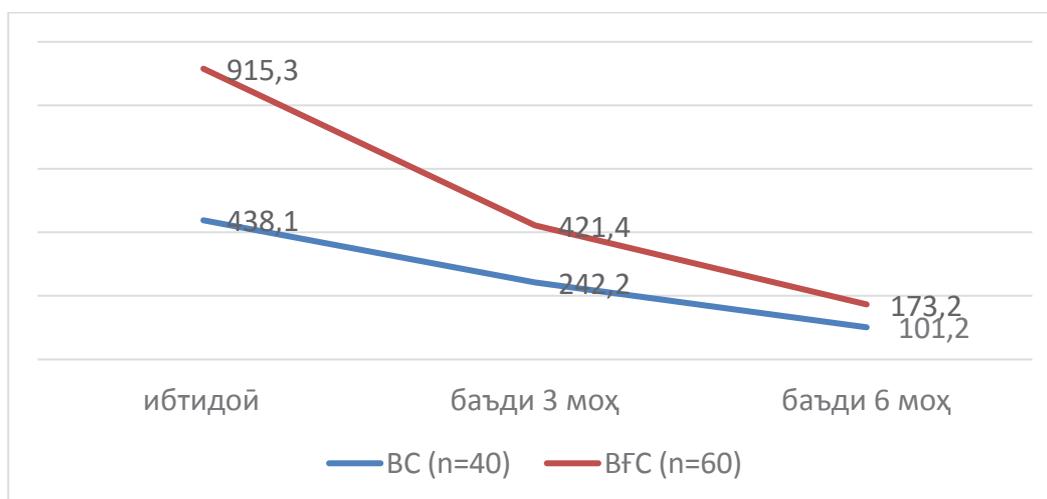
Дар беморони гурӯҳи II, кам шудани шохиси VIMAN назар ба гурӯҳи I камтар қоҳиш ёфтааст, динамикаи на чандон назарраси мусбат дар шакли кам шудани он баъди се моҳ дар беморони дорои ВС аз $915,3$ балл то $589,2$ балл, яъне 1,5 маротиба буд (расми 2).

Тавре ки дар расми 2 дида мешавад, дар беморони гурӯҳи II баъди 6 моҳ низ динамикаи кам шудани шохиси VIMAN дида мешавад, ки дар он беморони дорои ВС аз ҳолати ибтидоӣ $438,1$ то $327,2$ балл, яъне 1,3 маротиба, дар беморони дорои VFC аз ҳолати ибтидоӣ $915,3 \pm 1,2$ балл $589,2 \pm 1,2$ балл, яъне 1,5 маротиба кам шудааст.

беморони гурӯҳи III динамикаи нисбатан возеҳи кам шудани шохиси VIMAN дида мешавад, (расми 3)



Расми 2. – Динамикаи кам шудани шохиси VIMAN дар протсессии табобат дар беморони гурӯҳи II (n=50)



Расми 3. – Динамикаи кам шудани шохиси VIMAN дар протсессии табобат дар беморони гурӯҳи III

Тавре ки дар чадвали 3 дида мешавад, баъди 3 моҳ шохиси VIMAN дар беморони BC то 1,8 маротиба кам шудааст: аз ибтидоии 438,1 то 242,2 балл. Баъди 6 моҳ ин шохис аз ибтидоии 438,1 то 101,2 балл, яъне 4,3 маротиба кам шудааст. Дар беморони дорои VFC шохиси VIMAN баъди 3 моҳ аз қимати ибтидоии 915,3 балл то 421,4, яъне 2,2 маротиба ва баъди 6 моҳ то 5 маротиба кам шуда, 173,2 баллро ташкил додааст.

Баҳои муқоисавии самаранокии усулҳои физиотерапӣ дар гурӯҳҳои таҷриба нишон дод, ки самаранокии бештар дар бемороне ба даст оварда шуд, ки табобати омехтаре дар ду марҳала бо истифода аз электрофорези доругӣ ва табобати фотосенсибилизатсионӣ гирифтаанд.

Дар беморони гурӯҳи III гурӯҳи самаранокии назаррас назар ба беморони гурӯҳҳои I ва II 2 маротиба бештар (44,0% дар муқобили 22,0%) мушоҳида шуд (ҷадвали 1).

Тавре ки аз ҷадвали 1 дида мешавад, ба он нигоҳ накарда, ки дар беморони гурӯҳҳои I ва II

мутаносибан 2,7 ва 3,2 маротиба бештар самаранокии муътадили табобат ба назар мерасад, аммо самаранокии пурра дар беморони гурӯҳи III дар 32 (32,0%) ҳолат, яъне 1,5 маротиба бештар назар ба беморони гурӯҳи I ва 1,5 маротиба бештар назар ба беморони гурӯҳи II ба қайд гирифта шудааст. Дар ин маврид, беморони гурӯҳи III набудани самаранокии табобат танҳо дар 3 (3,0%) ҳолат ба чашм расид, яъне 4 маротиба камтар аз гурӯҳи II, ва 4,6 маротиба камтар аз гурӯҳи I.

Хулоса. Гузаронидани физиотерапия самаранокии пурра ва возеҳро дар 122/200;61,0% беморон нишон дод, ки аз инҳо 24/122;19,7% -ро бемороне ташкил медоданд, ки табобатро дар қолаби электрофорези доругӣ бо омодасозии пай дар пайи сульфати мисс ва сульфати руҳ қабул кардаанд, аммо 22/122;18,0% -ро бемороне ташкил доданд, ки табобатро дар шакли табобати фотосенсибилизатсионӣ гирифтаанд. Табобати марҳилавии беморони гирифтори витилиго дар қолаби тақроран истифода кардани электрофорези доругӣ ба самаранокии пурра ва возеҳи

Ҷадвали 1

Баҳогузори муқоисавии самаранокии табобат дар гурӯҳҳои таҷриба

Самаранокии табобат	Гурӯҳи беморон						P
	I (n=50)		II (n=50)		III (n=100)		
	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%	
Пурра (100%)	13	26,0	11	22,0	32	32,0	<0,001*
Возеҳ (51-99%)	11	22,0	11	22,0	44	44,0	<0,01
Муътадил (25-50%)	15	30,0	18	36,0	11	11,0	<0,001**
Суст (камтар аз 25%)	4	8,0	4	8,0	10	10,0	<0,001*
Набудани самаранокӣ	7	14,0	6	12,0	3	3,0	<0,001*

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамин гунна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи беморони синну соли барвақт (тибқи критерияи χ^2 ; *бо ислоҳи Йетс; **тибқи критерияи дақиқи Фишер).

клиникӣ дар 76/122;37,7% бемор оварда расонид. Бояд қайд кард, ки дар беморони дорои ВС усули марҳилавии физиотерапия самаранокии пурра ва возеҳи клиникӣ 1,7 маротиба бештар ба назар расид, назар ба беморони дорои ВФС, яъне дар 48/76;63,2% ҳолат дар муқобили 28/76;36,8% ҳолат.

АДАБИЁТ

1. Vangipuram R, Feldman SR. Ultraviolet phototherapy for cutaneous diseases: a concise review. Oral Diseases 2015: 1–7.

2. Afsheen B, Irfan A. Guidelines for the management of vitiligo. Journal of Pakistan Association of Dermatologists 2014; 24 (1): 68–78.

3. Van Geel N. New insights in segmental vitiligo: case report and review of theories /N. Van Geel, I. Mollet, L. Brochez // Br. J. Dermatol. -2012.-166(2).-P. 240–246.

4. Касымов О.И. Пигментин в лечении больных витилиго /О.И. Касымов, А.О. Касымов, Х. Раззоков, // Научно-практический журнал ТИППМК. -2014. - №4.- С.107-108

5. Усовецкий И.А. Комплексный поэтапный метод лечения витилиго у детей и подростков / И.А. Усовецкий, Н.М. Шарова, Н.Г. Короткий // Педиатрия. -2010.- Том 89.- №4.- С. 49-54.

6. Latanya T.B. Light-Based Procedures in Pediatric Dermatology. Therapy in Pediatric Dermatology 2017: 459–62.

7. Amanjot KA, Sunil D. Narrowband ultraviolet B and beyond: Evolving role of phototherapy in vitiligo. Pigment International 2015; 2 (1): 9–20

8. Рахимов У.С. Особенности клинического течения и лечения витилиго у подростков с вегетативными нарушениями. – дисс. Канд.мед наук, 2020. – 170с.

9. Саатов Б.Т. Использование нанотехнологии в лечении витилиго / Б.Т. Саатов // Дерматовенерология и эстетическая медицина. -2014. -№1С. 91-92

Рахмонов Фирдавс Махмадсалимович – соискатель кафедры дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» E.mail:rahmonov@internet.ru, тел.: 93 – 311-11-14

Исматуллоева Саврина Саъдуллоевна – к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» E.mail: damsav@mail.ru, тел.: 907-31-30-13

Мухамадиева Кибриёхон Мансуровна – д.м.н., доцент, заведующая кафедры дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» E.mail:kibriyo_67@mail.ru, тел.: 93 – 127-75-75.

Rakhmonov Firdavs Makhmadsalimovich – applicant of the Department of Dermatovenereology named after Professor P.T. Zoirov, State Educational Institution “TSMU named after Abu Ali ibn Sino” E.mail:rahmonov@internet.ru, tel.: 93 – 311-11-14.

Ismatulloeva Savrina Sadulloevna – MD, PhD, Associate Professor of the Department of Dermatovenereology named after Professor P.T. Zoirov, State Educational Institution “TSMU named after Abu Ali ibn Sino” E.mail: damsav@mail.ru, tel.: 907-31-30-13

Mukhamadiev Kibriyokhon Mansurovna – MD, PhD, Associate Professor, Head of the Department of Dermatovenereology named after Professor P.T. Zoirov State educational institution “TSMU named after Abuali ibni Sino” E.mail:kibriyo_67@mail.ru, tel.: 93 – 127-75-75

ТДУ 615.15.

ТАҲЛИЛИ ФАРМАКО-ЭПИДЕМИОЛОГИИ ФАВТ АЗ ИХТИЛОЛИ СИСТЕМАИ ГАРДИШИ ХУН ДАР ҚУМҲУРРИ ТОҶИКИСТОН

Саидова М.Н.

Кафедраи химияи фарматсевтӣ ва идораву иқтисодиёти фарматсевтӣ, Донишгоҳи миллии Тоҷикистон, ш. Душанбе.

ФАРМАКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ НАРУШЕНИЯ СИСТЕМ КРОВООБРАЩЕНИЯ В РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Саидова М.Н.,

Кафедра фармацевтической химии и управления экономики фармации, Таджикского национального университета

В результате исследования выявлено, что несмотря на все принятые меры со стороны государства по борьбе сердечно - сосудистыми заболеваниями до сих пор в стране лидирует смертность от нарушения систем кровообращения. Анализа динамики смертности населения в Республики Таджикистан, показал,

чтонесмотря на уменьшения заболеваемости от нарушения кровообращения в целом по стране на 34,74% до сих пор на первом месте стоит смертность от нарушения систем кровообращения. Важно отметить, что она еще увеличилась на 18,7% и составила 15026 человек. Также госпитальная смертность от нарушения систем кровообращения по республике незначительно увеличилась на 2% и составило 932 чел. Во всех регионах наблюдается самая высокая госпитальная смертность в период пандемии COVID-19. За период 2019-2023 гг., наибольшая госпитальная смертность приходится в Согдийской области, далее в столице страны и т.д. Увеличения госпитальной смертности от ИБС наблюдается в ГБАО и в столице страны, а от заболеваний АГ в Хатлонской области, ГБАО, РРП, а также в г. Душанбе. Необходимо отметить, что проведенные исследования также показали, что на фармацевтическом рынке стране имеется недостаточный ассортимент зарегистрированных лекарств, который будит в свою очередь усложнять лекарственное обеспечения населения и не соответствовать государственной политики в области лекарственного обеспечения населения.

Ключевые слова. Смертность, нарушения систем кровообращения, Республики Таджикистан, сердечно-сосудистые заболевания, госпитальная смертность.

PHARMACO-EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF MORTALITY FROM CIRCULATORY SYSTEM DISORDERS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Saidova M.N.

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

As a result of the study, it was revealed that despite all the measures taken by the state to combat cardiovascular diseases, mortality from disorders of the circulatory system is still in the lead in the country. An analysis of the dynamics of population mortality in the Republic of Tajikistan showed that despite the decrease in morbidity from circulatory disorders in the country as a whole by 34.74%, mortality from circulatory system disorders still comes first. It is important to note that it increased by 18.7% and amounted to 15,026 people. Also, hospital mortality from circulatory system disorders in the republic increased slightly by 2% and amounted to 932 people. All regions have the highest in-hospital mortality rates during the COVID-19 pandemic. For the period 2019-2023, the highest hospital mortality occurs in the Sughd region, then in the capital of the country, etc. An increase in hospital mortality from coronary artery disease is observed in GBAO and in the capital of the country, and from hypertension in the Khatlon region, GBAO, DRS, and also in Dushanbe. It should be noted that the studies also showed that the country's pharmaceutical market has an insufficient range of registered drugs, which, in turn, complicates the drug supply to the population and does not comply with state policy in the field of drug supply to the population.

Key words. Mortality, circulatory system disorders, Republic of Tajikistan, cardiovascular diseases, hospital mortality.

Дар давоми 25 сол оид ба фавт дар чойи аввал дар чумхурӣ бемориҳои ишемикии дил меистанд. Дар Ҷумҳури Тоҷикистон аз соли 1991 то 2023 бемории узвҳои гардиши хун ба 100 ҳазор нафар 37,1% рост омад. Дар тӯли ин солҳо аз тарафи давлат чорабиниҳо чиҳати мубориза бар зидди бемориҳои дилу рағҳо андешида шудааст [3-9]. Дар соли 2012 аз 3 –юми декабр таҳти №676 Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон дар бораи «Дурнамои профилактика ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ» қабул карда шуд. Дар ин Қарор мубрамияти проблемаҳои бемориҳои ғайрисироятӣ ва травматизм дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мавриди баррасӣ қарор дода шудааст. Мақсади асосии онҳо коркард ва татбиқи системаҳои ҳамкориҳои самараноки байнисекториро фаъолон ба роҳ мондагӣ мебошад, ки ба баланд бардоштани нақши профилактика ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон нигаронида шудааст. Барои ҳаллу фасл кардани вазифаҳои сиёсиву иҷтимоии аҳоли, по-

тенсиали қувваи қорӣ, мусоидат кардан ба мубориза бар зидди камбизоатӣ, рушди потенциали иқтисодии ҷумҳурӣ ва баланд бардоштани сифвати ҳаёти тамоми аҳоли нигаронида шудааст. Барои ба даст овардани мақсад муқаррароти Стратегияи аврупоии бемориҳои ғайрисироятӣ, ки бо кишварҳои аврупоӣ-аззои ТУТ дар соли 2026 мувофиқа карда шудааст, инчунин таҷрибаи фаъолияти муваффақона дар ин соҳаи кишварҳои гуногуни дунё ба ҳисоб гирифта шудааст.

Барнома вазифаҳои баланд бардоштани афзалиятнокии профилактика ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ дар барномаи миллии оид ба мустаҳкам кардани солимии аҳоли; коркарди системаи ҳамкориҳои байни бахшҳо оид ба масъалаҳо ва профилактикаи бемориҳо; пешниҳод дар бораи таъсис додани инфрасохтори самараноки профилактикаи бемориҳо; пешниҳоди роҳи зиёд кардани захираҳои барои профилактика ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ равона кардашуда мувофиқи системаи ба таври ҷиддӣ назо-

рат кардани мақсаднок истифода кардани онҳо ва шаффофият чиҳати ба даст овардани натиҷаҳои фосилавӣ (солона) ва ниҳой барои ҳамаи ҷомеа; қоркарди пешниҳодҳо оид ба интеграцияи дурнамои пешниҳодшуда дар доираи бемориҳои ғайрисироятӣ бо барномаҳои амалкунанда ва аз нав таҳияшудаи миллиро дар бар мегирад.

Дар доираи иҷрои вазифаҳои дар пеш гузошташуда дар навбати аввал чунин қонун ва қарорҳои Ҳукумат ва Барномаҳои милли ба таври фаъолна интеграция шудаанд, ба монанди: Қонун Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи ҳифзи саломати аҳоли»; Қонун Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи таъбири мачбурии беморони гирифтори майзадагӣ ва наркомания»; Қонун Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи муҳофизати тиббӣ-иҷтимоии шаҳрвандон, беморони мубтало ба диабет қанд» (қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 08 майи соли 2009, №647); Қонун «Дар бораи маҳдуд кардани истифодаи маҳсулоти тамоқуӣ» (қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 29 декабри соли 2010, №649); Стратегияи милли дар бораи саломати аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2010-2020, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 2 августи соли 2010, №368 тасдиқ шудааст; Нақшаи миллии чорабиниҳо оид ба ҳифзи саломати модар бори соли 2014, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 1 августи соли 2008, №370 тасдиқ шудааст; Барномаи миллии ташхис, таъбиқ ва профилактикаи бемориҳои ишеми дил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2007 – 2015 (қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 30 июни соли 2007, №334); Барномаи миллии профилактикаи бемориҳои касбӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2010-2015, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 30 марти соли 2010 тасдиқ шудааст, №165 [1-15].

Дар соли 2019 ҷомеаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҳамкорӣ бо Бонки умумиҷаҳонӣ ба ҳоҷузории систематикӣ хизматрасониҳои тиббӣ оид ба таъбири фишорбаландии шарёниро гузаронид, ки тамоми вилоятҳои Суғд ва Хатлонро фаро гирифт. Таҳқиқот бо мақсади муайян кардани роҳҳои хизматрасонии босифати тиббӣ дар сатҳи ёрии аввалияи тиббии иҷтимоӣ барои шаҳрвандони Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шуд. Чорабиниҳои дар ин ҳисобот тавсия кардашуда мақсаднок будан ва самаранокии худро дар дигар кишварҳо собит кардаанд, ки онҳо низ ба афзоиши бемориҳои ғайрисироятӣ рӯ ба рӯ буданд [2-14]. Ҳамсаи ин тавсияҳо дар навбати худ,

барои таъбири минбаъдаи Стратегияи милли оид ба мубориза бар зидди бемориҳои ғайрисироятӣ ва мустақкам кардани системаи ёрии тиббӣ- иҷтимоӣ дар дар мачмуъ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон саҳми муносиб гузоштанд.

Дар асоси гуфтаҳои боло зарурати омӯзиши фавт аз бемориҳои ихтилолҳои системаи гардиши хун дар давраи солҳои 2019-2023 пайдо шуд.

Дар натиҷаи таҳқиқот тмуайян карда шуд, ки дар давраи солҳои 2019-2023 аз чиҳати фавт дар ҷойи аввал ихтилоли системаи гардиши хун меистад, дар миёни инҳо бошад, мавқеи асосиро ба мисли дигар кишварҳои ҷаҳон бемориҳои ишеми дил (БИД) ишғол мекунанд. Дар мачмуъ динамикаи фавт аз ихтилоли системаи гардиши хун дар Ҷумҳурии Тоҷикистон то 4,4% паст шудааст. Миқдори зиёди фавт ба давраи пандемияи COVID-19 рост меояд, дар ин ҷо вай то 18,7% зиёд шудааст.

Дар ҳамин давра фавти госпиталӣ (беморхонагӣ) аз ихтилоли системаи гардиши хун дар Ҷумҳурии Тоҷикистон то 2,0% зиёд шудааст. Афзоиши бештари фавти госпиталӣ (беморхонагӣ) дар соли 2020 ба мушоҳида мерасад. Дар байни фавти госпиталӣ БИД бартарӣ дорад. Дар соли 2019 вай 395 нафари ҳамаи одамонро ташкил дод, дар муқоиса ба фишорбаландии шарёни (56). Дар натиҷа дар ҷумҳурбемории ишеми дил то 3,2% шуд. Фавт аз ФШ то 17,6% зиёд шудааст.

Фавти госпиталӣ дар Ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ дар мачмуъ то 11,8% кам шудааст. Фавт аз БИД то 22,9% и аз АГ ва аз ФШ 25,0% кам шудааст. Дар вилояти Суғд дар муқоиса аз НТҚ фавти госпиталӣ аз ихтилоли системаи гардиши хун дар мачмуъ то 5,7% зиёд шудааст. Фавт аз БИД то 8,0% кам шуда, вале фавти госпиталӣ аз ФШ ба монанди НТҚ ба зиёдшавӣ майл дорад то 31,8%. Фавти госпиталии аҳоли аз ихтилоли системаи гардиши хун дар вилояти мухтори кӯхистони Бадахшон (ВМКБ) ба монанди вилояти Суғд то 33,3% зиёд шудааст. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки якбора кам шудани динамикаи фавти госпиталӣ ба мушоҳида мерасад, ки дар охири соли 2023 низ 42 нафарро ташкил карда буд. Дар ин ноҳия дар муқоиса аз НТҚ ва вилояти Суғд то 46,6% зиёд шуда ва фавти госпиталӣ аз ФШ то 75,0% кам шудааст.

Дар вилояти Хатлон, ба монанди ВМКБ афзоиши ками фавти госпиталӣ то 2,0% ба назар расид. Фавти госпиталӣ аз БИД дар вилояти Суғд ва НТҚ кам шудааст ва 83 беморро ташкил дод. Фавт дар статсионарҳо аз ФШ дар навбати худ то 16,0% зиёд шудааст.

Дар пойтахти чумхурӣ фавти госпиталӣ каме кам шудааст, аммо фавт аз БИД ва ФШ мутаносибан то 25% ва 14,28% зиёд шудааст.

Хулоса. Таҳлили динамикаи фавти аҳоли дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, нишон дод, ки ба камшавии беморӣ аз ихтилоли системаи гардиши хун то 34,74%, дар маҷмӯъ дар чумхурӣ нигоҳ накарда, то имрӯз дар ҷойи аввал фавт аз ихтилоли системаи гардиши хун меистад. Қайд кардан муҳим аст, ки вай боз то 18,7% зиёд шуда, 15026 нафарро дар соли 2023 ташкил додааст. Ҳамчунин фавти госпиталӣ аз ихтилоли системаи гардиши хун дар чумхурӣ каме –то 2% зиёд шуда, 932 нафарро ташкил додааст. Дар ҳамаи минтақаҳо фавти госпиталии аз ҳама баланд дар давраи пандемияи COVID-19 ба мушоҳида расид. Дар давраи солҳои 2019-2023, фавти госпиталии аз ҳама баланд ба вилояти Суғд рост меояд, баъдан дар пойтахти чумхурӣ. Зиёдшавии фавти госпиталӣ аз БИД дар ВМКБ ва дар пойтахти чумхурӣ ба мушоҳида расид, фавт аз БФ бошад, дар вилояти Хатлон, ВМКБ, НТЧ ва инчунин ш. Душанбе ба мушоҳида расид. Қайд кардан мувофиқи мақсад аст, ки таҳқиқотҳои қаблан гузаронидашуда нишон доданд, ки дар бозори фармасетӣ намудҳои нокифояи доруҳои ба қайд гирифташуда мавҷуданд, ки дар навбати худ, таъминнокии аҳолиро бо доруҳои мушкул месозанд, ба сиёсати давлатӣ дар соҳаи таъминнокии аҳоли бо доруҳои мувофиқат намекунад.

АДАБИЁТ

1. Саидова М.Н., Гулов Э.С. // Трендовый анализ фармацевтического рынка сердечно-сосудистых препаратов в Республики Таджикистан./ Наука и инновация. – Душанбе, 2024г. – №1. – С. 35-41.
2. Саидова М.Н., Маркетинговые исследования лекарственного обеспечения больных Государственного учреждения республиканского клинического центра кардиологии РТ // Монография.2021. 172 стр.
3. Saidova M. N. Gulov E. Marketing analysis of trends in the pharmaceutical market of cardiovascular drugs in the Republic of Tajikistan//International Conference “Scientific research of the SCO countries: synergy and integration” Page 123-127.
4. Васнецова О.А., Саидова М.Н. //Организация лекарственного обеспечения кардиологических больных г.Душанбе. Тезисы докладов.Российский Национальный Конгресс Кардиологов 2009.стр.62-63.
5. Абдуалимов С.Х., Давроншозода Ф.Д., Саидова М.Н., Мусозода С.М. // ABC/ VEN и частотный анализ лекарственного обеспечения кардиологического отделения Центральной больницы района Дангары. /Наука и инновация. – Душанбе, 2019. – №4. –С.10-17.
6. Саидова М.Н. // Фармакоэкономический анализ лекарственного обеспечения кардиологического отделения центральной больницы района Дангары./ Наука и инновация. – Душанбе, 2021г. – №4. – С. 114-121.
7. Постановления Правительства РТ от 3 декабря 2012г., №676 «Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013 - 2023 годы».
8. Министерство здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан. Национальная стратегия здравоохранения Республики Таджикистан на период 2010-2020 гг.; 2010. По состоянию на 5 февраля 2019 года.
9. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Как добиться улучшения индикаторов неинфекционных заболеваний: проблемы и возможности для систем здравоохранения. Том 53. Копенгаген; 2013. doi:10.1017/ СВО9781107415324.004.
10. Всемирная организация здоровья. Сердце: технический пакет для управления сердечнососудистыми заболеваниями в первичном звене здравоохранения; 2016.
11. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Как добиться улучшения индикаторов неинфекционных заболеваний: проблемы и возможности для систем здравоохранения. Том 53. Копенгаген; 2013. doi:10.1017/ СВО9781107415324.004.
12. Выявления путей улучшения оказания медицинских услуг по лечению артериальной гипертензии в Республики Таджикистан.2019 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA. Telephone: 202-473-1000; Internet: www.worldbank.org.
13. Всемирный банк. Проект по улучшению медицинских услуг в Таджикистане. Документоценкипроекта; 2013.
14. Программа Медико-демографическое исследование. Медико-демографическое исследование в Таджикистане 2017 - Основные результаты.; 2018. <https://www.dh-sprogram.com/publications/publication-SR250-Summary-Reports-Key-Findings.cfm>.
15. Раттанавипапонг и другие, 2016. Один шаг назад, два шага вперед: экономическая оценка программы «Пакет ВОЗ основных неинфекционных заболеваний» в Индонезии. Системыздравоохранения и реформы, 2(1):84–98.

Саидова М.Н. – Таджикский национальный университет, кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры фармацевтической химии и управления экономики фармации. Адрес: 734025, Республика Таджикистан, город Душанбе, проспект Рудаки, 17.Телефон: 90-1009090.

Саидова М.Н. – Донишгоҳи миллии Тоҷикистон, номзади илмҳои фармасетӣ, дотсенти кафедраи химияи фармасетӣ ва идораву иқтисодиёти фармасетӣ. Суроға: 734025, ҶумҳурииТоҷикистон, шаҳри Душанбе, хиёбониРӯдакӣ, 139. Телефон: 901009090. Saidmouhabbat@mail.ru.

Saidova M.N. - Tajik National University, Candidate of Pharmaceutical Sciences, Associate Professor of the Department of Pharmaceutical Chemistry and Management of Pharmacy Economics. Address: 734025, Republic of Tajikistan, Dushanbe city, Rudaki avenue, 17. Phone: 90-1009090.

ТДУ 616.98-057-036.22

БАҶОГУЗОРИИ ВАЪЪИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ВИРУСИ НОРАСОИИ МАСУНИЯТИ ОДАМ ДАР БАЙНИ МУҶОЧИРОНИ МЕҲНАТӢ ДАР ТОЧИКИСТОН

Солиев А.А., Сатторов С.С., Сулаймонзода Ф., Солиева Ҳ.И.

Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бар зидди бемории ВНМО»,

Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон»,

Муассисаи давлатии «Маркази тиббии шаҳрии №2» ш.Душанбе

ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИРУСУ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

А.А. Солиев, С.С. Сатторов, Ф. Сулаймонзода, Ҳ.И. Солиева

Государственное учреждение «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД»,

Государственное образовательное учреждение «Хатлонский государственный медицинский университет»,

Государственное учреждение «Городской медицинский центр №2» г.Душанбе

Одним из основных факторов распространения вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) среди населения страны является распространение и выявление большего количества новых случаев ВИЧ среди трудовых мигрантов.

Согласно официальной статистике в 2023 года в стране было проведено 59201 тестов среди трудовых мигрантов и членов их семей, среди которых выявлено 367 новых случаев ВИЧ (33,4% от общего количества новых случаев ВИЧ в 2023 году – 1100 случая). Таким образом, каждый третий вновь выявленный случай ВИЧ приходится на трудовых мигрантов.

Необходимо отметить, что в свою очередь имеются ряд трудностей по предоставлению услуг в области ВИЧ для трудовых мигрантов, в том числе отсутствие бесплатного тестирования на ВИЧ для мигрантов, наличие стигмы и дискриминации в обществе, отсутствие информации о доступности бесплатного лечения ВИЧ-инфекции на родине, мигранты не спешат вернуться на родину и своевременно не проходят тестирование и не обращаются за получением антиретровирусной терапии. Кроме того, платное предоставление медицинских услуг для мигрантов в странах приёма также является препятствием для получения своевременного лечения от ВИЧ среди трудовых мигрантов, что также способствует дальнейшему распространению ВИЧ-инфекции среди данной группы и населения в целом.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, трудовой мигрант, дозорный эпидемиологический надзор, распространённость.

ASSESSMENT OF THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS AMONG LABOR MIGRANTS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

A.A. Soliev, S.S. Sattorov, F. Sulaymonzoda, Kh.I. Solieva

State institution “Republican Center for Prevention and Control of AIDS”,

State educational institution “Khatlon state medical university”

State institution “City medical center #2”, Dushanbe

One of the main factors in the spread of the human immunodeficiency virus (HIV) among the country's population is the spread and detection of more new cases of HIV among labor migrants.

According to official statistics, in 2023, 59,201 tests were carried out in the country among labor migrants and members of their families, among whom 367 new cases of HIV were identified (33.4% of the total number of new cases of HIV in 2023 - 1,100 cases). Thus, every third newly diagnosed HIV case occurs among labor migrants. This indicator in 2024 also remains at a fairly high level; out of 1002 new HIV cases, 293 people (29.1%) are labor migrants.

It should be noted that, in turn, there are a number of difficulties in providing HIV services for migrant workers, including the lack of free HIV testing for migrants, the presence of stigma and discrimination in society, the lack of information about the availability of free HIV treatment in their homeland, Migrants are in no hurry to return to their homeland and do not undergo timely testing and do not apply for antiretroviral therapy. In addition, the paid provision of medical services for migrants in receiving countries is also an obstacle to receiving timely treatment for HIV among labor migrants, which also contributes to the further spread of HIV infection among this group and the population as a whole.

Key words: HIV infection, labor migrant, sentinel epidemiological surveillance, prevalence.

Муҳимият: Мутобиқи маълумоти Барномаи муштраки Созмони Милали Муттаҳид оид ба ВНМО/БПНМ (UNAIDS) дар охири соли 2023 дар саросари ҷаҳон 40 миллион [33,9 миллион– 43,8 миллион] нафар гирифтори ВНМО зиндагӣ мекунаанд. Танҳо дар соли 2023 теъдоди мубталоёни нави сирояти ВНМО дар ҷаҳон 1,2 миллион нафар [1,0 миллион–1,9 миллион] ва шумораи фавтидагон дар байни онҳо тақрибан 600 ҳазор [480 ҳазор–880 ҳазор] мебошад¹.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, чун дар тамоми кишварҳои Аврупои Шарқӣ ва Осиёи Марказӣ, дар солҳои охир афзоиши гирифторӣ ба вируси норасоии масунияти одам идома дорад ва шумораи шахсони гирифтори ба ин вирус 20% афзоишёфта, теъдоди фавтидагон аз ВНМО ба 5% кам шудааст². Аз оғози эпидемияи ВНМО дар Тоҷикистон (соли 1991) то охири соли 2023 дар кишвар ҳамагӣ 16129 нафар бо сирояти ВНМО дарёфт ва ба қайд гирифта шудаанд. Дар даҳсолаи аввал ва то охири солҳои 2015 қисми бештари сироятёфтагони ВНМО-ро дар кишвар намояндагони гурӯҳҳои дорои хатари баланд, хусусан нашъамандони тазриқӣ ташкил мебуд. Аммо, солҳои охири шумораи шахсон, ки бо роҳи алоқаи ҷинсӣ сироят ёфтанд³ зиёдгардида, қисми бештари онҳоро муҳочирони меҳнатӣ ва аҳли оилаи онҳо ташкил медиҳанд. Зиёдшавии шумораи беморон дар байни муҳочирон асосан аз сабаби паст будани сатҳи маълумотнокӣ онҳо оид ба ВНМО ва мавҷудияти таҷрибаи алоқаҳои ҷинсии тасодуфӣ дар хориҷи кишвар мебошанд. Агар дар солҳои 2015-2020 тахминан 10% сироятшудагонро муҳочирони меҳнатӣ ташкил дода бошад, дар соли 2021 – аз 6 нафар сироятшуда 1 нафар муҳочир, соли 2022 – аз 4 нафар 1 муҳочир ва дар соли 2023 бошад, аз 3 нафари бо сирояти ВНМО дарёфтшуда 1 нафарашонро муҳочирони меҳнатӣ ташкил медиҳад.

Мақсади таҳқиқот. Баҳогузори вазъи эпидемиологии сирояти ВНМО дар байни муҳочиронимехнатӣ бо истифода аз маълумотҳои омории солҳои охир ва натиҷаҳои таҳқиқоти назорати дидбонии эпидемиологӣ оид ба ВНМО дар байни муҳочирони меҳнатӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Арзёбӣ ва баҳодихии сатҳи дарёфти ВНМО дар байни муҳочирони меҳнатӣ ва муқоисаи сатҳи паҳншавии ВНМО дар байни аҳолии умумӣ ва муҳочирони

меҳнатӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон. Омӯзиши омилҳои мусоидаткунанда барои сироятёбии ҳуди муҳочирон дар хориҷи кишвар ва мубталошавии шарикони ҷинсии онҳо ба ВНМО дар ватан.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Мутобиқи маълумотҳои тахминан аз 480 ҳазор то 1 миллион шахрвандони Тоҷикистон берун аз ҷумҳурӣ ба дигар давлатҳо бо мақсади ба даст овардани маблағ мераванд. Аз рӯи маълумоти Бонки умумичаҳонӣ дар ҳар як чорум хоҷагӣ дар Тоҷикистон ҳади ақал як муҳочире ҳаст, ки ба дигар давлат барои баланд бардоштани даромаднокии оила ба муҳочират меравад. Ин омил дар оянда яке аз асосҳои ривож ёфтани ин беморӣ мегардад³.

Аз шумораи умумии шахсони бо вируси норасоии масунияти одам бақайдгирифташуда ҳиссаи шахсоне, ки таҷрибаи муҳочирати байналмилалӣ доранд, 15,6 фоизро ташкил мекунад. Шумораи ҳодисаҳои нави вируси норасоии масунияти одам дар байни муҳочирони меҳнатӣ аз шумораи умумии дарёфтшудагон аз 12,4% то 33,4% баланд шудааст. Роҳи асосии паҳншавии сироят дар байни муҳочирони меҳнатӣ алоқаи ҷинсӣ (93,4 фоиз) боқӣ мемонад. Маълумоти солҳои охир нишон дод, ки ҳамсарони қисми бештари занони ҳомиладорони сироятёфтаи вируси норасоии масунияти одам дар солҳои қаблӣ дар муҳочирати меҳнатӣ буданд ва онҳо низ сироятёфтаи вируси норасоии масунияти одам мебошанд. Сатҳи паҳншавии вируси норасоии масунияти одам дар байни муҳочирони меҳнатӣ тибқи натиҷаи назорати дидбонии эпидемиологӣ (соли 2020) 0,4%-ро ташкил медиҳад, ки аз паҳншавии ин сироят дар байни аҳолии умумӣ, ки мувофиқи баҳодихии Созмони умумичаҳонии тандурустӣ 0,2% (15-49-сола) мебошад, зиёд мебошад. Дар баробари ин, тибқи натиҷаҳои ҳамин таҳқиқот, паҳншавии бемории оташак 1,2% ва гепатити вирусии С 3%, паҳншавии ВНМО дар байни муҳочироне, ки гепатити С доранд, нисбатан зиёд (13,2%) мебошад, нисбати шахсони сироятёфтаи ВНМО, ки гепатити С надоранд (0,4%), 7% муҳочирон таҷрибаи истеъмоли маводи нашъаоварро доранд, ки аз он 23,4% ба таври тазриқӣ истеъмол менамуданд ва 1,2% маводи нашъаоварро бо роҳи тазриқӣ дар муҳочират истеъмол менамуданд, 45% мардон ва 10% занон дар муҳочират шарикони ҷинсии муваққатӣ доштанд, 24% мардон ва 14,4% занон дар муҳочират шарикони ҷинсии тичоратӣ доштанд, ҳамагӣ 25,1% занон ва 51,2%

1. <https://www.unaids.org/ru/resources/fact-sheet>

2. Барномаи миллий оид ба муқовимат ба эпидемияи ВНМО/БПНМ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2021-2025.

3. Барномаи миллий оид ба муқовимат ба эпидемияи ВНМО/БПНМ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2021-2025.

мардон хангоми алокаи чинсии охири истифодаи рифоларо тасдиқ намуданд.

Вазъи саломатӣ барои муҳочирони меҳнатӣ дуюмдараҷа ҳисобида мешавад. Пайравии муҳочирон ба табобати зиддиретровирусӣ бо сабаби баланд будани таъбиз ва тамғагузорӣ, аз ҷумла дар давлатҳои қабулқунандаи муҳочирон хеле паст мебошад. Дар ин раванд, ҳамкориҳо бо ташкилотҳои давлатию ҷамъиятии давлатҳои қабулқунандаи муҳочирони тоҷик пурзӯр карда мешаванд.

Қайд кардан ба маврид аст, ки дар соли 2022 аз ҷониби Ҳукумати Федератсияи Россия ба Ҷумҳурии Тоҷикистон 2 адад дармонгоҳи сайёр дастрас гардида, дар маҷмуъ айни замон 6 дармонгоҳи сайёр дар назди Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бар зидди бемории ВНМО ва марказҳои ВНМО-и Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон, вилоятҳои Суғду Хатлон (минтақаи Бохтар ва Кӯлоб) ва барои гурӯҳи ноҳияҳои минтақаи Рашт ғайрият доранд. Дар соли 2023 тавассути дармонгоҳҳои сайёр дар минтақаҳои дурдасти шаҳру ноҳияҳои ҷумҳурӣ ба зиёда аз 52 ҳазор муҳочирони меҳнатӣ ва аъзоёни оилаҳои онҳо хизматрасониҳои роӣғони тиббии муоинавӣ, машваратӣ, ташҳиси ВНМО, гепатитҳои вирусии В, С, оташак, муоинаи табиби акушер гинеколог, терапевт ва ташҳиси ултрасадо гузаронида шудааст. Дар ин давра дар байни шахсони ба чорабиниҳо фаро гирифташуда 31633 ташҳиси ВНМО, 31303 ташҳиси гепатитҳои В, С ва 29623 ташҳиси оташак гузаронида шуда, дар натиҷа 48 ҳодисаи нави сирояти ВНМО, 519 ҳодисаи сирояти гепатити вирусии В, 215 ҳодисаи сирояти гепатити вирусии С ва 122 ҳодисаи сирояти оташак дарёфт карда шудааст.

Инчунин, дар аввали соли 2023 аз ҷониби Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои гузаронидани ташҳиси роӣғони кишрҳои асосӣ ва осебпазири аҳоли, аз ҷумла муҳочирони меҳнатӣ, занони ҳомила, навхонадорон 608 ҳазор тестҳои очилӣ барои ташҳиси ВНМО, 80 маҷмуи маводи ташҳиси ВНМО бо усули ташҳиси иммуноферментӣ, 100 000 тест барои ташҳиси гепатитҳои вирусии В ва С харидорӣ ва ба ҳамаи шаҳру ноҳияҳо дастрас карда шуданд.

Ҳамзамон, муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бар зидди бемории ВНМО» бо мақсади ҳалли масъалаҳои татбиқи тадбирҳои пешгирикунанда ва табобати сирояти ВНМО дар байни муҳочирони меҳнатии дар шаҳрҳои Федератсияи Россия қарордошта, дар соли 2023 дар ҳамкорӣ бо Маркази федеролии

илмӣ-методии пешгирӣ ва мубориза бар зидди бемории ВНМО-и Федератсияи Русия, ташкилотҳои ҷамъиятӣ ва ҷамъиятҳои тоҷикон дар Федератсияи Русия ба 27 нафар гирифтронии бемории ВНМО, ки шаҳрвандони Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошанд, ба таври фосилавӣ ба қайд гирифта, табобати зиддиретровирусӣ таъин ва дорувориҳо ба беморон тавассути намояндагони расмӣ онҳо дастрас карда шудаанд.

Хулоса. Аз рӯитаҳлили маҷкур маълум мегардад, ки зиёдшавии ҳодисаҳои нави сирояти ВНМО дар байни муҳочирони меҳнатӣ рӯ ба афзоиш дошта, сатҳи паҳншавии ин беморӣ дар байни онҳо 0,4%-ро ташкил медиҳад, ки ин нисбат ба аҳолии умумӣ 2 маротиба (0,2% дар соли 2023) зиёд мебошад. Байни сироятёбӣ ба ВНМО ва бемории оташак дар байни муҳочирони меҳнатӣ ва аз тарафи онҳо истифода набурдани рифола хангоми алокаи чинӣ дар муҳочират робитаи зич вучуд дорад. Ҳодисаҳои сироятёбии ВНМО дар байни муҳочирон боиси зиёдшавии ҳодисаҳои сирояти ВНМО дар байни шарикони чинии онҳо (ҳамсарашон) дар Тоҷикистон мегардад.

АДАБИЁТ

1. Нурув Р.М., Солиев А.А., Сидикшоев А.М. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИДУ среди мигрантов в Республике Таджикистан. Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годовичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)». Том-1. 2020 г. с. 299-300.
2. Солиев А.А., Сатторов С.С. Особенности распространения ВИЧ среди мигрантов в Республике Таджикистан. Материалы республиканской научно-практической конференции (III-годовичная) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», посвященная 30-летию XVI-ой сессии Верховного Совета Республики Таджикистан. 2022 г. с. 261-262.
3. Усманова Г.М., Солиев А.А., Хасанова З.М. Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией среди трудовых мигрантов Республики Таджикистан. Материалы научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (71-ой годовичной) «Инновации в медицине: от науки к практике», с международным участием. Том-2. 2023 г. с. 644-645.
4. Ҳисоботи миллӣ роҷеъ ба пешрафт дар самти муковимат ба эпидемияи ВНМО дар Тоҷикистон барои соли 2023.
5. Маълумотҳои омории муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бар зидди бемории ВНМО» барои солҳои 2019-2023.

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

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

Сулаймонзода Файзиддин – ассистентикафедраи микробиология ва вирусологияи муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон». e-mail: shoevf1992@mail.ru, тел.: +992935393944

Солиева Хаётхон Икромхоневна – табиби нефрологи муассисаи давлатии «Маркази тиббии шахрии №2» ш. Душанбе. e-mail: khayothon.solieva@mail.ru, тел.: +992918747891

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

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

Сулаймонзода Файзиддин – ассистент кафедры микробиологии и вирусологии государственного образовательного учреждения «Хатлонский государственный медицинский университета». e-mail: shoevf1992@mail.ru, тел.: +992935393944

Солиева Хаётхон Икромхоневна – врач нефролог государственного учреждения «Городской медицинский центр №2» г. Душанбе. e-mail: khayothon.solieva@mail.ru, тел.: +992918747891

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

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

Sulaymonzoda Fayziddin – assistant microbiology and virology department of the State educational institution “Khatlon state medical university”. e-mail: shoevf1992@mail.ru, phone.: +992935393944

Solieva Khayothon Ikromhonovna – nephrologist of the State institution “City medical center #2”, Dushanbe. e-mail: khayothon.solieva@mail.ru, phone.: +992918747891

ТДУ 615. 1/4

ТАДҚИҚИ ФАРМАКОГНОСТИКӢ, ФИТОХИМИЯВӢ, ФИЗИКО- ХИМИЯВӢ ВА ХОСИЯТҲОИАНТИОКСИДАНТИИ РАСТАНИҲОИ ШИФОӢ ВА РАСТАНИҲОИ ПОЛИМЕРӢ ДАР ТОҶИКИСТОН

Султонов Р.А., Рачабова Д.У., Рачабов У.Р., Юсуфӣ С.Ҷ., Квачахия Л.Л.

Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон МДТ «Пажухишгоҳи тибби бунёди»-и «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», МД «Маркази илмӣ-тадқиқотии фарматсевтии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон», Донишгоҳи давлатии тиббии Курски Федерастсияи Россия

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ, ФИТОХИМИЧЕСКОЕ, ФИЗИКО ХИМИЧЕСКОЕ И АНТИОКСИДАНТНЫЙ СВОЙСТВА ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТЕНИЕ И ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОЛИМЕРОВ В ТАДЖИКИСТАН

Р.А. Султонов, Д.У. Раджабова, У.Р. Раджабов, С.Дж. Юсуфи, Л.Л. Квачахия

Хатлонский государственный медицинский университет ГОУ «Научно – исследовательский институт фундаментальной медицины» «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан», «Курский государственный медицинский университет»

Аннотация. Показано, что параметры вращательной диффузии радикала, присоединенного фрагментам образцов, меняются. Значит спектральные параметры: ΔH_0 , ΔH_{+p} , ΔH_{-l} ширины соответственно центральной, низкопольной и высокопольной компонентов спектра, h_0 , h_{+l} , h_{-l} интенсивности компонентов в зависимости от образцов изменяются. Методом электронного парамагнитного резонанса (ЭПР) с использованием спиновой метки исследована молекулярная динамика сумма лекарственных растение (ЛС), выделенного из алайского золотого корня и природного лекарственного растение на Таджикистане. Установлено, что при комнатной температуре у модифицированных образцов происходит заторможенность движений спиновой метки с вре-

менем корреляции $\tau_c \leq 10^{-8}$ и, в целом, спектры ЭПР уширяются, что свидетельствует об увеличении подвижности нитроксильного фрагмента.

Ключевые слова: полифенол, алкалоиды, сапонины, ЭПР, спиновая метка, молекулярная динамика, сумма флаваноидов, вращательной диффузии радикала, время корреляции, антиоксиданты.

STUDY OF PHARMACOGNOSICAL, PHYTOCHEMICAL, PHYSICAL CHEMICAL AND ANTIOXIDANT PROPERTIES OF MEDICINAL PLANT AND MEDICINAL POLYMERS IN TAJIKISTAN

R.A. Sultonov, D.U. Rajabova, U.R. Rajabov, S.J. Yusufi, L.L. Kvachahia
«Khatlon State Medical University» SOI «Scientific Research Institute of Fundamental Medicine», «Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino»,
SI «Research Pharmaceutical Center of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan», «Kursk State Medical University»

Abstract. This means that the spectral parameters: ΔH_0 , ΔH_{+P} , ΔH_{-1} are the widths of the central, low-field and high-field components of the spectrum, respectively, h_0 , h_{+P} , h_{-1} – the intensities of the components change depending on the samples. It has been found that at room temperature, the modified samples exhibit inhibition of spin label movements with a correlation time $\tau_c \leq 10^{-8}$ s. The molecular dynamics of the sum of flavanoids (FL), propolis (P-2), isolated from the Alai golden root and natural *mumiyo officinalis* in the Tadjikistan, was studied by the method of electron paramagnetic resonance (EPR) using a spin label. It is shown that the parameters of rotational diffusion of the radical attached to sample fragments change.

Key words: polyphenoly, alcoloidy, saponiny, EPR spin label, molecular dynamics, sum of flavonoids, propolis, rotational diffusion of the radical, correlation time, antioxidants.

Мухимияти кор. Фитохимия яке аз самтҳои асосии фанҳои фарматсевтӣ ба ҳисоб рафта, таркиби химиявии растаниҳои дорувориро меомӯзонанд. Фармакогнозия яке аз фанҳои муҳим дар соҳаи дорусозӣ ба шумор рафта таркиби физико-химиявӣ, биологӣ ашёи хоми растаниҳои шифоиро дар бар мегирад. Мақолаи навбатии мо аз он иборат аст, ки муайян намудани таркиби сифати ва миқдори ва полифенолӣ, ҳосиятҳои антиоксидантии як қатор намудҳои ҷоқала (*INULA L*) аст. Омӯзиши параметрҳои физикаю химиявии як қатор гиёҳҳои дар қаламрави Тоҷикистон руёндашуда бо усули спектроскопияи РЭП оварда шудааст. Дар адабиётҳои зерин усулҳои стандартизатсия ва таҳлилҳои гуногуни фарматсевтӣ муайян кардани аслият ва сифат, ки ба талаботи валидатсионӣ оварда шудааст [1-4]. Растаниҳои доруворӣ ҷоқала (*INULA L*) ва дигар растаниҳои доруворӣ бо усули спектроскопияи Резонанси Электро Парамагнитӣ ҳосияти баланди антиоксидантӣ гувоҳи медиҳанд. Дар ин қисми кор мо таркиби полифенолӣ ва фаъолияти антиоксидантии растаниҳои шифоиро муайян кардем, зеро захираҳои он дар Тоҷикистон хеле зиёданд, ин имкон медиҳад, ки саноати дорусозӣ бо ашёи хом таъмин карда шавад. Дар айни замон фитохимия, илми таркиби химиявии растаниҳои муҳимтарини илми ҷаҳон мебошад, ки натиҷаҳои тадқиқоти он ҳам дар химияи назариявӣ ва амалӣ ва ҳам дар тиб, косметология ва хочагии кишлок. Ба ин муносибат вазифаи тадқиқоти мо

аз он иборат аст, ки сифатан омӯхтани таркиби фитохимиявии растаниҳои шифоӣ бо мақсади ба сифати ашёи хоми маводҳои доруворӣ таъмин намудани бозори фарматсевтӣ дохила (ҶТ) мебошад. Омӯзиши параметрҳои физикаю химиявии як қатор гиёҳҳои дар қаламрави Тоҷикистон руёндашуда бо усули спектроскопияи РЭП оварда шудааст. Муайян карда шуд шумораи радикалҳои озод дар баргҳо, гулбаргҳо растаниҳои шифоӣ, ки дар шароити доимо дучор омадан ба заминаи радиатсионии табиӣ ва техногенӣ, яъне изотопи табиӣ, ки маҳсули фанҳои дар натиҷаи озмоишҳои гуногун дар ҳокҷойгир шудаанд, бо усули спектроскопияи Резонанси Электромагнитӣ Парамагнитӣ (РЭП) ҳосияти баланди антиоксидантӣ як қанд намуди растаниҳои шифоӣ гувоҳи медиҳанд. Масъалаи такмил додани таҳлили фармакопоявии маводҳои доруворӣ прополис, ки стандартизатсияи онҳо ба тариқаҳои муносири таҳлил мувофиқат намекунад стандартизатсия намудани онҳо бидуни истифодаи намунаи стандартӣ ва ба параметрҳои валидатсионӣ дар силсилаи «ашёи хом - дору» пурра ҷавобгӯ намудан масъалаи актуалӣ аст [5,6,7,8,9,10] омӯхта низ шуданд хусусиятҳои РЭП - спектроскопии таркибҳои қоқу, алахусус, баргҳо ва гулбаргҳои гул, вобаста аз маҳалли рушд,

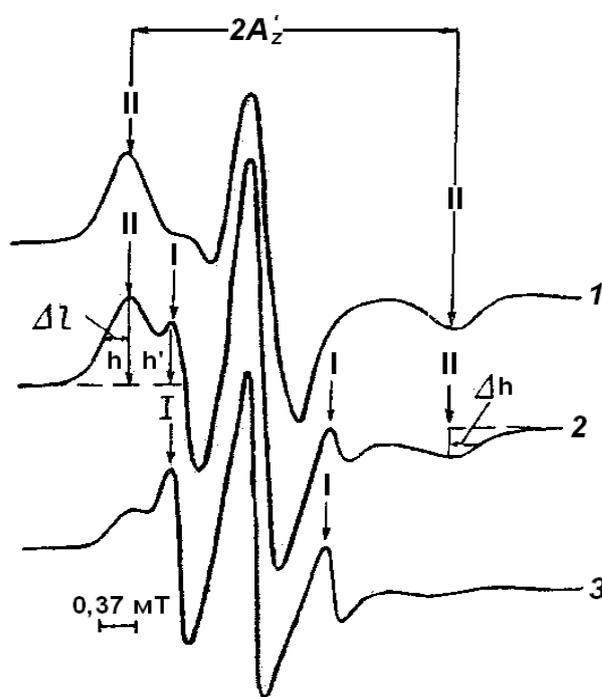
Мақсади кор. Тадқиқи фитохимиявӣ, физико-химиявӣ ва ҳосиятҳои антиоксидантии растаниҳои шифоӣ дар Тоҷикистон бо усули РЭП.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон, кафедраи химияи фармасевтӣ ва заҳриносӣ, Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», Муассисаи давлатии «Маркази илмию тадқиқотии фармасевтии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон» ва лабораторияи спектроскопияи молекулавии Институди физикаю техникаи ба номи С.У. Умарови АМИТ гузаронида шуд.

Натиҷа ва муҳокимаҳо онҳо. атиҷаҳои таҳқиқот оид ба сохтори селлюлозаи микрокристаллии, нахҳои зағир ва фиброини абрешими табиӣ (ФАТ) ва якчанд растаниҳои шифоие, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон руянда бо усули нишонаи спина ва РЭП оварда шудаанд. Хусусияти сохтори физико-химиявии селлюлоза (қонуниятҳои сохтори занҷирҳо ва самти мутақобилаи онҳо, системаи робитаҳои гидрогени байни ва дохили молекулавӣ, дараҷаи кристаллӣ ва ғ.) Маҷмӯи хосиятҳои механикӣ ва технологияи онро муайян мекунад. Дар ин робита, ба назар чунин мерасад, ки таҳқиқи муқоисавии сохтори молекулавии селлюлозаи микрокристаллии (СМК) пайдоиши гуногун муҳим аст.

Дар расми 1 спектри намунаи спин нишондорӣ СМК-ро дар ҳарорати 293, 333 ва 373К нишон медиҳад. Тавре ки мушоҳида мешавад, спектрҳои РЭП дар ҳароратҳои зикршуда ҷузъҳои зуд ва оҳиста даврзанандаро дар бар мегиранд.

Ҳамин тариқ, препаратҳои СМК аз найшакари шакар аз ҷиҳати хусусиятҳои динамикӣ нисбат ба СМК аз селлюлозаҳои растаниҳои полимерӣ



Расми 1- Спектраҳои СМК-и ресандагӣ аз растаниҳои полимерӣ дар ҳарорати 293 (1), 333 (2) ва 373 К (3) ва нисбии P / Ps = 0.96. Тирҳои ҷузъҳои радикалҳои босуръат (I) ва оҳиста даврзананда (II) -ро нишон медиҳанд.

(пахта) ва ҷӯб камтар фармоиш доранд, ки ин бо хусусияти ташаккули сохтори физикӣ дар раванди биосинтези макромолекулаҳои он алоқаманд аст.

Таҳлили натиҷаҳои омӯзиши селлюлоза зағир ба мо имкон медиҳад, ки чунин хулосаҳо барорем. Селлюлозаи зағир, дар муқоиса бо растаниҳои доруворӣ, дорои миқдори тақрибан 2-3 маротиба камтари спинҳо ба як грамм намуна ва ҳиссаи

Ҷадвали 1

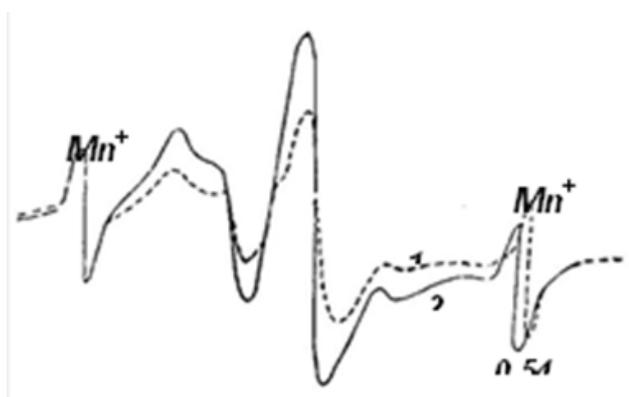
Параметрҳои спектрҳои РЭП-и СМК-и спин нишонгузорӣ дар ҳароратҳои гуногун

T, K	СМК аз растаниҳои полимерӣ			СМК аз растаниҳои доруворӣ			СМК аз селлюлозаи ҷӯб		
	2A', Гс	DI, Гс	h'/h	2A', Гс	DI, Гс	h'/h	2A', Гс	DI, Гс	h'/h
293	68,82	4,44	-	66,97	5,55	1,13	65,12	3,70	1,88
373	67,34	4,44	4,67	р.т.ч.	р.т.ч.	0,62	60,68	3,70	1,00
333	66,60	4,44	1,45	р.т.ч.	р.т.ч.	-	59,57	4,07	0,60
353	64,38	4,81	0,73	р.т.ч.	р.т.ч.	-	56,61	4,07	0,40
373	р.т.ч.	р.т.ч.	0,46	р.т.ч.	р.т.ч.	-	57,35	3,70	0,36
393	р.т.ч.	р.т.ч.	0,33	р.т.ч.	р.т.ч.	-	55,50	5,18	0,30
273	70,67	4,44	-	68,82	4,81	2,40	66,60	3,33	-
243	70,67	4,81	-	70,76	4,44	-	70,67	3,70	-
213	71,04	5,92	-	73,26	5,55	-	72,50	4,44	-
183	71,78	5,92	-	72,89	6,66	-	70,30	5,18	-
153	71,78	6,29	-	71,04	7,40	-	70,67	5,92	-

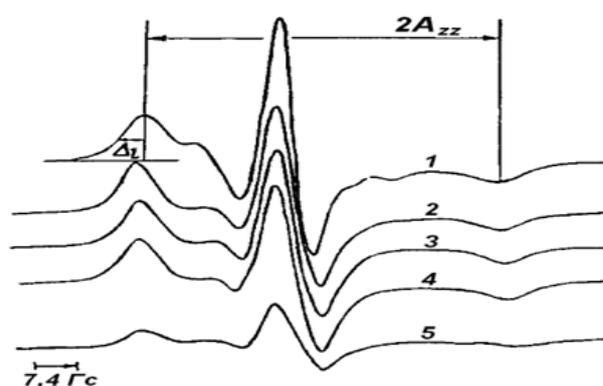
Эзоҳ: радикали тез ҷарҳзананда - ҷузъ аз гардиши зуд

Хусусиятҳои намунаҳои омӯхташуда аз рӯи маълумоти РЭП

Намунаҳои нахҳои пахтагӣ ва катон (нахҳо, зағир)	Вақти нитрат-си, дақ.	Вақти корре-лятси дар 373К, 10-9с	Энергетикаро фаъол кардани ҳаракатнокии нишонаҳои спини Еэфф, кДж/моль	Миқдори спинҳо дар 1 грамм намуна, 1017спин / г.	Ҳиссаи ҳаҷми минтақаҳои нишонаи спинӣ нисбат ба массаи умумии интиҳоб
«108-Ф»	-	7,3	10,5	25,8	1,00
«Ташкент-1А»	-	6,7	10,9	16,5	0,7
Зағири костра бенитратсия	-	8	14	7,5	0,33
Зағири костра бонитратсия	2	13	10,1	19	0,82
	5	27	9,2	11,2	0,47
	10	27	9,2	17,5	0,75
	40	27	9,2	7,6	0,33



Расм 2 - Спектри РЭП дар 353К селлюлозаи аз зағири костра (гулханҳо) омода шуда 1 ва маҳсулоти нитрати он: 2 (2 дақ.), 3 (5 дақ.), 4 (10 дақ.) ва 5 (40 дақ.).



Расми 3 - Спектри РЭП зонд-спин, ки ба минтақаҳои аморфии нахӣ (мисра) зағири кӯҳна (1) ва нахи (дарахтони зағир) аз дарахтони зағир, ки бо усули физикӣ-кимиёвӣ омода шудааст (2).

ҳаҷми минтақаҳои бо ришта нишондодашуда ва арзиши калони вақти ҳамбастагӣ мебошад. Ин нишон медиҳад, ки миқдори ками минтақаҳо бо дараҷаи ками фармоишии сохторӣ барои ворид кардани нишонаҳои спинӣ мавҷуд аст. Афзоиши вақти ҳамоҳангӣ дар бораи зиёд шудани зичии бастабандии макромолекулаҳо дар маҳалли ҷойгиршавии нишонаҳои спин хулоса мебарорад.

Барои омӯختани минтақаҳои аморфии нахҳои растаниҳои доруворӣ, ки аз трестҳои усулҳои гуногуни омадасозӣ ба даст оварда шудаанд, мо радикали устувори нитроксилро ҳамчун чарх задани спин истифода кардем.

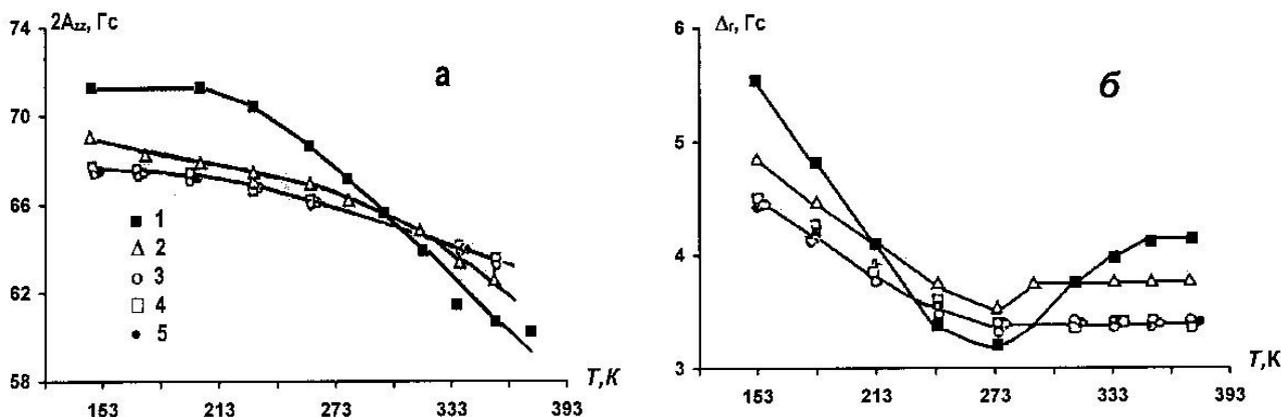
Интиҳоби чунин радикал аз он сабаб ба амал омадааст, ки зондҳои радикалии нитроксил асосан дар минтақаҳои аморфии полимерҳо, бидуни нопок ба кристаллҳо ҷойгир шудаанд.

Дар ин ҳолат, константи суръати гидролиз бо зиёд шудани ҳаракатнокии нишонаҳои

спинӣ, ки дар натиҷаи афзоиши сустии сохтори супрамолекулавӣ ба вучуд омадааст, меафзояд. Чунон ки аз чадвали 2 дида мешавад, нахҳои зағир, ки аз трестҳои усулҳои гуногуни тайёркунӣ ба даст оварда шудаанд, аз якдигар ва аз нахи баст бо рафтори худ дар реаксияи гидролизи кислотаи гетерогенӣ фарқ мекунанд.

Дар кучо: $\nu = \frac{1}{\tau}$ - бузургии, номгуи «тобхурии басомад» ирадикал; \overline{K} - константаи суръати ҳаракати гидролиз.

Ҳамин тариқ, усули тайёр кардани маводҳои дорувори ватани аз аёшҳои хоми растаниҳои шифои ҳам ба таркиби кимиёвии реактивӣ ва ҳам ба микроструктураи нахи аз он гирифташуда таъсири назаррас мерасонад. Спектрҳои РЭП инъикоскунандаи ҳаракатнокии нишонаҳои спинӣ дар нахҳои абрешими табиӣ дар расми 5 оварда шудаанд. Ҷӣ



Расми 4-Вобастагии ҳароратӣ аз параметрҳои (а) $2A_{zz}$ (а) DI (б) спектрҳои РЭП аз намунаҳои спинии селлюлозаи зағир 1 ва маҳсулоти нитрати он: 2 (2 дак.), 3 (5 дак.), 4 (10 дак.) ва 5 (40). дак.).

Ҷадвали 3

Параметрҳои спектрҳои РЭП-и нахҳои зағир бо нишонаи зондии воридшуда.

Усули истихроҷи нах аз зағир синфҳои К-6	c	$t \cdot 10^{-8}$, сек	$n \cdot 10^{-8}$, сек ⁻¹	Микдори санҷиши спин ба нах воридшудааст, дар %	$K \cdot 10^4$
Паҳн шудан	84	1,3	0,70	3	0,10
Декортикатсия	77	1,1	0,92	7	9,6
Мочка (Таркуни)	80	1,1	0,90	5	0,24
Физикаю химиявӣ (KUPL)	74	1,0	0,96	9	-

тавре ки аз рақамҳо дида мешавад, саҳми асосӣ ба сигнали мушоҳидаи РЭП аз нишонаҳои спин, ки дар минтақаҳои «сахтгар» (фармоишӣ) -и фазаи аморфии нахҳо абрешими табиӣ (АТ) ҷойгиранд, рост меояд.

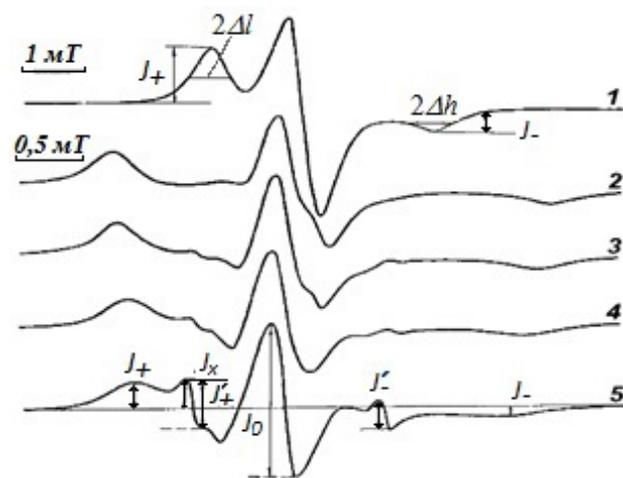
Таҳлили ҳарорат дар паҳноии қуллаҳои шадидро, ки дар майдонҳои заиф ($2DI$) ва қавӣ ($2Dh$) хобиданд, таҳлил карда (расми 5) дида мешавад, ки ин параметрҳои спектралӣ барои намунаҳои ибтидоӣ ва шуоъёфтаи абрешими табиӣ (АТ) то андозае фарқ мекунанд. Гузашта аз ин, табиати ин фарқиятҳо аз ҳаракатҳои бештари пораи нитроксилҳои нишонавӣ ва микроэлементҳои он дар нахҳои нурафкани абрешими табиӣ (АТ) шаҳодат медиҳад.

Омӯзиши параметрҳои динамикии пайвастагиҳои табиӣ растаниҳои шифои бо усули спинишонӣ пешниҳод шудааст. Усулҳои спектроскопӣ яке аз усулҳои асосии мушоҳидаи табдили физико-химиявии молекулаҳои моддаҳо, аз ҷумла ба биополимерҳо мебошанд.

Спектроскопияи РЭП имкон медиҳад, ки пайдоиши марказҳои парамагнитӣ бевосита ҳангоми фаъолияти системаҳои биологӣ дар сатҳҳои гуногуни ташкили сохторӣ ва функционалии онҳо, ба монанди комплексҳои макромолекулавӣ ва сохторҳои зерҳуҷайра ба қайд гирифта шаванд.

Дар ин боб, ин усул барои омӯختани ҷамъшавии радикалҳои озод дар наботот, вобаста ба ҷои афзоиш ва радиатсия, истифода шудааст.

Омӯзиши хусусиятҳои парамагнитии ашёи пайдоиши растани дар бораи механизми ташаккули таркиби моддаҳо дар таркиби растаниҳо иттилооти муҳим медиҳад ва на танҳо манфиати илмӣ, балки манфиати амалӣ низ дорад. Маълум аст, ки



Расми 5- Спектрҳои РЭП-и таршуда ($P/P_s = 0.96$) NSh, ки бо нишона дар ҳароратҳои T, K: 77 (1), 261 (2), 303 (3), 333 (4), 363 (5) тағйир дода шудаанд. $P/P_s = 0.04$.

таъсири биологии радиатсия ба наботот аз воия чаббида вобаста аст.

Шумораи радикалҳои устуворро бо формулаи зерин ҳисоб карданд:

$$C_R = C_{э\tau} \frac{J_0}{J_{э\tau}} \quad (1)$$

ки дар он ҷо: $C_{э\tau}$ миқдори радикалҳои озод дар стандарт, $J_{э\tau}$, J_0 - шиддатнокии спектрҳои РЭП-и стандарт ва намуна мавриди омӯзиш мебошанд.

Дар ҷадвали 4 параметрҳои миқдории спектрҳои РЭП-ро вобаста аз нуктаҳои чамъоварӣ нишон медиҳад (сатҳи радиатсияи фонӣ).

Ҷадвали 4

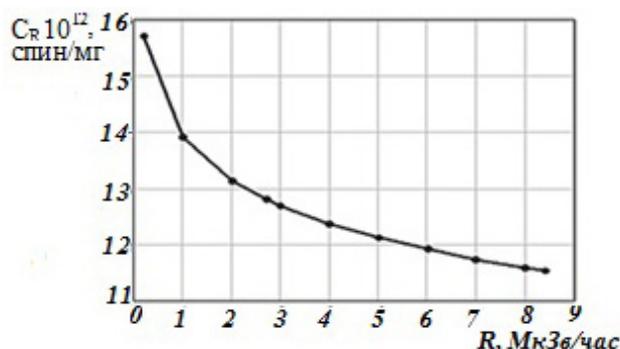
Параметрҳои спектрҳои РЭП ва миқдори марказҳои парамагнитӣ дар баргҳои зарбех аз ҷойҳои гуногуни афзоиш.

Нуктаи чамъоварии намуна, рад.фон.	J_0 , мм	ΔH_0 , мм	CR·1012, спин/мг
нуктаи А, (0,20 мкЗв/ч)	22.0	12	15.7
нуктаи В, (2.70 мкЗв/ч)	18.0	12	12.8
нуктаи С, (8,4 мкЗв/ч)	16.3	12	11.6

Ҳамин тариқ, дар асоси натиҷаҳои бадастомада мо ба чунин хулоса омадан мумкин аст, ки миқдори радикалҳои устувор дар баргҳои зарбех аз шароити экологии минтақаҳои афзоиш вобаста аст, ки заминаи радиатсионии гуногун доранд. Радикалҳои фаъоле, ки тавассути радиатсия тавлид мешаванд, бо радикалҳои устувори табиӣ ба ҳам меоянд. Ҳамин тариқ, шиддатнокии радикали устувор дараҷаи таъсири радиатсияро ба объекти омӯхташуда инъикос мекунад.

Кам шудани шумораи радикалҳои устувор бо афзоиши радиатсия зоҳиран бо реаксияи онҳо бо радикалҳои фаъол ҳосилшуда алоқаманд аст.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда нишон медиҳанд, ки шиддатнокии радикали устувор бо



Расми 6 Вобастагии миқдори C_R радикалҳои озод дар баргҳои зарбех ба қувваи фонӣ радиатсионии минтақа R

зиёд шудани заминаи радиатсионӣ коҳиш меёбад (ҷадвали 5). Аз ин рӯ, ин параметри спектри РЭП метавонад ҳамчун меъёри таъсири радиатсия хизмат кунад.

Инчунин маълумоти мукоисавиро дар бораи шумораи марказҳои парамагнитӣ дар намунаҳои хушки чузӯҳои лансолати чинор (ЛЧ) дар ҳарорати хонагӣ, вобаста аз маҳалли сабзиш нишон медиҳад. Барои муқаррар кардани таъсири макони сабзиши чузӯҳои (ЛЧ) ба ҳосиятҳои сохторӣ ва физико-химиявӣ он, мавҷудияти марказҳои парамагнитӣ муайян карда шуд. Шумораи марказҳои парамагнитӣ бо формулаи (1) муайян карда шуд.

Ҳамин тариқ, дар асоси маълумоти бадастомада ба чунин хулоса омадан мумкин аст, ки чамъшавии марказҳои парамагнитӣ, ки дар таркиби лансолати чинор (ЛЧ) мавҷуданд, ба ҷои афзоиш, ҳолати экологии муҳити атроф ва чузӯҳои растаниҳо вобаста аст. Ҳангоми омӯзиши марказҳои парамагнитии растаниҳо, ҳангоми рамзкушоии спектрҳои РЭП, ки бо анизотропияи ҳамкориҳои гиперфин ва g-фактор алоқаманданд, инчунин имконнопазирии ҷудошавии сигналҳо аз радикалҳои табиати гуногуни кимиёвӣ, аммо бо арзишҳои наздики параметрҳои магнитӣ-резонансӣ мушкилот пеш меоянд.

Спектрҳои РЭП-и намунаҳои барги дорувории мушхор бо спин нишонгузорӣ дар расми 7 оварда

Ҷадвали 5

Параметрҳои спектрҳои ЭПР ва шумораи марказҳои парамагнитӣ дар танаи растани дорувории зарбех

Ҷои чамъкунии намунаҳо	Фони радиатсионӣ, мкЗв/соат	J_0 , мм	ΔH_0 , мм	$C_R \cdot 10^{12}$, спин/мг
нуктаи А	0.12	25	16	17.8
нуктаи В	0.22	22	13	15.7
нуктаи С	0.70	14	13	10,0
нуктаи D	2.40	9	13	6.40

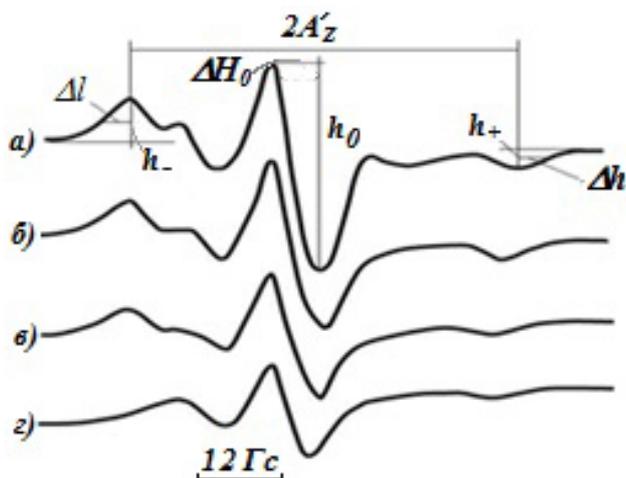
шудаанд. Аз расм дида мешавад, ки бо зиёд шудани заминаи радиатсия, воридшавии нишонаи чарх (R) ба намунаҳо коҳиш меёбад (каҷ г). Концентрацияи нишнаҳои спин бо роҳи муқоисаи шиддатнокии спектри намуна ва маҳлули эталонии об-глицерин радикалӣ (I) дар 77 К мувофиқи формула муайян карда шуд:

$$R_{\text{нам}} = R_{\text{эт}} \frac{h_{\text{нам}} (\Delta H_{\text{нам}})^2}{h_{\text{эт}} (\Delta H_{\text{эт}})^2} \quad (2)$$

Аз расми 7 бар меояд, ки спектрҳои РЭП-и радикалҳои барги дорувории мушхор дар зери радиатсияи сусти васеи спектри аз радикали саҳт манъшуда ва чузъи сусти шадид аз радикали сусти манъшуда. Чузъи охирин бо зиёд шудани заминаи радиатсионӣ нопадид мешавад. аз ду сигнали тақрори иборат мебошанд. Чунин тахмин кардан мумкин аст, ки дар таркиби барг минтақаҳои катъии фармоишӣ ва бенизом мавҷуданд, ки дар онҳо радикалҳо озодтар гардиш мекунад.

Эҳтимол дорад, ки ин сайтҳо барои радикал аз сабаби кам шудани шумораи гурӯҳҳои гидроксил ва марказҳои парамагнитӣ дар сохтори растани дастнорасанд. Концентрацияи тамғакоғазҳои спиниро бо роҳи арзёбии саҳми ҳамкориҳои дипол-дипол байни нишнаҳои спин нитрооксил ба шакли спектрҳои РЭП муқаррар кардан мумкин аст. Бо дарназардошти он, ки чузъи оҳиста даврзананда ба аломатҳои дар қисмҳои «саҳт» -и минтақаи аморфӣ ҷойгиршуда ишора мекунад ва аломатҳои босуръат даврзананда дар ҷойҳои «фучур» ҷойгир карда мешаванд. Барои арзёбии ин ҳамкорӣ, параметри спектри h'/h муайян карда шуд.

Натиҷаҳо нишон медиҳанд, ки параметр бо афзоиши сатҳи радиатсия аз 0,40 то 0,17 коҳиш



Расми 7. РЭП спектрҳои спин нишоншудаи баргҳои дорувории мушхор вобаста аз фони радиатсионии макони сабзиш дар мк Зв / соат:
а) 0,2, б) 0,7, в) 2,7, г) 8,4

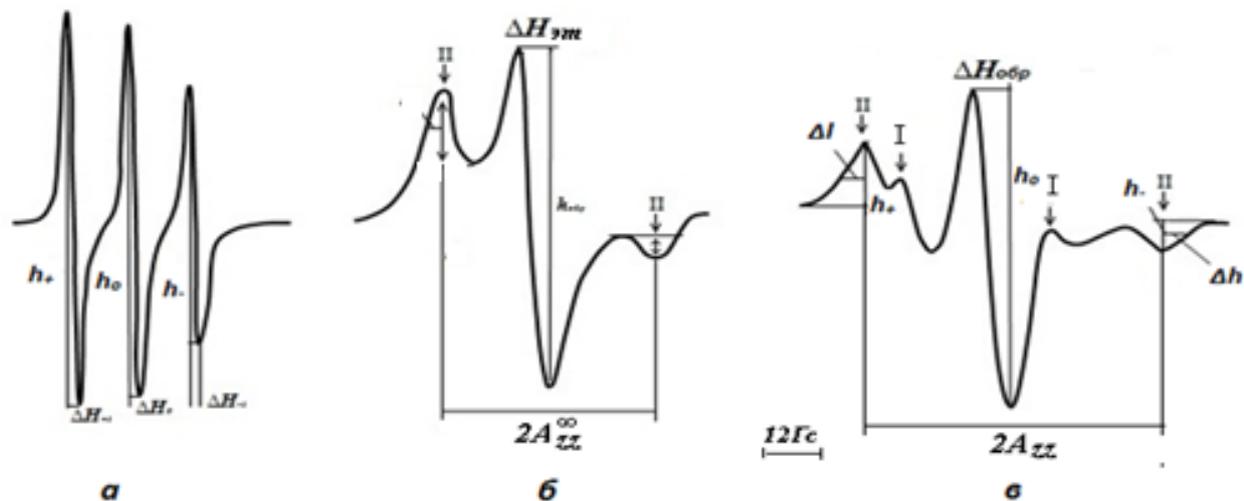
меёбад, ки ин зоҳиран ба он вобаста аст, ки радикалҳои тавлидшуда пеш аз ҳама бо нишнаҳои дар ҷойҳои фучуртар реаксия мекунад.

Биёед параметрҳои спектри $2A'z$ ва Δl -ро таҳлил кунем, ки дар бораи гардиши тег маълумот доранд. Бояд қайд кард, ки чузъҳои камзамин ва баландсоҳа яқранг васеъ карда шудаанд. Густариши якхела набудани хатҳо одатан бо якхела набудани сохтори матритсаи омӯхташуда алоқаманд аст, ки ин метавонад ба он вобаста бошад, ки қисматҳои гуногуни сохти растаниҳо ба радиатсия гуногун муносибат мекунад. Аз ин рӯ, параметрҳои спектралӣ, ки бо чузъҳои фавқуллодаи васеи пӯсидаи якхела васеъшуда чен карда мешаванд, дар маҷмӯъ, хусусиятҳои миёнаи рафтори нишнаҳои NR дар микроэлементҳои гуногун мебошанд.

Параметри $2A'z$ ҳангоми зиёд шудани заминаи радиатсионӣ коҳиш меёбад, ки ин аз афзоиши ҳаракатҳои барчаспҳои НР шаҳодат медиҳад. Тағирёбии паҳнои параметри камчархзани бо тағирёбии сатҳи радиатсия аз рӯи ҳамон қонунҳое ба амал меояд, ки барои системаҳои гетерогенӣ хосанд, яъне, натиҷаи суперпозицияи ду раванд аст: тангшавии тақсимоти Гаусс дар басомадҳои резонансӣ бо сабаби ҳаракатҳои микроскопӣ хурд дар ҳарорати пасти муҳити атроф ва васеъ шудани Лоренс сигнали гардиши гардиш. Аз ин рӯ, афзоиши заминаи радиатсионии минтақа ба афзоиши ҳаракатҳои тамғаҳои радикали нитроксиди оварда мерасонад, яъне. то коҳиш ёфтани микрогардиши матритса дар ҷойҳои локализатсияи аломатҳои он. Арзёбии басомадҳо ва параметрҳои фавқулодаи гардиши гардишҳои растаниҳои тағйирёфта имкон медиҳад, ки ҷи гуна заминаи радиатсионӣ ба хосиятҳои молекулавии динамикии растаниҳо таъсир расонад.

Вақти таносуби гардиши τ_c нишнаҳои спин аз рӯи тағйироти нисбии параметрҳои спектралӣ $2A'z$ бо истифодаи муодилае муайян карда мешавад, ки барои гардиши изотропии пораи нитроксиди тамғаи спин бо механизми диффузияи Броунӣ эътибор дорад. Дар омӯзиши намунаҳои барги бурс, монандии умумии спектрҳои РЭП аз ҳамаи нуктаҳои ҷамъоварӣ муқаррар карда шуд. Аммо, тавре ки аз расми 8 дида мешавад, ҳангоми тағйирёбии параметрҳои реле, спектрҳои РЭП барои намунаҳои спин нишонгузорӣ аз ҳамдигар фарқ мекунад.

Чузъи спектри I ба радикали босуръат даврзананда, чузъи II ба чузъи суст даврзананда ишора мекунад. Аз рӯи ин маълумот параметрҳои зерини спектри намунаҳои спин дар ҳарорати



Расми 8. Спектрҳои РЭП: *a* - радикали озоди нитроксил (I) дар маҳдули спирт бо концентратсияи 0,004 моль / литр; *б*-стандарт (маҳдули 50% об-глицерин дар 77 К; *в* - барги лӯлии бо сп-нишонгузори дар 293К.

хонагӣ муайян карда шуданд: $2A'_z$ - масофаи байни экстремаи беруна; ΔI ва Δh - мувофиқан, дар паҳнои паст ва баланд, нисфи паҳнои хат; h^+/h^- - ин таносуби амплитудаҳои хатҳои пасти майдони нишонспинҳои суғ ҳаракатшуда ва ΔH_0 - паҳнои хати чузби марказии спектр, инчунин вақтҳои коррелятсия мебошад.

Дар ҷадвал 7 параметрҳои спектрҳои РЭП-и баргҳои дорувории мушхор бо риштаи нишона вобаста ба заминаи радиатсионии майдони парваришро нишон медиҳад. Аз ин ҷадвал ва расми 8 бармеояд, ки барои лӯндарак параметрҳо ва спектрҳои ЭПР вобаста ба заминаи радиатсия тағир меёбанд ва параметрҳои аломатҳои босуръат ва оҳиста даврзананда, ки ба радикали босуръат даврзананда алоқаманданд (бо тирҳои I дар расми 7 ишора шудааст). махсусан ҳассос аст, ки пайдоиши чузби нави сигнали РЭП 0,1ро, ки ба радикали босуръат даврзананда марбут аст (бо тирҳои I дар расми 8 нишон дода шудааст) тавсиф мекунад. Ин дар спектри намунаҳои таҳқиқшаванда пайдо шудани сохтори гиперфин (СГФ) -ро нишон медиҳад,

ки бо коҳиш ёфтани чузҳои паст ва баландсоҳаи сигнали ЭПР ва тағирёбии системаи пайвандҳои гидрогении байни ва дохили молекулавӣ дар минтақаи замима шудани тамға алоқаманд аст.

Масъалаи такмил додани таҳлили фармакопёявии маводҳои дорувории прополис, ки стандартизатсияи онҳо ба тариқаҳои муосири таҳлил мувофиқат намекунад стандартизатсия намудани онҳо бидуни истифодаи намунаи стандартӣ ва ба параметрҳои валидатсионӣ дар силсилаи «ашъёи хом - дору» пурра ҷавобгӯ намудан масъалаи актуалӣ аст [5,6,7,8,9,10] омӯхта низ шуданд хусусиятҳои РЭП - спектроскопии таркибҳои коку, алахусус, баргҳо ва гулбаргҳои гул, вобаста аз маҳалли рушд.

Ҳамин тарик, дар асоси натиҷаҳои бадастомада ба чунин хулоса омадан мумкин аст, ки: - дар РЭП спектрҳои нишонаҳои спиндор дар сатҳи баланди заминаи радиатсионӣ коҳиш ёфтааст,

- кам кардани паҳнои чузҳои каммайдон ва баландмайдон ва Δh ; бо шитоби гардиши нишонаҳо алоқаманд аст, ки эҳтимолан бо тағирёбии

Ҷадвали 6

Параметрҳои РЭП спектрҳои баргҳои дорувории мушхор бо спин нишондода вобаста ба заминаи радиатсионии ҷои афзоиш / Заминаҳои радиатсионӣ дар нуқтаҳои А, В, С, D дар сарлавҳаҳои расми 7 нишон дода шудаанд.

Ҷои сабзиш	ΔI , Гс	Δh , Гс	ΔH_0 , Гс	$2A'_z$, Гс	h^+/h^-	$\tau_c \cdot 10^{-8}$ с	$R_{обр} \cdot 10^{16}$ спин/г
нуқтаи А	12	10.8	24	218	0.4	0.47	22
нуқтаи В	9.6	10	21.6	210	0.25	0.41	13
нуқтаи С	8.4	7.2	18	204	0.17	0.36	5.3
нуқтаи D	7.2	5.6	16.8	177	-	0.25	3.7

Эзоҳ: $R_{обр}$ - Ин шумораи нишонҷархзани пайваштшуда

харакатҳои конформатсионии молекулаҳои дорувории мушхор алоқаманд аст,

– баргҳои дорувории мушхор дар зерини таъсири радиатсия, аз афтиш, оксид мешаванд, ки эҳтимол онро ионҳои металлҳои биогении дар онҳо мавҷудбуда катализатсия мекунад.

– дар спектрҳои РЭП монешавӣ ва тангшавии спектр камтар мушоҳида мешавад, яъне камшавии баъзе параметрҳои спектралӣ ба монанди ΔH_0 , ΔH_{+1} , ΔH_{-1} - паҳноии марказии майдони пастро ифода мекунад ва ҷузъҳои баланди майдони спектр мутаносибан h_0 , h_{+1} , h_{-1} – шиддатнокии ҷузъҳои спектр бо $M=0, +1, -1$ ва вақти коррелятсияи (τ_c) аломатҳои спинӣ мушоҳида мешавад;

– зиёдшавии ҳаракатнокии намунаи нитроксилӣ дар моддаи таҳқиқшаванда зиёдшавии ҳосияти антиоксидантии моддаро нишон медиҳад.

– ҳангоми камшавии вақти коррелятсионӣ зиёдшавии ҳаракатнокии макромолекулаи физико-химиявии онҳо мушоҳида мешавад ва ин аз зиёдшавии ҳосияти антиоксидантии моддаҳои дар таркиби растаниҳои шифои мавҷудбудагувоҳӣ медиҳад.

АДАБИЁТ

1. Фитохимические и фармакологические свойства лекарственных растений из Узбекистана [Текст] // Журнал лекарственных растений. – 2017. – Т.5, Вып. 2. – С.76-82.

2. Флора Таджикской ССР. – Л.: Наука, 1986. – Т.9. – 434 с.

3. Хаджиматов М. Дикорастущие лекарственные растения Таджикистана [Текст] / М. Хаджиматов. – Душанбе: Маориф, 1989. – С.288-290.

4. Шагиахметов Ю.С. Фармакологическая характеристика препаратов растений рода *Inula* и их применение в ветеринарной медицине [Текст]: Автореф. дис. ... д-ра вет. наук / Ю.С.Шагиахметов. – Троицк, 2000. – 35 с.

5. Раджабов У.Р., Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Юсупов И.Х., Хайдаров К.Х. Синтез и биологические свойства цинкаса и его исследование методом спиновых меток. Известия АН РТ 2017. №4 - С.97-106.

6. Раджабов У.Р., Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Юсупов И.Х., Хайдаров К.Х. Антиоксидантное действие железа (II) с ацетилцистеином и его исследование методом спиновых меток. ДАН РТ, 2018, т.61, №9-10, С. 788-793.

7. Турова А.Д., Лекарственные растения СССР и их применение. М.: Медицина, 1974, с. 424.

8. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Навруззода Г.Ф., Юсуфов И.Х., Бахтдавлатов А.Д. Исследование и влияние экологических факторов на вращательную подвижность спинмеченного лекарственного растения ферулы воночей (FERULA ASS– FOE-

TIDAL.) Наука и инновация. -2023. №1. - С.87-79

9. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Навруззода Г.Ф., Юсуфов И.Х. Исследование антиоксидантных свойств суммы флавоноидов, прополиса и мумиё лекарственного методом ЭПР. Наука и инновация. -2023. №1. - С.75-79

10. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Навруззода Г.Ф., Юсуфов И.Х. Исследование молекулярной структуры девясила высокого в зависимости от концентрации перекиси водорода методом спиновых меток Наука и инновация. -2023. №1. - С.62-66

Султонов Рауфшон Азизкулович – Донишгоҳи давлатии тиббии Халтлон, мудири кафедраи биохимия ва биологияи тиббӣ, номзади илмҳои фарматсевтӣ и.в дотсент. 735320., Чумхурии Тоҷикистон ноҳияи Данғара. кучаи Исмаи Шариф 3 Телефон: **93-919-07-44**. E-mail: **raufsultonov@mail.ru**

Раҷабова Дурдона Умаралиевна – Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибн Сино, унвончуи кафедраи химияи фарматсевтӣ ва захриносии. **Суроға:** 734003, Чумхурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рудақӣ 139.

Раҷабов Умаралӣ Раҷабович – Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибн Сино, профессори кафедраи химияи фарматсевтӣ ва захриносии, доктори илмҳои химия, профессор. **Суроға:** 734003, Чумхурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рудақӣ 139. Телефон: **(+992) 907-46-48-29**. E-mail: **umarali55@mail.ru**

Юсуфӣ Саломиддин Чаббор – Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибн Сино, доктори илмҳои фарматсевтӣ, профессор, академик АМИТ. **Суроға:** 734003, Чумхурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рудақӣ 139.

Квачахия Лексо Лорикович – МДТВТХИ «Донишгоҳи давлатии тиббии Курск»-и Вазорати тандурустии Федератсияи Русия, доктори илмҳои фарматсевтӣ, дотсент, мудири кафедраи химияи фарматсевтӣ, токсиколог ва аналитикӣ. **Суроға:** шаҳри Курск, Русия, кӯчаи Карл Маркс, х.3. Телефон: **+79997450222**. E-mail: **Lekso82@yandex.ru**

Султонов Рауфҷон Азизкулович – Хатлонский государственный медицинский университет, заведующий кафедрой биохимии и медицинской биологии, кандидат фарм.наук, и.о. доцента. 735320, Республика Таджикистан, Дангаринский район, ул. Исмаи Шариф – 3. Хатлонский государственный медицинский университет. Телефон: **93-919-07-44**. E-mail: **raufsultonov@mail.ru**

Раҷабова Дурдона Умаралиевна –Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, соискатель кафедры фармацевтической и токсикологической химии. **Адрес:** 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе.проспект Рудаки 139.

Раҷабов Умарали Раҷабович – Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, профессор кафедры фармацевтической и

токсикологической химии, доктор химических наук, профессор **Адрес:** 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе. проспект Рудаки 139. Телефон: (+992) 907-46-48-29. E-mail: umarali55@mail.ru

Юсуфи Саломиддин Джаббор - Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, доктор фармацевтических наук, профессор., академик НАНТ **Адрес:** 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе. проспект Рудаки 139.

Квачахия Лексо Лорикович – ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, доктор фармацевтических наук, доцент, заведующий кафедрой фармацевтической и аналитической химии. **Адрес:** город Курск, Россия, улица Карла Маркса, д.3. Телефон: +79997450222. E-mail: Lekso82@yandex.ru

Sultonov Rauffjon Azizkulovich- Khatlon State Medical University, Dangara, Tajikistan, candidate of Pharmaceutical Sciences, Head of the Department of biochemistry and medical biology. **Address:** 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe. Prospect Rudaki 139. Phone: 93-919-07-44. E-mail: raufsultonov@mail.ru

Radzhabov Durдона Umaralievich- Tajik State Medical University. Abualiibn Sino, graduate student of the

Department of Pharmaceutical and Toxicological Chemistry. **Address:** 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe. Prospect Rudaki 139.

Radzhabov Umarali Radzhabovich- Tajik State Medical University named after. Abualiibn Sino, Head of the Department of Pharmaceutical and Toxicological Chemistry, Doctor of Chemical Sciences, Professor. **Address:** 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe. Prospect Rudaki 139. Telephone: (+992) 907-46-48-29. E-mail: umarali55@mail.ru

Ysufi Salomiddin Djabbor- Tajik State Medical University named after. Abualiibn Sino, Doctor of pharmaceutical sciences, Professor. academic NAST **Address:** 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe. Prospect Rudaki 139.

Kvachakhiya Lekso L orikovich – Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Kursk State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Doctor of Pharmaceutical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Pharmaceutical and Analytical Chemistry. **Address:** Kursk city, Russia, Karl Marx street, 3. Phone: +79997450222. E-mail: Lekso82@yandex.ru

ТДУ 616-053.2

ХУСУСИЯТҶОИ ҶАРАЁНИ КЛИНИКИИ СИНДРОМИ ГЕМОЛИТИКӢ-УРЕМИКИИ КӢДАКОН

Табарова Н.М., Ашурова Н.С., Шамсов Б.А., Набиев З.Н., Ганиев А.Р.

МД “Маркази ҷумҳуриявӣ илмию клиникӣ педиатрӣ ва ҷарроҳӣ кӯдакона”

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Табарова Н.М., Ашурова Н.С., Шамсов Б.А., Набиев З.Н., Ганиев А.Р.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

В научной статье представлен анализ клинического течения гемолитико-уремического синдрома у детей раннего возраста, возникшего на фоне тяжелых кишечных инфекций. Исследование предоставляет данные о влиянии этого состояния на лечение и период восстановления в клинической среде. Наблюдение за 438 детьми, 41 из которых были диагностированы с данным синдромом, подчеркивает, что своевременное и эффективное лечение может снизить серьезные последствия заболевания.

Ключевые слова: синдром гемолитико-уремический, СГУ, кишечные инфекции, педиатрия.

CLINICAL FEATURES OF HEMOLYTIC-UREMIC SYNDROME IN CHILDREN

Ashurova N.S., Tabarova N.M., Shamsov B.A., Nabiev Z.N., Ganiev A.R.

State Institution «Republican Scientific and Clinical Center for Pediatrics and Pediatric Surgery»

The scientific article presents an analysis of the clinical course of hemolytic-uremic syndrome in young children, which arose against the background of severe intestinal infections. The study provides data on the impact of this condition on treatment and the recovery period in the clinical environment. Observation of 438 children, 41 of whom were diagnosed with this syndrome, emphasizes that timely and effective treatment can reduce the serious consequences of the disease.

Keywords: hemolytic-uremic syndrome, HUS, intestinal infections, pediatrics.

Мубрамият. Синдроми гемолитикӣ-уремикӣ (СГУ) дар кӯдакон то ҳол дар педиатрия ва нефрология як масъалаи мубрам ва ҳалнашуда боқӣ мемонад. СГУ яке аз сабабҳои асосии осеби шадиди гурда (ОШГ) дар кӯдакон буда, бо осеби бисёр узвҳо ва хатари баланди инкишофи бемории музмини гурда дар натиҷаи ин беморӣ ба вучуд меояд [1, 4, 7, 14].

Бояд қайд кард, ки дар ҳолати афзоиши бемории рудаю-меда ва пайдоиши оризаҳо ба монанди СГУ, ташхиси бемории музмини гурда дар кӯдакӣ меафзояд [4,6]. Муайян карда шудааст, ки дар 5-20% кӯдаконе, ки гирифтори СГУ шудаанд, бемории музмини гурдаро ташхисгузори кардаанд, ки дар натиҷа нокомии гурда дар марҳилаи ниҳой ба вучуд меояд [9]. Дар сохтори бемории музмини гурда кӯдакони гирифтори СГУ зиёда 5%-ро ишғол мекунад, ки дар асоси бемори шадиди руда ва меда пайдо мешаванд [2, 8, 13].

Исбот шудааст, ки механизми марказии патогенетикии СГУиносеби эндотелиалӣ мебошад [5, 11]. Норасоии эндотелиалӣ аз зухуроти клинӣ беморӣ пеш меояд, аз ин рӯ арзёбии функсияи эндотелиалӣ аҳамияти муҳими ташхисӣ ва пешгӯӣ дорад [13].

Арзиши пешгӯии нишондодҳои клинӣ ва патогенетикӣ бо арзёбии дисфунксияи эндотелиалӣ ҳангоми СГУ дар кӯдакон ба таври кофӣ омӯхта нашудааст [4, 7, 15].

Маркерҳои клинӣ, ки дар педиатрия барои ташхиси осеби гурда дар СГУ истифода мешаванд,

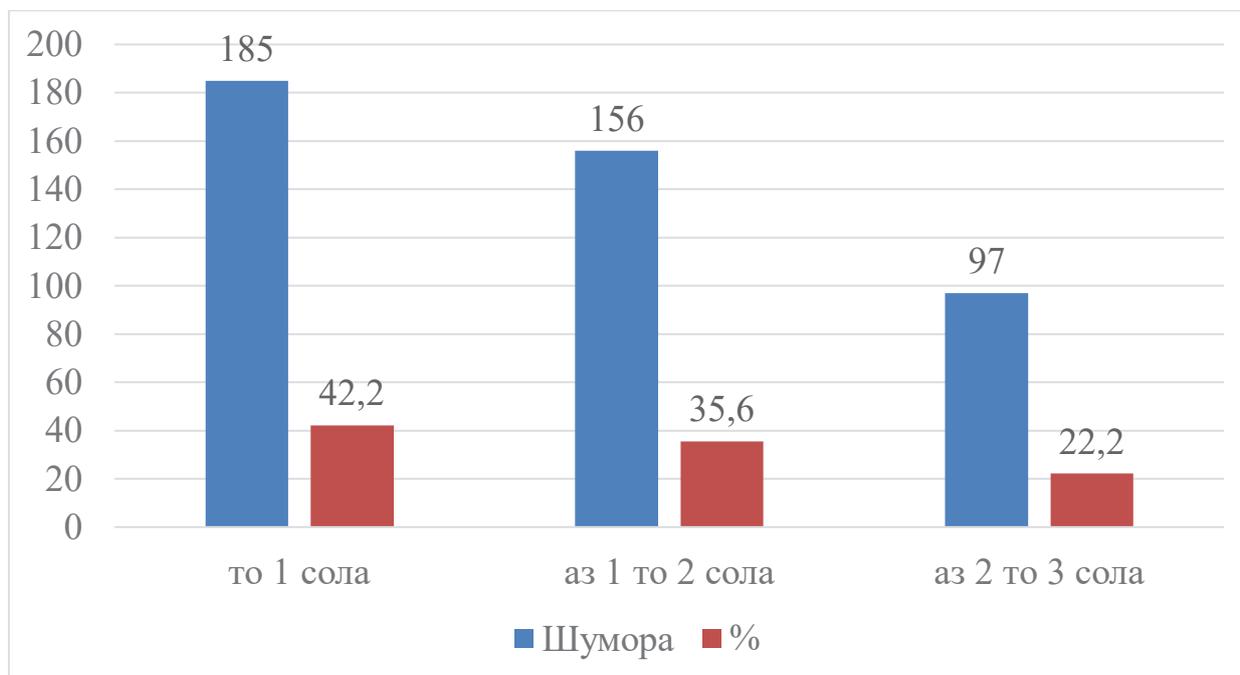
барои арзёбии пешгӯии нуқсони сохторӣ ва функционалии гурда чандон иттилоотӣ нестанд [10, 13]. То имрӯз ягон меъёр барои пешгӯии бемории музмини гурда дар кӯдакони гирифтори СГУ таҳия карда нашудааст.

Ҳамин тариқ, таҳлили корҳои илмӣ нишон дод, ки осеби гурда дар кӯдаконе, ки дар заминаи сироятҳои шадиди рӯда дар кӯдакони хурдсол гирифтори СГУ буданд, омӯзиши минбаъдаро тақозо мекунад.

Омӯзиши омилҳо барои муайян кардани аломатҳои осеби гурда дар асоси бемориҳои руда ва меда, инчунин масалаҳои пешгӯии натиҷаҳо ва ташхиси бемории музмини гурда дар кӯдакони гирифтори СГУ зарур аст.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши зухуроти клинӣ, меъёрҳои ташхис ва самаранокии стратегияҳои табобати СГУ дар кӯдакон бо сироятҳои шадиди руда.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Дар давраи аз соли 2019 то 2022 дар 438 кӯдаке, ки барои сирояти шадиди рӯда табобат гирифтаанд ва 41(9,4%) нафари онҳо бо СГУ-и мураккаб, таҳлили пурра аз рӯй тарихи беморон гузаронида шуд. Табобат ва назорат беморон дар МД«Маҷмаи тандурустии Истиклол» гузаронида шудааст. Дар асоси таҳлили асноди тиббӣ кӯдаконҳо вобаста ба синну сол тақсим карда шуданд. Дар натиҷа, кӯдакони то яксола 185 нафар (42,2%), аз 1 то 2 156 нафар (35,6%) ва 97 нафар (22,2%) кӯдакони аз 2 то 3 соларо ташкил доданд (расми 1).



Расми 1. Тақсими кӯдакон вобаста ба синну сол

Микдори зиёди ҳолатҳои (28 аз 41 беморон) СГУ дар кӯдакони то 3 сола мушоҳида шудааст, ки бо маълумоти адабиёт мувофиқат аст [1, 3]. Дар духтарон ин беморӣ 1,4 маротиба бехтаринкишофи меёбад.

Ба ҳамаи беморон таххиси мунтазамилабораторий (тахлили умумии хун, пешоб, тахлили начосат барои тухми кирм, харошидан барои энтеробиоз ва тахлили биохимиями хун) гузаронида шудаанд. Барои ошкор кардани сабабҳои сироятҳои шадиди рӯда дар ҳамаи беморон таҳқиқоти бактериологии фазла, барои муайяннамудани антигенҳои шигелла, салмонелла, эшерихий, ротавирусҳо дар фазла, занчираи полимеразӣ барои ошкор кардани бактерияҳо ва вирусҳо дар кале, реаксияҳои серологии барои ошкор кардани антителҳои хоси ба бемориҳои дар хун гузаронида шуда аст.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Қайд кардан лозим аст, ки яке аз пешрафти табобат дар ин самт ин баҳогузори ва гузаронидани табобати асоснок метавонад ба коҳиш додани ориза ва фавти кӯдакони синну соли барвакти мегардад. Натиҷатаҳлилҳо нишон доданд, ки дар 3 рӯзи аввал аз оғози сирояти шадиди рӯда, СГУ дар 21 бемор, ки 51,2% беморон, дар давоми 5 рӯз - дар 13 (31,7%) ва аз 6 то 8 рӯз - дар 7 (17,1%) инкишоф ёфтааст (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1

Нишондодҳои аввали синдроми гемолитики дар кӯдакон вобаста аз рӯзи беморӣ

Рӯз	Шумора	%
3 рӯзи аввал	21	51,2
5 рӯз	13	31,7
8 рӯз	7	17,1
Ҳамагӣ	41	100

Таҳлилҳо нишон доданд, ки фарорасии шадиди СГУ дар қисми зиёди мушоҳидаҳо дар рузҳои аввали бистарӣ пайдо шуда ва баъдан камтар ба назар мерасад, ки ин аз нодурусти табобат то бистарӣ ва баҳогузори накардани беморон дар сатҳи муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ мебошад.

Пас аз зуҳури аломатҳои ибтидоии рушди беморӣ, каме вақт гузашт, то илтиҳоби шадиди гастроэнтерикӣ, зоҳир шавад. Дар натиҷа, табобати амбулаторӣ натиҷаҳои назаррас надод, ва беморон ба сатҳи навбатии нигоҳубин барои табобати шадидтар интиқол карда шаванд.

Дар ин гуруҳи беморон нисбатан ба табобати амбулатори саркарда аз сорбентҳо муддати тӯлонӣ истифода мешуданд, доруҳои зиддибактериявӣ таъин карда нашудаанд ё фуразолидон бе таъсир истифода мешуданд ин ҳолат то пайдоиши аломатҳои клиникаи СГУ тағйир намеёбад ва оризаҳои зиёд ба қайд гирифта мешуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти бактериологии начосат танҳо дар 16(39,0%) бемор мусбат буданд. Нишонаҳои клиникаи дар оғози беморӣ пеш аз ҳама табларза, қайқунӣ, дарди шикам, нафаскӯтоҳи дар бар мегирад, дар ҳоле, ки синдроми колитикӣ дар ҳама 100% беморон ва гемоколит танҳо дар 6 нафар мушоҳида шудааст.

Бояд қайд кард, ки нишонаҳои гематурия дар 6 (14,6%) кӯдакон марҳилаи шадиди беморӣ ба вучуд омадааст.

Аломатҳои пешгӯии номусоид дар бар мегиранд:

- анурияи дароз,
- ихтилоли системаи марказии асаб,
- гемолизи шадиди эритроцитҳо,
- камхунӣ,
- гиперкалиемия,
- гемоколит, парези бартарарнашавандаи руда.

Дар 14 (34,1%) кӯдакон осеби системаи марказии асаб таххис карда шуд (караҳтӣ, рагқашӣ, кома), ки зуҳуроти токсикоз, гидрататсия аз ҳад зиёд, тағйироти мубодилаи моддаҳо (атсидоз), вайроншавии электролитҳо - гиперкалсиемия, гипокалиемия (гиперкалиемия) ба ҳисоб мерафт. Гипонатриемия, вайроншавии осмолярии плазмакам муайян карда мешавад. Гипонатриемия ҳам бо талафотизиёди электролитҳо тавассути рӯдаҳо ва гурдаҳо алоқаманд аст. Дар заминаи олигурия ихроҷи натрий аз ҳисоби илтиҳобҳо аз реабсорбсия дар найчаҳо зиёд мешавад.

Аломатҳои ибтидоии осеби системаи марказии асаб ин баланд шудани ҳаяҷон, изтироб, пас аз летаргияи прогрессивӣ, сипас ба кома афтодани беморон мебошанд. Вайроншавии осеби майнаи сар бо нишонаҳои клиникаи асосан дар кӯдакон дар солҳои аввали ҳаёт зоҳир мешуд.

Камхунӣ аломати асосии СГУ мебошад, ки асосан вазнинии онро муайян мекунад, аммо бо умқи осеби гурда алоқаманд нест. Камхунӣ ҳамчун гиперрегенеративӣ тавсиф карда мешавад, бинобар ин, дар санҷиши умумии хун ретикулоцитоз аз ҳисоби паҳншавии фаъол дар мағзи устухон қайд карда мешавад.

Сафеди пӯсти баданмуҳимтарин аломати токсикозҳои бактериявӣ мебошад, ки дар оғози беморӣ инкишоф меёбад ва аз ҳисоби гемолизи

хучайраҳои сурхи хун ва паст шудани сатҳи гемоглобин ба таври динамикӣ афзоиш меёбад. Дар натиҷаи гемоглобинурия, баъзе беморон пешоби қаҳваранг ё сиёҳ доштанд. Волидон ин аломатро ба педиатрҳои маҳаллӣ нишон доданд, аммо ба он эътибори зарурӣ надоданд.

Инфузияи хучайраҳои сурх барои ислоҳи камхунии шадид истифода мешуд. Муҳлати нигоҳдории эр -масса 30 рӯз аст, аммо барои камхунии гемолитикӣ, ки бо СГУ алоқаманд аст, истифодаи 1-3 рӯз дар як рӯз оқилона аст.

Тромбоситопения (камтар аз 100 000/мм³) дар ҳамаи кӯдакон муайян карда шуд, дар 3 ҳолат сатҳи тромбоцитҳо то як хучайра коҳиш ёфт. Миқдори тромбоцитҳо дар хуни периферӣ, чун қоида, бо суръати диурез алоқаманд аст, афзоиши шумораи онҳо дар динамикаи беморӣ пеш аз барқароршавии диурез, ки аломати мусоид аст.

Нишондиҳандаҳои асосии системаи гемостатикӣ, ба истиснои тромбоцитопения, каме тағйир ёфтанд.

Ин нишон медиҳад, ки дар патогенези СГУ ташаккули тромбҳои системавӣ (синдроми вайроншавӣ лахтабанди хун) вучуд надорад ва тромбози рағҳо асосан дар сатҳи гурдаҳо ба амал меояд. Мумкин аст, ки кӯдакон давраи синдроми вайроншавӣ лахтабандии хун дошта бошанд, аммо омилҳои дар ин давраи беморӣ истеъмоли зуд ба ҳолати муқаррарӣ бармегарданд. Тавсия дода мешавад, ки сатҳи муқаррарии фибриноген ва омилҳои коагулятсияро тавассути ворид кардани плазмаи яхқардашудаи тару тоза нигоҳ доред, ки дар он миқдори зиёди онҳо мавҷуданд. Ҳамин тариқ, дар беморони мо вақти коагулятсия, вақти фаълшудаи қисман тромбопластин, сатҳи фибриноген ва миқдорикомплексҳои фибрин-мономерӣ ҳалшаванда, чун қоида, ба арзишҳои назоратӣ мувофиқат мекарданд.

Новобаста аз табобат дар 2 бемор хунравӣ мушоҳида шудааст.

Миқдори нишондодҳои мочевина ва креатинин дар хуноба дар давраи шадиди беморӣ аз нишондиҳандаҳои синну соли назоратӣ хеле зиёд буд (ба ҳисоби миёна 1,5-2 маротиба ё бештар). Шиддати СГУ аз умқи осеби гурда муайян карда мешавад; мувофиқан, ҳолати бемор ва натиҷаи он аз коҳиши фаъолияти гурда вобаста аст. Тавре ки маълум аст, давомнокии анурия пешгӯиро муайян мекунад - чӣ қадаре, ки он тӯлонӣ давом кунад, эҳтимолияти барқарор кардани функцияи гурда камтар аст ва аксар вақт гузариш ба нокомии музмини гурда мушоҳида мешавад [3].

Агар функцияи ихроҷи об аз гурдаҳо нигоҳ дошта шавад (ба ном нокомии шадиди гурдаҳои ғайриолигуриқӣ), ҳатто бо сатҳи баланди мочевина, пешгӯӣ одатан мусоид аст. Марҳилаи олигоанурии СГУ бо варам аз сабаби талафоти моеъ дар наҷосат ва арақ тавсиф намешавад. Протеинурия дар 38% ва микрогематурия дар 70% беморон рух додааст.

Аз соли 2020 мубодилаи плазма дар якҷоягӣ бо гемодиализ дар 21 (56%) беморон гузаронида шуд. Гемодиализ барои беморони дорои функцияҳои ихроҷи нитроген ва об аз гурдаҳо бидуни аломатҳои илтиҳоб таъин карда мешавад, сатҳи азотемияро паст мекунад, гомеостазро дар давоми 3-4 соат ба эътидол меорад, чараҳои маҳлули диализат тавассути филтр 500 мл/дақ аст.

Дар мушоҳидаи мо дар 3 бемор олиго/анурия набуд ва дар давраи шадиди бемори аломатҳои гемолитикӣ ҳукмфармош, дар 3 бемор олиго/анурия то 3 рӯз, дар 8 нафар кӯдак то 8 рӯз, дар 8 нафар давом мекард то 15 рӯз ва дар 3 руз то 20 ва бештар аз он

Ҳамин тариқ, дар беморе, ки давомнокии марҳилаи олигуриқии нокомии шадиди гурда 28 рӯз аст, ки табобати ивазкунандаи гурда гирифтааст, функцияи гурда пурра барқарор карда шуд. Бемори дигар пас аз 42 рӯзи табобати ивазкунандаи гурда нокомии музмини гурда пайдо кард.

Ҳамин тариқ, бо муолиҷаи муосир ва мувофиқи синдроми гемолитикӣ-уремикӣ кӯдакон, ки пас аз сирояти шадиди рӯда ба вучуд омадааст, натиҷа дар 18 (72%) ҳолат барқароршавӣ, дар як ҳолат (4%) гузаштан ба нокомии музмини гурда, дар 6 (24%) - марги беморон.

Хулоса. Аз ин рӯ, СГУ ҳамчун мушкилии сироятҳои шадиди рӯда дар кӯдакон ҳолати таъхирнопазир, вале дар аксари ҳолатҳо бо ташҳиси саривақтӣ ва табобати мувофиқи дифференсиалӣ дар шӯъбаҳои эҳғарӣ мебошад. Агар олигоанурия рух диҳад, пешгӯӣ танҳо ҳангоми истифодаи усулҳои табобати ивазкунандаи гурда мусоид хоҳад буд.

АДАБИЁТ

1. Байко С.В. Гемолитико-уремический синдром, ассоциированный со Streptococcus pneumoniae / С.В. Байко, Е.С. Стрельчя, С.У. Реут // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. – Т. 66, №6. – С. 134-141.
2. Витальная компьютерная морфометрия тромбоцитов при гемолитико-уремическом синдроме у детей / Е.М. Толстова, Х.М. Эмирова, И.А. Василенко [и др.]

// Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2013. – Т. 92, №5. – С. 53-58.

3. Гетерогенность циркулирующей популяции тромбоцитов при гемолитико-уремическом синдроме у детей / Е.М. Толстова, Х.М. Эмирова, О.В. Зайцева [и др.] // Нефрология и диализ. – 2013. – Т. 15, №4. – С. 377.

4. Гончаров, С.С. Морфологическое сравнение тканей нормальной почки с почками при гемолитико-уремическом синдроме / С.С. Гончаров // Forcipe. – 2020. – Т. 3, №S1. – С. 168-169.

5. Клинико-диагностическое значение дисфункции эндотелия и уровня серотонина в крови при гемолитико-уремическом синдроме у детей / Т.П. Макарова, Р.Р. Нигматуллина, Л.А. Давлиева, Ю.С. Мельникова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. – Т. 66, №5. – С. 157-162.

6. Морфологические особенности мазка периферической крови при гемолитико-уремическом синдроме / Л.С. Павленина, Д.Ю. Соснин, Я.Б. Ховаева, Р.Е. Энгаус // Справочник заведующего КДЛ. – 2022. – №6. – С. 28-39.

7. Опыт лечения при атипичном гемолитико-уремическом синдроме / М.М. Гасайниева, З.К. Гаджиева, И.А. Гусейнова [и др.] // Актуальные проблемы педиатрии и детской хирургии в Республике Дагестан: Материалы VII научно-практической конференции с международным участием, Махачкала, 27 мая 2022 года. – Махачкала: Дагестанский государственный медицинский университет, 2022. – С. 43-46.

8. Оптическая когерентная томография-ангиография в диагностике микроангиопатии сетчатки при атипичном гемолитико-уремическом синдроме (клиническое наблюдение) / Т.В. Смирнова, Н.Л. Козловская, В.М. Шелудченко, М.В. Будзинская // Вестник офтальмологии. – 2020. – Т. 136, №4-2. – С. 226-234.

9. Показатели уровня серотонина, катехоламинов и их метаболитов при гемолитико-уремическом синдроме у детей / Т.П. Макарова, Р.Р. Нигматуллина, В.С. Кудрин [и др.] // Практическая медицина. – 2022. – Т. 20, №2. – С. 92-97.

10. Почечная дисфункция и современные биомаркеры повреждения почек при HELLP-синдроме и акушерском атипичном гемолитико-уремическом синдроме / Т.В. Кирсанова, Н.Л. Козловская, А.И. Балакирева, Т.А. Федорова // Нефрология и диализ. – 2022. – Т. 24, №4. – С. 875-883.

11. Применение препарата «Элизария» - биоаналога оригинального экулизумаба при атипичном гемолитико-уремическом синдроме вследствие мутации гена C3 у детей: клиническое наблюдение и обзор литературы / Н.Д. Савенкова, Д.О. Иванов, О.В. Любимова [и др.] // Нефрология. – 2023. – Т. 27, №1. – С. 92-101.

12. Ригерт, Б. В. Изменения биохимических показателей крови при типичном гемолитико-уремическом синдроме у детей / Б.В. Ригерт, Л.В. Зозуля, Л.Л. Михалева // Интерпретация результатов лабораторных исследований: Материалы XXIX Всероссийской на-

учно-практической конференции с международным участием, Москва, 01–03 апреля 2024 года. – Москва: Блок-Принт, 2024. – С. 235-236.

13. Сравнительная характеристика системы комплемента у пациентов с С3-гломерулопатией и атипичным гемолитико-уремическим синдромом хронического течения, перенесших острый эпизод тромботической микроангиопатии / В.А. Юрова, Н.Л. Козловская, Л.А. Боброва [и др.] // Терапевтический архив. – 2023. – Т. 95, №6. – С. 475-480.

14. Судновская, К. А. Уровень витамина D при гемолитико-уремическом синдроме у детей / К.А. Судновская // Новости медико-биологических наук. – 2022. – Т. 22, №3. – С. 128-129.

15. Assessment of risk factors and pregnancy outcomes in women with thrombotic microangiopathy in Ain Shams University Maternity Hospital over a 5-year period / A.G. Abdelnasser, M.M. Helal, A. R. Ramy [et al.] // Gynecology, Obstetrics and Perinatology. – 2021. – Vol. 20, No. 6. – P. 12-19.

Табарова Н.М. -Ходими илми МД “Маркази чумхуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона”, Суроға: 734000, Ҷумҳурии Тоҷикистон, шаҳри Душанбе, к. Шевченко 69; E-mail: zoir_1962@mail.ru

Набиев З.Н. – Ходими пешбари МД “Маркази чумхуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона”, д.и.т., профессор. Суроға: 734000, Ҷумҳурии Тоҷикистон, шаҳри Душанбе, к. Шевченко 69; E-mail: zoir_1962@mail.ru

Шамсов Б.А. – Муовини директор оид ба илм “Маркази чумхуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона”, н.и.т. Суроға: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, шаҳри Душанбе, хиёбони И.Сомони 59; Тел: (+992) 907-58-88-87;

Ашурова Н.С. -Ходими илми МД “Маркази чумхуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона”, н.и.т. Суроға: 734000, Ҷумҳурии Тоҷикистон, шаҳри Душанбе, к. Шевченко 69; E-mail: zoir_1962@mail.ru

Ганиев А.Р. -Ходими илми МД “Маркази чумхуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона” Суроға: 734000, Ҷумҳурии Тоҷикистон, шаҳри Душанбе, к. Шевченко 69; E-mail: zoir_1962@mail.ru

Табарова Н.М. - Научный сотрудник ГУ” Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», адрес: 734000, Республика Таджикистан, город Душанбе, к. Шевченко 69; E-mail: zoir_1962@mail.ru

Набиев З.Н.– Ведущий научный сотрудник ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», д.м.н., профессор Адрес: 734026, Республика Таджикистан, город Душанбе, проспект И.Сомони 59. E-mail: zoir_1962@mail.ru

Шамсов Б.А. – Заместитель директора по науке ГУ «Республиканский научно-клинический центр

педиатрии и детской хирургии», к.м.н. Адрес: 734026, Республика Таджикистан, город Душанбе, проспект И. Сомони 59. Тел: (+992) 907-58-88-87;

Ашурова Н.С. - Научный сотрудник ГУ» Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», к.м.н адрес: 734000, Республика Таджикистан, город Душанбе, к. Шевченко 69; E-mail: zoir_1962@mail.ru

Ганиев А.Р.- Научный сотрудник ГУ « Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» адрес: 734000, Республика Таджикистан, город Душанбе, к. Шевченко 69; E-mail: zoir_1962@mail.ru.

Tabarova N.M. - Researcher at the State Institution” Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery”, address: 69 K. Shevchenko Street, Dushanbe, 734000, Republic of Tajikistan; E-mail: zoir_1962@mail.ru

Nabiev Z.N. – Leading Researcher, State Institution “Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics

and Child Surgery”, D.Sc., professor. Address: 734026, Republic of Tajikistan, Dushanbe city, I. Somoni avenue 59. E-mail: zoir_1962@mail.ru

Shamsov B.A. - Deputy Director for Science of the “Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child Surgery”, CMS. Address: 734026, Republic of Tajikistan, Dushanbe city, I. Somoni avenue 59. Tel: (+992) 907-58-88-87;

Ashurova N.S.- Researcher at the State Institution” Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery”, address: 69 K. Shevchenko Street, Dushanbe, 734000, Republic of Tajikistan; E-mail: zoir_1962@mail.ru

Ganiev A.R. - Researcher at the State Institution “Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery” address: 69 K. Shevchenko Street, Dushanbe, 734000, Republic of Tajikistan; E-mail: zoir_1962@mail.ru

ТДУ 616.72-007.248; 615.838.9

ИСТИФОДАИ ВАННАХОИ РАДОНИ ДАР ТАБОБАТИ КОМПЛЕКСИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ОСТЕОАРТРОЗИ БУҒУМИ ЗОНУ

Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г.

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

ПРИМЕНЕНИЕ РАДОНОВЫХ ВАНН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА.

Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г.

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

В данной статье рассматриваются вопросы изучения влияния процедуры санаторно-курортного лечения, в частности применения радоновых ванн, в комплексном лечении больных с остеоартрозом коленного сустава.

В комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, включая медикаментозную терапию, входило применение радоновых ванн в условиях санаторно-курортного лечения.

Радонотерапия – это не только метод лечения, но и профилактика многих заболеваний. Научным путем доказано, что малые дозы радиации стимулируют производство в организме оксида азота, являющегося важнейшей составляющей системы организма, отвечающей за саморегуляцию кровяного давления, свертываемость крови и передачу нервных импульсов. Радон благоприятно влияет на центральную и вегетативную нервную, нейроэндокринную систему, способствует нормализации всех видов обменов в организме, оказывает выраженное обезболивающее, хондропротекторное, противовоспалительное и успокаивающее действие, повышает иммунитет, улучшает работу сердца.

Ключевые слова: санаторно-курортное лечение, радоновые ванны, остеоартроз коленного сустава.

THE USE OF RADON BATHS IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE JOINT

Fattoeva N.V., Alieva E.G.

Department of Internal Diseases №1, SEI “TSMU named after Abualiibni Sino»

This article examines the effects of spa treatment, in particular the use of radon baths, in the complex treatment of patients with osteoarthritis of the knee joint.

The complex of treatment and rehabilitation measures, including drug therapy, included the use of radon baths in the conditions of spa treatment.

Radon therapy is not only a method of treatment, but also the prevention of many diseases. It has been scientifically proven that small doses of radiation stimulate the production of nitric oxide in the body, which is the most important component of the body's system responsible for self-regulation of blood pressure, blood clotting and transmission of nerve impulses. Radon has a beneficial effect on the central and autonomic nervous system, neuroendocrine system, helps to normalize all types of metabolism in the body, has a pronounced analgesic, chondroprotective, anti-inflammatory and calming effect, improves immunity, improves heart function.

Key words: *spa treatment, radon baths, osteoarthritis of the knee joint.*

Мухимият. Остеоартроз – бемории хеле пахншудаи буғумҳо мебошад, ки тақрибан 80%-и аҳолии синну соли 50-60-солаи дунёро мубтало кардааст, аммо вай барвақттар низ дар синну соли 30-солагӣ низ дида мешавад. Ҳангоми остеоартроз дар навбати аввал тағояки буғумҳо осеб мебинад. Тавре ки маълум аст, буғумҳо аз сатҳҳои буғумии устухонҳо ташкил ёфтаанд ва бо бофтаи тағоякҳо пӯшонидани шудаанд. Ҳангоми ҳаракатҳои гуногун нақши амортизаторро иҷро мекунанд, фишори ба сатҳҳои устухонҳо воридшавандаро кам мекунанд ва лағжиши мавзунҳои онҳоро нисбат ба якдигар таъмин менамоянд. Тағояк аз лифҳои бофтаҳои пайвастанданда иборат аст, ки дар матритс ба таври ковок ҷойгир шудаанд.

Матритса — моддаи желемонанд аст, ки аз пайвастагиҳои махсус- гликозҳои ингликани ҳосил шудаанд. Аз ҳисоби матритсаҳо ғизои тағоякҳо амали гашта, лифҳои осебдида барқарор мешаванд. Чунин сохтор тағоякро ба исфанҷ монанд мекунад-дар ҳолати оромӣ вай моеъро мечаббад ва ҳангоми сарборӣ онро ба ковокии буғум мефишорад ва ба ин восита гӯй буғумро «марҳам мемоланд».

Дар давоми зиндагӣ тағояк тақонҳои якҷайли ҳазорҳо бор тақдоршавандаро ҳангоми баъзе намудҳои кор, ё давидану паридан ва ғайра хуб ва мавзун қабул мекунад. Ин сарбории доимӣ боиси соиш хӯрдан ва вайрон шудани як қисми лифҳо мегарданд, ки дар буғуми солим бо синтез ҳамин микдор лифҳои нав барқарор мешаванд. Остеоартроз ҳангоми вайрон шудани таносуби байни ҳосилшавии маводи нави сохтумонӣ барои барқарор шудани бофтаҳои тағоякҳо ва вайроншавиҳо пайдо мешавад. Ҳамин тартиб ба таври худ сохтори арзишаш камтари тағояк пайдо мешавад, ки қобиляти ҷаббидани ҳаҷми ками обро дорад. Тағояк хушктар ва зудшикан мешавад ва дар ҷавоби сарбориҳо лифҳои он ба осони пора мешаванд. Бо андозаи пеш рафтани артроз, қабати тағояк, ки сатҳи буғумҳоро пӯшонидаст,

боз ҳам тунуктар мешавад ва то ҳадди вайроншавӣ мерасад.

Якҷоя бо тағояк бофтаи устухони зерин он низ тағйир меёбад. Дар канорҳои буғумҳо ва барҷастанҳои устухонҳо ташаккул меёбанд, гӯё ки тағоякҳои аз даст додашударо аз ҳисоби бузург шудани сатҳи буғумҳо ҷуброн мекарда бошанд. Ин сабаби деформатсияи буғумҳо ҳангоми артроз мебошад. Дар байни мардум ин ҳолатро «чамъшавии намакҳо» меноманд.

Яке аз сабабҳои, ки боиси пайдошавии ин беморӣ мегардад, эҳтимолан вучуд надорад. Як қатор омилҳои аҳамиятдоранд, ки ин ё он роҳ тағоякро суст мекунанд ва таъсири зарарноки онҳо дар давоми ҳаёт чамъ шуда дар маҷмуъ ба артроз оварда мерасонад. Саршавии беморӣ дар ин ҳолат ба ҳайси ҷараёни нохуб, дар ҳар як одам ин шароити гуногун мебошад. Ба ҳар сурат, як микдор омилҳои оғуҷо кардан мумкин аст, ки мавҷуд будани онҳо ҳатари пайдо шудани артрозро баланд мебардорад.

Пиршавӣ. Бо гузашти синну сол эластикияти тағояк кам мешавад ва вай муқовимати худро дар баробари сарбориҳо аз даст медиҳад. Ин маънои онро надорад, ки дар ҳамаи одамон артроз пайдо мешавад. Амо дар ҳолати мавҷуд будани дигар омилҳои эҳтимолӣ, бо гузашти синну сол ҳатари пайдошавии он меафзояд.

Хусусиятҳои модарзодӣ. Айни замон синдроми дисплазияи бофтаҳои пайвастандан ба таври васеъ паҳн шудааст. Ин сустии модарзодии бофтаҳои пайвастандан, ки бо ҳаракатнокии барзиёди буғумҳо алоқамандӣ дорад, пайдошавии барвақти остеохондроз, पोпахӣ. Ҳангоми риоя накардани режими муайян ҳаракат, ин ҳолат дар синни ҷавонӣ ба пайдошавии артроз оварда мерасонад.

Аномалияи дигари зиёд дучоршаванда – баромадагии пурра ва ё ҷузъии буғуми косу рон мебошад (маҳз барои ҳамин муоинаҳои профилактики навзодон дар ҳол пас аз таваллудашон гузаронида

мешавад) ки агар он нодуруст чоабачо карда шуда бошад, бо гузашти синну сол боиси сар задани шакли вазнини аротрози буғуми косу рон мегардад.

Тамоюли генетикӣ. Исбот карда шудааст, ки майл доштан ба шакли гиреҳии артроз бо осеб дидани буғумҳои сершумор аз насл ба насл мегузарад. Дар занҳое, ки модари онҳо аз ин шакли артроз озор медид, барояшон хатари пайдо шудани ин беморӣ зиёд аст.

Осебҳо. Осебҳои саҳти яклаҳзаина метавонанд, ки боиси пайдо шудани артроз гарданд, онҳоро латҳурӣ, шикастагиҳо, баромадагиҳо, осеб дидани дастгоҳи буғумҳо ва ё микротравматизатсияи буғумҳо ҳамроҳӣ мекунанд.

Микротравматизатсия сабаби пайдошавии артроз дар коргарони як қатор касбҳо ва варзишгарони касбӣ мегардад. Намунааш пайдо шудани артрози буғуми зону дар коргарони кони ангишт ва футболбозон ба ҳисоб меравад. Артрози буғумҳои оринчу китф дар коргарони бо болғаи отбойный кор мекардагӣ; артрози буғумҳои майдаи дастпанча дар котибаҳо –мошинисткаҳо ва бофандаҳо; артрози буғумҳои майдаи соқу зону дар балеринаҳо; артрози буғумҳои даст дар бксёрҳо ва ғ.

Бемориҳои ҳамроҳшуда. Ҳар як ихтилоли мубодилаи моддаҳо ва ихтилолҳои эндокринӣ барои пайдо шудани артроз мусоидат мекунанд. Артроз бештар дар одамони фарбех, одамони мубтало ба диабетӣ қанд, бемориҳои ғадуди сипаршақл, дар занҳо дар давраи қатъи ҳайз дида мешавад. Ихтилолҳои гуногуни гардиши хуни андомҳо, ба монанди бемории варикозии варидҳо, атеросклероз, низ барои пайдошавии артроз мусоидат мекунанд.

Мақсади таҳқиқот. Мақсади таҳқиқот омӯзиши таъсири протсекураҳои муолиҷаи санаторӣ-курортӣ, аз ҷумла истифодаи ваннаҳои радонӣ, дар комплекси муолиҷаи беморони гирифтори остеоартрози буғуми зону мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоинаи мо 10 бемори синну солашон аз 50 то 75-сола бо ташҳиси остеоартрози буғуми зону қарор доштанд. Беморон аз дарди ноҳияи буғуми зону, маҳдудияти ҳамшавии буғум ҳангоми роҳ рафтани ва боло шудани дар зинаҳо, вайрон шудани қобилияти тақягоҳӣ шикаҷат мекарданд. Дар маҷмуи чорабиниҳои табобатӣ-реабилитатсионӣ, аз ҷумла табобати медикаментозӣ, истифодаи ваннаҳои радонӣ дар шароити санаторӣ-курортӣ дохил карда шудаанд. Ваннаҳои умумӣ, ҳарорати об 38° - 39°, замони таъсиррасонӣ 10 - 15 дақиқа

гузаронида шуд. Даври табобат 10-15 протсекура бо танаффуси 6 моҳ дар байни курсҳо.

Радонотерапия – ин на танҳо усули табобат, балки профилактикаи бисёр бемориҳои низ мебошад. Бо роҳи илмӣ исбот карда шудааст, ки дозаҳои ками ҷо радиатсия дар торғаниз ҳосил кардани оксиди азотро анғезиш медиҳад ва системаи муҳимтарини таркибии организм ба шумор меравад, ки барои худтанзимкунии фишори хун, лахтабандии хун ва интиқоли импульсҳои асабӣ масъул аст. Радон ба системаҳои марказӣ ва вегетативии асаб ва системаи нейроэндокринӣ таъсири хуб расонида, барои муътадил гаштани ҳама намудҳои мубодила дарторғанизм мусоидат менамояд, таъсири возеҳи бедардқунандагӣ, хондропротекторӣ, зиддиилтиҳобӣ ва оромбахшӣ дорад, имунитетро мустаҳкам карда, кори дилро беҳтар месозад.

Обҳои радонӣ – ин обҳои маъдани таркибашон гуногун мебошад, ки гази радиоактиви радон дорад, ки дар натиҷаи таҷзияи атомҳои он алфа-нурафаканӣ хориҷ мешавад ва ба организми таъсири муолиҷавию профилактикӣ боқӣ мегузорад.

Ваннаҳои радонӣ гардиши хун, микросиркулятсияро дар синовия ва метафизи устухонҳо беҳтар месозад, метаболизмро дар хондроситҳо ва хучайраҳои бофтаҳои пайвастанда баланд мебардорад, муқовимати тағояк қувват мебахшад, аломатҳои деструктивӣ ва протсессии илтиҳобиро дар буғумҳо кам мекунад.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои муолиҷа аз рӯи ҷунин нишондодҳо баҳогузорӣ карда мешаванд: кам шудани дарди буғумҳо, зиёд шудани амплитудаи ҳаракатҳо, беҳтар шудани қобилияти тақягоҳии андомҳо. Гузаштани курси (даврай) протсекураҳои радонӣ сифати ҳаёти одамони бемори гирифтори бемориҳои музминро беҳтар сохта, зарурати истеъмол кардани доруҳои дардтаскиндиҳанда ва дигар препаратҳоро қоҳиш медиҳад.

Хулоса, беҳтар шудани ҳолати умумии саломатии одамон пас аз радонотерапия дар бештари мавридҳо зиёдтар аз ним сол давом мекунад, барои ҳамин ҳам, тавсия карда мешавад, ки дари табобат на камтар аз як маротиба дар як сол тақрор карда шавад.

АДАБИЁТ

1. Гусаров, И. И. Радонотерапия / И. И. Гусаров. - М.: Медицина, 2000.
2. Насонова, В. А. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в России: динамика статистических показателей за 5 лет (1994-1998 гг.) /

В. А. Насонова, О. М. Фоломеева, В. Н. Амирджанова [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2000.

3. Косарева М.А., Михайлов И.Н., Тишков Н.В. Современные принципы и подходы к лечению гонартроза // Современные проблемы науки и образования. – 2018

4. Лисицына Е.М., Лисицын М.П., Заремук А.М. Современный подход к патогенезу, диагностике и лечению остеоартроза коленного сустава. Эндоскопическая хирургия. 2016;22(6):57-67

5. Новосёлов К.А., Корнилов Н.Н., Куляба Т.А. Повреждения и заболевания коленного сустава Глава 5 // Травматология и ортопедия / Н.В. Корнилов. – СПб: Гиппократ, 2006. – Т. 3

6. Улащик В.С. Физиотерапия. Новейшие методы и технологии: Справочное пособие / В.С. Улащик. - Мн.: Книжный Дом, 2013. - 448 с.

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

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

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

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

ТДУ 616-006:441-07-036-089

ТАБОБАТИ ОМЕХТАИ САРАТОНИ ПАҲНШУДАИ МАВЗЕИИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН

Ҳакимов Г.А.,¹ Ташметов М. Н.,¹ Зикирхочаев Д.З.,² Юлдошев Р.З.²

Кафедраи онкологияи Донишқадаи тиббии педиатрии Тошканд Вазорати нигохдории тандурустии Ҷумҳурии Ўзбекистон, ш. Тошканд. 2. Кафедраи онкологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, ш. Душанбе

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Ҳакимов Г.А.,¹ Ташметов М.Н.,¹ Зикирходжаев Д.З.,² Юлдошев Р.З.²

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, кафедра онкологии, г. Ташкент. ²Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, кафедра онкологии, г. Душанбе

Цель исследования. Улучшение результатов комбинированного лечения местно-распространенного рака шейки матки путем применения неоадьювантной полихимиотерапии и разработанной модели хирургического вмешательства, способствующих достижению стойкой длительной клинической ремиссии болезни.

Материал и методы исследования. Изучены результаты комбинированного и комплексного лечения 155 больных местно-распространенным раком шейки матки (МРРШМ). Основная группа состояла из 110 больных, контрольная – из 45 пациенток. Критерием определения распространенности болезни явились визуальная оценка локализации опухоли, кольпоскопия, морфологическое исследование биоптатов, КТ, МРТ, по показаниям ПЭТКТ на этапах динамического наблюдения за пациентками после терапии.

Результаты. На первом этапе, как правило, больные местно-распространенным раком шейки матки (МРРШМ) получают неоадьювантную полихимиотерапию (НПХТ). Хирургическому лечению подвергались больные после трех-четырёх курсов неоадьювантной полихимиотерапии, в случае полной или частичной регрессии опухоли, либо пациентки со стабилизацией опухолевого процесса на 25%, <50%, >25%. Так, из общего числа больных (n=155) у 110 (70,96%) пациенток имела место частичная регрессия опухоли. У остальных 45 больных в процессе НПХТ обнаружены стабилизация, либо прогрессирование опухолевого процесса. Лечебный патоморфоз I-II степени выявлен у 27,27% и 15,55% больных, III степени – у 40,0% и 37,77%, IV степени – у 23,63% и 46,65% соответственно. Хирургическое лечение в объеме расширенной экстирпации матки с придатками с адекватной диссекцией зон возможного метастазирования проводилось в сроки до 5 месяцев после установления диагноза. Показатели безрецидивной трехлетней выживаемости достоверно ниже у больных контрольной группы (13,35%) против таковой у больных основной группы (53,63%).

Закключение. Современное лечение МРРШМ должно базироваться на данных точной диагностики распространения опухоли в окружающие ткани. Неотъемлемым компонентом лечения является НПХТ, которая дает возможность подвергать хирургическим вмешательствам более 60% пациенток, прежде не подлежащих

комбинированному лечению. Применение комбинированного лечения дает возможность улучшить качество жизни пациенток и продлить ее.

Ключевые слова: рак шейки матки, химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение, комбинированное лечение.

COMBINED TREATMENT OF LOCALLY ADVANCED CERVICAL CANCER

Khakimov G.A.¹, Tashmetov M.N.¹, Zikirahodjaev D.Z.², Yuldoshev R.Z.²

Purpose of the study. Improving the results of combined treatment of locally advanced cervical cancer applying neoadjuvant polychemotherapy and the designed model of surgical intervention, contributing to the achievement of stable long-term clinical remission of the disease.

Research materials and methods. The results of combined and complex treatment of 155 patients with locally advanced cervical cancer were studied. The main group consisted of 110 patients, the control group consisted of 45 patients. The criteria for determining the prevalence of the disease were visual assessment of tumor localization, colposcopy, morphological examination of biopsies, CT, MRI, PETT indications at the stages of dynamic follow-up of patients after therapy.

Results. At the first stage, as a rule, patients with locally advanced cervical cancer receive neoadjuvant polychemotherapy. Patients underwent surgical treatment after three to four courses of neoadjuvant polychemotherapy, in case of complete or partial regression of the tumor, or patients with stabilization of the tumor process on 25%, <50%, >25%. Thus, out of the total number of patients (n=155), 110 (70.96%) patients had partial tumor regression. In the remaining 45 patients, stabilization or progression of the tumor process was detected during neoadjuvant polychemotherapy. Therapeutic pathomorphosis of I-II degree was detected in 27.27% and 15.55% of patients, III degree – in 40.0% and 37.77, IV degree – 23.63% and 46.65%, respectively. Surgical treatment in the volume of extended extirpation of the uterus with appendages with adequate dissection of areas of possible metastasis was carried out within up to 5 months after diagnosis. The rates of recurrence-free three-year survival were significantly lower in patients of the control group (13.35%) compared to those in patients of the main group (53.63%).

Conclusion. Modern treatment of locally advanced cervical cancer should be based on data from an accurate diagnosis of the spread of the tumor into the surrounding tissues. An integral component of treatment is neoadjuvant polychemotherapy, which makes it possible to undergo surgical interventions in more than 60% of patients who were previously not subject to combined treatment. The use of combined treatment makes it possible to improve the quality of life of patients and prolong it.

Keywords: cervical cancer, chemotherapy, surgical treatment, X-ray treatment, combined treatment.

Мубрамят. Дар даҳсолаи охир мушкилоти саратони гарданаки бачадон (СГБ) дар амалияи онкологии чаҳонӣ бештар аз ҳама баррасӣ мешавад. Сабаби ин тамоюли устувор ба афзоиши ҳолатҳои гирифторшавӣ ба саратони гарданаки бачадон ва натиҷаҳои ғайриқаноатбахши табобат мебошад.

Тибқи маълумоти омор, соли 2018 дар чаҳон 569 847 бемори гирифтори СГБ ошкор карда шуд, ки ин 3,2%-и тамоми ҳодисаҳои мубталашавӣ ба номияҳои бадсифатро дар байни мардону занон ва 6,6%-ро дар байни занон ташкил медиҳад; ғавт аз саратони гарданаки бачадон дар соли мазкур, мутаносибан, 3,3 ва 7,5%-ро ташкил дод. Дар ин ҳол ҳамасола афзоиши теъдоди занони аз 30-сола чавони гирифтори СГБ ба қайд мерасад. Мутаассифона, ин гуна беморон зиёд барои ёрии махсус нисбатан дер, вақте беморӣ аз ҳад мегузарад, мурочиат мекунад. Як сабаби ин агар безътиной нисбати саломатии худ бошад, сабаби дигар дастрасии маҳдуд доштани доираҳои васеи аҳоли ба муассисаҳои махсуси онкологии дорой таҷҳизоти

зарурӣ аст. Тибқи пешгӯии GLOBOCAN, ба оғози соли 2050 мизони мубталашавӣ ба СГБ 50% афзуда, ба зиёда аз 1 млн ҳолат дар як сол мерасад [6].

Дар Федератсияи Россия соли 2021 ҳиссаи СГБ дар байни қурбонҳои номияҳои бадсифат 4,6% арзёбӣ мешуд. Ҳиссаи нисбии бемороне, ки дар онҳо бори аввал СГБ ташхис шуда буд, 98,9%-ро ташкил дод, синни миёнаи ин беморон ба 52,1 сол баробар буд. Дар байни занони 40-49-сола сабаби асосии марг маҳз СГБ мебошад, ки 17,3%-ро аз омори маҷмӯӣ ташкил медиҳад. Дар 10 соли охир омори ғавт дар байни беморони СГБ 4,5% боло рафт. Сарфи назар аз рушди босуръати технологияҳои муосир ва коркарди қатори васеи усулҳои ташхис, ҳиссаи шаклҳои қўшнашудаи СГБ ба андозаи қобили мулоҳиза кам намешавад. Масалан, тибқи маълумоти соли 2018, беморон бо СГБ дар марҳилаҳои I-II 66%, дар марҳилаҳои III-IV 32,6%-ро ташкил медиҳанд. Бо вучуди он ки нишондиҳандаи муайянкунии СГБ дар марҳилаи in situ дар Россия дар давраи байни солҳои 2008-2018

4130 ҳолат афзудааст, ҳиссаи бемории паҳншудаи мавзеи бори аввал муайяншуда баланд боқӣ мемонад [1].

Таҳлили маълумоти баҳши ёрии онкогинекологӣ дар Ҷумҳурии Ўзбекистон аз соли 1992 то 2004 гувоҳи он аст, ки ҳиссаи ташхисҳои аз ҷиҳати морфологӣ тасдиқгардидаи ҳангоми СГБ ба 83,3% баробар буд. Ҳиссаи ҳолатҳои гирифтормаъҷаб ба СГБ дар кишвар 6,4% ба ҳар 100 ҳазори аҳолиро ташкил дод. Шумораи фавтидагон ба ҳар 100 бемори бори нахуст ошкоршуда 18% зиёд шуд. Қайд бояд намуд, ки ҳиссаи СГБ дар марҳилаҳои III-IV 9,4% афзудааст (аз 27,2% дар соли 1992 то 36,6% дар соли 2004) [3].

Дар Ҷумҳурии Ўзбекистон соли 2022 1016 бемори гирифтормаъҷаб СГБ, сарфи назар аз марҳилаи беморӣ, табобати махсусгардонидашударо ба анҷом расониданд. Аз онҳо 45,8% табобати омехта ва 29,1% табобати комплексӣ (мачмуӣ) гирифтанд. Ба ин тарик, нишондиҳандаи мубталошавӣ ба СГБ-и бори аввал ошкоршуда 10,3 ҳолатро ба ҳар 100 ҳазор нафари аҳоли ташкил дод. Илова бар ин, дар 23,1% аз 9981 бемори ба қайд гирифташуда саратони гарданаки бачадон бо паҳншавии мавзеӣ пайдо карда шуд, ки аз онҳо зиёда аз нисф (53,4%) марҳилаҳои $T_2N_1M_0$ -и бемориро доштанд. Мизони фавти солана 9,2% аз теъдоди умумии беморони бақайдгирифташударо ташкил дод [5].

Ба ҳоли имрӯз дар табобати саратони паҳншудаи мавзеи гарданаки бачадон муолиҷаи доруӣ, табобати ҷарроҳӣ, ҳамчунин муолиҷаи шуӣ маҳсуб меёбанд. Аммо самаранокии муолиҷаи шуӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ мусаллам нест, баҳусус агар омос ҳаҷман калон бошад. Муқаррар карда шудааст, ки натиҷанокии он дар баробари афзоиши ҳаҷми омоси ибтидоӣ коҳиш меёбад [4].

Дар солҳои охир полихимиотерапияи неoadъювантӣ (ПХТНА) ҳамчун қисми ҷудоинопазири табобати омехта ва мачмуии СГБ васеъ истифода мешавад. Аммо, сарфи назар аз суръати баланди рушд ва татбиқи муолиҷа бо доруворӣ дар тамоми ҷаҳон, нақши он дар табобати СГБ барои мутахассисони клиникӣ баҳсбарангез боқӣ мемонад.

Айни замон таҷрибаи татбиқи муолиҷаи химиявии неoadъювантӣ дар беморони гирифтормаъҷаб марҳилаи IB2-IB3-и СГБ дар ҷаҳон ва аз ҷумла, дар Ҷумҳурии Ўзбекистон калон нест. Гузарондани таҳқиқот оид ба арзёбии самаранокии ва саҳеҳии муолиҷаи химиявии неoadъювантӣ, ки саратоншиносони Ҷумҳурии Тоҷикистон татбиқ мекунанд [2], бо даҳолати ҷарроҳии радикалӣ дар беморони мубталои саратони паҳншудаи мавзеи гарданаки

бачадон, арзёбии натиҷаҳои бевоситаи ПХТНА, ба сомади посухҳои клиникӣ, асосноксозии мувофиқӣ ва зарурати даҳолати ҷарроҳии радикалӣ дар беморони гирифтормаъҷаб СГБ-и паҳншудаи мавзеӣ, ҳамчунин арзёбии дараҷаи регресси патоморфологии омос ба назар дуруст мемонад.

Ҳамин тарик, табобати самаранокии шаклҳои паҳншудаи мавзеи саратони гарданаки бачадон яке аз масъалаҳои муҳимтарини саратоншиносии клиникӣ боқӣ мемонад.

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар кардани натиҷаҳои табобати омехтаи саратони дар паҳншудаи мавзеи гарданаки бачадон тавассути амалӣ кардани муолиҷаи зиддиомосӣ бо истифода аз доруворӣ ва модели таҳияшудаи муодоилаи ҷарроҳӣ, ки ба ноилшавӣ ба ремиссияи клиникӣ устувор ва дарозмуддати беморӣ мусоидат мекунанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Асоси таҳқиқоти иҷрошударо таҳлили ретроспективӣ ва проспективӣ муоинаи мачмуӣ ва табобати 155 бемори шуъбаи онкогинекологияи филиали Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-амалии махсусгардонидашудаи саратоншиносӣ ва радиология дар шаҳри Тошканд бо шакли паҳншудаи мавзеи саратони гарданаки бачадон (СМПГБ) ташкил медиҳад. Беморон аз соли 2016 то соли 2020 дар қайди беморхона буданд, давраи мушоҳидаи беморон ба ҳисоби миёна $27,4 \pm 10,1$ моҳро (аз 3,6 то 51,1 моҳ) ташкил дод.

Бо дарназардошти равишҳои табобати саратони гарданаки бачадон бо паҳншавии мавзеӣ ва ҳаҷми табобати гирифташуда барои муқоисаи дақиқтари натиҷаҳои бадастомада беморонро ба 2 гурӯҳ тақсим карданд:

Гурӯҳи 1, асосӣ ($n=110$) - бемороне, ки пас аз муолиҷаи зиддиомосӣ бо доруворӣ ба онҳо даҳолати ҷарроҳӣ бо усули пешниҳодкардаи мо бо натиҷаи хуб татбиқ гардид;

Гурӯҳи 2, назоратӣ ($n=45$) - бемороне, ки пас аз муолиҷаи зиддиомосӣ бо доруворӣ бо сабабҳои гуногуни объективӣ ё субъективӣ мавриди муодоилаи ҷарроҳӣ бо усулҳои анъанавӣ қарор дода нашудаанд, ё нисбати онҳо муодоилаи консервативӣ ба қор бурда шудааст.

Синни беморон дар ду гурӯҳи таҳқиқотӣ аз ҷиҳати оморӣ фарқ надошт (мутаносибан $51,9 \pm 10,3$ ва $49,9 \pm 8,9$ сол, $p=0,262$). Ҳангоми омӯзиши таркиби синнусолии беморони гирифтормаъҷаб саратони паҳншудаи мавзеи гарданаки бачадон ($n=155$) маълум гардид, ки бемори ҷавонтарин 23-сола, калонтарин 76-сола (синни миёнаи беморон - $51,3 \pm 9,9$ сол) буд (ҷадвали 1). Муайян карда шуд, ки 71 (45,8%) бемор ба гурӯҳи синнусолии то 50-сола, аз онҳо 40 нафар (25,8%) дар синни фаъо-

**Тақсимоти беморони гирифтори саратони паҳншудаи мавзеи гарданаки
бачадон аз рӯи синну сол (n=155)**

Синни беморон, сол	Теъдоди беморон	
	мутл.	%
20-30	3	1,94
31-40	17	10,69
41-50	51	32,96
51-60	52	33,54
61-70	27	17,46
70 ва калонтар	5	3,24
Ҳамагӣ	155	100,0

Тавсифи хусусиятҳои омосҳои ибтидоӣ тибқи таснифоти FIGO (1995) ва TNM (2011)

Категорияҳои TNM	Марҳилаҳои FIGO	Хусусиятҳои омосҳои ибтидоӣ
T1b2	IB2	Бо усулҳои клиникӣ осеби калонтар аз 4 см (дар ҷойи калонтарин) муайян карда мешавад
T2	II	Омос берун аз гарданаки бачадон, бе инвазия ба параметрий ё сеяки поёнии маҳбал паҳн шудааст
T2a	IIA	Омос бе инвазия ба параметрий
T2b	IIB	Омос бо инвазия ба параметрий
T3	III	Омос ба девораи кос паҳн шуда, ба сеяки поёнии маҳбал мегузарад ва боиси гидронефроз ё аз кор мондани гурда мегардад.
T3a	IIIA	Омос то сеяки поёнии маҳбал паҳн мешавад
T3b	IIIB	Омос ба девораи кос паҳн шуда, сабаби гидронефроз ё аз кор мондани гурда мегардад.
T4	IVA	Омос ба лубпардаи масона/рӯдаи рост мегузарад ё берун аз коси хурд паҳн мешавад

ли репродуктивӣ мебошанд. Патологияи мавриди омӯзиш бештар дар занони аз 51 то 60-сола (дар 52 бемор, ки 33,54%-ро ташкил дод) ва занони 41-50-сола (тақрибан дар ҳамин миқдор - 51 бемор, 32,96%) мушоҳида шудааст. Саратони паҳншудаи мавзеи гарданаки бачадон дар занони синнашон аз 70-сола боло (3,24%) ва дар занони ҷавони 20-30-сола (1,94%) хеле камтар ташхис шуд.

Бешубҳа, интиҳоби усулҳои муассири табобати беморони гирифтори саратони гарданаки бачадони дар мавзеи паҳншуда аз дуруст марҳилабандӣ кардани беморӣ вобаста аст. Зимни таҳқиқоти худ мо ба таснифоти қабулшудаи умуми FIGO ва TNM-ро, ки аз ҷониби Иттиҳоди байналмилалӣ зидди саратон тасдиқ шудааст, таъя намудем (чадвали 2) (Таснифи омосҳои бадсифат тибқи TNM. Д.М. Брайерли бо ҳаммуал., 2018).

Рӯйхати ҳатмии тадбирҳои ташхисӣ дар ҳама марҳилаҳо аз муоинаи патоморфологияи омос, инчунин маводи ҷарроҳӣ пас аз иҷрои даҳлати

ҷарроҳӣ бо мақсади арзёбии дараҷаи патоморфизми омос ва самаранокии табобати гузаронидашуда иборат буд (чадвали 3).

Дар аксари беморони гирифтори саратони паҳншудаи мавзеи гарданаки бачадон (дар 41,29% ҳолатҳо) ҳосияти эндофитии афзоиши омос ҷой дошт; шаклҳои экзофитӣ ва омехтаи афзоиши омосҳо камтар, мутаносибан дар 29,67 ва 21,29% ҳолатҳо мушоҳида шуданд; дар 7,74% беморони боқимонда хусусияти афзоиши омос шакли захмӣ-инфилтративӣ дошт.

Дар рафти таҳқиқот мо ба беморҳои гинекологӣ, патологияҳои системаи дилу рағҳо, нафас, меъдаю рӯда ва пешоб, ки беморон аз сар гузарондаанд, диққат додем. Ҳолате қобили қайд аст, ки аксарияти беморон дар анамнез беморҳои гинекологӣ доштанд. Гузашта аз ин, ҳолати коморбидии вобаста ба 3-4 беморӣ вучуд дошт, ки ҳамчун омилҳои вазнинкунанда барои татбиқи химиотерапияи агрессивӣ хизмат мекарданд. Бемо-

**Тақсимои беморони гирифтори саратони паҳншудаи мавзееи гарданаки бачадон (n=155)
тибқи натиҷаҳои таҳқиқоти патоморфологӣ**

Навъи гистологии омос	Теъдоди беморон	
	абс.	%
Карсиномаи сквамочуҷайравии кератинишуда	126	81,3
Карсиномаи сквамочуҷайравии кератининашаванда	18	11,61
Аденокарсинома (саратони ғадудӣ)	9	5,81
Саратон бо тафрикаи паст	1	0,64
Саратони инвазивии эпидермоидӣ	1	0,64
Ҳамагӣ	155	100,0

рони ин гурӯҳ барои ПХТНА дақиқкорона омода карда мешуданд.

Барои осонии коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда тамоми маълумот аз анамнез, ташхисҳои клиникӣ, лабораторӣ ва инструменталӣ бо истифода аз кодификатори маҳсус таҳияшуда гурӯҳбандӣ карда шуда, ба пойгоҳи додаҳо, ки дар асоси чадвалҳои электронии EXCEL таҳия гардид, ворид карда шуданд. Натиҷаҳои бадастомада бо истифода аз бастаи стандартии STATISTICA v.10 ва SPSS v.21 коркард карда шуданд. Сатҳи зиндамонӣ аз рӯи маълумоти воқеии давомнокии ҳаёти ҳар як бемор аз оғози табобат то анҷоми омӯзиш ё то ғавт барои муайян кардани зиндамонии умумӣ ҳисоб карда шуд. Сатҳи зиндамонӣ бидуни пешрафти беморӣ арзёбӣ карда шуд. Сифати ҳаёт бо истифода аз саволномаҳои EORTC QLQ-C30 ва SF-36 арзёбӣ карда шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Дар марҳилаи аввали табобат ҳама беморони мавриди таҳқиқ ПХТНА-ро тибқи нақшаи анъанавӣ: паклитаксел + карбоплатин гирифтанд.

Дар чараёни ПХТНА беморон таҳти мушоҳидаи динамикӣ бо мақсади омода ва амалӣ намудани марҳилаи чарроҳии табобат қарор дода шуданд. Мавриди табобати чарроҳӣ мувофиқи усуле, ки мо пешниҳод кардем, пас аз се-чор курси табобати доруӣ дар сурати регрессияи пурра ё қисмӣ омос, ё бемороне, ки дар онҳо суботёбии раванди омосӣ ба андозаи 25%, <50% ё <25% исбот гардида буд, қарор дода шуданд. Ба гурӯҳи назоратӣ беморон бо пешрафти ташхисшудаи СГБ дохил карда шуданд. Аз шумораи умумии беморони гурӯҳи асосӣ (n=155) дар 110 (70,96%) бемор регрессияи қисмӣ омосҳо (>50%), аксаран дар марҳилаҳои ибтидоӣ, муқаррар карда шуд. Дар 45 бемори боқимонда дар раванди ПХТНА пешрафти чараёни омосӣ ошкор гардид, ё регрессияи омос <50% буд. Ин гурӯҳро асосан беморон бо

марҳилаи Т3-4 (III-IV)-и чараёни омосӣ ташкил доданд.

Муқаррар карда шуд, ки дар гурӯҳи бемороне, ки аз рӯи нақшаи паклитаксел + сисплатин ПХТНА гирифтаанд, назар ба гурӯҳи бемороне, ки мувофиқи нақшаи паклитаксел+карбоплатин ПХТНА гирифтаанд, фарқиати хурд вучуд дорад: патоморфози дараҷаи I-II, мутаносибан, дар 27,27 ва 15,55% беморон, дараҷаи III дар 40,0 ва 37,77% ва дараҷаи IV дар 23,63 ва 46,66% беморон ошкор шудааст.

Маълумоти боло имкон медиҳад, ки дурустӣ ва самаранокии полихимотерапияи баландвоя дар беморони гирифтори саратони паҳншудаи мавзееи гарданаки бачадон муайян карда шаванд. Усули мазкур на танҳо имкон медиҳад, ки дар натиҷаи табобати минбаъдаи чарроҳӣ ба самарайи бештар ноил гардем, балки инчунин ҳолати ремиссияи дарозмуддати клиникӣ ва беҳшавии сифати ҳаёти беморон таъмин карда шаванд.

Табобати зидди омос бисёр вақт бо омилҳои вазнинкунанда алоқаманд аст, ки асосан аз захрнокии доруҳо ва ҳолати ибтидоии беморон вобаста аст. Аз ин рӯ, ҳангоми гузаронидани ПХТНА беморон ба равиши инфиродӣ дар интихоби доруҳо барои муолиҷаи химиявӣ бо дарназардошти таъсири токсикӣ онҳо, инчунин оморасозӣ бо дарназардошти бемориҳои ҳамрав ниёз доранд.

Ҳама таъсирҳои токсикӣ ПХТНА дараҷаи ифодаёбии муътадил, дар ҳудуди I-II бал доштанд ва танҳо дар 4 ҳолат табобати минбаъдаро маҳдуд карданд. Дараҷаи зухурёбии бештаринро дар байни онҳо диспепсия – дар 48 бемор (30,96%) дошт. Ҳолати марбут ба дилбеҳузурӣ бо дараҷаҳои гуногуни зохирёбӣ чунин буд: дар 12 (7,74%) бемор дар ҳудуди I бал, дар 7 (4,52%) бо қайкунии нисбатан шадид зухур ёфт ва гузарондани табобати доруиро талаб кард - III бал.

Оризаҳои вобаста ба пӯст дар 8 (5,16%) бемор ҳангоми табобат дар шакли гиперпигментат-

сия зуҳур карданд; дар 9 (5,81%) ҳолат дар рӯзи 4-5-уми баъди вориднамоии воситаҳои муолиҷаи химиявӣ дар пӯсти бадан эритема ба қайд гирифта шудааст. Бояд қайд намуд, ки таъсири масмумӣ дар пӯст дар шакли бусурот (донаҷаҳо) ҳангоми гузаронидани курси дуюм ё сеюми табобат мушоҳида мешавад. Ба ин беморон доруҳои зиддигистаминӣ (супрастин, дифенгидрамин) ва вояҳои пасти кортикостероидҳо таъйин карда мешаванд. 12 (7,74%) бемор аз дарди сари шадид, заифӣ, паст шудани ҳассосияти ламсӣ, аломатҳои невропатияҳои периферӣ шикоят доштанд - мо ҳамаи ин оризаҳоро ҳамчун таъсири нейротоксикӣ тасниф кардем.

Натиҷаҳои бадастомадаро ҷамъбаст намуда, бояд қайд кард, ки ПХТНА дар 67% беморон, ки сараввал дар мавриди онҳо ба кор бурдани ҷарроҳии радикалӣ номатлуб доништа мешуд, самаранок буд. Баъдан ин беморон бо истифода аз усули табобате, ки мо барои шаклҳои дар мавзё паҳншуда ва мураккаби саратони гарданаки бачадон пешниҳод ва тасдиқ (апробатсия) намудем, ҷарроҳӣ карда шуданд.

Дар асоси таҷрибаи бисёрсола дар табобати ҷарроҳии марҳилаҳои гуногуни саратони гарданаки бачадон, мо усули оптималикунонидаи даҳолати ҷарроҳӣ - экстирпатсияи васеи бачадон бо замимаҳо ҳамзамон бо диссексияи мувофиқи минтақаҳои метастазҳои эҳтимолӣ ҳангоми шаклҳои саратони паҳншудаи мавзееи гарданаки бачадон пешниҳод кардем. Барои ин усул патент гирифта шудааст (Патенти №FAP 01612 аз 27.04.2021). Мо даҳолати ҷарроҳиро дар давоми 45 то 50 рӯз аз оғози ПХТНА анҷом додем. Дар 47,7% занҳои бемор пас аз курси дуҷуми ПХТНА экстирпатсияи васеи бачадон бо замимаҳо гузаронида шуд, ки зимни он доруҳои асосии химиотерапия паклитаксел+карбоплатин буданд. Пас аз 3 курси ПХТНА дар речаи паклитаксел+сисплатин дар 3 (1,98) бемор ва дар речаи паклитаксел+карбоплатин дар 78 (50,4%) бемор гузаронидани табобати радикалии ҷарроҳӣ имкон дод. Эҳтимол, ҳарду схема, ки дар муддати кӯтоҳ татбиқи марҳилаи табобати ҷарроҳиро таъмин месозанд, самаранок мебошанд. Аз сабаби он ки дар шароити Осиеи Марказӣ беморон ба онкологҳо нисбатан дер муроҷиат мекунанд, муҳлатҳои гузаронидани ҷарроҳӣ ба беморони гирифтори СМПГБ пас аз ташҳис қобили таваҷҷуҳанд: 16 (10,4%) бемор пас аз ду моҳи ташҳиси СМПГБ; 54 (34,9%) бемор дар давоми то се моҳи пас аз ташҳис ҷарроҳӣ карда шуданд; дар 68 (43,8%) бемор то ҷарроҳӣ панҷ моҳ ва дар 17 (10,9%) бемор аз 7 то 9 моҳ гузаштааст. Тавре

дида мешавад, аксарияти беморон дар давоми то панҷ моҳи пас аз ташҳис ҷарроҳӣ шуданд. Маълум аст, ки омилҳои вазнинкунанда ҳангоми даҳолати ҷарроҳӣ асосан аз ҳаҷми ҷарроҳӣ, ҳолати беморон ва мувофиқ будани усулҳои ҷарроҳӣ вобаста мебошанд.

Мушкилоти интраоператсионӣ аҳёнан дида мешуданд ва аз осебёбии ҳолибҳо дар 3 (1,9%) ҳолат, осеби рағҳо дар 2 (1,29%) бемор, осеби танаҳои асаб дар 2 (1,29%) бемор иборат буданд, ҳамчунин дар як бемор осеби вариди гурда ҷой дошт. Хунравии интраоператсионӣ дар 7 (4,5%) бемор ҳангоми иҷрои лимфодиссексия мушоҳида шуд. Осеби рӯдаи борик дар 1 зани бемор дар рафти муҳофизат рафъ карда шуд. Мушкилоти барвакти пас аз ҷарроҳӣ дар беморони гирифтори СМПГБ дар 2-15 шабонарӯзи аввал дар шакли гиповолемиа (дар 4 бемор - 2,5%), синдроми дард дар андомҳои поёни (дар 5 бемор - 3,2%), тромбози рағҳои андомҳои поёни (дар 1 бемор - 0,6%), инкишофи носурҳои лимфавӣ (дар 20 бемор - 18,9%), эвентратсия (дар 3 бемор - 1,9%), фасодишавии захмҳои девораи пеши шикам (дар 2 бемор - 1,3%) ба назар расиданд. Мушкилоти бештарро оризаҳои дери пас аз ҷарроҳӣ оварданд, ки дар шаклҳои зерин зоҳир шуданд: дошта на-тавонистани пешоб (дар 78 бемор - 50,3%), некрози пасдевори масона (дар 3 бемор - 2,73%), некрози шӯбаи дисталии ҳолиб (дар 5 бемор - 3,2%), стриктураи ҳолибҳо (дар 6 бемор - 3,2%), атонияи масона (дар 5 бемор - 3,2%), фистулаи масонаю маҳбалӣ (дар 7 бемор - 4,5%), хунравии аррозиявӣ (дар 2 бемор - 1,3%), фасод гирифтани носурҳои лимфавӣ (дар 4 бемор - 2,6%), дар ду бемор (1,3%) тромбози варидҳои амиқи андомҳои поёни ба вучуд омад.

Ҳама омилҳои вазнинкунанда бо истифода аз усулҳои консервативӣ табобат карда шуданд ва ба тартиби марҳилаҳои табобату муҳлатҳои бистаришавӣ дар беморхона таъсир доштанд. Маводҳои ҳангоми ҷарроҳӣ бурида гирифташуда бо мақсади арзёбии муқоисавӣ бо маълумоти биопсия дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ барои ташҳиси морфологӣ фиристода шуданд.

Маълумоти бадастомада ихтилофи ночизро дар натиҷаҳои таҳқиқоти морфологии пеш ва пас аз ҷарроҳӣ ошкор месозад. Гурӯҳи асосӣ карсинома ва аденокарсиномаҳои сквамоҳуҷайравӣ буданд, дар ин ҳол ихтилофҳои ҷойдошта ба таҳияи тактикаи табобати минбаъдаи беморон таъсир нарасонданд, зеро маводи ҷарроҳӣ пас аз гузаронидани ПХТНА гирифта шудааст, ки метавонист ба

тағйирёбии патоморфологии омос дар беморони гирифтори СМПГБ боис гардад.

Ҳама беморон пас аз ҷарроҳӣ таҳти назорати диспансерии саратоншиносон қарор доштанд. Дар бемороне, ки дар марҳилаи ремиссияи клиникӣ буданд, ретсидивҳо дар давраҳои гуногуни мушоҳида вобаста ба сохтори морфологии саратони гарданаки бачадон мушоҳида шуданд. Дар 4 моҳи аввал ретсидивҳои омос дар 2 бемор, пас аз 5 моҳ - дар 11 (10%) бемор, пас аз 6 моҳ - дар 12 (10,9%) бемор, пас аз 7 моҳ - дар 11 (10%) бемор пайдо шуданд. Ҳамин тариқ, дар 34 нафар беморон дар давоми аз 4 то 7 моҳи пас аз ҷарроҳӣ ретсидивҳо ба амал омаданд. Ин беморон муолиҷаи комплексӣ гирифтанд ё ба ёрии паллиативӣ гузаронида шуданд.

Гуфтаҳои болоро ҷамъбаст намуда, бояд гуфт, ки табобати омехта бо истифода аз модели пешниҳодкардаи табобати ҷарроҳии шаклҳои танҳо дар мавзё паҳншуда ва оризодори саратони гарданаки бачадон самаранок ва беҳатар аст. Мушкилоти замони ҷарроҳӣ ва пас аз ҷарроҳӣ бо таъйин кардани тадбирҳои табобатии симптоматикӣ мувофиқ ва дастрас бартараф карда мешаванд. Барои таъмини хусусияти радикалии марҳилаи ҷарроҳии табобат дар марҳилаи якум аз ПХТ-и неoadъювантӣ истифода бурдан лозим аст. Меъёрҳои резексияпазирӣ ингунаанд: пеш нарафтани раванди омосӣ, коҳиш ёфтани андозаи гиреҳҳои метастазии лимфа, устувор (бегайир) шудани беморӣ ҳангоми гузаронидани табобати доруй. Истифодаи модели оптималикунонидаи экстрипатсияи васеи бачадон бо замимаҳо ноилшавӣ ба ремиссияи дарозмуддати клиникӣ беморӣ ва беҳтар кардани сифати зиндагии беморонро имконпазир мекунад.

Дар асоси натиҷаҳои бадастомада, муқоисаи клиникӣ нишондиҳандаҳои зиндамони умумии беморони СМПГБ дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ гузаронида шуд. Дар ҷараёни мушоҳидаи динамика дар 3 моҳи аввал 102 бемор (92,72%) дар гурӯҳи асосӣ ва 38 бемор (84,44%) дар гурӯҳи назоратӣ, пас аз 6 моҳ мутаносибан 83 (75,45%) ва 24 (53,3%) бемор зинда буданд. Пасон нишондиҳандаҳои зиндамони дар гурӯҳи назоратӣ ба таври назаррас коҳиш меёбанд - то 17 (37,77%) бемор. То 24 моҳи мушоҳида 68 (61,81%) бемор дар гурӯҳи асосӣ бе пешрафти беморӣ зиндагӣ мекарданд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назоратӣ ин қабил беморон 15 (33,33%) нафар буданд.

Сатҳи зиндамони 3-солаи бе ретсидив дар беморони гурӯҳи назоратӣ (13,35%), ки давраҳои табобат бо ПХТНА + табобати шуой гирифтаанд,

паст буд. Сатҳи зиндамони 3-солаи бе ретсидив дар беморони гурӯҳи асосӣ, ки муолиҷаи омехта-ро тибқи нақшаи ПХТНА + ҷарроҳӣ гирифтаанд, самаранок буда, 53,63% -ро ташкил медиҳад.

Хулоса. 1. Табобати самараноки саратони гарданаки бачадон дар марҳилаи ҷорӣ бояд ба арзёбии дақиқи сатҳи паҳншавии раванди омосӣ ва полихимиотерапияи омехтаи мақсаднок асос ёбад. 2. Гузаронидани ПХТНА ҳангоми СМПГБ имкон медиҳад, ки даҳолати ҷарроҳии радикалӣ дар аксарияти бемороне амалӣ карда шавад, ки сараввал барои табобати омехта мувофиқ доништа намешуданд. 3. Маълумоти ба-дастомада ба мо имкон медиҳад, ки истифодаи табобати омехтаи СМПГБ (ПХТНА + табобати ҷарроҳӣ) дар клиникаҳои махсуси онкологӣ тавсия диҳем, ки ин мизони зиндамони ва сифати зиндагии беморонро ба таври назаррас беҳбудӣ мебахшад.

АДАБИЁТ

1. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. - 250 с.
2. Каримова Ф.Н. Химиолучевая терапия местнораспространенного рака шейки матки. / Ф.Н. Каримова – Онкология. Журнал имени П.А. Герцена. - 2015. - №3. - Т. 4. - С. 16-20.
3. Кудрявцев И.Ю. Статистика злокачественных новообразований женской репродуктивной системы в Навоийском регионе Республики Узбекистан: заболеваемость, смертность и социально-экономический ущерб / И.Ю. Кудрявцев // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохин РАМН. - 2009. - Т.20. - №2. - С. 28-33.
4. Непосредственные и отдаленные результаты лечения после тазовых эвисцераций при местнораспространенном раке шейки матки / К.Г. Мостка, А.Н. Павленко, А.В. Фокина [и др.] // Вопросы онкологии. - 2014. - Т. 60. - №3. - С. 319-322.
5. Состояние онкологической помощи населению Республики Узбекистан в 2022 году / Под ред. М.Н. Тилляшайхова, Ш.Н. Ибрагимова, С.М. Джанклич. – Ташкент: «Халк», 2023. – 184 с.
6. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries / F. Bray, J. Ferlay, I. Soerjomataram, R.L. Siegel [et al.]. // CA Cancer J. Clin. - 2018. - V. 68. - No 6. - P. 394-424. doi: 10.3322/caac.21492.

Юлдошев Равшан Зоҳидович – ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, кафедраи саратоншиносӣ, 734025, Тоҷикистон, ш. Душанбе, х. Рӯдакӣ, 139, почтаи электронӣ: uravshan@mail.ru

ТДУ 616.52-002.951.1-089

ЭХИНОКОККОЗИ МИНТАҚАҲОИ ҚОҒУ РҶӢ

Олимов А.М., Муҳиддин Д.Н., Қурбонов Н.Г., Қонибекова Р.Н.

Кафедраи ҷарроҳии қоғу рӯйи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», ш. Душанбе.

ЭХИНОКОККОЗИ МИНТАҚАҲОИ ҚОҒУ-РҶӢ (ЛАҲЗАЕ АЗ ТАҶРИБА)

Олимов А.М., Муҳиддин Д.Н., Қурбонов Н.Г., Қонибекова Р.Н.

Кафедраи ҷарроҳии қоғу рӯйи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», ш. Душанбе.

Дар солҳои охир баландшавии миқдори беморони дорои эхинококкоз дар ҳамаи минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон паҳн шудааст. Аз рӯи ахбороти адабиётҳо ва муаллифон (С.М. Аҳмадзода, А.Т. Ҳомидов ва дигарон) дар аҳолии 9,5 млн одам ҳар сола оиди бемории эхинококкоз аз 850 то 1050 амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида мешавад, ки ин нисбати амрози шадиди узвҳои шикам-хунравӣ аз меъда ва рӯдаи двоздаҳангушта, яра ва сурохишавии меъдаю рӯда ва панкреонекрози шадид зиёд мебошад. Бисёр тадқиқотчиён тасдиқ менамоянд, ки дар структураи иллатноккунии эхинококкоз ҷои аввалро ҷигар 65% ва шушҳо 14,8% мегранд. Дар адабиётҳо иллатноккунии минтақаҳои қоғу рӯйи бисёр кам во меҳурад. Дар тули 20-солаи таҷрибаи ҷарроҳии худ якумин маротиба эхи-ноккакози минтақаи қоғу рӯйро во хурдем.

Дар аввали асри XXI суръати зиёдишавии бемории эхинококкоз ва васеъшавии сарҳадҳои географи баназар мерасад. Аз рӯи ахбороти ТУТ аз 50 млн одамони фавтида дар ҷаҳон, аз онҳо 16 млн одамон аз бемориҳои сироятии паразитарӣ мефавтанд. Дар соли 2018 стратегияи самарабахши мубориза бар зидди эхинакоккоз дар ТУТ тасдиқ шудааст.

Калимаҳои калидӣ: эхинококкоз, эхинококкози ҷигар, шушҳо, қоғу рӯй, муолиҷаи ҷарроҳии эхинококкоз, реабилитатсия, эпидемиологияи эхинококкоз.

ЭХИНОКОККОЗ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

А.М. Олимов, Д.Н. Муҳиддин, Н.Г. Қурбонов, Р.Н. Дҷонибекова

Олимов Акбаршо Махмадишоевич- к.м.н., доцент старший преподаватель кафедры челюстно-лицевой хирургии Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», akbarsho_olimov@mail.ru, тел.: (+992) 918-70-63-20

В последние годы отмечается значительный рост эхинококковой болезни во всех регионах Республики Таджикистан. Так, ежегодно в республике с населением 9,5 млн человек, по поводу эхинококковой болезни оперируются от 850 до 1050 больных, что превосходит суммарное число таких острых хирургических заболеваний органов живота, так кровотечение из желудка и двенадцатиперстной кишки, прободение гастроуденальных язв и острого панкреонекроза. Многие исследователи подтверждают, что в структуре органических поражений эхинококкоза, печень занимает доминирующее место (65%); осложненные формы поражения печени -15-35%, рецидив заболевания -6,2-16,0% .

К началу XXI века наметилась отчетливая тенденция к росту заболеваемости эхинококкозом и расширению ее географических границ. По данным ВОЗ, из 50 млн человек ежегодно умирающих в мире, более чем у 16 млн из них причиной смерти являются инфекционные и паразитарные заболевания. С 2018г ВОЗ утверждена эффективная стратегия борьбы с эхинакоккозом.

Ключевые слова: эхинококкоз, эхинококкоз печени, легких, лицевая область, хирургическое лечение эхинококкоза, реабилитация, эпидемиология эхинококкоза.

ECHINOCOCCOSIS OF THE MAXILLOFACIAL REGION (CASES FROM PRACTICE)

A.M. Onimov, D.N. Mukhiddin, N.G. Kurbonov, R.N. Dzhonibekova

In recent years, there has been a significant increase in echinococcal disease in all regions of the Republic of Tajikistan, so, annually in the republic with a population of 9.5 million people, from 850 to 1050 patients are operated on for echinococcal disease, which reduces the total number of such acute surgical diseases of the abdominal organs, such as bleeding from the stomach and duodenum, perforation of gastroduodenal ulcers and acute pancreatic necrosis. Many researchers confirm that in the structure of organ lesions of echinococcosis, the liver occupies the dominant site (65%); complicated forms of liver damage 15-35%, recurrence of infection 6.2-16.0%. In more than 20 years of practical surgical activity, there was 1 case of echinococcosis of the maxillofacial region.

By the beginning of the XXI century, there was a clear trend towards an increase in the incidence of echinococcosis and a narrowing of its geographical boundaries, According to WHO, out of 50 million people dying annually in the world, more than 16 million of them have infectious and parasitic diseases as the cause of death, Since 2018 WHO has approved an effective strategy to combat echinococcosis.

Keywords: echinococcosis, echinococcosis of the liver, lungs, facial region, surgical treatment of echinococcosis, rehabilitation, epidemiology of echinococcosis.

Муҳиммият. Дар солҳои охир баландшавии миқдори беморони эхинококкоз дар ҳамаи минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон паҳн шудааст. Аз рӯи ахбороти адабиётҳо ва муаллифон (С.М. Аҳмадзода, А.Т. Ҳомидов ва дигарон) дар аҳолии 9,5 млн одам ҳар сол оиди бемории эхинококкоз аз 850 то 1050 амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида мешавад, ки ин нисбати амрози шадиди узвҳои шикам-хунравӣ аз меъда ва рӯдаи двоздаҳангушта, яра ва сурохшавии меъдаю рӯда ва панкреонекрози шадид зиёд мебошад. Бисёр тадқиқотчиён млн одамон аз бемориҳои сироятӣ паразитарӣ мефавтанд. Дар соли 2018 стратегияи самарабахши мубориза бар зидди эхинококкоз дар ТУТ тасдиқ шудааст.

Паҳншавии эхинококкоз бештар ба минтақаҳои иқлимӣ географӣ, ташкили кори хизматию санитарӣ ва маданияти аҳоли вобаста аст. Ба паҳншавии бемории эхинококкоз аз як минтақа ва қитъа ба дигараш кӯчидани аҳоли, аз шаҳракҳои хурд ва маҳалҳои аҳолинишини калонтар мусоидат мекунад.

Дар Туркия (К.Ҷ. Гуркан) эхинококкоз дар байни аҳоли дар минтақасоҳе во меҳурӯад, ки ҳарорати солона дар ҳудуди 40-20 °C фарқ мекунад. Дар ноҳияҳое, ки ҳарорат аз 20 °C зиёд аст, шумораи беморон камтар буда, ҷойгиршавии эхинококкози шушӣ ҳукмфармост. Дар Исроил (Витенберг) гармии чандинмоҳа, гармшавии шадиди замин дар қабатҳои болоӣ, радиатсияи офтобӣ сабаби паҳншавии хеле ками эхинококк дар байни сокинони маҳаллӣ ва ҳайвонот мебошанд. Мувофиқи ақидаи Г. Гепов ва Н. Ненов шароити мусоидтарини давомнокии мавҷудияти онкосфераҳо дар хоки шароити иқлимиаш муътадил ва дар баландкӯҳи миёна бо боришоти тез-тез, дар ноҳияҳои экватории шимолӣ эхинококкоз бештар дида мешавад[3,4].

Эхинококкоз дар минтақаҳои саноатӣ аз сабаби мавҷуд набудани интиқолдиҳандагони доимии сағу ҳайвоноти *taenica ochinococcus*, ки тавассути онҳо ҳамлаи мутақобила ба амал меояд, маълум нест. Дар баробари ин дар кишвару ноҳияҳое, ки ҷорводориашон тараққикарда ва маданияти санитарии аҳоли паст буда, дар ҳавлии деҳот, дар саҳро ва қушхонаҳои ибтидоӣ ҳайвоноти хонагӣ ҷаъм карда мешавад, ки дар атрофи онҳо сағҳои

тасдиқ менамоянд, ки дар структураи иллатноккунии эхинококкоз ҷои аввалро ҷигар 65% ва шушҳо 14,8% мегиранд. Дар адабиётҳо иллатноккунии минтақаҳои ҷоғу рӯй бисёр кам во меҳурӯад[1,2,5]. Дар гули 20-солаи таҷрибаи ҷарроҳии худ якумин маротиба эхинококкози минтақаи ҷоғу рӯйро во хӯрдем.

Дар аввали асри XXI суръати зиёдшавии бемории эхинококкоз ва васеъшавии сарҳадҳои географӣ ба назар мерасад. Аз рӯи ахбороти ТУТ аз 50 млн одамони ғавтида дар ҷаҳон, аз онҳо 16 дар узвҳо ва бофтаҳои ҷорвои калони шохдор ва ҷорвои майда ва одам паразит мешаванд.

Роҳҳои сироятёбии одам. Бо таври умум эътироф шудааст, ки сирояти инсон бо эхинококк тавассути онкосфераҳо (тухмашон), ки аз қирмҳои тасмашакли нимпухта расидаи чинсӣ ҷудо мешаванд, ки дар рӯдаҳои сағ паразитӣ мекунанд сироят меёбанд.

Аскерханов Р.П. қайд мекунад, ки сироятёбии одамон, метавонад на танҳо дар натиҷаи ғурӯ бурдани тухми қирми сағ, балки дар натиҷаи ворид шудани элементҳои қабати паренхимаи масонаҳои эхинококк (давраи инфизиофи бенасли) ҳангоми хӯрдани ҷигари хом ё нимпухта, ки дорои элементҳои кистаи эхинококк мебошад ба амал ояд. Сирояти одам бо микробҳои қирми сағ бо 3 роҳ руҳ мегирад: 1. Ба воситаи луобпардаи канали меъдаю рӯда; 2. Ба воситаи луобпардаи роҳҳои нафас; 3. Ба воситаи шуш ва сатҳи захми бадан.

Ақсар вақт онкосфераҳо тавассути канали меъдаю рӯда ворид мешаванд, ки то ба наздики ягона роҳи имконпазир ҳисобида мешуд. Як қисми онкосфераҳое, ки ба меъда ворид шудаанд, мемиранд ва бо шарбати меъда ҳазм мешаванд, қисми дигар бо наҷосат хориҷ карда мешаванд ва танҳо миқдори ками онҳо нигоҳ дошта мешаванд ва қобилияти ҳаётшонро нигоҳ медоранд. Дар зери таъсири шарбати меъда қабати онкосфера вайрон мешавад, баъзеашон бо ҳаракатҳои ғайбӣ ба пардаи луобии узв часпида, онро сӯроҳ мекунад ва ба рағҳои хун ё лимфа мебарояд. Ҳаракат бо ҷараёни хун тавассути системаи *v. portae* онкосфера ба ҷигар мерасанд, ки аввалин “филтр” барои ҷанинҳои эхинококк мебошад. Ин суръати баландтарини ҳолатҳои эхинококкози ҷигарро шарҳ мегирад.

бесоҳиб гаштугузор мекунад, сирояти эхинококк зиёд мешавад [6,7,8].

Мақсади таҳқиқот. Дарёфт ва муолиҷаи эхинококкози минтақаҳои ҷоғу рӯй.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар ин таҳқиқот бемор бо эхинококкози минтақаҳои ҷоғу рӯй ва чигару шуш, ки дар соли 2021 дар шуъбаи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи калонсон ва шуъбаи ҷарроҳии умумӣ ва технологияи муосирӣ МД ММТ ҚТ «Шифобахш» дар муолиҷа буданд дохил карда шудаанд. Бемор аз тадқиқотҳои клиникӣ, рентгенологӣ, бактериологӣ ва усулҳои лабораторӣ гузаронида шудааст.

Морфология ва биологияи эхинококкоз. Кирми тасмагӣ ба кистаи эндопаразитӣ дохил мешавад. Дар давраи аз ҷиҳати ҷинсӣ камолот дар рӯдаи хурди баъзе хайвоноти гӯштхур, сағу гург, шағол ва дар марҳилаи кирмӣ дар масона кунанд. Масалан аз меъда онкосфера метавонад ба рағҳои сурхрӯда ва аз он ҷо ба венаҳо паҳн шавад. Микробҳои эхинококк девори рӯдаи ростро сӯроҳ карда, метавонад дар рағҳои бавосир ва минбаъд ба *v. cava caudalis* дохил шаванд.

Тавассути системаи лимфатики ҷанинҳои эхинококк, ки тавассути *thoracicus* ба *v. cava cranialis* ва ба шуш ворид мешаванд. В.П.Путятин чунин мешуморанд, ки дар гӯсфандон ва говҳо ҳаракати ҷанинҳои эхинококк танҳо бо роҳи лимфа ба амал меояд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Аз рӯи вижагиҳои патогенез Р.П. Аскерханов панҷ намудҳои бемориҳоро дар одамон фарқ мекунад: 1. Эхинококкози ибтидоӣ инкишоф ёфтааст ё дар як чанд узв пас аз ворид шудан ба бадан онкосфераҳои қобили ҳаёт; 2. Эхинококкози дуҷумдараҷа дар шикам ё плевра, пуфак, ки пас аз сӯроҳии киста ба вучуд омадааст; 3. Эхинококкози метастатикӣ, ки дар натиҷаи ташхис кистаи эхинококк дар холигии дил ё рағи калони хун;

4. Эхинококкози имплатсионӣ, ки пас аз ворид шудани онкосфераҳо ба ҳучраи ҷарроҳӣ (ҳангоми ҷарроҳӣ) ё ҳучраи дигар пайдо мешавад; 5. Эхинококкози гетеротопӣ пас аз шустани шароит, мисли киста, шикастани холигии хитинӣ ҳамчун имкони нахҳо, капсулаи субплевралии кутикулярӣ, ки дар он инкишофи бепардаҳо дохил мешавад, дар шуш, испурҷ ва ғайраҳо пайдо мешавад.

Роҳи сирояти аэрогении микробҳои эхинококкро В. Томов, F. Dev , Т. Ф. Гаижулевич ва В. Г. Потапов исбот кардаанд. Имконияти ин усули ҳучум бо дарёфти онкосфераҳо дар ҷароғохост. Ф. Дев ба таври таҷрибавӣ исбот кард, ки тухми паразит, ки ба бронхҳои хурд расидааст, дар зерӣ таъсири луобпардаи роҳи нафас пӯсташро гум мекунад ва ба луобпарда часпида ба инкишофи

Нигоҳ доштани онкосфераҳо дар чигар ба андозаи ҷанин ва каналҳои чигар алоқаманд аст. Андозаи ҷанин 22 микрон аст, дар ҳоле, ки каналҳои чигар диаметри 9-21 микронро соҳиб мебошанд. Бо тағир додани шакли худ қисми онкосфераҳо бо вучуди ин филтри якумро бартараф намуда, ба рағҳои (каваи) поён, ба нимаи рости дил ва аз он ҷо ба шуш дохил мешаванд. Паҳнои капиллярҳои шуш 6-12 микрон буда, бинобар ин онҳо барои ҷанинҳои паразит дуҷумин “монеа” мебошанд. Аммо қисме аз онкосфераҳо низ аз ин филтри дуҷум гузашта, баъд аз ин кафкҳои шуш мебароянд ва аз онҷо бо ҷараёни хуни артериоли ба ҳар узви бадани инсон дохил мешаванд.

Илова ба роҳи классикӣ паҳншавии паразит аз меъдаю руда тавассути *v. portae*, баъзе муалифон имкон медиҳанд, ки чигарро давр зада, ҳаракат меҳозима ё нафаскашӣ дар баробари гардиши хун ё роҳҳои нафас ба ҳаракат оғоз мекунад ва ба узв ё бофтаҳои муайян ворид мешавад. Ин боиси инкишофи аввалини кистаҳои эхинококкиро мегардад. Суръати афзоиши кистаро F. Deve (1910), В. Г. Ганесулев, В. Г. Потапов (1939), А. Ф. Носиком (1953) ва дигарон омӯхтаанд.

Назорати клиникӣ. Бемор Д. 45 сола ба шуъбаи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи калонсолони МД ММТ ҚТ «Шифобахш» 08.10.с.2021 бо ташхиси «Кистаи эхинококкози минтақаи назди гушу мушаки хоиш аз тарафи чап, кистаи эхинококкозии чигар ва ду кистаи эхинококкози дар шушҳо» бистари шуд. Худи ҳамин рӯз ба бемор муолиҷаи фаври амалиёти ҷарроҳии «Гирифтани кистаҳои эхинококкозии минтақаи назди гушу мушаки хоиш аз тарафи чап» гузаронида шуд. Ковокии кистози бо маҳлули спирти 90% коркард карда шуд 3-маротиба. Давраи баъди амалиёти беориза гузашт (расми 1-2-3-4 а,б,в,г.).

Дар раванди инкишофи худ кистаи эхинококки паренхимаи узвро кӯчонида, кӯшиш мекунад, ки дар ягон қисми ба сатҳи он бирасад. Чӣ қадаре ки киста калонтар шавад, дар ҳучайраҳо ва рағҳои узв ҳамон қадар тағироти ҷиддӣ ба амал меоянд. Аксар вақт ин тағйирот дар узвҳо ва бофтаҳои ҳамсоя, ки ба киста наздиканд мушоҳида мешавад.

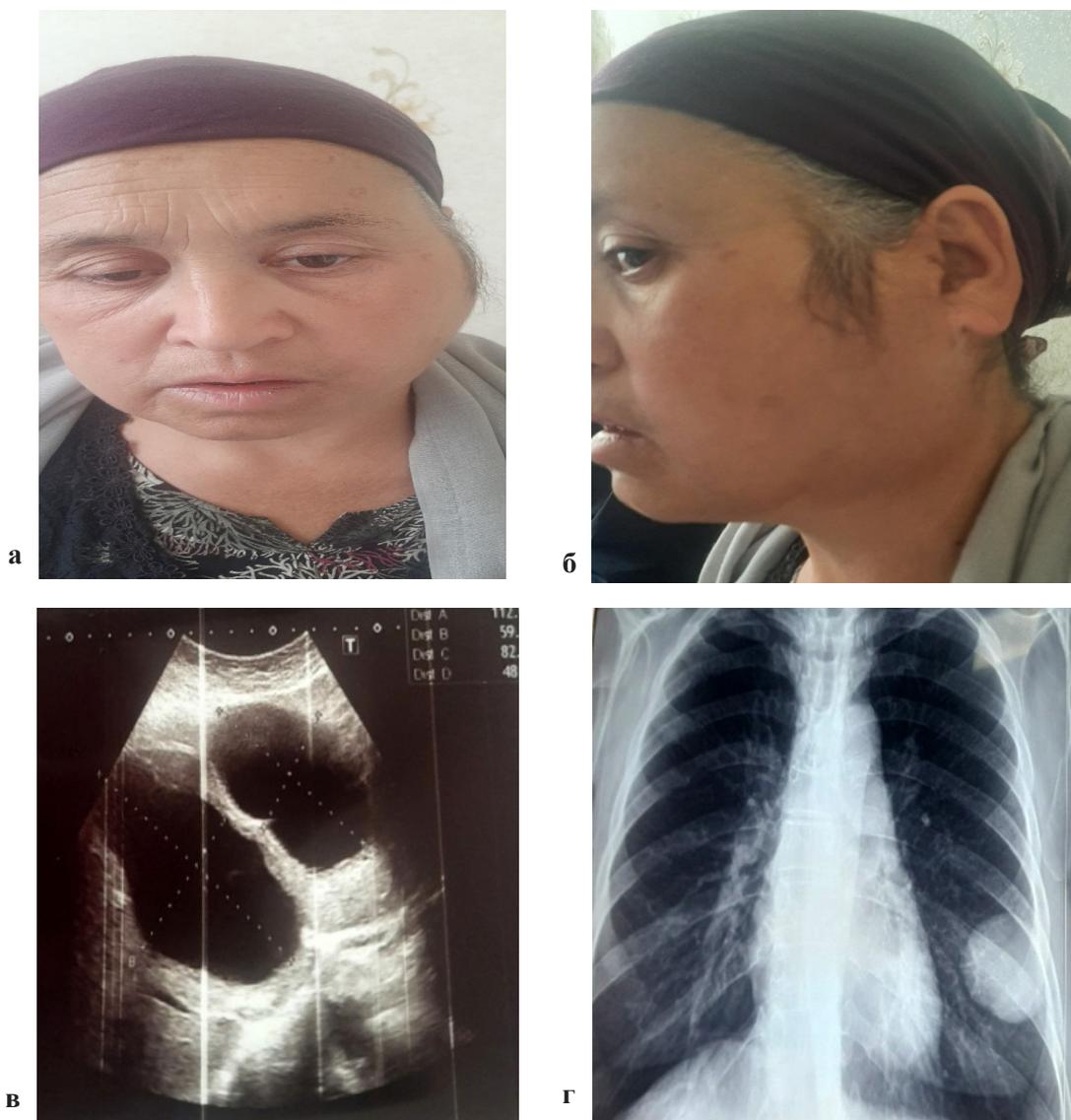
Роҳҳои воридшавии микроорганизмҳо ба кистаи эхинококк пурра омӯхта нашудааст. Гумон менамояд, ки онҳо тавассути хун ё лимфа аз макони мавҷудаи илтиҳоб ба бадан ворид мешаванд ё ба киста тавассути роҳи сафро ё ҳаво ворид мешаванд. Баъзан суппуратсия натиҷаи осеби тарбодии паразит мебошад. Дар одамони солхӯрда фоизи хурӯчи эхинококк баландтар аст, ки онро бо давомнокии беморӣ ва марги эҳтимолии паразит шарҳ додан мумкин аст.

он шурӯъ мекунад. Далели имкони инкишофи чанинҳои эхинококк дар дарахти бронҳо ин аст, ки дуоминарачаи эхинококк дар девораи бронҳо сершумор мебошад, аз ҳамин сабаб ба сӯрохии шадиди кистаи эхинококкозӣ оварда мерасонад. (расми 1-2 а,б,в,г.)

Роҳи сеюми воридшавии микробҳои эхинококк ҳангоми газидани сағ тавассути сатҳи захм мебошад, ки дандонҳояшон онкосфераҳои ҳаётбахш доранд ё ҳангоми ба захми ҷарроҳӣ дохил шудани чанин. Инро маълумотҳои пешниҳодкардаи Б. Ф. Давногорский, П. А. Пашков, И. В. Данилов, В. Г. Потапов, В. А. Попов, К. И. Чулковский ва дигарон тасдиқ мекунад.

Ҳангоми ба организми инсон афтидан онкосфераи *Echinococcus granulosus* тавассути системаи

Хурӯчи кистаи эхинококк метавонад аз сабаби *Staphylococcus aureus*, стрептококкҳо, диплококкҳо, бактерияҳои рӯда ва домана ва ғайра, инчунин зуд-зуд ё ҳолати омехта ба вучуд ояд. Баъзе микроорганизмҳо дар киста газро ҳосил мекунад. Эхинококки ифлоскунанда ба сӯрохҳои стихиявӣ, дар холигоҳи бадан, бронҳо, системаи ҳозима, рӯдаи сафро ва ғайро майл дорад. Е.С. Мартикян қайд мекунад, ки 50% сӯрохии кистаҳои эхинококкӣ натиҷаи хӯрдани онҳост. Перфоратсия инчунин метавонад дар эхинококкҳои қобили ҳаёт рух диҳад, аммо бо ҷароҳат. Давомнокии миёнаи як киста 10-20 сол аст. Н.Г. Назаревский қайд мекунад, ки кистаҳои аз 10-сола боло, чун қоида, боиси инкишофи мушкилиҳо мебошанд, гарчанде, ки Е.П. Павловский мавҷудияти кистаи парази-

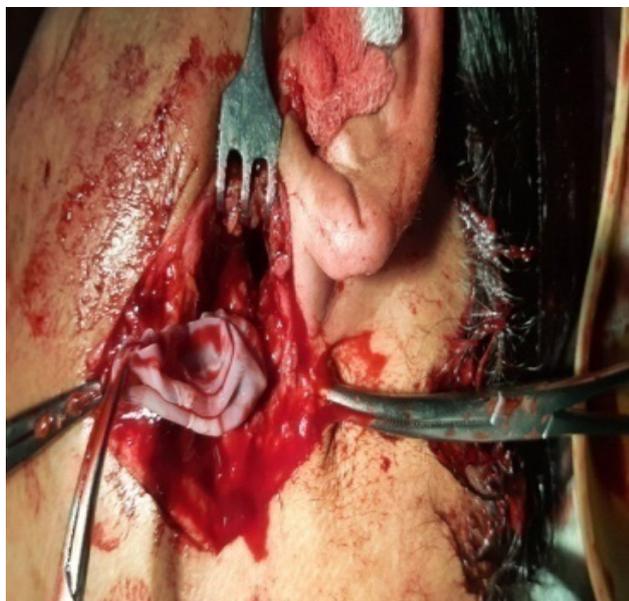


Расми 1-2. Бемор бо кистаи эхинококкози минтақаҳои чоғу рӯй ва бадан:
а,б-пеш аз амалиёти ҷарроҳӣ кистаи минтақаи лунҷ; в- ду кистаи эхинококкоз дар чигар;
г- ду кистаи эхинококкози дар шушҳо.

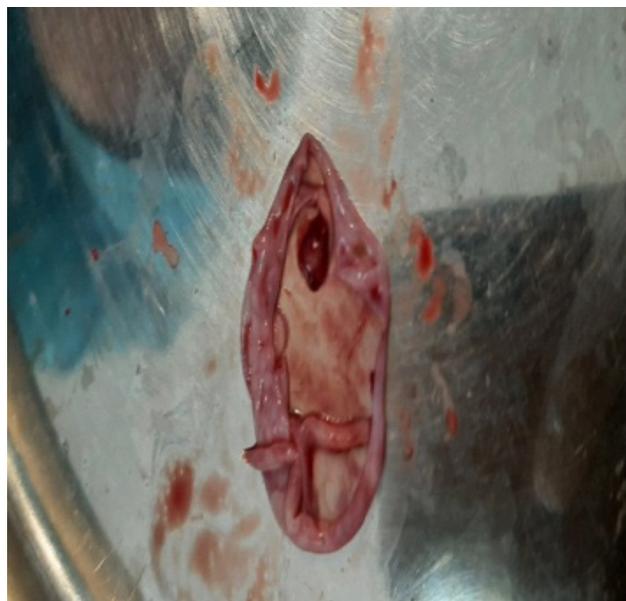
тиро дар давоми 40 сол ва В. Томов дар давоми 48 сол мушохида кардааст. Худ мустаҳкамкунии эхинококк дар натиҷаи мавҷуд набудани шароити зарурӣ барои рушди он, фасодгирӣ ё хунравӣ ба киста, натиҷаи осеб ё сӯрохшавӣ ба марги паразит оварда мерасонад.

Аввалин аломати марги паразит чиншавии киста мебошад. Дар ин ҳолат моеъ аз холигии он ҷаббида шуда, чинҳо ҳолӣ мешаванд ва ба массаи казеозӣ табдил меёбанд. Бо мурури замон дар онҳо намакҳои калтсий ҷамъ мешаванд ва санг мешаванд (Echino-t osee us petrifica. Калсификатсияҳои

а



б



в



г



Расми 3-4. а- рафти амалиёти ҷарроҳӣ бо гирифтани пардаи кистозӣ; б- пардаи кистозӣ; в- ревизияи захми баъдичарроҳӣ; г- марҳилаи шифоёбии захмҳои пас аз ҷарроҳӣ.

узвҳо ва бофтаҳои ҳамсоҷро фишурда, баъзан дар рағҳои калони хун ва сафрои ҷигар захмҷоро ба вучуд меоранд.

Пешгирии сироятёбӣ. Пешгирӣ дар қоҳиш ва рафъи эхинококкоз дар одамон ва ҳайвонот нақши ҳалқунанда мебозад. Фаҳмидани пурраи роҳҳои нигоҳ доштани беморӣ дар фокусҳои эндемикӣ ва қатъ кардани робитаҳои ноҳиявӣ мебошад.

Омӯзиши эхинококкоз дар марказҳои эндемикӣ бояд ҳамачониба дар ҷунин самтҳо анҷом дода

И. Я. Дейнека дар баробари риоя кардани нуқтаҳои дар боло зикршуда, зарур мешуморад дар пешгирии бемории эхинококкоз нест кардани сағҳои бесоҳиб, баҳисобгирии қатъӣ ва дегелминтизатсияи давра ба давра сағҳои хидматӣ ва хонагӣ. Пешгирии эхинококкоз мураккаб, масъалаи дорой аҳамияти умумидавлатӣ буда, бо ташкилии рӯзҳои ниғаждорӣ тандурустӣ, дараҷаи моддӣ ва маданияти аҳоли алоқаманд аст. Баргараф кардани эхинококкоз танҳо тавассути яқҷоя кардани чораҳои пешгирикунандаи иҷтимоӣ ва шахсӣ имконпазир аст.

Хулоса. Ҳамин тавр, натиҷаи таҳқиқот нишон дод, ки муолиҷаи беморон бо эхинококкоз маҷмӯӣ буда, бо иштироки духтури сироятшинос-паразитолог ва ҷарроҳи умум гузаронида мешавад. Ҳамаи узвҳои организм муоина шуда, дар ҳолати дарёфт шудани кистаҳои эхинококкозӣ мутахассисони гуногун ҷалб карда мешаванд.

АДАБИЁТ

1. Аҳмадзода С.М. Табобати ҷарроҳии эхинококкози ҷигар ва шуш / С.М. Аҳмадзода, А.Т. Ҳомидов // Ниғаждорӣ Тандурустӣ Тоҷикистон №2 с.2023 С 29-37.

2. Азиззода З.А. Острый паразитарный гнойный холангит у больных эхинококкозом печени / З.А. Азиззода // Здравоехранение Таджикистан №1 2019г. С 5-12.

3. Иванов С.А. Варианты хирургической тактики при лечении сочетанного эхинококкоза легких и печени / С.А. Иванов, Е.А. Корымасов, С.В. Мешков // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2019. №1 (2). С. 517-520.

4. Сапаев Д.Ш. Современная комплексная диагностика и хирургическое лечение осложненных форм эхинококкоза печени / Д.Ш. Сапаев, Р.Ю. Рузибаев, Ф.Р. Якубов // Вестник хирургии. – 2018, - №4. – С. 19-22.

шаванд: 1. Муайянкунии манбаҳои эхинококкоз бо экспедитсияҳои махсус; 2. Омӯзиши ҳолати санитарии гигиеники комбинатҳои гӯшт, иншоотҳои сӯзондани партовҳо; 3. Муоинаи мунтазами сағҳои барои барангезандаи паразитҳо; 4. Азназаргузаронии оммавии профилактикии аҳоли, дар сурате, ки муоинаи рентгенӣ, серологӣ ва реаксияи Казонӣ ҳатмист, латекс, агглютинатсия ва ғ; 5. Назорат ва умумкунии маълумот аз мушоҳидаҳои клиникӣю патологӣ.

echinococcosis compared with traditional surgical methods). *Annay khirurgii gepatologii – Annals of Surgery and Hepatology*, 2021, No. 1. pp. 61-68.

8. Shabunin A.V. *Sovremennoe sostoyanie problemy khirurgicheskogo lecheniya ekhinokokkoza pecheni (Current state of the problem of surgical treatment of hepatic echinococcosis)*. *Annaly khirurgii gepatologii – Annals of Surgery and Hepatology*, 2021, No. 4, pp. 87-96.

Олимов Акбаршо Маҳмадшоевич- н.и.т., дотсент омӯзгори калони кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», akbarsho_olimov@mail.ru, тел.: (+992) 918-70-63-20

Муҳиддин Нуриддин Давлаталӣ- д.и.т., профессор тел.: (+992) 919 -24-69-16

Қурбонов Нурулло Гулаҳмадович- мудирӣ шуъбаи ҷарроҳии умумӣ ва технологияи муосирӣ МД ММТ ҚТ «Шифобахш», тел.: (+992) 918-59-55-10

Ҷонибекова Розия Начмиддиновна - н.и.т., дотсент мудирӣ кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел.: (+992) 917-52-93-80

Муҳиддин Нуриддин Давлаталӣ- д.м.н., профессор тел.: (+992) 919 -24-69-16

Қурбонов Нурулло Гулаҳмадович- заведуший отделений обший хирургии и современной технологи ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», тел.: (+992) 918-59-55-10

Джонибекова Розия Наджмиддиновна - к.м.н., доцент зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» тел.: (+992) 917-52-93-80

Olimov Akbasha Mahmadsheovich-PhD, Associate Professor, Senior lecturer at the Department of Maxillofacial Surgery of the State Educational Institution “Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino”, akbarsho_olimov@mail.ru , tel.: (+992) 918-70-63 -20

5. Goncharov A.B. Slozhnyy ekhinokokkoz pecheni (Complex echinococcosis of the liver). Annaly khirurgii gepatologii – Annals of surgery and Hepatology, 2021, No. 4, pp. 32-40.

6. Efanov N.G. Laparoskopicheskie i otkrytie operatsii v lechenii ekhinokokkoza pecheni. Analiz blizhayshikh I otdalennykh rezultatov (Laparoscopic and open surgery in the treatment of hepatic echinococcosis. Analysis of immediate and long-term results). Annaly khirurgii gepatologii – Annals of Surgery and Hepatology, 2021, No. 4, pp. 69-75.

7. Nagasbekov M.S. rezultaty miniinvazivnogo lecheniya (PAIR) pri ekhinokkose pecheni v sravnenii s traditsionnymi khirurgicheskimi metodami (Results of minimally invasive treatment (PAIR) for hepatic

Mukhiddin Nuriddin Davlatali- MD, Professor
tel.: (+992) 919-24-69 -16

Kurbonov Nurullo Gulakhmadonovich - Head of the Departments of General Surgery and Modern Technology of the State Medical Research Center “Shifobakhsh”, tel.: (+992) 918-59-55 -10

Dzhonibekona Rozia Najmiddinovna - PhD, Associate Professor, Head of the Department of Maxillofacial Surgery of the State Educational Institution “Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino” tel.: (+992) 917-52-93-80

ТДУ: 616.24-002.5

САМТҶОИ АФЗАЛИЯТНОКИ МУБОРИЗА БАР ЗИДДИ БЕМОРИИ СИЛ ДАР АФҶОНИСТОН ДАР ДАВРАИ КУНУНӢ (ШАРҶИ АДАБИӢТ)

Бобохоҷаев О.И., Муҳаммадҷусуфи Ёдгорӣ

Кафедраи фтизиопулмонологияи Муассисаи давлатии таълимии “ДТТ ба номи Абуали ибни Сино”

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В АФГАНИСТАНЕ В СОВРЕМЕННЫЙ ПЕРИОД (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Бобоходжаев О.И., Мухаммадҷусуфи Ёдгори

Кафедра фтизиопулмонологии Государственного образовательного учреждения «ТГМУ им.Абуали ибни Сино»

После распада и провозглашения Исламского Эмирата Афганистан система противотуберкулезной помощи населению полностью изменилась. Около трети потенциальных новых случаев туберкулеза остаются незамеченными. После эвакуации и закрытия посольства США в августе 2021 года Программа борьбы с туберкулезом в Афганистане активизировала взаимодействие с Талибаном до минимального технического участия, необходимого для проведения операций или безопасности партнеров и бенефициаров. До прихода к власти Талибана Программа борьбы с туберкулезом разработала комплексную политику борьбы с туберкулезом, но ее реализация ограничивалась сельскими районами. В данной статье представлены сведения из литературы последних лет о состоянии туберкулеза в Афганистане и приоритетных направлениях борьбы с туберкулезом в текущий период.

Ключевые слова. Туберкулез, выявление новых случаев, Программа борьбы с туберкулезом, приоритетные направления борьбы с туберкулезом.

PRIORITY AREAS OF THE FIGHT AGAINST TUBERCULOSIS DISEASE IN THE AFGHANISTAN IN THE CURRENT PERIOD (LITERATURE REVIEW)

Bobokhojaev O.I., Muhammadyusufi Yodgori

Department of Phthisiopulmonology of the SEI ATSMU

After the collapse and the declaration of the Islamic Emirate of Afghanistan, the system of anti-tuberculosis assistance to the population has completely changed. About a third of potential new cases of tuberculosis go undetected. Following the evacuation and closure of the U.S. Embassy in August 2021, the Afghanistan TB Program has intensified engagement with the Taliban to the minimum technical involvement necessary for the implementation of operations or the safety of partners and beneficiaries. Prior to the Taliban takeover, the Tuberculosis Control Program developed a comprehensive TB control policy, but its implementation was limited to rural areas. This article presents information from the literature of recent years about the state of tuberculosis in Afghanistan and the priority areas of the fight against tuberculosis in the current period.

Keywords. Tuberculosis, detection of new cases, Program of fight against tuberculosis, priority areas of fight against tuberculosis.

Проблемаи бемории сил барои ҷомеаи ҷаҳонӣ, бахусус барои кишварҳои камдаромад, ки дар онҳо паҳншавӣ ва зарари он аз ин беморӣ бештар аст, муҳим боқӣ мемонад. Дар саросари ҷаҳон, ҳар сол 10,0 миллион (9,0–11,1) нафар бемор мешаванд ва шумораи миёнаи фавтидагон аз бемории сил

Дар байни кишварҳои ҳамсоияи Тоҷикистон Афғонистон бо мо зиёда аз 1300 километр марзи муштарак дорад. Дар ин кишвар, ки солҳои тӯлонӣ дар ҳоли ҷанг қарор дорад, дар соли 2022 тибқи нишондоди эҳтимолии ТУТ мизони гирифтӣ ба бемории сил ба 100 ҳазор аҳоли 185 нафарро ташкил медиҳад, ки дар маҷмӯъ мизони гирифтӣ ба бемории сил ҳудуди 76 ҳазор нафарро ташкил медиҳад (бо аҳолии 40 млн). Гузашта аз ин, агар сарбории намудҳои ба дору устувори бемории сил дар байни беморони нав дар соли 2022 паст буда, ҳамагӣ 4,2 фоизро ташкил дода бошад, дар байни беморони дубора табобатшуда ин нишондод нисбат ба Тоҷикистон бештар буда, 38 фоизро ташкил медиҳад (дар Тоҷикистон дар соли 2022 дар байни ҳодисаҳои нав 28% и ва дар байни ҳодисаҳои тақроран табобатшуда 33%) [2].

Дар баробари паҳншавии бемории сил дар байни аҳоли дар кишвар низоъҳои ҳарбӣ ба амал омада, инфрасохтори иҷтимоӣ иқтисодӣ, аз ҷумла системаи расонидани ёрии зидди сил ба аҳоли хароб гардиданд [3-5].

Таърихи мубориза бар зидди бемории сил дар Афғонистон аз соли 1954 оғоз мешавад, ки Барномаи миллии мубориза бар зидди сил аз ҷониби Вазорати тандурустии ҷамъиятӣ бо кӯмаки ТУТ таъсис дода шуд. Дар соли 1997 Вазорати тандурустии ҷамъиятӣ бо шарикони дохилӣ ва хориҷӣ стратегияи табобати мустақими мушоҳидашудаи бемории силро (DOTS) дар Афғонистон ҷорӣ намуд. Барномаи DOTS аз соли 2002 дар саросари кишвар амалӣ мешавад. Дастрасии сокинони кишвар ба муассисаҳои муолиҷавии хизматрасонии DOTS аз 14% дар соли 2001 то 97% дар соли 2014 афзоиш ёфт [6].

Шумораи умумии марказҳои саломатӣ, ки DOTS-ро амалӣ мекунанд, аз 10 дар соли 2001 то 1306 дар соли 2014 афзоиш ёфт, вале Афғонистон дар байни кишварҳои Баҳри Миёназамини Шарқӣ (тибқи таснифоти ТУТ) дуввумин сатҳи бемории сил боқӣ мемонад ва дар байни кишвари дорои сатҳи баланди гирифтӣ ба бемории сил дар ҷои 22-юм дар ҷаҳон қарор дорад [7].

1,2 миллион нафарро (1,1–1,3) ташкил медиҳад. Мувофиқи маълумоти коршиносони ТУТ, аз 1 миллион кӯдаке, ки гирифтӣ ба бемории сил дар ҷаҳон ташхис шудаанд, дар соли 2021 тақрибан ҷорӣ онҳо фавтидаанд [1].

ва Ассотсиатсияи беморони сил амалӣ карда мешавад [8].

Баъди пошхурӣ ва амалан эълон шудани Аморати исломии Афғонистон системаи ташкили ёрии зидди сил ба аҳоли тамоман тағйир ёфт.

Фарқияти нишондоди дарёфти ҳодисаҳои нави бемории сил байни нишондоди арзёбии ТУТ ва омори расмӣ дар солҳои охир аз 26,7% то 36,9% мебошад. Яъне наздики сеяки ҳодисаҳои нави эҳтимолии бемории сил дарёфт карда намешаванд [9-10]. Дар солҳои 2019-2020, ки пандемияи COVID-19 вуқӯъ гардида буд, дарёфти ҳодисаҳои нави бемории сил паст гардида, солҳои 2020-2022 боз ҳам зиёд гардидааст [11].

Гарчанде ки Дастурамали миллии оид ба бемории сил истифода бурдани GeneXpert-ро ҳамчун санҷиши ибтидоӣ барои ташхиси бемории сили шуш тавсия медиҳад, аз сабаби яқинанд мушкилоти амалӣ он дар саросари кишвар васеъ истифода намешавад. Бисёре аз табибон то ҳол ба натиҷаҳои микроскопияи балғам дар яқинанд бо нишонаҳои клиникӣ ва далелҳои рентгенӣ барои ташхиси бемории сил такя мекунанд. USAID ҳамроҳангиро бо Барномаи миллии мубориза бар зидди бемории сили Вазорати тандурустии ҷамъиятӣ барои таҳким ва васеъ намудани системаи ташхиси бемории сил ва шаклҳои ба дору устувори он тадбирҳои зеринро тавсия кардааст [12]:

– Назорат ва омӯзиши кормандони лаборатория бо мақсади баланд бардоштани истифодаи технологияи GeneXpert ва калибрченкунӣ ва нигоҳдории мошинҳои GeneXpert, хариди мошинҳои нави GeneXpert, картриджҳо ва маҷмӯаҳои санҷиши GeneXpert барои муассисаҳои тиббии истифодабаранда;

– Кафолати берунии сифати фаъолияти шабакаи лабораторияро пурзӯр намуда, GeneXpert -ро ҳамчун воситаи асосии ташхис барои беморони гирифтӣ ба бемории сил дар вилоятҳо;

– Дастирии пешбурди технологияи GeneXpert ҳамчун воситаи асосии ташхис дар вилоятҳо амалӣ карда шавад. Барои ин системаи интиқоли намунаи балғам аз муассисаҳои тиббӣ ба маконҳои

Барномаи зиддисилӣ аз чониби Вазорати тандурустии чамбиятӣ дар ҳамкорӣ бо ташкилотҳои кишварҳои донор – Агентии Чопон оид ба ҳамкориҳои байналмилалӣ (JICA), Хазинаи глобалии мубориза бо СПИД, сил ва вараҷа (GFATM), лоиҳаи Агентии рушди байналмилалии ИМА (USAID) оид ба мубориза бар зидди бемории сил TB STA / TB CARE-I ва ГУТ ва Ассотсиатсияи зидди сил ва бемориҳои шушҳои Афғонистон (ATLDS), бахши хусусӣ ва барномаи Urban DOTS ти кӯтоҳмуддати зери назорат мебошад, тавассути ташкили чораҳои шарикӣ байни муассисаҳои тиббии давлатӣ ва хусусӣ афзалият медиҳад. Барои беҳтар кардани дарёфти шахсони гумонбар ва ташхиси бемории сил, системаи интиқоли намунаи балғам ва системаи мурочиати беморонро муқаррар кардан лозим аст. Барномаи мубориза бар зидди бемории сил тадбиқи дурнамои FAST-ро (Find cases Actively, Separate safely, and Treat effectively) дастгирӣ менамояд, ки мавҳуми он дар дарёфти фаъол, назорати паҳншави сироят ва муолиҷаи самараноки беморон мебошад. Инчунин, таҷрибаҳои беҳтарини муассисаҳои тиббӣ ва системаҳои гузоришдиҳӣ оид ба гузаронидани скрининги фаъолонаи бемории сил дар байни калонсолон ва кӯдакон дар шаҳрҳо ва деҳот, паҳн карда шавад [13-14].

Фаъолияти Барномаи зиддисилӣ дар Афғонистон асосан ба ҷалби ҷомеа асос ёфтааст. Стратегияи CHWs (Community health workers), ки маънои таъсиси Кормандони соҳаи тандурустии ҷамоатхоро (КТЧ) дар бар мегирад, бисёр чорабиниҳои саҳроиро амалӣ мекунанд, ба монанди мурочиатҳои фаъол оид ба дарёфти шахсони гумонбар, ҷустуҷӯи алоқамандон ва назорати табобат. Айни ҳол, танҳо 60,6 фоизи муассисаҳо гузориш доданд, ки КТЧ-ҳои онҳо ҳар гуна омӯзиши мубориза бо сил гирифтаанд, ки ин нишон медиҳад, ки камбудҳои омӯзишӣ бо назардошти хидматҳои зиёде, ки аз чониби КТЧ пешниҳод карда мешаванд, бояд баргараф карда шавад. Дар самти мазкур ба фаъолиятҳои зерин дар асоси ҷомеа афзалият бояд дода шавад [15-16]:

- муносибати КТЧ-ҳо ҳангоми пайгирии мурочиати беморон барои ташхиси бемории сил ва ҳолатҳои ташхисшуда барои табобат, дар асоси ҷалби ҷамоатҳо ба роҳ мондани табобати зери назорат (CB-DOTS – community based DOTS) дар муассисаҳои тиббии вилоятҳои мавриди ҳадаф;

- таҳия ва паҳн кардани иттилоот ва маводҳои таълимӣ дар соҳаи тандурустӣ, қор бо ҷамоатҳо чиҳати дастгирии ташаббусҳои паст кардани доғ (стигма) дар байни шахсони гирифтори бемории сил ва аъзоёни ҷомеа.

GeneXpert пурзур карда шавад. Беҳтар кардани ташхиси бемории сил дар байни кӯдакон бо истифода аз технологияи молекулярӣ (намунаи начосат барои санҷиши GeneXpert) ба роҳ монда шавад.

Барномаи мубориза бар зидди бемории сил ҷалби мутахассисони муассисаҳои хусусӣ ҳамчун як қисми фаъолиятҳои зиддисилӣ ва густариши равиши Давлатӣ-Хусусӣ-Якҷоягӣ-ро дар пешбурди дурнамои DOTS (Directly Observed Treatment, Short Course), ки мавҳумаш дар табобагузаранд, шахсони бемори эҳтимолиро барои муоинаи минбаъда раван кунанд ва ба кӯдакони то панҷсола ва алоқамандони наздике, ки ҳеҷ касро надоранд, то гузаштани муоина кумак расонанд [18].

Фаъолиятҳои зидди бемории сил асосан аз чониби Фонди глобалӣ маблағгузорӣ карда мешаванд, аз ҷумла хариди доруҳои зиддисилӣ ва молҳои ташхисӣ. Дар Афғонистон муолиҷаи бемории сил ба беморони гирифтори бемории сил дар шароити дармонгоҳӣ сурат мегирад ва беморон барои таъмини ҳамарӯзаи доруворӣ ба муассисаҳои зиддисилӣ ташриф меоваранд. Дар беморхона бистарӣ намудани беморон маҳдуд аст ва ба талаботи тиббӣ дар асоси ҳолати бемор асос ёфтааст [19].

Мониторинги самаранокии табобат тавассути микроскопияи мунтазами балғам сурат мегирад ва механизми пайгирии ҳолати бемор мавҷуд аст. Стратегияи DOTS, ки ба сохтори ёрии аввалияи тиббӣ санитарӣ (ЁАТС) асос ёфтааст, бомуваффақият буд, аммо баъзе маҳдудиятҳои ҷиддии ҷуғрофӣ дорад. Вазъи мазкури Афғонистон ба вазъи Тоҷикистон монандӣ дорад. Беморон аксар вақт аз кормандони ЁАТС дархост мекунанд, ки 5-10 вояи навбатии доруҳо барои худидоракунии пешниҳод кунанд, ки назорати риояи табобатро душвор мегардонад [20, 21].

Маълум аст, ки речаи табобати беморони сил аз ду давра иборат мебошад: марҳилаҳои пуршиддат ва ёрирасон. Оғоз ва марҳилаи пуршиддати табобати беморони сили шакли устувор ба доруҳои зиддисилӣ дар Афғонистон дар шӯъбаҳои махсусгардонидашудаи беморхонаҳои соҳаи зиддисилӣ воқеъ дар шаҳрҳои бузург таъмин карда мешаванд. Марҳилаи ёрирасон дар сатҳи ҷомеа тавассути провайдерҳои таъиншудаи DOT таъмин карда шудааст [22]. Дар давраи солҳои 2022-2023 масъулони барномаи зиддисилӣ ба нақша гирифтаанд, ки равишҳои ба одамони нигаронидашударо барои дастгирии беморони гирифтори шакли устувори бемории сил дар шаҳрҳо ва деҳот тақвият бахшанд.

Инчунин, механизми дарёфти фаёли шахсони гумонбар ба бемории сил тавассути муоинаи алоқамандон, ки мувофиқи дастурҳои миллӣ тавассути усулҳои бактериологӣ ва клиникӣ муоинашуда пайгирии тамосҳои беморони силро таъмин хоҳанд кард [17].

Тавассути фаёлиятҳои Гурӯҳҳои мақсадноки дастгирикунанда (TST - Targeted Support Teams) дар вилоятҳои шахсони алоқаманд бояд аз муоинаи бемории сил як сиёсати ҳамачонибаи мубориза бо сироятро таҳия карда буд, аммо татбиқи он дар минтақаҳои деҳот маҳдуд шуд. Дар мақолаи мазкур маълумоти адбиёти солҳои охир оиди вазъи гирифтورشавӣ ба бемории сил дар Афғонистон ва самтҳои афзалиятноки мубориза бар зидди бемории сил дар давраи кунунӣ оварда шудааст. туберкулинӣ) танҳо бо истифода аз табобати пешгирикунандаи изониазид маҳдуд карда шудааст. Барои солҳои 2022-2023 се раванди асосӣ дар самти мазкур муайян карда шудааст: татбиқи моделҳои ба оила нигаронидашудаи пайгирӣ, тафтиш ва таъминоти муоинаи тамосҳои хонавода; табобати профилактикӣ, аз ҷумла дар байни алоқамандони наздики хонаводаҳои калонсолон; бо мақсади пешгирии сирояти бемории сил ва сирояти сили устуворгашта дар байни кормандони муассисаҳои тандурустӣ кафолат додани чораҳои мубориза бар зидди сирояти сил [25].

Хулоса. Баъди пошхурӣ ва амалан эълон шудани Аморати исломии Афғонистон системаи ташкили ёрии зиддисилӣ ба аҳоли тамоман тағйир ёфт. Наздики сеяки ҳодисаҳои нави эҳтимолии бемории сил дарёфт карда намешаванд. Пас аз эвакуатсия ва баста шудани Сафорати ИМА дар моҳи августи соли 2021, Барномаи мубориза бар зидди бемории сили Афғонистон ҳамкориро бо Толибон то ҳадди ақали ҷалби техникӣ, ки барои амалисозии фаёлият ё бехатарии шарикон ва баҳрабардорон зарур аст, пурзур кардааст. Қабл аз тасарруфи Толибон, Барномаи мубориза бар зидди

Илова бар ин, чиҳати баланд бардоштани иқтидори кормандони соҳаи тиб барои назорат ва идоракунии таъсири манфии доруҳои зиддисилии қатори дуҷум барномаҳои омузишӣ амалӣ шудаанд. Дар айни замон бо дарназардошти иртиботи маҳдуд бо ниҳодҳои давлатии Афғонистон, барои таъсиси системаи пураарзиши мониторинг ва идоракунии фаёли бехатарии доруҳои бемории сил (aDSM - Active TB drug-safety monitoring and management) захираҳои доруҳои патогенетикӣ мутаассифона вучуд надоранд. Бо ин ҳадаф, тавассути USAID, тавачҷӯх ба баланд бардоштани иқтидор ва таҳкими пешниҳоди нақшаҳои мувофиқ ва стандартии табобати шахсони мубталои бемории сили ба дору устуворгашта дар шахрҳои мақсадноки зерин барои нигоҳ доштани сатҳи муваффақияти табобат равона карда мешавад: Кобул, Ҳирот, Мазор ва Ҷалолобод. Инчунин барои минтақаҳои дурдаст имкониятҳои истифодаи телетиб васеъ карда шаванд [23].

Бо вучуди ин, пас аз эвакуатсия ва баста шудани Сафорати ИМА дар моҳи августи соли 2021, Барномаи мубориза бар зидди бемории сили Афғонистон ҳамкориро бо Толибон то ҳадди ақали ҷалби техникӣ, ки барои амалисозии фаёлият ё бехатарии шарикон ва баҳрабардорон зарур аст, пурзур кардааст. Қабл аз тасарруфи Толибон, Барномаи мубориза бар зидди бемории сил як сиёсати ҳамачонибаи мубориза бо сироятро таҳия карда буд, аммо татбиқи он дар минтақаҳои деҳот маҳдуд буд. Дар доираи стратегияи мазкур татбиқи назорати сироятӣ дар тамоми муассисаҳои табобатӣ тавассути омузиши мутахассисон таъмин карда мешавад. Инчунин таҳия ва татбиқи барномаи скрининги шахсони тавсияшуда барои дарёфти сироятшавии сил ба роҳ монда шуда истодааст [24]. Дар сурати мавҷуд набудани сиёсати возеҳи татбиқи ташхиси ҳолати сироятӣ ва табобати пешгирикунандаи сил дар байни кӯдакони аз 5 сола дар тамос буда (дар асоси натиҷаҳои санҷиши

АДАБИЁТ

1. WHO, Global TB Report. - Geneva. - 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729>.
2. WHO, Country Profile: Afghanistan. - Geneva. - 2023. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>.
3. Narain K., Rackimuthu S., Essar M.Y., Vink M. Call for solidarity: the war may be over in Afghanistan but the health crises continue / *J. Glob. Health*. – 2022. – p. 12.

4. Taylor L. Afghanistan's health system nears collapse as donors withdraw support / *BMJ*. – 2021. – p. n2397.

5. Drossart G. Afghanistan is in crisis - urgent health and humanitarian aid must be facilitated / *BMJ*. – 2021. – p. n3160.

6. Afghanistan tuberculosis roadmap overview, fiscal year 2023. <https://www.usaid.gov/sites/default/files/2024-01/afghanistan-tb-roadmap-2023.pdf>.

7. Аман А.М., Исакова Ф.А., Ералиева Л.Т. Оценка эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в Афганистане // *Вестник КазНМУ*. – 2022.

– №2(61). – С. 1-14.

8. Руководство по национальной программе борьбы с туберкулезом в Афганистане. – 2014 // https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/91355/9789244564653_rus.pdf?sequence=5&isAllowed=y.

9. Qader G.Q., Seddiq M.K., Rashidi K.M., et al. Prevalence of latent tuberculosis infection among health workers in Afghanistan: A cross-sectional study // PLOS ONE. - 2021. - №16(6). – pp.1-12.

10. Qader G.Q., Seddiq M.K., Rashidi K.M., et al. Prevalence of tuberculosis among mentally ill patients in conflictstricken Afghanistan: A cross-sectional study // International Journal of Infectious Diseases. – 2019. - V89. – P.45-50.

11. Мухаммадусуфи Ё.М., Бобоходжаев О.И. Этапы становления и эффективность функционирования противотуберкулёзной службы в Исламской Республике Афганистан / Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ (IV-ая годичная), посвящённой 32-летию Государственной независимости Республики Таджикистан «Современные вызовы и стратегия развития медицинской науки и здравоохранения». – Душанбе: 22 декабря 2023 г. – 2023. - С. 247-248.

12. NTP Annual Report & Statistics 2022. Ministry of Public Health, GD of Disease Control & Prevention, Directorate of Communicable Diseases Control, National Tuberculosis Control Program. – 2022. – 39 p.

13. Seddiq M.K., Enarson D.A., Shah K., et al. Implementing a successful tuberculosis program within primary care services in a conflict area using the stop TB strategy: Afghanistan case study // Conflict and Health. – 2014. – №8(3). – pp. 1-9.

14. Sayedi S.M., Seddiq M.K., Rashidi M.K., et al. Active household contact screening for tuberculosis and provision of isoniazid preventive therapy to under-five children in Afghanistan // PLOS ONE. - 2020. – V 9. - pp. 1-11.

15. Carthaigh N.N., Gryse B., Esmati A.S., et al. Patients struggle to access effective health care due to ongoing violence, distance, costs and health service performance in Afghanistan // Int Health. – 2015. – V 7. – pp. 169-175.

16. Mesic A.I., Khan W.H., Lenglet A., et al. Translating drug resistant tuberculosis treatment guidelines to reality in war-torn Kandahar, Afghanistan: A retrospective cohort study // PLOS ONE. - 2020. – №15(8). – pp. 1-17.

17. Rahimi B.A., Rahimy N., Mukaka M., et al. Determinants of treatment failure among tuberculosis patients in Kandahar City, Afghanistan: A 5-year retrospective cohort study // International Journal of Mycobacteriology. - 2019. - №8(4). – pp. 359-365.

18. Essar M.Y., Nemat A., Ahmad S., et al. Highlighting the forgotten: Tuberculosis amidst the humanitarian crisis and COVID-19 in Afghanistan / Ann Med Surg (Lond). – 2022. - №77. – p. 103671. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103671.

19. Khan I.M., Laaser U. Burden of tuberculosis in Afghanistan: update on a war-stricken country / Croat Med J. – 2002. - №43(2). – pp. 245-7.

20. Бобоходжаев О.И., Раджабзода С.Р., Пулатова С.Дж. Извлечённые уроки после пандемии COVID-19: опыт противотуберкулёзной службы / Мат. XI Ежегодной научно-практической конференции московских фтизиатров с международным участием «Противотуберкулёзный диспансер - миссия XXI века», 14-15 сентября 2023 года. Москва. // Туберкулез и социально-значимые заболевания. – Москва. – 2023. – Т.11. - №4(44). – С. 69-70.

21. Bobokhojaev O.I. Experience in optimizing the accessibility of services for tuberculosis in the Republic of Tajikistan / J. Community Med Health Solut. – 2022. -№3. – pp. 064-068. DOI: 10.29328/journal.jcmhs.1001022.

22. Yasir E.M., Jan R.K., Ahmad S., et al. Knowledge attitude and practices toward tuberculosis among hospital outpatients in Kabul, Afghanistan / Frontiers. – 2022. - №10(933005). – pp. 1–10.

23. Cousins S. Tuberculosis more men than women. But not in Afghanistan. The New Humanitarian. - 2022. <https://www.thenewhumanitarian.org/news-feature/2021/2/24/tuberculosis-hits-more-women-in-afghanistan>.

24. Shah J., Essar M., Qaderi S., Rackimuthu S., Nawaz F., Qaderi F., et al. Respiratory health and critical care concerns in Afghanistan. *Lancet Respir. Med.* 2021

25. Saif Sk. More Afghans killed by tuberculosis than COVID-19 in 2020. World, Asia-Pacific. - 2022. <https://www.aa.com.tr/en/asia-pacific/more-afghans-killed-by-tuberculosis-than-covid-in-2020/2187078>.

Бобохожаев Октам Икромович - доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи фтизиопульмонология ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино; Тел.: +992985868080; E-mail: bobokhojaev@mail.ru

Мухаммадусуфи Ёдгори - докторанти PhD кафедраи фтизиопульмонологияи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

ЧАШНВОРА



Саид Сафаровичи мухтарам, Раёсат, Кумитаи иттифоқи касабаи кормандони МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” ва ҳайати тахририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал” Шуморо ба муносибати 75-солагии зодрузатон самимона муборакбод мегӯянд.

Бешак, ҳаёт ва фаъолияти касбии Шумо намунаи олии садоқат ва дилбастагии як нафар зиёи донишманд ба роҳи пуршебу фарози интихобкардаи хеш мебошад, ки он тӯли солҳои дароз ҳадафмандона паси сар гашта, аз худ меваҳои пурбор боқӣ гузоштааст. Зеро баъди хатми Донишгоҳи тиббӣ (1974) Шумо тақдири минбаъдаи худро пурра ба Донишгоҳи азизи худ пайванд дониста, инак беш аз 50 сол боз дар омода намудани мутахассисони олидарачаи соҳаи тиб дар ин даргоҳи муқаддас саҳми босазое мегузored.

Шумо фаъолиятро дар донишгоҳ аз вазифаи ассистентии кафедраи анатомияи одам (1974-76) оғоз карда, то дараҷаи профессорӣ (2006) ва муди-

ри кафедраҳои гистология (2003-06) ва анатомияи одам (2006-08) сабзида расидаед, ки инро метавон самараи талошу кӯшишҳои доимӣ, кордонии масъулияти баландатон дар иҷрои вазифа ҳисобид. Дар миёни ҳамкасбону шогирдон ҳамчун шахси ҳалиму меҳрубон ва мутахассиси кордону соҳибтаҷриба шинохта шуда, соҳиби эҳтироми самимӣ гаштаед. Зимни фаъолияти бенуксон ба ҳайси мудирӣ кафедраи гистология, мудирӣ кафедраи анатомияи одам, декани факултети фарматсевтӣ (1997-2005) ва муовини ректори донишгоҳ оид ба таълим (2005-2015) низ Шумо аз худ қобилияти баланди ташкилотчигӣ зоҳир намуда, дар ташкили дурусти раванди таълиму тарбия ва таҳияи барномаҳои гуногуни таълими клиникӣ мутахассисони ҷавони тиб саҳми босазо гузоштаед.

Ҳамчун олими сермаҳсул оид ба мушкилоти ин соҳа беш аз 150 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 2 китоби дарсӣ, 2 монография ба ҷоп расондаед ва ҳамзамон муаллифи 1 пешниҳоди навоарона мебошед. Зери роҳбариятон 5 нафар мутахассисони ҷавон рисолаҳои номзадӣ хешро ҳимоя намуда, 2 нафар алҳол ба пажӯҳиши илмӣ машғул мебошанд.

Хизматҳои хоксоронаи Шумо бо ордени «Шараф» дараҷаи 2 (2007), унвонҳои баланди Аълочии тандурустии Тоҷикистон (1996), Аълочии маориф ва илми Ҷумҳурии Тоҷикистон (2010), Ходими хизматнишондодаи илм ва техникаи Академияи иҷтимоии ФР (2018), Профессори фахрии ДДТ Қарағандаи Ҷумҳурии Қазоқистон (2013), Профессори фахрии ДДТ шаҳри Бухоро (2019) ва дигар Ифтихорномаю мукофотҳои соҳавӣ қадрдонӣ гаштаанд.

Устои гиромӣ Саид Сафарович, бори дигар, Шуморо бо ҷашни зодрузатон самимона табрику тахният гуфта, бароятон тансиҳатии комил барору муваффақиятҳои қору эҷодро таманно менамоем.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, ҳайати тахририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал”.



Рустам Намозовичи мухтарам, Раёсат ва Кумитаи иттифоқи касабаи кормандони МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” бо камолӣ эҳтиром Шуморо ба муносибати чашни фархундаи 50-солагии содрӯзатон самимона муборакбод менамоянд.

Шумо ба сифати як мутахассиси фидой дар марҳилаҳои камолоти касбиатон самтҳои омӯзгорӣ, илм ва табибиро муваффақона пеш бурда, дар ҳар қадами он ба дастовардҳои назаррас ноил гаштаед. Боиси ифтихор аст, ки дар баробари ҳамчун табиби мушфиқу варзида ба камол расидан тӯли солҳо тақдири худро бо Донишгоҳи тиббӣ пайваста, ба-

роӣ омода намудани мутахассисони олидарачаи соҳаи ҷарроҳӣ саҳми босазое гузоштаед.

Шумо фаъолиятро дар донишгоҳ аз ассистенти кафедраи ҷарроҳии асаби Донишгоҳ (2001-2012) оғоз карда, то дарачаи мудирӣ кафедра (аз соли 2012 инҷониб) сабзида расидаед, ки инро метавон самараи талошу кӯшишҳои доимӣ, кордонӣю масъулияти баландатон дар иҷрои вазифа ҳисобид. Зимни фаъолияти бенуқсон ба ҳайси мудирӣ кафедраи ҷарроҳии асаби Донишгоҳ Шумо аз худ қобилияти баланди ташкилотчигӣ зоҳир намуда, дар таҳияи барномаҳои гуногуни давлатӣ оид ба рушди соҳаи ҷарроҳии асаб саҳми босазо гузоштаед.

Ҳамчун олими сермаҳсул фаъолияти илмии хешро ба таҳқиқи масъалаҳои пешгирӣ, ташҳис ва табobati бемориҳои ҷаррохиталаби асаб ва татбиқи технологияҳои самарабахши соҳаи ҷарроҳӣ бахшида, оид ба мушкilotи ин соҳа муаллифи беш аз 270 таълифот, аз ҷумла китобу дастурҳои таълимӣ, методӣ, монография, мақолаҳои илмӣ ва 15 ихтироот мебошад.

Хизматҳои Шумо бо Ҷоизаи давлатии ба номи Исмоили Сомонӣ дар байни олимони ҷавон (2009), унвонҳои ифтихории Аълочии тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон (2013), Аълочии маориф ва илми Ҷумҳурии Тоҷикистон (2018) ва дигар ифтихорномаву мукофотҳо қадрдонӣ гаштаанд.

Рустам Намозовичи азиз, Шуморо бори дигар бо чашни содрӯзатон самимона муборакбод намуда, бароятон осмони беғубор, тандурустиву хушбахтиҳои беохирро орзу дорем.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, ҳайати тахририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал”.



Ёдгорова Майрамбӣ Цумахоновна мухтарам, Раёсат ва Кумитаи иттифоқи касабаи кормандони МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” бо камоли эҳтиром Шуморо ба муносибати чашни фархундаи 55-солагии зодрузатон самимона муборакбод менамоянд.

Шумо фаъолиятро дар Донишгоҳ аз Дармонгоҳи кӯдаконаи шаҳрии №11 ва №12- и ш. Душанбе, оғоз карда, аз вазифаи духтури педиа-

три минтақавӣ, мудирӣ шӯба то муовини сардухтур камол ёфтаед. шуда Ҳамзамон дар Раёсати тандурустии шаҳри Душанбе аз соли 1999-2001 мутахассиси мубориза бар зидди бемориҳои шадиди роҳҳои нафас фаъолият намуда, аз солҳои 2009 - 2014 дар кафедраи тибби оилавии №2 ва солҳои 2005-2006 ба ҳайси духтури педиатри Маркази тиббии Ҳочагидории назди Дасгоҳи иҷроияи Президенти ҚТ қору фаъолият намудаед. Аз соли 2014 то 2017 дар вазифаи дотсенти кафедраи тибби оилавӣ ва аз соли 2017 то имрӯз вазифаи мудирӣ кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»-ро ба уҳда доред.

Шумо самтҳои таълиму тарбия ва мулоҷичаро бо илм тавҷам пеш бурдаву муаллифи зиёда аз 500 мақолаву фишурдаҳои илмӣ, 2 китоби дарсӣ, 6 дастури методӣ ва зиёда 30 коркардҳои методӣ мебошед.

Фаъолияти пурмахсули зиёда аз 30-солаи Шумо бо Ифтихорномаҳои ВТ ва ҲИА ҚТ, Раёсати Донишгоҳ, Раёсати тандурустии ш. Душанбе, ҲХД Тоҷикистон кадршиносӣ гаштааст.

Майрамбӣ Цумахоновна азиз, Шуморо бори дигар бо чашни мавлудатон самимона муборакбод муборакбод гуфта, бароятон тандурустиву кушбахтиҳои беохир ва нерӯи ҷавонӣ орзу дорем.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал”.

ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО
Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"
пешниҳод намудани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 14 Times New Roman Tj, ҳошияҳо 2,5 см ва фосилаи байни сатрҳо 1,5 мм хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи варақ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электронии мақола пешниҳод гардад.

2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои ҷудогонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 12 саҳифа зиёд набоянд.

3. Пешниҳод кардани Шохиси ВДБ (индекси мазкурро аз дилхоҳ китобхонаи илмӣ дастрас намудан мумкин аст).

4. Мақолаҳои хулосавӣ бояд муфассал, фаҳмо ва мушаххас бошанд. Маълумотномаи адабиёт бояд маълумотҳои танҳо ба ҳамин мақолаи баррасишаванда марбутро дар бар гирад. Ҳаҷми мақола бояд аз 12 саҳифа зиёд набояд. Иқтибосҳои библиографӣ на бештар аз 50 номгӯ бошанд, дар матн рақамҳо дар қавсайни квадратӣ [] оварда мешаванд.

5. Мақолаҳои илмӣ бе тақриз қбул карда намешаванд. Дар тақриз аслият, муҳимият, мубрамият ва қаблан чоп нашудани мақола бояд зикр шавад.

6. Дар аввали мақола унвони он (бо хуруфи Caps Lock сиёҳ), ному насаби муаллиф (ним-сиёҳ), номи ҳуқуқи муассиса оварда шавад. Дар охири мақола бо ду забон (русӣ ва англисӣ) маълумот дода шавад. Агар шумораи муаллифон аз 4 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.

7. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, 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 (ҷойи кор ва вазифаи муаллиф, суроға, телефонҳо барои тамос, почтаи электронӣ) дар шакли пурра бо се забон (тоҷикӣ, русӣ, англисӣ) оварда шавад. Ҳаммуаллифӣ бояд аз се нафар зиёд набояд.

12. Талаботи имлои забони тоҷикӣ ба таври қатъӣ риоя карда шавад.

13. Мақолаҳои қаблан дар нашрияҳои дигар чопшуда қабул карда намешаванд.

14. Идораи маҷалла ҳуқуқи тақриз ва таҳрири мақоларо дорад.

**Мақоларо ба 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 13.03.2025 имзо шуд. Андозаи 60x84^{1/16}
8 ҷузъи чопӣ. Адади нашр 100 нусха.*