

ISSN: 2616-5252

АВЧИ ЗУҲАЛ

№ 1 - 2021



МАҶАЛЛАИ ИЛМӢ-АМАЛӢ



САРДАБИР

Д.И.Т.

Муҳаббатов Циёнхон Қурбонович

Чонишини сардабир ва

муҳаррири масъул

н.и.ф., дотсент

Юсуфов Абдулло Исмоилович

ХАЙАТИ ТАХРИРИЯ

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

ШҶҰРӢ ТАХРИРИЯ

Гадоев Б.Ш.,
Курбонбекова П.Қ.,
Носирӣ Қ.Н.,
Қаландаров Ё.Қ.,
Ишонқулова Б.А.,
Қурбонов С.С.,
Қурбонов Ч.М.,
Раззоқов А.А.,
Раҷабов У.Р.,
Хокиров Т.З.,
Шарофова Н.М.,
Шерматов Д.С.,
Юлдошев У.Р.



АВЧИ ЗУХАЛ

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

Мачаллаи илмӣ - амалӣ

Ҳар се моҳ чоп мешавад.

21-июни соли 2010 таъсис ёфтааст.

Нашри чорӣ:

№ 1 (42) 2021

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

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

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

СУРОҒАИ ТАХРИРИЯ:

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



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Д.М.Н.

Мухаббатов Джиёнхон Курбанович

**Заместитель главного редактора
ответственный редактор**

к.ф.н., доцент

Юсуфов Абдулло Исмаилович

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

AVCI 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 (42) 2021**

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

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

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



МУНДАРИЧА

АКУШЕРИ ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

Қарабоев Ч.И., Додоева К.С., Кодирова С.Г., Абдуллоева Р.А., Салоҳиддинова Г.Н. Дард ва усулҳои пасткунии он дар занони зоянда дар давраҳои фаъолияти валодат.....	5
Мирзоева М.Б., Ҳақназарова М.А.. Хусусиятҳои хоси аломатӣ ва сатҳи иммунголубулинии илтиҳоби музмини найчаҳои бачадон бо сабаби сирояти хламидӣ	9

БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

Султонов Х.С., Шарипова Х.Ё., Абдуллоев Ф.Н., Ҳамидова А.Н., Турсункулов З.Ч. Табобати депрессия дар мардҳои миёнасоли гирифтори норасоии музмини дил дар заминаи фишорбаландии нарми шарёнӣ.....	14
---	----

БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

Нуров Р.М.. Сиёҳсулфа: иммунизатсия ҳангоми ҳомилагӣ.....	22
Нуров Р.М. Сирояти стрептококкӣ дар кӯдакон ва калонсолон.....	24
Раҳмонов Э.Р., Матинов Ш.Қ., Ҳабибуллоев Ш.Б., Раҳмонов Ч.Э. Раванди клиникии бемории ковид-19 дар беморон ҳангоми пандемия дар Тоҷикистон.....	29
Шарифов М.Ч., Шарифзода Т.М. Масъалаҳои мубрами этиология, патогенез ва клиникаи сиёҳсулфа.....	32

БЕҲДОШТ

Бабаев А.Б., Ҳасанов Ф.Ч., Норматова С.И., Одинаева Л.Э. Кормандони истехсолоти фарфор ва гигиенаи меҳнат дар шароити иқлими Тоҷикистон.....	36
Қурбонов Н.Т., Ғоибов А.Ғ., Чумаева М.М., Ҷабборов Т.С. Маориф, фарҳанг ва тандурустӣ ҳамчун омили ташаққули тарзи ҳаёти солим дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.....	40
Рачабов Р.М., Давронзода И., Муминов Ш.Р. Ҳолати манбаҳои обтаъминкунии оби нӯшокӣ аҳолии шаҳри Панҷакент.....	46

НЕВРОЛОГИЯ

Зарипов Н.А., Ғаниева М.Т., Абдуллозода С.М., Бахтиёрова Н.Б. Хусусиятҳои шинохтани норасоӣҳо дар беморони гирифтори бемории паркинсон, вобаста аз давомнокии патологӣ.....	50
---	----

ПЕДИАТРИЯ

Абдуллаева Н.А., Хайдарова О.Ф., Кадинова М.Р., Раҳмонов Т. Табобат ва зухуроти клиникии дерматити атопикӣ дар кӯдакон.....	56
Бабаева Л.А., Қосимова П.В., Нағзибекова Д.Д. Ҷанбаҳои клиникӣ ва принципҳои муосирӣ табобати гипотрофияи кӯдакон.....	59
Муҳаммад Залмай, Муҳаммад Ҳошимӣ, Камоли Назарӣ, Ғулом Муҳаммади Солеҳ. Шиносии авомили мененжити бактерияӣ ва тариқи ҷилавгирии он баъд аз давраи навзодӣ....	64
Шамсов Б.А., Набиев З.Н., Файзуллоев Ф.А., Шамсов А.Т., Қаюмова Д.А. Реабилитатсияи кӯдакони дорои дараҷаи вазнини норасоии ғизо.....	68

ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

Устоев М., Тамриз М., Устоев Б.Р.. Таъсири раванди таълим ба ҳолати функционалии организми донишҷӯён.....	73
---	----

**ТИББИ ОИЛАВӢ**

- Қодирова Д.А., Ҳафиззода Ф.А.** Профилактикаи омилҳои хатар дар шахси синну соли ҷавон бо фишорбандии шарафӣ дар фаъолияти амалии табибони оилавӣ.....77
- Н.М.Муродов, У.Н. Муродов.** Ҳолати системаи масунияти беморони гирифтор ба БРБН (бемориҳои ринити бофтаҳои нарм) ва робитаи дучонибаи он бо бемориҳои узвҳои дарунӣ дар амалияи табиби оилавӣ.....81

УРОЛОГИЯ

- Абдувоҳидов А.А., Тоиров А.Р.** Хусусиятҳои клиникии гипертрофияи меъдачаи чап дар беморони гирифтори марҳалаҳои гуногуни бемориҳои музмини гурдаҳо.....84
- Мухаммад Ақилӣ, Қайс Афзалӣ, Парвиз Қурбонӣ.** Баррасии физиологияи ташкили санги гурда ва роҳҳои дармони он аз дидгоҳи Абӯалӣ ибни Сино.....89

ФАРМАКОЛОГИЯ

- Назарова Х.Д., Раҷабов У.Р., Юсупова Ф.Х., Бобочонов В.А.** Безарии пайвастагии координатсионии нукра бо стрептотид.....96

ҶАРРОҲӢ

- Азизов. А.А., Қосимов. М.М., Азизов. Б.А., Бадалов. Ш.А., Фарозов Х.А.** Кафили саломатӣ-ихтироъ ва инноватсияи амалиёти ҷарроҳии нуксонҳои модарзодии системаи пешоброҳа дар кӯдакон.....100
- Артиков К.П., Азизов К.Н., Исмоилов Э.Х., Хван И.Н.** Проблемаҳои функционалӣ ва эстетикӣ бемороне, ки ба ринопластикаи такрорӣ эҳтиҷдоранд.....103
- Ф.Н.Назарзода, Ғ.М.Мухсинзода, Ф.Д.Қодиров, М.А.Қаҳоров, Ш.Қ.Назаров.** Перитонит баъд аз ҷарроҳӣ ҳамчун оризаи ҷарроҳии лапароскопӣ.....108
- Ҳамидов Ф.М., Маликов М.Х., Ҳомидов И.Т.** Хусусиятҳои ҷарроҳӣ ҳангоми ҷурраҳои ретсидивии қадкашак.....113

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

- Анварова Ш.С., Ниязова Н.Ф., Музафарова М.Э.** Хусусиятҳои минтақавии мушкилоти фарбеҳӣ дар Тоҷикистон, чораҳои пешгирӣ ва муолиҷа.....121
- Пирматова М. А., Пирматова Т.А.** Омилҳои хатари вазни барзиёд ва фарбеҳӣ дар байни ҷавонон.....125

ШАРҲИ АДАБИЁТ

- Давлатзода А.Д., Саидов Ё.У., Зубайдов Р.Н., Назаров Б.Ч.** Остеоартрити аввалия; масъалаҳои паҳншавӣ, ҷанбаҳои имконпазири этиопатогенетикӣ, ташхис, омилҳои хатар, коморбидӣ ва мураккабии беморон-вазъи муносири проблема.....130
- Зарипов Н.А.** Бемории Паркинсон, меъёрҳои ташхис ва ташхисим тафриқавӣ.....139

ҶАШНВОРА.....142

АЗ ҲАЁТИ ОЛИМОНИ МАЪРУФ.....144



АКУШЕРӢ ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

ДАРД ВА УСУЛҲОИ ПАСТКУНИИ ОН ДАР ЗАНОНИ ЗОЯНДА ДАР ДАВРАҲОИ ФАӢОЛИЯТИ ВАЛОДАТ

Қарабоев Ҷ.И.², Додоева К.С.², Қодирова С.Г.¹, Абдуллоева Р.А.¹, Салоҳиддинова Г.Н.¹.

Кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1 (мудири кафедра д.и.т., М.А Ҳақназарова)-и

МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", МД "Таваллудхонаи №1"

ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мубрамиёт. Тачриба нишон медиҳад, ки занони зоянда ва акушер-гинекологҳо барои кӯшишҳои табибон анестезиолог-эҳғарон оиди коркард ва истифодаи усулҳои бедардкунӣ нейроексиларӣ ва лодаат миннатдор мебошанд. Ба дарди лодаат шиддатнокӣ, давомнокии дарди кашикшӯрӣ ва механизми биокимиявӣ ва физиологии вобаста ба он, омилҳои ҳисмонӣ, эмотсионалӣ ва асоснокӣ таъсир менамоянд. Занони нахустзоянда дардро дар охири давраи якум саҳттар ҳис мекунанд, тақрорзояндаҳо бошад - дар аввал (7,8). Мисол, агар зан дар вақти лодаат рафтори худро идора карда тавонад, ин яке аз омилҳои муайянкунандаи шиддатнокӣ дард мебошад (12).

Дард омилӣ пешбарандаи патогенетикии инкишофи ноҳинҷорӣ психологӣ дар занони зоянда дар вақти лодаат ва вайроншавии патофизиологӣ, то вайроншавии гемодинамикӣ ва нафаскашӣ мебошад. Онҳо метавонанд ба дигаргуниҳои метабوليкии чуқур ҳам дар организм зан ва ҳам дар тифл оварда расонанд.

Бедардкунӣ дар лодаат барои модар ҳолати ноҳинҷориро бартараф мекунад, барои он ки лодаат на танҳо бо дард, балки бо стресс низ ҳамради мебошад (7). Лағжишҳои руҳию равонӣ ва патофизиологӣ, ки бо аломати дард дар вақти лодаат вобастаги дорад ва баръалоги он аз сабабҳои гуногун вобаста мебошад, бояд дар марҳилаҳои аввалини пайдошавиашон бартараф карда шаванд. Барои ин имруз усулҳои гуногун ва маводҳои бедардкунӣ регионари вучуд доранд.

Барои таъмин кардани бедардкунӣ оптималии лодаат бояд сабабҳои ба амал омадани аломати дарди, механизм ва роҳҳои гузариши ҳисси дард, омилҳои ди-

гаргункунандаи шиддатнокӣ, хусусият ва давомнокии аломати дардро донист.

Мақсади тадқиқот: беҳтар намудани ёрии анестезиологӣ дар раванди ёрии лодаатӣ, пешгирии лағжишҳои патофизиологӣ ва ҳолатҳои таъҷилӣ дар занони зоянда бо бартараф кардани аломати дард.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Таҳлили натиҷаҳои тадқиқоти омории таваллудхонаи № 1 ш. Душанбе Ҷумҳурии Тоҷикистон, барои омӯзиш ва баҳододани сатҳи ёрии акушерӣ, гинекологӣ, анестезиологӣ, эҳғарӣ бо табобати таъҷилӣ ва неонатологӣ, гузаронида шуд. Маҷмӯи муоинаҳои клиникаию лабораторӣ, асбобӣ, коркарди омӯрӣ ва таҳлили нишондодҳо дар 175 зани зоянда гузаронида шуд. Онҳо дар аввал ниёз ба бедардкунӣ эпидуралӣ доштанд, баъдан ба онҳо бо нишондодҳои фаврӣ барои гузаронида ни лодааткунӣ абдоминалӣ бо роҳи буриши қайсари, беҳискунии эпидуралӣ гузаронида шудааст.

Гурӯҳи назоратиро 120 зани зоянда ташкил дод, ки ба онҳо буриши қайсари бо беҳискунии эпидуралии фаврӣ, бе бедардкунӣ пешаки гузаронида шудааст. Ба онҳо низ маҷмӯи муоинаҳои клиникаию лабораторӣ ва асбобӣ гузаронида шуд.

Нишондодҳои зерини гемодинамикаи марказӣ муайян карда шудаанд: фишори шараёнии систоликӣ (ФС) ва диастоликӣ (ФШД); фишори систоликии шараёни шӯшӣ (ФСШШ); ҳаҷми ҳуни дар гардишбуда (ХДГ) аз руи гематокрит; ҳаҷми зарабонӣ (ХЗ); индекси зарабонӣ (ИЗ); индекси дил (ИД); фишори мобайнии динамикӣ (ФМД); муқобилияти умумиканории рағӣ (МУКР).

Нишондодҳои зерини фаъолияти шӯшҳо муайян карда шудаанд: миқдори нафас (МН); ҳаҷми дақиқавии нафас (ХДН); ҳаҷми



нафас (ХН); ҳаҷми нафаскашии амиқи ғайриихтиёрӣ (ХНАҒ).

Натиҷаҳои тадқиқот ва таҳлили онҳо. Ҳамасола дар шароити таваллудхонаи №1 7600 ± 212 занон таваллуд мекунад. Анамнези аворизноки акушерӣ ба ҳисоби миёна дар 1405 ± 28 ҳолатҳо ҷой дорад. Дар 175 зани зоянда бедардкунӣ эпидуралӣ дар ду марҳила гузаронида шудааст ва дар 120 зани зоянда, ки гуруҳи назоратиро ташкил доданд, беҳискунии эпидуралӣ бе бедардкунӣ пешаки гузаронида шудааст.

Марҳилаи I: Бедардкунӣ эпидуралӣ. Анестетики мавзеиро ба фазои эпидуралӣ танҳо дар аснои фаъолияти барқароршудаи валодат ворид кардан мумкин аст. Катетерро ба фазои эпидуралӣ пешакӣ гузоштан мумкин мебошад, вақте ки зани зоянда ҳоло ноҳинҷориро ҳис намекунад ва қобилияти қабул кардани вазъи қулай барои пунксияро дорад. Як чанд нишондодҳо барои гузаронидани бедардкунӣ эпидуралӣ ҷой дорад:

- набудани дистресси тифл;
- дардҳои кашишхурии мунтазами саҳт бо давомнокии 1 дақиқа, такроршаванда баъди ҳар 3-4 дақиқа;
- кушодашавии мувофиқи гарданаки баҷадон, яъне 3-4 см барои занони нахустзоянда ва 4-5 см барои такрорзояндаҳо;
- дискоординатсияи фаъолияти валодат.

Дар мавриди пурзуркунии валодат бо окситотсин бедардкунӣ эпидуралӣ дар ҳол баъд аз пайдошавии дардҳои кашишхурии мунтазам истифода кардан мумкин мебошад.

Марҳилаи II: Бедардкунӣ эпидуралӣ дар давраи якуми валодат. Анестетики мавзеиро то ё баъд аз гузоштани катетер ворид кардан лозим. Ворид намудани маҳлули анестетики бо воситаи сузан гузоштани катетерро осон мекунад. Гузаронидани ҷораҳои бонавбати зерин тавсия дода мешавад:

1. Д/в бо қатраҳои тез 500-1000 мл маҳлули Рингер лактат ё ин ки маҳлули физиологӣ ворид карда мешавад. Барои пешгири намудани гипергликемия дар модар ва хориҷшавии зиёди инсулин дар тифл, маҳлулҳое, ки глюкоза надоранд истифода карда меша-

ванд. Баъд аз таваллуд воридшавии глюкоза аз тарафи машина қатъ мегардад, аммо сатҳи баланди инсулини дар гардишбуда дар зардоби навзод нигоҳ дошта мешавад, ки ин ба гипогликемияи гузаранда оварда мерасонад.

2. Бо мақсади пешгири намудани воридшавии анестетик ба хун ё фазои субарахноидалӣ, баъд аз пунксияи фазои эпидуралӣ ба тариқи сӯзан ё катетер тест-вояи анестетики мавзеӣ (3-4 мл) бо адреналин 1:200 000 ворид карда мешавад (илова кардани адреналинро на ҳама дастгири мекунад, ниг. поёнтар).

3. Агар баъди 5 дақиқаи ворид кардани тест-вояи анестетик аломатҳои воридшавии анестетик ба хун ё фазои субарахноидалӣ набошад, боз 15-20 мл бупивакаини 0,125 % ё 10-15 мл маҳлули ропивакаини 0,2 % ворид мекунад, ки он имконияти ба даст овардани блокадаи сатҳи T10-S1-ро медиҳад.

4. Дар давоми 30 дақиқаи баъди ворид намудани вояи такрорӣ анестетик ё устувор шудани гемодинамика мониторинги мунтазами ФШ бурда мешавад.

5. Агар то саршавии давраи дуюми валодат дард ба вучуд ояд, амалҳои дар пунктҳои 2-4 нишондода такрор карда мешаванд. Гузариш ба усули инфузияи эпидуралӣ давомноки маҳлули 0,125% бупивакаин ё маҳлули 0,2% ропивакаин бо суръати аввалини 10 мл/соат, ки баъдан мувофиқи самара иваз мекунад, роҳи алтернативиро ташкил медиҳад.

Марҳилаи III: Беҳискунии эпидуралӣ ҳангоми гузариш ба буриши қайсарии таъҷилӣ. Анестетики мавзеиро то ё баъд аз гузоштани катетер ворид мекунад. Ворид намудани анестетики мавзеӣ ба воситаи сӯзан гузоштани катетерро осон мекунад. Амалҳои пайдарҳами зерин тавсия карда мешавад:

1. Д/в бо қатраҳои тез 500-1000 мл маҳлули Рингер лактат ё маҳлули физиологӣ ворид карда мешавад. Барои пешгири намудани гипергликемия дар модар ва хориҷшавии зиёди инсулин дар тифл, маҳлулҳое, ки глюкоза надоранд истифода карда мешавад. Баъд аз таваллуд воридшавии глюкоза аз тарафи машина қатъ мегардад, аммо



сатҳи баланди инсулини дар гардишбуда дар зардоби навзод нигоҳ дошта мешавад, ки ин ба гипогликемияи гузаранда оварда мерасонад.

2. Бо мақсади пешгирӣ намудани воридшавии анестетик ба хун ё фазои субарахноидалӣ, баъд аз пунксияи фазои эпидуралӣ ба тариқи сӯзан ё катетер тест-вояи анестетик мавзёӣ (3-4 мл) бо адреналин 1:200 000 ворид карда мешавад (илова кардани адреналинро на ҳама дастгири мекунад, ниг. поёнтар).

3. Агар баъди 5 дақиқаи ворид кардани тест-вояи анестетик аломатҳои воридшавии анестетик ба хун ё фазои субарахноидалӣ набошад, боз 15-20 мл бупивакаини 0,5 % ё 10-15 мл маҳлули ропивакаини 0,75 % ворид мекунад, ки он имконияти ба даст овардани блокадаи сатҳи T12-S1-ро медиҳад.

4. Дар давоми 15-30 дақиқаи баъд аз ворид намудани вояи анестетик мониторинги мунтазами ФШ, набз, миқдори нафас гузаронида мешавад ва дар мавриди тамоан набудани аломати дард ва ҳиссиётнокӣ чарроҳӣ оғоз карда мешавад.

5. Агар то анҷоми чарроҳӣ дард ба вучуд ояд, амалҳои дар пункти 3 қайдшуда такрор карда мешаванд ё гузариш ба усули инфузияи эпидуралӣ давомноки маҳлули 0,5% бупивакаин ё маҳлули 0,75% ропивакаин бо суръати аввалини 10 мл/соат, ки баъдан мувофиқи самара иваз мекунад, роҳи альтернативиро ташкил медиҳад.

Беҳискунии ҳароммағзӣ. Беҳискунии ҳароммағзӣ, ки пеш аз валодаткунони бо роҳҳои табиӣ гузаронида мешавад, блокадаи амикро таъмин мекунад. Онро одатан дар ҳолати нишастани зани зоянда (ба номи блокадаи зиншакл) мегузаронанд. Пешаки 500-1000 мл маҳлули инфузионӣ ворид карда мешавад. Истифода намудани сӯзанҳои

борики спиналии (25G ё бориқтар) намуди қалам (Уайтэкр ё Спротт) хатари дарди сари баъдипункционалиро паст мекунад.

Истифода намудани маҳлули гипербарии маркаи хеви (8-12 мг) ё бупивакаин (12-15 мг) беҳискунии адекватро таъмин мекунад. Илова намудани опиоид (10-25 мкг фентанил, 5-10 мкг суфентанил) ба маҳлули анестетикӣ мавзёи бедардкуниро пурзӯр ва давомнок мекунад. Агар вояи анестетикӣ мавзёи каме зиёд карда шавад, блокадаи сенсорӣ то сатҳи T10 мерасад. Маҳлули анестетикро бояд оҳиста (аз 30 сония бояд тез набошад) ва дар фосилаи байни дардҳои кашишхурӣ ворид намоянд, ин барои паст кардани ҳаракати маводро дар раванди краиналӣ мусоидат мекунад. Баъди 3 дақиқаи ворид кардани мавод зани зояндаро дар ҳолати литотомикӣ бо гузоштани болиштча ба зерӣ рон ва сурини рост, барои ҳам намудани бачадон ба тарафи чап меҳобонанд.

Хулоса. Беҳискунии эпидуралӣ дар айни ҳол яке аз мубрамтарин усули бедардкунии валодат мебошад, барои он ки, бе таъсир ба ҳуши зани зоянда ва имконияти иртибот бо ӯ, имконияти самаранок бартараф намудани дардро медиҳад. Беҳискунии эпидуралӣ барои бедардкунии мунтазами давраи якум ва дуҷуми валодат, инчунин ҳангоми зарурат чарроҳии буриши қайсари имконияти медиҳад. Беҳискунии эпидуралӣ ба фаъолияти кашишхурии бачадон таъсири пасткунада надорад, баръакс бо мақсади табобати дискоординатсияи фаъолияти валодат истифода кардан мумкин мебошад; дар фарқият аз опиоидҳо давомнокии валодат, басомади буриши қайсари ва валодати асбобиро зиёд намекунад, инчунин ба ҳолати тифл ва навзод таъсири негативи намерасонад.

Адабиёт:

1. Абрамченко В.В., Ланцев Е.А. Эпидуральная анестезия в акушерстве. Руководство для врачей. Санкт-Петербург: ЭЛБИ-СПб, 2006. - 228 с.
2. Анестезия при операции кесарево сечение. Национальные рекомендации. Москва, 2013. - 27 с.
3. Бабаев В.А. Эпидуральная анестезия в акушерстве и педиатрии. Практическое руководство для врачей. Екатеринбург: из-во УГМА, 1998. - 92 с.
4. Корячкин В.А. Нейроаксиальные блокады. Москва, 2015. - 66 с.



5. Радущкевич В.Л., Барташевич Б.И., Шиповалова Н.В., Капаваев Ю.Н. Эпидуральная анестезия в современной анестезиологии и интенсивной терапии. Воронеж, 1999. - 192 с.
6. Сулов В.В., Хижнял А.А., Тарабарин О.А., Фесенко У.А., Фесенко В.С. Эпидуральная анестезия и аналгезия. Харьков: СИМ, 2011. - 256 с.
7. Шифман Е.М., Кириченко М.Н., Бухтин А.А. Механизмы возникновения боли в родах и рационализм применения эпидуральной аналгезии //Регионарная анестезия и лечение острой боли, 2007. -№2. -том 1. -с62-76.
8. Шифман Е.М., Филиппович Г.В. Спинномозговая анестезия. Петрозаводск, 2005.-558с.
9. Шурыгин И.А. Спинномозговая анестезия при кесаревом сечении. Санкт-Петербург, 2004. - 193 с.
10. Belizan J.M., Althabe F., Barros F.C., Alexander S. Rates and implications of caesarian section in Latin Amtrica: ecological study //BMJ, 1999. -vol. 319. -p. 1397-1400.
11. Comparative Obstetric Mobile Epidural Trial (COMET) Study Group UK. Effect of low dose mobile versus traditional epidural techniques on mode of delivery: a randomized controlled trial Lancet, 2001. -vol. 358. -p. 19-23.
12. Love N.K. Explaining the pain of active labor: the importance of maternal confidence //Res. Nurs. Health, 1989. -vol. 12. -p. 237-243.
13. Stienstra R. Ropivacaine 0,25% Versus Bupivacaine 0,25% for Cjntinuous Epidural Analgesia in Labor: A Double-Blind Comparison Anesth.Analg., 1995.80:285-289.
14. Walker R., Turnbull D., Wilkinson C. Increasing cesarean section rates: exploring the role of culture vin an Australian community //Birth. 2004. -vol. 31. -p. 117-124.

БОЛЬ И СПОСОБЫ ЕЁ КУПИРОВАНИЯ У РОЖЕНИЦ В ПЕРИОДЫ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Карабаев Дж.И², Додоева К.С², Кадырова С.Г¹, Абдуллаева Р.А¹, Салохиддинова Г.Н¹.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
ГУ "Родильный дом №1" г. Душанбе, Республика Таджикистан

Опыт показывает, что роженицы и акушеры-гинекологи чрезвычайно благодарны за прилагаемые анестезиологами-реаниматологами усилия по разработке и использованию методов нейроаксиальной аналгезии родов. 175 роженицам проведено обезболивание родов. Они вначале нуждались в эпидуральной аналгезии, позже им проводилась эпидуральная анестезия по экстренным показаниям для выполнения абдоминального родоразрешения путем кесарева сечения.

Контрольную группу составили 120 рожениц, которые подверглись кесареву сечению под экстренной спинальной анестезией без предварительной эпидуральной аналгезии. Проводился комплекс клинко-лабораторных и инструментальных исследований.

Ключевые слова: роженицы, нейроаксиальная аналгезия, эпидуральная аналгезия, родоразрешения.

THE PAIN AND METHODS OF PAIN RELIEF IN LABOR.

Karabaev D.Is², Dodoeva K.S², Kadirova S.G¹, Abdullaeva R.A¹, Salahiddinova G.N¹.

The 1st Obstetrics and gynecology Department, Avicenna Tajik State Medical University,
The 1st maternity hospital, Dushanbe, Tajikistan

Women and obstetricians thank anaesthetists for development and using methods of neuraxial analgesia in labor. Analgesia in labor was performed in 175 women in childbirth.

This women at first were needed an epidural analgesia, later emergency epidural anesthesia for abdominal delivery with caesarean section was performed in this woman.



A control group was 120 women in childbirth with caesarean section under spinal anesthesia without previous epidural analgesia.

The complex of clinical, laboratorial,

instrumental examinations, statistical data processing was carried.

Key words: pregnancy, neuroaxilar analgesia, epidural analgesia, delivery.

Қодирова Соҷида Гафуровна - дотсенти кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, н.и.т. тел. 918 97 30 26

Қадырова Соҷида Гафуровна - доцент кафедраи акушерства и гинекологии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н. тел. 918 97 30 26

Kadirova Sojida Gafurovna, docent of the 1st Obstetrics and gynecology Department, Avicenna Tajik State Medical University, tel.: 918 97 30 26

ХУСУСИЯТҲОИ ХОСИ АЛОМАТӢ ВА САТҲӢ ИММУНГОЛОБУЛИНИИ ИЛТИҲОБИ МУЗМИНИ НАЙЧАҲОИ БАЧАДОН БО САБАБИ СИРОЯТИ ХЛАМИДӢ

М.Б. Мирзоева, М.А. Ҳақназарова

Кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 (мудирӣ кафедра д.и.т. Ҳақназарова М.А.)

МДТ "ДДТТбаномӣ Абуалӣ ибни Сино".

Муҳимияти мавзӯ. Дар этиологияи бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд қишрҳои масунияти умумӣ ва сироятҳои бо роҳҳои ҷинсӣ гузаранда, аз ҷумла халамидиоз нақши асосиро доро мебошад. Халамидиози урогениталӣ ба шумори паҳншударин сироятҳои гузаранда бо роҳҳои ҷинсӣ (СГБРЧ) мансуб мебошад [1]. Нақши сироятҳои халамидӣ (СХ) дар пайдоиши безуретӣ, бачапартоӣ, ҳомилагии хориҷи бачадон, равандҳои неопластикии гарданаки бачадон муқаррар гардидааст, ҳангоми сирояти халамидӣ равандҳои илтиҳобӣ, баъзан бо симптоматикаи клиникии ночиз ҷараён дошта, методҳои муосири муолиҷа ҷадон таъсиргузор намешаванд ва бо ҷараёни такроршавандагӣ ва тамоюл ба музминшавӣ фарқ мекунанд [2]. Дар ин робита идомаи таҳқиқоти ҷунин проблемаи муҳими иҷтимоӣ-тиббӣ ҳам аз ҷиҳати ҷустуҷӯи методҳои иловагии таҳхис ва ҳам аз лиҳози методҳои муносибгардонии муолиҷаи патологияи мазкур зарурати бешакку шубҳа мебошад.

Сарфи назар аз сершумор будани пажӯҳишҳо бахшида ба нақши омилҳои микробӣ дар пайдоиш ва ҷараёни СХ, ба беморон таъйин намудани фақат табобати антибиотикӣ масъалаҳои дар пешистодаро ҳаллу фасл намекунад [4,5], истифодаи ғайриоқи-

лонаи онҳо бошад, ба паҳншавии штамҳои микроорганизмҳои ба таъсири онҳо муқовиматкунанда боис мегардад ва ғайр аз ин бо дарназардошти ҳассосияти пасти сироятҳои халамидӣ ба антибиотикҳо ва полиморфизми он самти илмӣ оид ба коркарди равишҳои муолиҷаи иловагии физиотерапевтии бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурдро бояд дар баланд бардоштани натиҷабахшии табобат бештар умедбахш эътироф намуд.

Масъалаҳои равиши нигоҳубин ва муолиҷаи бемориҳои илтиҳобии узвҳои ҷинсии занон дар замони ҳозира беш аз пеш мубрамият ва аҳамияти иҷтимоӣ пайдо мекунанд. Патологияи мазкур дар сохтори бемориҳои занона мақоми пешбарро доро мебошад [3]. Аз рӯйи омори хориҷӣ бемориҳои гуногуни илтиҳобии узвҳои коси хурд, тақрибан дар ҳар як даҳумин зани синну соли наслварӣ ба назар мерасад, ки дар ҳудуди 20,0% онҳо ба муолиҷаи бистарӣ ниёздоранд [7]. Ҳиссаи бемориҳои илтиҳобии бачадон ва ҳосилаҳои он, аз рӯйи таҳқиқоти муаллифони гуногун аз 46,8% то 70,0%-ро ташкил медиҳад [6].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои хоси аломатӣ ва сатҳи иммунголобулинии илтиҳоби музмини найчҳои бачадон бо сабаби сирояти халамидӣ



Мавод ва усули татқиқот: Теъдоди 80 нафар занон дар синну соли аз 18 то 38-сола мавриди пажӯҳиш қарор дода шуданд, ки аз миёни онҳо 80 нафар занон гирифтори ИМХБ дар заминаи СГБРҚ бартарии хламидиоз буда, ташкил намуданд. Ташхис дар асоси шикоятҳо, анамнез, пажӯҳишҳои клиникӣ-озмоишгоҳӣ, ки шомили ошкорсозии анgezандаҳо (хламидий, ситомегаловирус, вируси герпеси оддӣ), методҳои масунифлюорессенсӣ (ТМФ) ва вокуниши занҷирии полимерази (ВЗП) буданд, гузошта шуд. Бо ҳамаи беморон таҳқиқи хун барои ВИЧ ва сифилис, инчунин пажӯҳиши узвҳои коси хурд ва аз рӯйи нишондодҳо колкоскопияи густарда бо биопсия роҳандозӣ шуд.

Дар мавриди пажӯҳиши гинекологӣ муоинаи узвҳои берунӣ ва дарунии ҷинсӣ бо ёрии оинаҳои маҳбалӣ (навъ ва ҷанбаи мӯйбарорӣ, инкишофи лабҳои хурди ҷинсӣ, ҳолати луоби маҳбал ва гарданаки бачадон арзёбӣ мешуд), таҳқиқоти бимануалӣ (ҳолат, андозаҳо, дараҷаи ғилзат ва мутаҳаррикии ҷисми бачадон, ҳолати ҳосилаҳо арзёбӣ мешуд) анҷом дода мешуд.

Пажӯҳиши хуноба барои мавҷуд будани антителаҳо бар зидди эпителиҳои бактериавӣ ва вирусиро дар озмоишгоҳи сироятҳои бактериалии Пажӯҳишгоҳи тибби профилактикии ВТ ҚТ анҷом дода шуд. Методҳои серологиро ба тариқи таҳлили масуниферментӣ (ТМФ) бо муайянкунии антителҳои синфҳои гуногуни иммунноглобулинҳо дар хунобаи хун: IgM, IgG, IgA роҳандозӣ гардид. Вокуниши флюорессенсияи масунӣ (ВФМ) ба ошкорсозии муттамаъҳои масунии равшанидиҳанда асос ёфта буд. Барои гузаронидани паӯҳиши мазкур пешакӣ асари луобро бо пахта пок карда, баъд аз он маводро бо ҳаракати ҳалқавӣ ҷамъовари намуда бо зонд намуна(тароша)- нусхари гирифта дар муддати 7 шабонарӯз дар ҳарорати +4С нигоҳдорӣ карда шуд. Натиҷаро мусбат ҳисоб карда мекарданд, агар дар намуна на камтар аз 10 зарраи равшанидиҳии сабзи равшан ошкор мешуд.

Гирифтани маводи клиникӣ барои ВЗП бештар аз канали сервикалӣ ва маҳбал, камтар аз уретра амалӣ карда мешуд. ВЗП дар

робита бо он истифода гардид, ки ҳоли ҳозир ҳассосияти методи мазкур 97% ва махсусияти он 98 %- ро ташкил медиҳад.

Натиҷаҳои татқиқот ва баррасии онҳо. Таҳлили пажӯҳишҳои гузаронидашуда нишон дод, ки дар аксарияти бештари (39,4 = 0,2 %) занони дар гузашта даҳолати афзории дохили бачадонро аз саргузаронида дар робита бо исқоти ҳамли сунъӣ ё бачапартоии беихтиёр хламидиҳо ошкор карда шуданд.

Ҳамаи 80 нафар занҳо ба илтиҳоби музмини ҳосилаҳои бачадон мубтало буданд, дар зимни салпингити хламидӣ фақат дар 60 (78,9 = 0,4) ҳолатҳо ба таври ҷудошуда ба мушоҳида расид. Дар 8 (10,5 = 0,2) нафар беморон илтиҳоби найчаҳои бачадон бо склеро ва поликистози тухмдонҳо ҳамроҳ буд.

Барои аксарияти занҳои гирифтори салпингити этиологияи хламидӣ ҷараёни субклиникӣ ва хираи беморӣ хос буд. Фақат 15,7 = 0,1% занҳои дорои сактосалпингитҳо ба бемориҳои илтиҳобии возеҳи клиникӣ дар гузашта аз сар гузаронидаашон ишора намуданд.

Аз микросимптомҳо метавон беҳолии умумӣ, пайдоиши гоҳу ногоҳи дардҳои кунд дар ноҳияи поёни шикам, қоидагӣҳои моҳонаи дарднок, тарашшуҳоти хунолуд аз маҳбал, қабзиятҳои бештар, хориши муътадили шармгоҳро номбар намуд. Қайд кардан зарур аст, ки салпингитҳои этиологияи хламидӣ бо тарашшуҳоти фаровони сафеди омехта бо луоби тираранги бидуни бўйи хос ҳамроҳ буданд. Аломатҳои номбаршуда ҳангоми омӯзиши мақсадноки анамнез муқаррар карда шуданд, ки ҳуди занҳо ба он аҳамият наметоданд.

Маълумоти анамнезро оид ба вижагиҳои инкишофи салпингитҳо мавриди таҳлил қарор гирифта, ошкор гардид, ки дар беморони гирифтори бемории илтиҳобии узвҳои ҷинсӣ бо этиологияи хламидӣ ҷараёни торпидии беморӣ бештар (84,3 ± 2,6 %) нисбат ба шадид (15,7 ± 0,9%) ба назар мерасид. Таҳқиқоти клиникӣ-вогиршиносӣ оид ба хламидиоз алҳол бо сабаби набудани скрининги ҳатмӣ ба душворӣ мувҷеҳ мебошад.



Натиҷаҳои скрининги серологӣ барои сирояти хламидӣ дар занҳо дар маъхазҳои адабиёти таҳассусии дастрас, хеле кам ба нашр расонида мешавад, ҳарчанд, ки он дар амалияи клиникӣ аз аҳамият бархӯрдор аст, зеро ошкорсозии антителҳо ба антигенҳои *Chlamydia* дар он шаклҳо ва мавзегирӣ мумкин аст ҷанбаи иттилоотӣ дошта бошад, ки дар он вақт ошкорсозии ангенанда душвор мегардад. Бинобар ин, бо дарназардошти имкони инкишофи микст- сироят ҳамзамон омӯхтани омили масунияти гуморалии зиддивирусӣ мувофиқи мақсад мебошад.

Аз тарафи мо бо методи таҳлили масуниферментӣ муҳтавои антителҳои синфҳои

A ва G дар хунобаи хуни занҳо нисбат ба эпителии махсуси сафедаи асосии мембранаи берунӣ (MOMP) *Chlamydia trachomatis* инчунин аз маҷмӯа бо антителҳо нисбат ба эпителии умуми мавриди омӯзиш қарор гирифт.

Дар натиҷаи пажӯҳиши хунобаи хун барои мавҷуд будани антителҳои *Chlamydia trachomatis* 66% беморзанон муқаррар карда шуд, ки серомусбат будаанд. Антителҳои синфи G бартарӣ дошта дар чоряки ҳамаи мушоҳидаҳо ба назар мерасиданд. Саҳми антителҳои синфи A ҳангоми хламидиози урогениталӣ камтар аз 10 % -ро ташкил дод (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. - Басомади серопозитивӣ ба сероварианти *Chlamydia trachomatis* урогениталӣ (n = 80)

Синфи антител	IgG			IgA		
Натиҷа	+	–	±	+	–	±
Микдори мутлақ	21	54	5	8	66	6
%	26.6±0,5	67,4±0.2	6.0±0.3	9,5±0.4	83.5±1.4	7.0±1.3

Натиҷаҳои мусбати таҳлили масуниферменти барои антителҳои синфҳои A ва G ҳамзамон дар хунобаи хун тақрибан 4 баробар бештар нисбат ба натиҷаи мусбат барои IgA ба таври ҷудошуда (мутаносибан 7,0 % ва 2,5 %) ташкил намуд. Бо дарназардошти он далел, ки коркарди ҷудошудаи IgA маркери сироятҳои шадид мебошад, тақсмоти пешниҳодшуда дар бораи аҳамияти калони сирояти музмини хламидӣ дар муқоиса бо сирояти аввалия шаҳодат медиҳад.

Хузури ҳамзамони антителҳои ду синф дар хунобаи хуни занҳо нисбатан нодир (2,6 %) буд. IgM ҷудошуда нисбат ба намудҳои экстравагиналии хламидийҳо дар 10,4 % ҳолатҳо ошкор гардид.

Дар раванди пажӯҳиш таҳлили хунобаи хун барои антителҳо нисбат ба ситомегалия ва сирояти герпесвирусӣ амалӣ гардид. Дар натиҷа мавҷудияти IgG нисбат ба сироятҳои вирусӣ дар ҳамаи намунаҳои хуноба амалан тасдиқ карда шуд. Маркерҳои фаъолнокии сирояти музмини вирусӣ (муҳтавои ҳамроҳ дар хунобаи хуни антителҳои синфҳои G ва M) барои сирояти ситомегаловирусӣ (CCMB) дар 7,0 % ҳолатҳо ба назар расид.

Сирояти герпесовирусӣ дар 3,2% ҳолатҳо маркерҳои бозфаъолӣ дошт. Манзараи серолог сирояти шадиди вирусӣ (коркарди ҷудошудаи IgM) дар 0,8 % барои CCMB ошкор карда шуд. Коркардҳои ҷудошудаи IgM нисбат ба вируси герпеси оддӣ дар ин ҷудокунӣ ба қайд гирифта нашуд.

Ҷадвали 2. Басомади серопозитивии маризон ба намуди баъзе сироятҳои вирусӣ

Синфи антител	Натиҷа	Cytomegalovirus (n = 80)	Herpesimpl. 1,11 (n = 80)
IgG	Мусбӣ	58 (73,7 %)	39(48,7 %)
	Манфӣ	20 (25 %)	40 (50 %)
	Шубҳанок	2 (2,7 %)	1 (1,25 %)
IgM	Мусбӣ	6 (7,8 %)	3 (3,2 %)
	Манфӣ	70 (87,4 %)	72 (90,6 %)
	Шубҳанок	4 (4,8 %)	5 (6,2 %)

Ҳамин тавр, барои хламидиози урогениталӣ ва сироятҳои вирусӣ муқовимати ан-

генанда ва авҷгирии сирояти музмин нисбат ба сироятнокии аввалия хос мебошад.



Маълумоти маъхазҳо оид ба вижагиҳои чараёни клинӣ осебҳои узвҳои ҷинсии дарунӣ ҳангоми СГБРҚ зиддиятноки мебошанд. Аз рӯи маълумоти мо хусусияти фарқкунандаи салпингити сиришти хламиди дошта чараёни тӯлонии устувор бо ресидивҳои бештари муқовим ба табобати маъмулӣ мебошад. Патологияи мазкур, сарфи назар аз ҷавон будани синну соли занон (то 30 - сола 63.5%) бо тағйироти деструктивии назарраси ҳосилаҳои бачадон чараён дошт. Дар беморони гирифтори осеби хламидии ҳосилаҳои бачадон чараёни беморӣ бо авҷгириҳои бештар ва ихтилолҳои функсияи ҳайзбинӣ ба мушоҳида расид.

Сарфи назар аз вазоҳати манзараи тағйироти мабдаӣ, коррелятсияи дақиқи манзараи клинӣ беморӣ бо воқуниши ҳароратӣ ва маълумоти пажӯҳиши озмоишгоҳии хун ошкор карда нашудааст. Ҳарорати бадан дар ҳар ҳолати севум муътадил ё субфебрилӣ, бо муҳтавои муътадили лейкоцитҳо (41,5%) дар ҳар бемори дувум буд. Лейкоситҳои хун хеле камтар ба рақамҳои банд мерасиданд.

Хулоса. Дар асоси маълумоти зикргардида бояд қайд намуд, ки ақидаи муаллифон дар мавриди вобастагии мустақими тағйирот дар организми зан ба этиологияи беморӣ ҳаммаъно нест. Чунончи, аломатҳои клинӣ, маълумоти пажӯҳишҳои озмоишгоҳӣ, натиҷаҳои муоинаҳои умумӣ ва гинекологӣ ҳангоми гуногунии этиологияи бемориҳои шадиди илтиҳоби ҷинсӣ ба бачадон метавонанд яқсон бошанд, ҳарчанд, ки фа-

кат баъзе лаҳзаҳои муайян дар миён буда метавонанд. Қарори ниҳой ба натиҷаҳои пажӯҳишҳои бактериологӣ вобастагӣ дорад.

Зухуроти бештар хос ва маъмули беморзанони гирифтори илтиҳоби музмини дорои сиришти хламидии ҳосилаҳои бачадон, инчунин эндосервисит- осеби системаи наслотаврии занон мебошад.

Аломатҳои клинӣ сервисит, тақрибан баъд аз 3-4 ҳафтаи осеб дидан падидаи мешаванд. Дар занон дар ин ҳол ихтилолҳои дизурикӣ, хориш ва сӯзиш дар соҳаи чатан, тарашшуҳоти сафедоб аз маҳбал ва эҳсоси дард дар поёни шикам ба мушоҳида мерасад. Ҳангоми эндосервисити дорои сиришти хламидӣ тарашшуҳотинаи чандон зиёди луобию чиркдор, падидаи омадани ҳолаҳои илтиҳобӣ дар атрофи шармгоҳ ба ташкилаҳои вижаи фолликулҳои лимфоидӣ дар ноҳияи шармгоҳ (сервисити фолликулярӣ) ба мушоҳида расиданд. Дар беморони гирифтори эндосервисити гарданаки бачадон ба варами дорои микдори зиёди тарашшуҳоти луобию чиркдор мебошад.

Ҳангоми хламидиози урогениталӣ ҳам, ба мисли дигар СГБРҚ, тақрибан ҳамеша дар занон ҳамзамон бо гарданаки бачадон уретра ва гадудҳои парауретралӣ ва инчунин луоби рӯдаи рост низ осеб мебинад (проктит пайдо мешавад).

Ҳамакун метавон инхирофот аз меъри нишондиҳандаҳои масуниятро дар беморони гирифтори бемориҳои музмин, аз ҷумла ҳангоми хламидиози урогениталӣ, маъмулшуда ҳисоб кард.

АДАБИЁТ

1. Скирда Т.А. Серологические аспекты диагностики персистирующей хламидийной инфекции / Т.А. Скирда [и др.] // Гинекология. - 2014. - Т.6, 4. - С. 180-182.
2. Хрянин, А.А. Хламидиоз у женщин: сопоставление разных методов диагностики, факторы риска и клинические проявления / А.А. Хрянин [и др.] // Вестник дерматологии. - 2016. - №2. - С. 40-43.
3. Юцковским, А.Д. Актуальность инфекций, передающихся половым путем / А.Д. Юцковским // РМЖ "Медицинское обозрение". - 2014. - №24. - С.8-9.
4. Яглов, В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза / В.В. Яглов // Гинекология. - 2016. - Т.8, №4. - С.13-19.
5. Amy Berry. The Complexity of Interactions Between Female Sex Hormones and Chlamydia trachomatis Infections/ Amy Berry, Jennifer V Hall // Current Clinical Microbiology Reports. 2019. - №6 (2). - P. 67-75.



6. Bas, S. Chlamydia trachomatis serology: diagnostic value of Outer Membrane Protein 2 compared with that of other antigens / S. Bas, P. Muzzin, T. L. Vischer // J. Clin. Microbiol. - 2013. - Vol. 39. - P. 4082-4085.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases. Treatment Guidelines 2016. 55 (№ RR-11).

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И УРОВЕНЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ПРИДАТКОВ МАТКИ С ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ

М.Б. Мирзоева, М.А. Хакназарова,

Кафедра акушерства и гинекологии №1 (заведующий кафедрой д.м.н. Хакназарова М.А.)
ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Анализ результатов нашего исследования проводился по данным изучения течения патологии и по показателям клинических и инструментально-лабораторных методов диагностики. С помощью микробиологической, ПЦР и иммунофлюоресцентных методов исследования сальпингиты хламидийной этиологии были диагностированы у 80 женщин. Данная патология, несмотря на молодой возраст женщин (до 30 лет - 63,5 %) про-

текала со значительными деструктивными изменениями придатков матки. У больных с хламидийным поражением придатков матки наблюдалось длительное, с частыми обострениями течение заболевания и нарушения менструальной функции.

Ключевые слова: воспаления органов малого таза, воспаление придатков матки, инфекции передающихся половым путем, хламидийная инфекции.

SYMPTOMATIC PECULARITIES AND LEVEL OF IMMUNOGLOBULINS IN CHRONIC INFLAMMATION OF FALLOPIAN TUBES WITH CHLAMYDIA ETIOLOGY

M.B. Mirzoeva, M.A. Hagnazarova, Mirrahim M.M.

Department of obstetrician and gynecology №1 (head of the department- doctor of medical sciences M.A. Hagnazarova) of ATSMU.

The analysis of the results of our study was carried out according to the study of the course of the pathology and according to the indicators of clinical and instrumental laboratory diagnostic methods using microbiological PCR and immunofluorescent methods the study of salpingitis of chlamydial etiology was diagnosed in 80 women this pathology despite the young

age women (under 30 years - 63,5%) proceeded with a significant lesion of the uterine a long with frequent exacerbations of the course of the disease and disease and disturbances in menstrual function was observed.

Key words: inflammation of small pelvic organs, inflammation of fallopian tubes, sexually transmitted infections, chlamydial infection.

Мирзоева М. Б. - ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 и ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, тел.: 93-333-27 92

Мирзоева М. Б. - ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, тел.: 93-333-27 92

Mirzoeva M.B. assistant of the 1st Obstetrics and gynecology Department, Avicenna Tajik State Medical University, tel.: 918 97 30 26



БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

ТАБОБАТИ ДЕПРЕССИЯ ДАР МАРДҲОИ МИЁНАСОЛИ ГИРИФТОРИ НОРАСОИИ МУЗМИНИ ДИЛ ДАР ЗАМИНАИ ФИШОРБАЛАНДИИ НАРМИ ШАРӢНӢ

Х.С. Султонов¹, Х.Ӣ. Шарипова¹, Ф.Н. Абдуллоев,² Ҳамидова А.Н., Турсункулов З. Ч.

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино¹, Шӯбаи неврологияи МТШ №2 ба номи К.Т. Тоҷиев²

Муқаддима. Инкишофи паҳншавии НМД ва ҳалалёбии депрессивӣ [1,2], ба он сабаб гардид, ки солҳои охир НМД дар маркази диққати тадқиқотчиёне қарор дорад, кибо омӯзиши проблемаи депрессия машғуланд [3,4].

Махсусан ташҳиси саривактӣ ва коҳишдиҳии прогрессивии чараёни НМД, ки дар заминаи ГШ-и камаломати нарм ва муътадил дар мардони миёнасол пайдо мешавад [5,6,7,8,9], ҷолиби диққат аст. Басомади зиёди депрессия дар мардони миёнасол бо назардошти маълумотҳо аз хусуси он ки депрессия чун омили нави хатар ва предикатори марги қонорарӣ ҳисобида мешавад [3,10] ба он далолат менамояд, ки қоркарди роҳу воситаҳои профилактикаи самаранок ва терапияи НМД дар мардони миёнасоли дорои қобилияти қории гирифтори депрессия мушкilotи муҳими тиббӣ ва иҷтимоӣ ба ҳисоб меравад [11,12,13].

Ҳангоми терапияи ҳалалёбии депрессивӣ дар беморони самти кардиологӣ маводи дорувор зиддидепрессантҳо аз гурӯҳи ингибиторҳои селективии таъсири серотонин (ИСТС) ба ҳисоб меравад, ки ин ба самаранокӣ ва амалан мавҷуд набудани таъсири манфии он вобастагӣ дорад [2, 14].

Хусусиятҳои таъсири терапияи стандартӣ НМД дар заминаи фишорбаландии бо депрессия суратгиранда ва дар ҳамбастагӣ ботерапияи зиддидепрессантӣ баҷараёни НМД дар мардони миёнасол ба таври қофӣ омӯхта нашудаанд. Ҳалли масъалаи мазкур барои беҳтар намудани табобати беморони НМД дар заминаи фишорбаландии бо депрессия чараёнгиранда мусоидат менамояд.

Мақсади таҳқиқот. Баҳодиҳии муқоисавии самаранокии терапияи НМД-и стандартӣ ва дар ҳамбастагӣ бо терапияи зиддидепрессантӣ бо депрессия суратгиранда дар мардони миёнасоли дорои фишорбаландии нарм ва муътадил.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқотдар пойгоҳи кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ВТ ҲИА ҚТ, беморхонаи клиникӣ шаҳрии №5 ба номи К.Т. Тоҷиеви ш. Душанбе гузаронида шудааст.

Меъёрҳои интиҳоб: мардони синнашон 45 - 64 - сола, зухуроти клиникӣ НМД 1-3 ФК дар заминаи фишорбаландии нарм ва муътадил (дараҷаи 1-2), терапияи стандартӣ таъминкунанда дар заминаи ГШ (ва / ва ё БИД), розигии маълумотии беморон барои иштирок дар тадқиқоти бемороне, ки дар онҳо ҳалалёбии депрессивӣ муқаррар карда шудааст.

Меъёрҳои хориҷкунӣ аз гурӯҳи тадқиқотӣ: ихтилоли вазнини мнестикӣ ва рӯҳӣ, ҳалалёбии шадиди хунгардиши қоронарӣ ва мағзи сар дар 6 моҳи охир, иллатнокии органикӣ САМ, бемориҳои вазнини соматикӣ (норасоии фаъолияти чигар ва гурда, диабет қанд ва ғайра).

Ба гурӯҳи тадқиқотӣ 110 нафар мардони миёнасоли дорои зухуроти клиникӣ 1-3 ФК НМД дар заминаи ГШ-и нарм ва муътадил дохил карда шудаанд. 38 нафарашон патсиентҳое мебошанд, ки дар онҳо ҳалалёбии руҳии дорои депрессия мавҷуд набуд ва гурӯҳи 1-умро ташкил медоданд. Гурӯҳи 2-юмро 36 нафар патсиентҳое ташкил медоданд, ки дорои синдроми депрессияи дараҷаҳои гуногун буда, бо онҳо терапияи дорувории медикаментозии зиддидепрессивӣ гузаронида нашудааст. 36 нафар патсиентҳои гирифтори депрессия, ки терапияи дорувории депрессивиро қабул кардаанд, гурӯҳи 3-юмро ташкил медоданд. Гурӯҳи муқоисавӣ аз ҷиҳати синну сол, басомади дараҷаҳои ГШ, БИД-и ҳамроҳикунонда ва аз рӯйи басомади гурӯҳҳои функционалии НМД ба ҳам мувофиқанд.

Ба ҳамаи патсиентҳо вобаста ба зоҳиршавӣ ва мутобиқи хусусияти зухуроти клиникӣ



НМД ва фишорбаландӣ ҳангоми табобати статсионарӣ терапияи ёрирасони стандартӣ НМД дар заминаи ГШ мутобиқи тавсияҳои миллии Россия - ОССН, РКО ва РНМОТ оид ба таххисот ва муолиҷаи НМД (тағйироти чорум) [15] интиҳоб карда шудааст.

Ба пациентҳои гурӯҳи 3-юм дар заминаи депрессия табобати стандартӣ НМД дар ҳамбастагӣ бо фармакотерапияи зиддидепрессивӣ (пароксетин, ба таври миёна $15,3 \pm 1,3$ мг/шабонарӯз) гузаронида шуд. Дар охир ҳангоми анҷоми муоина (пас аз 24 ҳафта) дар ҳамаи беморон тадқиқоти профили ФШ, зоҳиршавии НМД мувофиқи ҷадвали баҳодихии ҳолати клиникӣ (ЧБХК), таҳаммулпазирӣ ба сарбории ҷисмонӣ (тавассути тести қадамзании 6-дақиқагӣ-ТҚШ) ва моилӣ ба табобат (мувофиқи пурсишномаи Morisky D.E. atall.) гузаронида шуд. Баҳодихии зоҳиршавии ҳалалёбии депрессивӣ мувофиқи ҷадвали Гамилтон М. (HDRS), ҳамчун яке аз воситаҳои паҳншуда барои баҳодихии самаранокии зиддидепрессантҳо дар амалияи клиникӣ ба роҳ монда шуд [16].

Параметрҳои сохторӣ-функционалии дил дар эхокардиографи "Acuson" 128 XP/10 таҳқиқ карда шуданд [17]. Индекси массаи миокарди меъдачаи чап (ИМММЧ), фраксияи ихроҷи МЧ; ҳангоми сканери дуплексӣ ТИМ-и шараёни брахиосефалӣ муайян карда шуданд. Фунсияи диастолии меъдачаи чап мутаносибан бо афзоиши максималии суръати кровотоки транзитралӣ дар мар-

ҳилаи пуршавии суръатноки МЧ (пик Е, м/с) нисбат ба суръати максималии транзитралӣ гардиши хуни 5 ба систолаи пешдил (пик А, м/с) баҳодихӣ карда шуд.

Коркарди омории мавод бо истифодаи усулҳои омории параметрӣ ва ғайрипараметрӣ, бо ёрии бастаи "Statistica 6,0" ба роҳ монда шуд. Хусусияти тақсимои омории ҳаҷми таҳлилҳо бо истифодаи χ^2 -меёри Пирсон ва меёри Колмогоров-Смирнов баҳогузори карда шуданд. Намунаҳо дар шакли "миёнаи арифметикӣ $\pm$ хатои миёна" пешниҳод шудаанд. Барои баҳодихии фарқиятҳои байнигурӯҳӣ меёри χ^2 ит-меёри Студент истифода карда шуданд; дар ҳолати $p < 0,05$ фарқиятҳо аз ҷиҳати омории аҳамиятнок шуморида мешуданд. Ҳангоми баҳодихии робитаҳои коррелятсионӣ коэффитсиенти коррелятсияи Пирсон ва коррелятсияи Спирмен истифода карда шуданд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Нишондодҳои ниҳони гурӯҳҳои муқоисашавандаи пациентҳо дар ҷадвали №1 пешниҳод шудаанд.

Ҳангоми муқоисаи дараҷаҳои аввалаи фишори шараёни дар гурӯҳҳои муқоисашавандаи пациентони дорои НМД дар заминаи фишорбаландии нарм ва муътадил дар пациентҳои гурӯҳи 1-ум аломатҳои ҷудогонаи ҳалалёбии депрессивӣ дар баъзе ҳолатҳо мушоҳида шуда, дараҷаи миёнаи онҳо аз меёр зиёд нест ва $5,7 \pm 0,24$ балро ташкил медиҳад, ҳол он ки дар гурӯҳҳои дуюму сеюм зоҳиршавии депрессия хеле зиёд аст ($p < 0,001$).

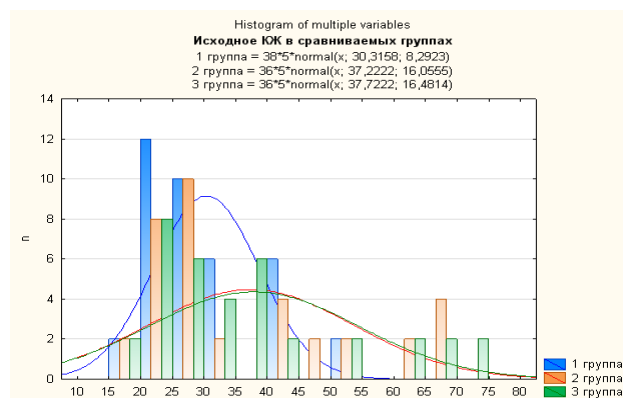
Ҷадвали 1. Аҳамияти аввалаи нишондодҳои омӯхташаванда дар гурӯҳҳои муқоисавии беморон.

Нишондодҳо (M±m)	Гурӯҳи беморон			p
	Бе депрессия	Бо депрессия		
	1 гр. (СТ), n=38	2 гр.(СТ) n=36	3гр.(СТ+АДТ) n=36	
ФШС, мм рт. ст.	159,5±1,2	163,6±2,0	163,2±1,7	>0,05
ФШД, мм рт. ст.	98,7±0,8	101,3±0,89	101,4±0,9	>0,05
Моили ба табобат, балҳо	2,34±0,15	1,72±0,12*	1,8±0,12	>0,05
Депрессия, балҳо	5,74±0,24	15,4±0,47*	15,4±0,52*	>0,05
ШОКС, балҳо	3,26±0,33	4,53±0,32*	4,6±0,36*	>0,05
ТШХ, м	483,7±11,2	431,2±9,8*	432,1±13,8*	>0,05
КЖ-(MLHFQ), балҳо	30,3±1,4	37,2±3,8*	37,7±2,8*	>0,05
ФК ХСН	1,68±0,1	1,83±0,11	1,67±0,126	>0,05
Е/А	0,91±0,009	0,85±0,016	0,856±0,02	>0,05
ТИМ, мм	10,0±0,23	10,74±0,25	10,75±0,23	>0,05
ИММЛЖ, г/м²	132,8±1,5	136,9±1,4	136,5±1,3	>0,05
ФВ, %	59,7±0,5	59,5±0,4	59,3±0,7	>0,05

Эзоҳот: гурӯҳи 1 - бе депрессия, ки минбаъд терапияи стандартӣ (ТС) қабул кардаанд; гурӯҳи 2 - гирифтори депрессия буда, вале минбаъд танҳо терапияи стандартӣ (ТС) қабул кардаанд; гурӯҳи 3-юм гирифтори депрессия буда, минбаъд терапияи зиддидепрессантӣ (ТС+ТЗД) қабул кардаанд; * - аҳамияти ($p < 0,05$) фарқияти нишондодҳо бо гурӯҳи 1-ум; p - эътимоднокии фарқияти нишондодҳои гурӯҳҳои 2-ум ва 3-юм (аз рӯи U-меёри Манн-Уитни).

Дар натиҷа моилӣ ба табобат дар беморони гурӯҳи 1-ум ҳангоми мавҷуд набудани депрессия хеле зиёд аст ($2,34 \pm 0,15$), зоҳиршавии тағйиротҳои сохтории миокарди меъдачаи чап (ТСММЧ) ва рағҳои (ТИМ) нисбат ба беморони гирифтори депрессия хеле афзалият дорад ($p < 0,05$).

Дар заминаи зухуроти клиникии депрессия дар пастиентҳои гурӯҳи 2 ва 3 чунин ҳолат мушоҳида карда шуд: аҳамияти нисбатан ками Е/А ($0,91 \pm 0,009$; $0,85 \pm 0,016$ и $0,86 \pm 0,02$ - мутаносибан дар беморони гурӯҳҳои 1, 2 ва 3; $p > 0,05$) ва ТШХ ($483,7 \pm 11,2$; $431,2 \pm 9,8$ и $432,1 \pm 13,8$; $p < 0,05$). Тағйиротҳои мазкур бо аҳамияти зиёди ШОКС ва КЖ (расми 1) аз рӯи MLHFQ ($p < 0,05$) қараён мегиранд.



Расми 1. Сифати аввалии ҳаёт (СХ) дар гурӯҳҳои муқоисавии беморони дорои норасоии музмини дил: гурӯҳи 1 - бе депрессия, гурӯҳҳои 2 ва 3, ки гирифтори депрессия мебошанд, минбаъд табоботи гуногун гирифтаанд.

Ҷадвали 2. Динамикаи нишондодҳои клиникӣ-гемодинамикӣ дар заминаи терапияи стандартӣ (ТС) ва бо зидидепрессантҳо омехта (ТС + ТЗД) дар пастиентҳои гурӯҳҳои муқоисашаванда.

Нишондодҳо(M±m)	Гуруҳи беморон			p
	бо депрессия	бе депрессия		
	1 гр. (СТ, n=38)	2 гр. (СТ, n=36)	3 гр. (СТ+АДТ; n=36)	
ФШС, мм сут.сим.	125,4±1,2	144,2±1,1*	122,1±0,8	<0,01
Δ%	-21,6	-11,4	-24,9	
ФШД, мм сут.сим.	82,6±0,9	86,1±0,8	83,9±0,7	>0,05
Δ%	-16,1	-14,8	-17,2	
Моили ба табобат, балҳо	3,5±0,1	2,0±0,2 *	3,0±0,1	<0,001
Δ%	65,8	37,5	115,0	
Депрессия, балҳо	2,95±0,27	10,2±0,24*	3,9±0,27*	<0,001
Δ%	-53,1	-33,8	- 73,6	
ШОКС, балҳо	1,45±0,25	2,44±0,29*	1,89±0,28	<0,001
Δ%	- 46,2	- 42,3	-58,1	
ТШХ, м	526,1±6,4	462,9±11,8*	487,2±13,1*	<0,001
Δ%	8,8	7,3	12,8	
КЖ-MLHFQ	16,2±1,3	30,7±2,3*	22,8±1,3*	<0,001
Δ%	-47,8	-4,3	-32,9*	
ФК ХСН	0,95±0,08	1,31±0,12	1,06±0,14	<0,001
Δ%	-43.0	-21.3	-42.1	

Эзоҳот. Гурӯҳи 1 - пастиентҳои бидуни депрессия, ки терапияи стандарти (ТС)-и норасоии музмини дилро қабул кардаанд; гурӯҳи 2 - гирифтори депрессия буда, вале танҳо ТС қабул кардаанд; гурӯҳи 3 - дорои депрессия буда, ба таври илова терапияи зидидепрессантӣ (ТС + ТЗД) қабул кардаанд; $\Delta\%$ - динамикаи ҳангоми муқоиса бо дараҷаи ниҳони нишондод; * - аҳамияти омӯрӣ ($p < 0,05$) фарқиати нишондодҳо бо гурӯҳи 1-ум; p - эътимоднокии фарқиати нишондодҳо миёни гурӯҳҳои 2-юм ва 3-юм (аз рӯи U-меъёри Манн-Уитни).

Умуман, новобаста аз мутаносибии дараҷаи миёнаи ФШ ва басомади гуруҳҳои функционалии НМД, тағйиротҳои сохтории миокарди меъдачаи чап (ТСММЧ) ва рағҳои (ТИМ) дар мардони миёнасоли дорои фишорбаландии нарм ва муътадил дар заминаи депрессия бештар зоҳирёфта мебошанд ($p > 0,05$) ва мувофиқи пурсишномаи Миннесотский ($p > 0,05$) бо аҳамияти ками

ТШХ ва СХ қараён мегиранд, ки ин аз зоҳиршавии норасоии дил шаҳодат медиҳад.

Натиҷаҳои бадастомада аз таҳқиқи мардони миёнасоли гирифтори депрессия, ки дар заминаи НМД ва ГШ вобаста ба тамоюли умумии тағйироти дил бо маълумотҳои Ҳомидов Н.Х., ҳаммуаллифоне, ки ба инкишофи нисбатан зухурёфтаи тағйироти сохторӣ дар пастиентҳои дорои гипертензияи



шараёнии систоликии махдудшудаи калон-солон бо депрессияи коморбидймувофика карда мешаванд [18].

Натиҷаи баҳодиҳии самаранокии муносибатҳои гуногуни терапевтӣ дар гурӯҳҳои муқоисашавандаи пациентҳои ҳангоми мушоҳидаи давомнок (22-24 ҳафта) дар ҷадвали №2 оварда шудаанд

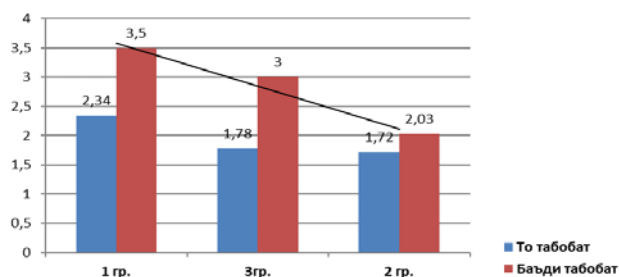
Ҳангоми таҳлили маълумотҳо муқаррар карда шуд, ки дар ҳолати мавҷуд набудани депрессия дар беморони гурӯҳи 1-ум дар заминаи терапияи стандартӣ НМД бештар САД ва ДАД коҳиш меёбад, ҳангоми муқоисаи ҳаммонанди гурӯҳи 2 ($p < 0,05$); дараҷаи ФШ+ дар беморони гурӯҳҳои 1 ва 3-юм муқоисашавандаанд ($p > 0,05$).

Нишондодҳои ШОКС ва ФК ХСН дар беморони гурӯҳҳои 1 ва 3-юм дар анҷоми терапия муқоисашаванда буда, фарқият чандон зиёд нест ($> 0,05$). Вале масофаи ТШХ ҳангоми мавҷуд набудани депрессия (гурӯҳи 1) бештар афзоишёфта ($p < 0,05$) нисбат ба беморони гирифтори депрессия, ки ТЗД-ро қабул менамоянд (гурӯҳи 3). Агар ҳамин далел ба инобат гирифта шавад, ки таҳаммулпазирӣ ба сарбории ҷисмонӣ предиктори мустақили фавти ҳама гуна сабабҳо ба ҳисоб меравад, афзоиши он бошад, зиндамониҳо дар популятсия [19] зиёд менамояд, он гоҳ аҳамияти ками ТШХ-ро ҳамчун предиктори пешгӯии номусоид барои беморони гирифтори депрессия ҳисобидан мумкин аст, ки ба таври иловагӣ ТЗД намегиранд. Дар беморони гурӯҳи 3-юм дар заминаи ТЗД-и иловагӣ аҳамияти миёнаи депрессия то меёр коҳиш ёфт (депрессияи сабук танҳо дар 1/5 қисми беморон боқӣ монд). Чунин тағйиротҳои назаррас дар беморони гурӯҳи 2-юм мавҷуд нестанд: аҳамияти миёнаи депрессия дар заминаи табобати бидуни терапияи зидидепрессивӣ аз 10 бал зиёд нест.

Чунин ҳолат ба он сабаб гардид, ки ҳангоми муқоисаи маълумотҳои аввала дар заминаи терапия дар беморони гурӯҳи 2-юм дараҷаи депрессия нисбатан баланд аст, моилӣ ба табобат бошад, коҳишёфта ва ин ҳолат на танҳо ҳангоми муқоиса бо гурӯҳи 1-ум, (бе депрессия), балки дар гурӯҳи 3-юм

низ (бе депрессия буда, ТЗД намегиранд) мушоҳида мешавад.

Дар анҷоми мушоҳида дар заминаи терапия аҳамияти мутлақӣ моилӣ ба табобати беморони гурӯҳи 1-ум бештар афзоишёфта мебошад (расми 2), ҳангоми муқоиса бо гурӯҳи дуюм ва сеюм низ чунин ҳолат муайян гардид ($p < 0,05$).



Расми 2. Динамикаи моилӣ ба табобат (балҳо) ҳангоми амалиётҳои гуногуни терапевтӣ*.

Эзоҳ: гурӯҳи 1 пациентҳо, ки депрессия надоранд ва ТС-и норасоии музмини дил мегиранд (НМД). Гурӯҳи 1-юм- пациентҳои дорои депрессия, вале танҳо ТС-ро бе терапияи зидидепрессантӣ (ТЗД) мегиранд; гурӯҳи 3-юм- пациентҳои гирифтори депрессия, ки ба таври иловагӣ терапияи зидидепрессантӣ мегиранд (ТС+ТЗД).

Агар робитаи ҳамдигарии депрессия ва моилӣ ба табобат ба назар гирифта шавад ($r = -0,793129$; $p < 0,05$), ба хулосае омадан мумкин аст, ки каме коҳиш ёфтани ҳалалёбии депрессивӣ (аз рӯйи ҷадвали Гамилтон $10,2 \pm 0,38$ балла) дар беморони гурӯҳи 2-юм бо моилии пасти табобат сурат мегирад ва аз ҳамин сабаб ба дараҷаи хеле баланди ФШС ва ФШД оварда мерасонад.

Дар пациентҳои гурӯҳи 3-юм робитаи мутақобилаи депрессия ва моилӣ ба табобат устувор ва манфӣ мебошад ($r = -0,769328$; $p < 0,05$). Ҳангоми ТЗД дар пациентҳои ин гурӯҳ ҳалалёбии депрессивӣ ийи При АДТ у пациентов этой группы устранены депрессивные расстройства (аз рӯйи ҷадвали Гамилтон $6,3 \pm 0,35$ бал) бартараф карда шуданд, бо вуҷуди ҳамин моилӣ ба табобат дар пациентҳои ин гурӯҳ нисбат ба бемороне, ки аз аввал депрессия надоштанд (гурӯҳи 1-ум) хеле паст аст. Ин аз зарурати профилактикаи аввалияи ҳалалёбии депрессивӣ дар мардони миёнасоли дорои НМД дар заминаи фишорбаландӣ шаҳодат медиҳад.

Ҳамин тавр, коҳишёбии нокифояи халалёбии депрессивӣ дар беморони гурӯҳи 2-юм нисбатан бо моилии пасти табобат (бо депрессия,) сурат мегирад (гирифтори депрессия буда, вале фармакотерапияи зидидепрессивиро қабул накардаанд) ва аз ҳамин сабаб бештар ба дараҷаи баланди ФШС ва ФШД дучор шудаанд. Новобаста ба самаранокии зиёди терапияи омехтаи беморони гурӯҳи 3-юм дар заминаи бартараф намудани халалёбии депрессивӣ ва афзоиши бештари моилӣ ба табобат ин нишондод дар анҷоми мушоҳида нисбат ба беморони НМД-и дар заминаи фишорбаландӣ, -ФШ инкишофёфта, ки дар онҳо дар оғоз депрессия мавҷуд набуд (гурӯҳи 1-ум), ин нишондод хеле паст мебошад.

Мураккабии афзоиши моилӣ ба табобат (то дараҷаи моилии пурра) дар беморони до-

рои НМД-и бо депрессия чараёнгиранда ҳатто дар заминаи терапияи зидидепрессантӣ ба зарурати таҳияи чораҳои амалии профилактикаи на танҳо НМД, балки халалёбии депрессивӣ дар мардони миёнасоли дорои фишорбаландии нарм ва муътадил низ ишора менамояд. Нокифоягии афзоиши моилӣ ба табобати беморони миёнасоли дорои НМД дар заминаи фишорбаландии нарм ва муътадил ба назар ноаён мемонад, ки ин ба беҳтаршавии ҳолати психоэмотсионалӣ ва соматикӣ беморон дар заминаи терапияи омехтаи стандартӣ ва зидидепрессантӣ во-баста аст. Аз ин хусус ҳам таҳлили муқоисавии динамикаи баъзе нишондодҳои гемодинамикӣ пас аз 24 ҳафтаи терапияи стандартӣ ва ҳам терапияи ҳамбастаи НМД дар заминаи депрессия боистифодаи зидидепрессантҳо шаҳодат медиҳанд (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. Нишондодҳои сохторӣ-функционалии миокарди меъдаҷаи чап ва рағҳо дар заминаи терапияи стандартӣ (ТС) ва бо зидидепрессантҳо омехта (ТС+ТЗД) дар пациентҳои гурӯҳҳои муқоисавӣ.

Нишондодҳо (M±m)	Гурӯҳи беморон			P
	бо депрессия	Бе депрессия		
	Гр. 1 (СТ, n=38)	Гр. 2 (СТ, n=36)	Гр. 3 (СТ+АДТ; n=36)	
Е/А	1,02±0,021	0,903±0,017	0,956±0,018	<0,001
Δ%	13,2	6,9*	13,7*	
ТИМ, мм	0,937±0,02	1,0±0,038	0,964±0,021	<0,001
Δ%	-6,3	-6,9*	-10,4*	
ИММЛЖ, г/м²	124,6±1,0	131,7±1,6*	127,8±1,0*	<0,001
Δ%	-6,2	-4,1*	-6,4*	
ФВ,%	61,2±0,5	60,1±0,4	61,1±0,5	<0,001
Δ%	2,5	1,0*	3,0*	

Эзоҳ: ТС - терапияи стандартӣ норасоии музмини дил ва фишорбаландӣ бо пациентҳои депрессия надохта (гурӯҳи 1) ва дорои депрессия (гурӯҳи 2), терапияи омехта бо зидидепрессантҳои ТС (ТС+ТЗД) бо беморони гурӯҳи 3-юм гузаронида шуданд.; % - динамикаи ҳангоми муқоиса бо дараҷаи аввалаи нишондод; * - эътимоднокии фарқият ($p < 0,05$) бо гурӯҳи 1-ум; р - миёни гурӯҳҳои 1 ва 2-юм (аз рӯйи U- меъёри Манн - Уитни).

Муқаррар гардидааст, ки беҳтаршавии функсияи диастолии МЧ (аз рӯйи афзоиш Е/А) ва пастшавии ИМММЧ дар беморони гурӯҳи 1-ум (ҳангоми гр.) мавҷуд набудани депрессия) барои муқоиса бо гурӯҳи 2-юм ва 3-юм ($p < 0,05$) аҳамияти калон дорад. Фраксияи ихроҷи МЧ - дар гурӯҳҳои таҷрибавӣ муқоисашаванда мебошанд ($> 0,05$). Коҳишёбии ТИМ дар беморони бе депрессия (гурӯҳи 1-ум) танҳо ҳангоми муқоиса бо гурӯҳи 2-юм аҳамиятнок аст, дар ҳолати муқоиса бо гурӯҳи 3-юм ин коҳишёбӣ чандон аҳамиятнок нест ($> 0,05$).

Афзоиши Е/А, пастшавии ИММЛЖ ва коҳишёбии ТИМ дар беморони гурӯҳи 3-юм дар заминаи ТЗД ҳангоми муқоиса бо гурӯҳи 2-юм аҳамиятнок аст ($p < 0,05$). Ба таври умумӣ ҳамаинро бояд қайд кард, ки дар беморони гурӯҳи 2-юм афзоиши мусбати нишондодҳои сохторӣ-функционалии миокарди МЧ дар заминаи ТС камтар зоҳирёфта мебошад: аҳамияти миёнаи ками таносуби Е/А, ИММЛЖ ва ТИМ-и баланд ба назар мерасад. Таъсири рексетини зидидепрессантӣ ба нишондодҳои сохторӣ МЧ аз тарафи муаллифони дигар низ қайд карда шудааст [12, 13].

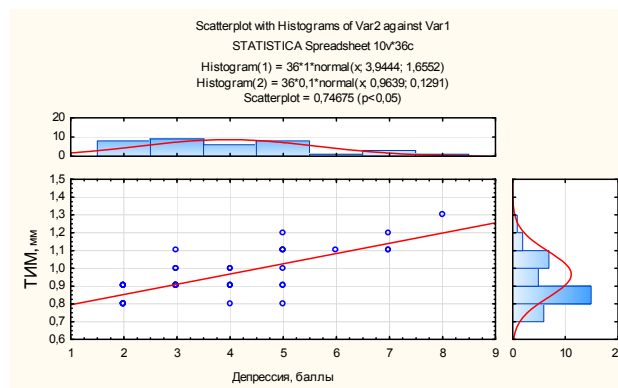


Тафовути аҳамияти ТИМ дар патсиентҳои гурӯҳи 1 ва 2-юм минбаъд чандон аҳамиятнок нестанд ($p > 0,05$), вале он дар патсиентҳои гурӯҳи 2-юм хеле баланд аст ($p < 0,05$). Аҳамияти нисбатан баланди ТИМ-и мавҷуда нишоннаи осеби атеросклеротикии рағҳо мебошад, аз ҳамин сабаб чунин ҳолат ҳамчун натиҷаи самаранокии пасти зиддисклеротикии терапияи стандартии НМД арзёбӣ мегардад, ки дар патсиентҳои бе депрессия (гурӯҳи 2-юм бе истифодаи иловагии ТЗД) сурат мегирад. Коҳишёбии зиёди ТИМ дар беморони гурӯҳи 3-юм (гирифтори депрессия, вале ба таври иловагӣ ТЗД қабул мекунамд) аз он шаҳодат медиҳад, ки терапияи зиддидепрессантӣ на танҳо ҳалалёбии депрессивиро баргараф менамояд, балки самаранокии зиддисклеротикии терапияи стандартии НМД-и гузаронидашавандаро зиёд менамояд.

Мавҷудияти таъсири ҳамдигарии устувори ҳалалёбии депрессивӣ ва ТИМ ($r = 0,74675$) ба коҳишёбии осеби атеросклеротикии рағҳо дар заминаи паст шудани дараҷаи депрессия дар мардони миёнасоли дорои НМД (расми 3), далолат менамояд, ки онҳо терапияи зиддидепрессантӣ таркибии НМД-ро қабул менамоянд.

Ҳаминро бояд қайд намуд, ки дар заминаи терапияи беморон бо препаратҳои депрессияи психофармакологӣ аз гурӯҳи ингибиторҳои селективии боздоштисеротонин (СИОЗС-ИСБС, пароксетин), зухуроти кардиотоксикӣ, ки ба коҳишёбии нишондодҳои клиникӣ-гемодинамикӣ чараён мегиранд, ошкор карда нашуданд.

Ин ба самаранокии истифодаи зиддидепрессантҳои гурӯҳи ИСТС дар беморо-



Расми 2. Таъсири ҳамдигарии депрессия ва ғафсии интима - медиа (ТИМ) дар мардони миёнасол дар заминаи терапияи омехтаи НМД (бо усули Спирмен).

ни дорои НМД-и бо депрессия чараёнгиранда далолат менамояд ва аз ин хусус натиҷаи истифодаи онҳо дар беморони самти кардиологӣ шаҳодат медиҳанд. [14,18-22].

Ҳамин тавр, муолиҷаи стандартии НМД ва ФШ бо таъйиноти терапияи зиддидепрессантӣ дар мардони миёнасоли дорои депрессия (гурӯҳи 3) ба коҳишёбии зиёди зохиршавии клиникӣ ҳам депрессия ва ҳам НМД мусоидат намуда, барои афзоиши моилӣ ба табобат имкон медиҳад. Ба зарурати таҳияи чораҳои амалии профилактикаи на танҳо НМД, балки ҳалалёбии депрессивӣ дар шахсони гирифтори беморҳои дил душвории муқарраргардидаи муваффақ гардидан ба моилии пурраи беморони депрессия, ҳатто дар заминаи терапияи бо зиддидепрессантҳо омехта далолат менамояд: дараҷаи моилӣ ба табобат дар анҷоми мушоҳида нисбат ба беморони аз аввал депрессия нашошта бениҳоят паст мебошад.

АДАБИЁТ

1. Медведев ВЭ., Мартынов СЕ., Зверев КВ. Психосоматические заболевания в кардиологии (типология и клинко-динамические характеристики). Психиатрия и психофармакотерапия. 2012; 4: 34-41.
2. Paraskevaidis I. Treating depression in coronary artery disease and chronic heart failure: what's new in using selective serotonin re-uptake inhibitors? Cardiovasc. Hematol. Agents Med. Chem. 2012; 10(2):109-115.
3. Polikandrioti M, Christou A, Morou Z. Evaluation of depression in patients with heart failure. Health Sci. J. 2010; 4: 37-47.
4. Johnson T J. Depression predicts repeated heart failure hospitalizations. J. Card. Fail. 2012; 3(18):246-252.



5. Фомин ИВ, Агеев ФТ. Эпидемиология хронической сердечной недостаточности в Российской Федерации. Вкн.: Хроническая сердечная недостаточность. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010: 7-77.
6. Zaya M., Phan A., Schwarz ER. Predictors of re-hospitalization in patients with chronic heart failure. *World J Cardiol.* 2012; February 26; 4(2): 23-30.
7. Султонов ХС, Шарипова ХЯ, Негматова ГМ. Течение артериальной гипертонии у мужчин среднего возраста. *Вестник Авиценны.* 2015; 1:55-60.
8. Шарипова ХЯ, Зубайдов РН, Киёмиддинов ХХ. Хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертония и ремоделирование сердца. *Вестник Авиценны.* 2010; 2: 71-75.
9. Шарипова ХЯ, Киёмиддинов ХХ, Зубайдов РН. Ремоделирование сердца и течение хронической сердечной недостаточности. *Учёные записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.* - С.Петербург. 2011; 2: 162-163.
10. Смулевич АБ. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. Москва, Медицинское информационное агентство. 2014; 540 с.
11. Malkin CJ., Pugh PJ., Morris PD. Low serum testosterone and increased mortality in men with coronary heart disease. *Heart.* 2010; 96 (9): 1821-1825.
12. Araujo AB., Dixon JM., Suarez EA. Clinical review: endogenous testosterone and mortality in men: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism.* 2011; 96(8): 3007-3019.
13. Султонов ХС, Шарипова ХЯ, Негматова ГМ. Эффективность контролируемой терапии артериальной гипертонии у лиц среднего возраста. *Вестник Авиценны.* - 2016. - 1. - 67-71.
14. Баранов АП, Струтынский АВ, Ойроткинова ОШ. Возможности терапии тревожно-депрессивных расстройств у больных с хронической сердечной недостаточностью. *Кардиология.* 2016; 9: 572-578.
15. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр); утверждены на конгрессе ОССН 7 декабря 2012 года, на правлении ОССН 31 марта 2013 и конгрессе РКО 25 сентября 2013 года. *Журнал сердечная недостаточность.* 2013; 7(81): 379 - 472.
16. Ефремова ЕВ, Мензоров МВ, Сабитов ИА. Приверженность к лечению больных с хронической сердечной недостаточностью в условиях коморбидности. *Клин.мед.* 2015; 93 (9): 20-24.
17. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K. Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and European Society of Cardiology (ESC). *J. Hypertens.* 2013; 31: 1281-1357.
18. Хамидов НХ, Умаров АА, Умарова СА, Тоиров ХК. Особенности ремоделирования миокарда левого желудочка у больных с артериальной гипертонией пожилого возраста с коморбидной депрессией. *Вестник Авиценны.* 2017; Том 19 (2): 172-176.
19. Умаров АА, Хамидов НХ, Умарова СА. Изолированная систолическая артериальная гипертония: некоторые аспекты патогенеза и факторов риска. *Вестник Авиценны.* 2011; 2: 130-4.
20. Хамидов НХ, Халикова НА, Хурсанов НМ, Махадова КХ. Влияние рексетина на функциональные параметры сердца у больных гипертонической болезнью пожилого возраста с аффективными расстройствами. *Вестник Академии медицинских наук Таджикистана.* 2012; 4: 9-14.
21. Silver MA. Depression and heart failure: an overview of what we know and don't know. *Cleve Clin. J. Med.* 2010; 77(3): 7-11.



22. Allman E, Berry D, Nasir L. Depression and coping in heart failure patients: a review of the literature. J. Cardiovasc. Nurs. 2009; 24(2):106-117.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

В статье предоставлены сравнительные оценочные данные стандартного лечения и лечения антидепрессантом пароксетином у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), которая сочетается с депрессией. Полученные данные доказывают, что необходимы не только строгие профи-

лактические мероприятия по борьбе с ХСН, но и лечение депрессии у мужчин среднего возраста с гипертонической болезнью.

Ключевые слова: мужской пол, средний возраст, хроническая сердечная недостаточность, гипертония, депрессия, антидепрессивная терапия.

TREATMENT OF DEPRESSION AT MAN OF MIDDLE AGE WITH CHRONIC HEART FAILURE

The article provides comparative estimates of standard treatment and treatment with the antidepressant paroxetine in patients with chronic heart failure (CHF), which is combined with depression. The data obtained prove that not only strict preventive measures are needed

to combat CHF, but also the treatment of depression in middle-aged men with essential hypertension.

Key words: gender male, average age, chronic heart failure, hypertension, depression, antidepressant therapy

Шарипова Х.Ё. - профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ имени Абуалиибни Сино; Таджикистан, г. Душанбе, улица Дилшоди Барно, 19; E-mail: sharipovakh@mail.ru.

Sharipova Kh. Y. - Professor of the Department of Propedeutics of Internal Diseases of the ATSMU; Tajikistan, Dushanbe, Dilshodi Barno street, 19; E-mail: sharipovakh@mail.ru.



БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

СИЁХСУЛФА: ИММУНИЗАТСИЯ ҲАНГОМИ ҲОМИЛАГӢ

Р.М. Нуров

МД "Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бо СПИД".

Муҳиммият. Сиёхсулфа бемории ниҳоят гузарандаи роҳҳои нафаскашӣ аст, ки аз бактерияҳои *Bordetella pertussis* ба вучуд меояд, вай дар ковокии даҳон, бинӣ ва ҳанчара зиндагӣ мекунад. Бисёри кӯдаконе, ки аз сиёхсулфа сироятнок шудаанд, аз хуруҷҳои сулфа дар давоми 4-8 ҳафта озор мебинанд. Беморӣ махсусан барои кӯдакони ширхор хатарнок аст ва аз одам ба одам бо роҳи ҳавоӣ-қатрагӣ ҳангоми сулфидан ё атса задан ба осонӣ мегузарад. Симптоми аввалини беморӣ баъди 7-10 рӯзи сироятёбӣ намоён шуда, аз таби на чандон баланд, резиш, сулфа иборат аст, ки дар ҳолатҳои типӣ тадриҷан инкишоф меёбад ва ба сулфаи хуруҷмонанди (пароксизмалии) дорои ихтилоҷ (сулфаи ихтилоҷӣ) табдил меёбад. Дар кӯдакони хурдсол пароксизм мумкин аст ки ҳамроҳ бо апоноэ сурат гирад. Пневмония нисбатан оризаи паҳншудатарин мебошад; хеле кам конвулсия ва энсефалопатия дида мешавад. Бемороне, ки табобат нагирфтаанд, метавонанд, ки баъди пайдо шудани сулфа дар давоми 3 ҳафта ё зиёдтар сирояткунанда бошанд. Сиёхсулфари бо роҳи иммунизатсия (эмкунӣ) пешгирӣ кардан мумкин аст.

Дар давоми якчанд даҳсола барномаи иммунизатсияи ширхорон ба шарофати истифода намудани вакцинаҳои сиёхсулфа, ки сифати онро натиҷаҳои таҳқиқотҳо муайян кардаанд, дар тамоми дунё шаклҳои вазнини сиёхсулфари дар ширхорон бомуваффақият пешгирӣ кард. метавонад, Тибқи баҳоғузори ТУТ бо ёрии иммунизатсияи глобалии зидди сиёхсулфа тақрибан 687 000 фавт пешгирӣ карда шуд.

Мақсади асосии иммунизатсияи зидди сиёхсулфа кам кардани хатари бемории шаклҳои вазнини сиёхсулфа дар ширхорагӣ мебошад. Бо ин мақсад афзалияти ҷории барномаи иммунизатсия дар тамоми дунё ваксинвотсияи ҳадди ақал 90%-и ширхорон бо 3

дозаи вакцинаи баландсифати сиёхсулфа ба ҳисоб меравад.

Гарчанде иммунизатсия дар наврасон ва калонсолон сиёхсулфари пешгирӣ мекунад, далелҳои зиёди исботкунанда дастрас ҳастанд, ки реваксинатсияи ин гурӯҳи синнусолӣ ҳолатҳои вазнини сиёхсулфари метавонад кам кунад, дар ширхорон шаклҳои вазнини сиёхсулфа дида намешавад.

Вақте ки дар кишвар барномаи иммунизатсия барои калонсолон татбиқ мегардад, ба кормандони соҳаи тандурустӣ, таваҷҷуҳи аввалиндараҷа махсусан ба онҳое раво на кардан лозим аст, ки онҳо бо модарони ҳомила ва навзодон сари кордоранд. Сиёхсулфа бемории барои инавзодони то нимсола хеле хатарнок ба ҳисоб меравад. Беморӣ метавонад, ки оризаҳои ҷиддӣ, монанди илтиҳоби шушҳо (зиёда аз 50%), кам шудани вазн, энсефалити шадидро ба вучуд биёрад ва ҳатто сабаби фавт гардад. Зиёда аз сеяки кӯдакони хурдсола, ки гирифтори сиёхсулфа шудаанд, дар беморхона, баъзеҳо дар шуъбаҳои табобати интеенсиивӣ бистарӣ шудаанд. Аз соли 2006 то соли 2013 аз бемории сиёхсулфа дар Исроил 9 кӯдак фавтидааст.

Вакцинаи зидди сиёхсулфа барои навзодон дар Исроил ба ба усули маъмулии вакцинаҳои мунтазами кӯдакон дохил карда шудааст. Ба ин нигоҳ накарда, ин беморӣ ҳоло ҳам яке аз бемориҳои паҳншуда ба ҳисоб меравад. Дар соли 2012 дар синну соли то яксола 322 кӯдак гирифтори бемории сиёхсулфа шуд. дар мукоиса аз соли 2011 зиёдшавии беморӣ 100%-ро ташкил кард. Вакцина беҳтарин воситаи муҳофизат аз бемориҳост, аммо дозаи аввалини вакцинаро танҳо аз синну соли думоҳагӣ сар кардан мумкин аст. иммунитет нисбат ба беморӣ тадриҷан, пас аз қабул кардани дозаҳои навбатии вакцина ҳосил мешавад, дозаи дуюмро дар синну соли 4-моҳагӣ гуза-



ронидан мумкин аст, дозаҳои минбаъдаро дар 6-моҳагӣ яксолагӣ гузаронидан лозим аст, то ин ки кӯдак иммунитети заруриро дар муқобили беморӣ ба даст биёрад. Барои хамин ҳам дар моҳҳои аввали ҳаёт кӯдакон аз беморшавӣ пурра эмин нестанд.

Ваксинантисияи модарон дар давраи ниҳонии ҳомилагӣ (дар ҳафтаҳои 27-36) ба зани ҳомила имконият медиҳад, ки сатҳи баланди антителаи муқобили сиёҳсулфоро ҳосил кунад ва аз тариқи пласента ба ҷанин диҳад. Ҳамин тавр, кӯдак аз беморӣ муҳофизатшуда ба дунё меояд, то замоне ки организми вай иммунитетҳосил кунад. Ваксинантисия дар ин муҳлати ҳомилагӣ имконият медиҳад, ки миқдори максималии антитела ба кӯдак интиқол ёбад ва ўро муҳофизат кунад.

Ҳамчунин ваксинантисияи модарон ҳуди онҳоро аз сиёҳсулфа эмин медорад ва сади роҳи интиқоли беморӣ аз модар ба ҷанин мегардад. Ҳамин тавр, шакли паҳншудаи интиқоли беморӣ ба кӯдак аз аъзои оила ва атрофиёнаш пешгирӣ карда мешавад. Зиёда аз нисфи кӯдакон аз модарон ба бемории сиёҳсулфа сироятнок мешаванд.

Ҳамчунин ваксинантисияи бародарон дар синфи дуюм ва ҳаштум барои аъзои оила муҳофизати иловагӣ ба ҳисоб меравад ва барои бартараф кардани беморӣ дар наводон фёри мерасонад. Ваксинаи зидди сиёҳсулфа барои занҳои ҳомила дар намуди зардоби омехта пешниҳод карда мешавад, ки ҳамчунин ваксинаи зидди тетанус ва маҳмалакро низ дорад ва бо номи Tdap ёд мешавад.

Барои дар 4 моҳи авали ҳаёташ муҳофизат кардани навод сатҳи ниҳоят баланди интиқоли миқдори ниҳоят зиёди антителаи зидди сиёҳсулфа аз тариқи пласента ба ҷанин зарур аст, ки онҳо метавонанд наводро муҳофизат кунанд. Барои наводон

миқдори зиёди антитела лозим аст, зеро барои вай дигар воситаи муҳофизат аз сиёҳсулфа вучуд надорад. Сатҳи антитела дар модари ваксинатсияшуда, ба монанди дигар одамони болиғ дар давоми якҷанд моҳи пас аз ваксинатсияи тетанус, маҳмалак ва сиёҳсулфа (Tdap) паст мешавад.

Миқдори антителае, ки баъди гузаштани якҷанд моҳи ваксинатсия боқи мемонанд, ҳуди модарро муддати якҷанд соли дигар муҳофизат мекунад, аммо онҳо барои муҳофизат кардани ҷанин аз сиёҳсулфа аснои ҳомилагии дигар кофӣ нестанд.

Дар Англия ваксинатсияи занҳои ҳомила аз моҳи октябри соли 2012 сар шудааст. Дар соли 2012 дар Англия 14 навод аз бемории сиёҳсулфа фавтид, дар соли 2013 бошад, ҳамагӣ 3 кӯдак. Ҳамаи кӯдакон ба он синну сол, ки ваксинатсия карданашон мумкин аст, нарасида буданд ва ягон нафар модар низ ҳангоми ҳомилагӣ ваксинатсия нашуда буд. Самаранокии ваксинатсияи модарон бар зидди сиёҳсулфа дар пешгирӣ намудани беморӣ дар наводон 89%-ро ташкил медиҳад. Зиёда аз якуним миллион зани ҳомила бар зидди ин беморӣ ваксинатсия шудаанд. Ягон ҳолати ғайриоддии натиҷаҳои ҳомилагӣ чӣ дар байни модарон ва чӣ дар байни наводон ба қайд гирифта нашуд. Тақрибан 18 000 зани ҳомила, тахти муоинаи ҷиддӣ қарор дошт, натиҷаҳо ягон хел фарқияти байни онҳо ва занҳои ваксинатсиянашуда муайян карда нашуд. Комиссияи машваратии оид ба ваксинаҳои назди Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ эътимодноқ ва самаранокии ваксинаҳои зидди сиёҳсулфоро барои занҳои ҳомила тафтиш кард ва дар моҳи апрели соли 2014 қарор қабул кард, ки ваксина эътимодноқ ва самаранок мебошад.

АДАБИЁТ

1. Бахмутская Е. В. Коклюш- заболеваемость, тактика иммунизации и методы диагностики в различных европейских странах /Е. В. Бахмутская, А.Я. Миндлина //Эпидемиология и вакцинопрофилактика.-2018.-Т.-99.-№2.-С.71-82.
2. Вакцины для профилактики коклюша (Позиция ВОЗ). Педиатрическая фармакология.-2008.-№1.-С.91-94.
3. Гаврилова О.А. Современный взгляд на заболеваемость коклюшем /О.А. Гаврилова // Медицинский журнал.-2018.- №4.- С.9-12.



4. Задорожная В.И. Риск интенсификации эпидемического процесса и его вакцинопрофилактика в Украине/В.И. Задорожная, А.П. Подоваленко, Н.И. Оперчук //Эпидемиология и вакцинопрофилактика.-2015.-№1.-С. 78-83.
5. Лапий Ф.И. Актуальность эффективной защиты против коклюша/Ф.И. Лапий// Здоровье ребёнка.-2010.-№3.-С.84-86.
6. Селезнёва Т.С. Мониторинг иммуноструктуры детского населения к коклюшу в современных условиях/Т.С. Селезнёва//Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии.-2009.-№2.-С.

КОКЛЮШ: ИММУНИЗАЦИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Нуров Р.М

ГУ "Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД".

В статье приведены данные по вакцинации коклюшем как детей так и беременных женщин, с целью предотвращения и снижение числа новорожденных больных коклюшем. С этой целью в данной статье приведены данные некоторых стран где проводят прививки беременным женщинам, на 27 по

36 недели беременности так как именно на этом сроке беременности после прививки вырабатывается высокий уровень антител к коклюшной инфекции, и происходит передача антител к зародышу через плаценту.

Ключевые слова: коклюш, антитела, вакцинация, беременные.

WHOOPING COUGH VACCINATIONS FOR PREGNANT WOMEN

Nurov R.M

GA "Republican center for the prevention and control of AIDS".

The article provides data on pertussis vaccination of both children and pregnant women in order to prevent and reduce the number of newborns with whooping cough. For this purpose, this article provides data from some countries where vaccinations are carried out for pregnant women, at 27 to 36 weeks of

pregnancy, since it is at this stage of pregnancy that after vaccination a high level of antibodies to pertussis infection is produced, and the transfer of antibodies to the embryo through the placenta occurs.

Key words: whooping cough, antibodies, vaccination, pregnant women.

Нуров Р.М.-д.и.т., директори МД "Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бо СПИД".

Нуров Р.М.-д.м.н., директор ГУ "Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД".

Nurov R.M. -d.m.s., director GA "Republican center for the prevention and control of AIDS".

СИРОЯТИ СТРЕПТОКОККӢ ДАР КӮДАКОН ВА КАЛОНСОЛОН

Р.М. Нуров

"Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бо СПИД", д.и.т.

Мухиммият. Streptococcus pyogenes барои одам патогени махсуси бактериявии асосӣ мебошад, ки қатори васеи зухуротро, сар қарда аз сироятҳои сабуки дар маҳал маҳдуд то сироятҳои барои ҳаёт хатарноки инвазивӣ ба миён меорад [1,2,3]. Табобати ғайрисамараноки сироятҳое, ки сабабашон S. pyogenes аст, метавонад ба оқибатҳои пасосироятӣ (постинфекси-

онӣ), табларзаи шадиди тарбодӣ ва гломеруло-нефрити пасострептококкӣ боис гардад. Ғайр аз ин, он сироятҳои инвазивӣ, аз қабили фастсиит (илтиҳоби сифок)-и некрозӣ ва синдроми шоки токсикиро ба миён меорад, ки сатҳи баланди мубталлашавӣ ва фавтият дорад.

S. pyogenes - стрептококки β-гемолитикии грам-мусбат, каталаза-манфӣ ва оксидаза-



манфӣ мебошад. Анаэробии факултативӣ аст, ки беҳтар аз ҳама дар муҳити дорои 5-10% гази оксиди карбон рушд мекунад ва дар муҳити агари хунӣ колонияҳои нуктагиро ташаккул медиҳад. Барои ҷудо кардани стрептококкҳои гурӯҳи А (СГА) аз дигар стрептококкҳо системаи серологии гурӯҳи Lancefield истифода бурда мешавад. Зидгени навъи А-и *S. pyogenes* полисахарида мебошад, ки аз N-атсетилглюкозамини пайваст ба занҷири полимерии рамноза иборат аст. М-сафеда сафедаи асосии сатҳӣ дар девораи ҳуҷайраи *S. pyogenes* аст ва штаммҳои СГА минбаъд ба навъҳои серологии мухталиф дар асоси хусусиятҳои зидгении М-сафеда тақсим мешаванд. Дар асоси сафедаи М беш аз 80 навъи серологӣ идентификатсия карда шудааст. [2]. Вобаста ба оқибатҳои пасосироятӣ *S. pyogenes* ба ду синф ҷудо мешавад: синфи I ва синфи II. Штаммҳои синфи I табларзаи ревматикӣ ва штаммҳои синфи II гломерулонефрити шадидро ба вуҷуд меоранд [3,5,13].

Сироятёбии метавонад бо роҳи ҳавоӣ-қатрагӣ рух диҳад, ҳангоми расиш ба тарашшухоти бинӣ ва ё ашёву сатҳҳое, ки бактерияҳои сироятӣ доранд, ҳини ба пӯст расидани манбаъҳои ғизоии сироятёфта ё олудашуда ба он ба вуқӯъ пайвандад. Штаммҳои СГА метавонанд ба дохили пӯст аз тариқи захму осебҳои пӯст ворид гарданд ва боиси гирифтورشавӣ ба сироятҳои сурхбодӣ ё селлюлит гарданд [2]. СГА метавонад сироятёбиро дар мушаку сифокҳо ба вуҷуд орад, ки боиси миозит ва илтиҳоби некрозии сифокҳо, маъмулан пас аз латбардории сабук мегардад ва метавонад сабаби синдроми шоки токсикӣ бошад, ҳамчунин имкон дорад ба сироятёбии пардаи луобии маҳбал ва бачадон бурда, сепсисро ба вуҷуд орад [4,5,6]. Барои сироятёбиҳои вазнин аз *S. pyogenes* аксаран осебҳои пӯст омили муҳитсоз мешаванд [8,15]. Ҷойҳои серодам, ба монанди урдугоҳҳои ҳарбӣ, хонаҳои пиронсолон ва мактабҳо сабаби ба сабуки гузаштани микроорганизм шуда, боис ба эпидемияи сирояти стрептококки гурӯҳи А мегарданд.

Басомади сироятҳое, ки *S. pyogenes* ба миён меорад, дар қисмҳои гуногуни олам ба зухуроти клиникии сироят вобастагӣ дорад.

СГА ҳама вақт бо бемориҳои ҷиддие алоқаманд буд, ки сатҳи баланди мубталошавӣ ва фавтият доштанд. Ба миёнаҳои асри 20 миқдори сироятҳое, ки сабабашон СГА буд, коҳиш ёфт. Аммо ба охири солҳои 1980-ум боз сироятҳои вазнине пайдо шуданд, ки ангезандашон стрептококки гурӯҳи А буд [6,7,10]. Дар ду даҳсолаи охир оризаҳои ғайрифасодӣ ва фасодии сирояти *S. pyogenes* зиёд шуданд. Ин зиёдшавии бори бемориҳо метавонад ба чанд омил, аз ҷумла тағйирёбии вирулентнокӣ ва тобоварӣ ба антибиотикҳо алоқамандӣ дошта бошад [2,9].

Сироятҳои СГА ва оризаҳои онҳо дар кишварҳои сулҳ рушдкарда ва рушдкарда аз ҳам фарқ мекунанд. Дар кишварҳое, ки сатҳи тараққиётшон паст аст, сатҳи паҳншавии бемории тарбодии дил (БТД) ва басомади фавтияти марбут ба БТД баланд мебошад. Аммо дар кишварҳои рушдкарда басомади маргҳо аз сабаби сироятёбии инвазивии СГА баланд аст. Шумораи умумии сироятёбиҳои вазнини *S. pyogenes* 18,1 миллион ҳолатро ташкил медиҳад, зимнан ҳар сол 1,78 миллион ҳолати нав ба қайд гирифта мешавад. Миқдори ҳолатҳои БТД дар тамоми олам на кам аз 15,6 миллион мебошад, зимнан ҳарсола иловатан 282 000 ҳолати нав ба қайд гирифта мешавад. Тахминан 233 000 марг солона ба БТД марбут доништа мешавад. Ҳар сол тақрибан 663 000 ҳолати нави мубталошавии инвазивии СГА ва 163 000 ҳодисаи фавт сабт мегардад. 616 миллион ҳолати сироятёбӣ бо ангинаро дар тамоми олам, ҳамчунин 111 миллион ҳодисаи сирояти пӯстии кӯдаконро дар кишварҳои дар ҳоли рушд низ метавон ба *S. Pyogenes* нисбат дод. Дар бисёр кишварҳои дунё аз 15% то 30% ҳодисаҳои фарингит дар кӯдакон ва аз 5% то 20% ҳодисаҳои фарингити калонсолонро *S. pyogenes* ба миён меорад. Зиёда аз ин, эҳтешодани ҳодисаҳои табларзаи шадиди тарбодӣ дар кӯдакон аз оилаҳои мансуб ба синфи миёна ба мушоҳида мерасад [11,13]. Тонзиллитҳо зиёдтар дар кишварҳои дорои иқлими муътадил вомехӯранд ва сатҳи мубталошавӣ ба онҳо дар охири зимистон ва огози баҳор афзоиш меёбад. Импетиги бисёртар дар кӯдакон дар иқлими нам вомехӯрад.



Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Анамнез ва маълумоти ташҳиси ҷисмонӣ аз навъи сирояти иктисобӣ вобаста хоҳад буд. Бо вучуди ин, анамнези дақиқ ва баҳогузори матлуби клиникӣ барои ташҳисгузори аники сирояти *S. pyogenes* зарур мебошанд.

Дарди гулӯ одатан дар ҳолати ангинай стрептококкӣ шикояти ҷиддӣ аст. Зухуроти клиники аз ҳама зиёд вохӯрандаи ангинай стрептококкӣ саршавии ногаҳонии табларза, нотобӣ, экссудати ҳалқумӣ, лимфаденопатияи дардноки гарданӣ ва калоншавии бодомакхоро дар бар мегирад [6,7]. Дар кӯдакон импетиго яке аз сироятҳои пӯстии паҳншудатарин аст. *S. pyogenes* импетигои ғайрибуллёзиро ба вучуд меорад. Одатан дар атрофи даҳону бинӣ доначаҳои сурхфои хоришдор пайдо мешаванд, ки дертар ба обилаи моеъдор табдил меёбанд. Обилаҳо ба осонӣ мекафанд ва болояшонро карахши асалранг мепӯшонад. Осебҳо одатан хуб локализатсия мешаванд ва дар қитъаҳои кушодаи ҷисм - рӯй ва андомҳои поёнӣ зухур мекунанд. Дар беморони мубтало ба махмалак одатан табларзаи саҳт, симптомҳои заҳролудшавӣ, дард дар гулӯ, доначаҳои зарранукта дар пасманзари гиперемияи пӯст падида меоянд. Доначаҳо аз 7 то 10 рӯз монда, баъди ин ба хушкшавӣ ва пӯстпартоӣ шурӯъ мекунанд. Баръалотар аз ҳама пӯстпартоӣ дар кафҳои даст ва пошнаҳои пой мушоҳида мегардад [4,8,9]. Сироятҳои инвазивии бофтаҳои мулоим, ки ангебандашон *S. pyogenes* аст, бисёр бо шок ва норасоии бисёрраъзоӣ зухур мекунанд. Илтиҳоби некрози сифок, ки аз таъсири стрептококки гурӯҳи А ба миён меояд, моҳиятан сирояти насци зерипӯстии амиқ решадавонда мебошад, ки ба парешоншавии зуди сифок ва чарбу боис мегардад. Одамоне, ки масунияти дар маҷмӯъ ё дар маҳал суст доранд, зери хавфи баланди рушдёбии илтиҳоби некрози сифок қарор мегиранд. Ба омилҳои дигар амалҳои чарроҳӣ, захмҳои сӯхта, латҳои кунд, захмҳои буридаи хурд ва зоиш тааллуқ доранд. Дарди мавзей, некрози пӯсти сироятёфта, варам, сурхшавӣ, тапиши аз меъёр баланди дил ва табларза зухуроти хоси илтиҳоби некрози сифок - фастсиит мебошанд [11,15].

Стрептококки гурӯҳи А сабаби асосии ангинаҳо дар кӯдакону наврасон аст. Табибон бояд аз маълумоти клиникӣ ва эпидемиологиро барои муайян намудани эҳтимолияти ангинай стрептококки гурӯҳи А истифода баранд. Дар кишварҳои рушдқарда асосан барои пайдо кардани зидген ба сифати чораи катори аввал бо ҳадафи кӯмак ба табибони клиникаҳо дар ташҳиси ангинай СГА тести фаврӣ ба кор бурда мешавад. Дар кӯдаконе, ки ҳангоми санҷиш бо тести фаврӣ натиҷаи манфӣ нишон медиҳанд, барои пешгирӣ аз инкишофи оризаҳо аз ҳалқ гирифтани кишт тавсия мегардад. То айнаи замон стандарти тиллоӣ барои пайдо кардани СГА кишти бактериологӣ аз ҳалқ маҳсуб меёбад [2]. Титрҳои антистрептолизин О ва анти-ДНКазҳо ба қаблан ҷой доштани сирояти стрептококкӣ ишора мекунанд ва барои ташҳиси оризаҳои стрептококкӣ ва пешгӯии беморӣ истифода мешаванд.

Давои интиҳобшаванда барои табобати сирояти стрептококкӣ пенитсиллин (тариқи даҳон) дар давоми 10 рӯз ё бензилпенитсиллини натрий (дохилимушакӣ) мебошад. Ин тарзи табобат сарфакорона аст ва сектори танги таъсир дорад. Агар бемор аз пенитсиллин алергия дошта бошад, аз макролид ва сефалоспоринҳои насли якум истифода кардан мумкин аст. Аммо баъзе штаммҳои *S. pyogenes* нисбати макролидҳо устуворӣ ҳосил кардаанд ва макролидҳо ҳамчун ҳатти сеюми табобати сирояти стрептококкӣ ба кор бурда мешаванд [2]. Сироятёбиҳои вазнини инвазивии *S. pyogenes*-ро метавон бо ванкомицин ва клиндамицин муолиҷа кард [15]. Антибиотикотерапияи дохилирағӣ ва даҳолати чарроҳӣ барои бурида гирифтани бофтаҳои некрозӣ дар сурати бо *S. pyogenes* сироят ёфтани бофтаҳои мулоими пӯст тавсия мешаванд.

Ангинаи стрептококкиро аз бемориҳои сирояти, ки ба ҳалқ осеб мерасонанд, ҷудо кардан лозим аст. Махмалакро аз сурхчаю сурхакон, сили қалбакӣ, бусурот аз таъсири доруворӣ фарқ кардан мумкин аст. Импетиго, ки *S. pyogenes* ба вучуд овардааст, аз сирояти импетиго, ки стафилококки тиллоранг ба миён овардааст, фарқ кардан зарур аст. *S. pyogenes* импетигои ғайрибуллёзиро ба вучуд меорад.



Мувофиқи маълумоти Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ, СГА аз лиҳози этиологияи сироятии ҷавти одамон мавқеи 9-умро ишғол мекунад. Аксарияти марғҳо, махсусан дар кишварҳои рушдкардаи олам, аз сабаби сироятҳои инвазивӣ ва БТД рӯй медиҳанд [13]. Сироятёбиҳои вазнин бо СГА дар кишварҳои сарватманд бештар мушоҳида шуда, аз 14% то 19%-ро ташкил медиҳанд. Шаклҳои сабуки сироятёбӣ бо стрептококк одатан пас аз 7-10 рӯз мегузаранд. Аммо риоя накардани речаи табобат метавонад сабаби оризаҳои пасосироятӣ гардад.

Оризаҳои сироятиро, ки *S. pyogenes* ба миён меорад, метавон ба фасодӣ ва ғайрифасодӣ тақсим намуд. Оризаҳои фасодӣ думали перитонзиллярӣ, селюлит перитонзиллярӣ, думали пасихалқумӣ, отити миёна ва синусит, увулит, лимфаденити гардан, менингит ва думали майнаи сар, артрит, эндокардит, остеомиелит ва думали чигарро дар бар мегирад. Ба оризаҳои ғайрифасодӣ табларзаи тарбодӣ, гломерулонефрити пасострептококкӣ, PANDAS, хорейя

Сиденхам ва дигар ихтилолҳои аутоиммунӣ ҳаракатӣ тааллуқ доранд [13,14].

Табобати ғайрисамараноки сироятёбиҳои пӯст ва ё роҳҳои нафас бо стрептококки гурӯҳи А ба табларзаи шадиди тарбодӣ боис мегардад. Пешгирӣ аз такроршавии ҳолатҳо ва инкишофёбии оқибатҳои эҳтимолан ҷиддии бемориҳои тарбодии дил профилактикаи дуҷумдараҷаро бо пенитсиллин талаб мекунад. Профилактикаи дуҷумдараҷа усули аз ҳама босамари коҳишдиҳии омори мубталошавӣ ба табларзаи шадиди тарбодӣ ва БТД мебошад. Бо вучуди ин, профилактикаи ибтидоӣ дар саросари олам торафт маъруф мешавад. Профилактикаи ибтидоӣ муолиҷаи бетаъхири сирояти стрептококкиро бо роҳи таъриқи яккаратаи бензатин-пенитсиллин ё пенитсиллин тариқи даҳон тайи 10 рӯзи пас аз тасдиқшавии сироятёбӣ бо *S. pyogenes* дар бар мегирад. Муолиҷаи бетаъхир бо ёрии антибиотикҳо на танҳо вазнинии табларзаи тарбодии шадидро коҳиш медиҳад, балки боз басомади оризаҳои фасодӣ аз қабili отити миёнаро кам мекунад.

АДАБИЁТ

1. Астафьева, Н. В. Скарлатина у взрослых / Н. В. Астафьева, А. А. Еровиченко, В.В. Оськина, М. А. Бурчик, А. В. Совина // Леч.врач. 2002. № 3. С. 61-63.
2. Бедулина, И. М. Чувствительность выделенных у больных скарлатиной, острым тонзиллитом и другими формами респираторной инфекции бетагемолитических стрептококков к современным антибиотикам и антисептикам. / М. М. Бедулина, Г. Н. Чистенко, И. Н. Слабко и др. // Медицинский журнал. Минск, 2005. № 2. С. 21-23.
3. Покровский, В. И. Клиническая характеристика скарлатины в настоящее время / В. И. Покровский, Н. И. Брико, Н. А. Малышев // Терапевтический архив. 2004. Т. 76. № 4. С. 31-34.
4. Sims Sanyahumbi A, Colquhoun S, Wyber R, Carapetis JR. Global disease burden of group A Streptococcus. In: Ferretti JJ, Stevens DL, Fischetti VA, editors. Streptococcus pyogenes: Basic Biology to Clinical Manifestations. Oklahoma City, OK: University of Oklahoma Health Sciences Center; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK333415/>. Accessed 14 Jan 2018.
5. Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK, Weber M. The global burden of group A streptococcal diseases. Lancet Infect Dis 2005.-№5.- P. 685-694.
6. Shaikh N, Leonard E, Martin JM. Prevalence of streptococcal pharyngitis and streptococcal carriage in children: a meta-analysis. Pediatrics 2010.- №126.- P.557-564.
7. Wong MC, Chung CH. Group A streptococcal infection in patients presenting with a sore throat at an accident and emergency department: prospective observational study. Hong Kong Med J 2002.-№8.-P. 92-98.
8. Park DW, Kim SH, Park JW, et al. Incidence and characteristics of scarlet fever, South Korea, 2008-2015. Emerg Infect Dis 2017.-№23.-P.658-661.



9. Lamagni T, Guy R, Chand M, et al. Resurgence of scarlet fever in England, 2014-16: a population-based surveillance study. *Lancet Infect Dis* 2018.-№18.-P.180-187.
10. Tse H, Bao JY, Davies MR, et al. Molecular characterization of the 2011 Hong Kong scarlet fever outbreak. *J Infect Dis* 2012.-№206.- P.341-351.
11. Chuang YY, Huang YC, Lin TY. Toxic shock syndrome in children: epidemiology, pathogenesis, and management. *Paediatr Drugs* 2005.-№7.-P.11-25.
12. Lau SK, Woo PC, Yuen KY. Toxic scarlet fever complicating cellulitis: early clinical diagnosis is crucial to prevent a fatal outcome. *New Microbiol* 2004.- №27.-P.203-206.
13. Gewitz MH, Baltimore RS, Tani LY, et al. Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of acute rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2015.-№131.-P.1806-1818.
14. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: an overview. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2014.-№33.-P.2105-2109.
15. Cheung JP, Fung B, Tang WM, Ip WY. A review of necrotising fasciitis in the extremities. *Hong Kong Med J*.-2009.- №15.-P.44-52.

СТРЕПТОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Нуров Р.М.-д.м.н., директор ГУ "Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД".

В статье представлена этиология, эпидемиология, диагностика и лечение стрептококковой инфекции у детей и взрослых. Распространенность стрептококковой инфекции и постстрептококковых заболеваний в мире в последние десятилетия остается напряженной. Стрептококковые инфекции наносят значительный социально-экономический ущерб, оставаясь актуальной проблемой здравоохранения во многих странах мира. В настоящее время острая ревматическая лихорадка, как

осложнение стрептококковой инфекции не является массовым заболеванием, но представляет собой серьезную проблему, связанную с поражением сердца. Сложившаяся ситуация требует более детального контроля за стрептококковой инфекцией и повышения бдительности врачей в отношении новых случаев острой ревматической лихорадкой и ревматическими болезнями сердца.

Ключевые слова: Стрептококковая инфекция

STREPTOCOCCAL INFECTION IN CHILDREN AND ADULTS

Nurov R.M.-d.m.s., director GA "Republican center for the prevention and control of AIDS".

The article presents the etiology, epidemiology, diagnosis and treatment of streptococcal infection in children and adults. The prevalence of streptococcal infection and post-streptococcal diseases in the world in recent decades remains tense. Streptococcal infections cause significant socio-economic damage, remaining an urgent health problem in many countries of the world.

At present, acute rheumatic fever, as a complication of streptococcal infection, is not a mass disease, but is a serious problem associated with heart damage. The current situation requires more detailed monitoring of streptococcal infection and increased vigilance of doctors against new cases of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease.

Нуров Р.М.-д.и.т., директори МД "Маркази чумхуриявии нешгирӣ ва мубориза бо СПИД".

Нуров Р.М.-д.м.н., директор ГУ "Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД".

Nurov R.M.-d.m.s., director GA "Republican center for the prevention and control of AIDS"



РАВАНДИ КЛИНИКИИ БЕМОРИИ КОВИД-19 ДАР БЕМОРОН ҲАНГОМИ ПАНДЕМИЯ ДАР ТОҶИКИСТОН

Раҳмонов Э.Р., Матинов Ш.Қ., Ҳабибуллоев Ш.Б., Раҳмонов Ҷ.Э.

Кафедраи бемориҳои сироятии мудирӣ кафедра, д.и.т., профессор Раҳмонов Э.Р., МДТ "ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино". Тоҷикистон

Муҳиммият. Сирояти коронавируси нав Ковид-19 бемории шадиди вирусӣ мебошад, ки барангезандаш штамми вируси нав аз оилаи коронавирус буда, роҳҳои гузаришаш бештар ҳавогию қатрагӣ, тамосӣ, фазлавӣ-дахонӣ мебошад [1-7].

Аз моҳи декабри соли 2019 дар Ҷумҳурии Халқии Хитой, музофоти Хубей, шаҳри Ухан мутахассисони соҳаи тандурустӣ аз сарзадани сирояти нав, ки барангезандаш корона-вирус мебошад, хабар расониданд. Дар муддати начандон дароз дар тамоми музофотҳои Ҷумҳурии Халқии Хитой гирифтورشавӣ ба ин беморӣ зиёда аз ҳазорон нафарро дар бар гирифта, 3% онҳо фавтиданд. 7-уми январи соли 2020 мақомоти Ҷумҳурии Халқии Хитой расман хабар доданд, ки сабаби пайдоиши "илтиҳоби шуш" барои илми ҳозира коронавируси нав мебошад [8-15].

11 марти соли 2020 ТУТ "пандемия"-ро оид ба сирояти Ковид-19-ро "пандемия" эълон намуд. Айни замон, ин беморӣ қариб дар тамоми кишварҳои дунё паҳн гардидааст. Аз рӯи маълумотҳои оморӣ то санаи 25.12.соли 2020 ҳамагӣ дар рӯи олам зиёда аз 75 млн. нафар сироятёфтагони корона-вирус Ковид-19 ба қайд гирифта шудаанд, ки аз ин шумора 2 млн. нафарашон фавтидаанд ва 65млн. нафарашон шифо ёфтаанд [16-20].

Аз 29 апрели соли 2020 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон якумин бемор бо сирояти коронавируси нави COVID-19 ба қайд гирифта шудааст ва беморшавӣ бо ин сироят дар байни калонсолон нисбатан зиёд буд. Аз рӯи маълумотҳои оморӣ то санаи 25.11.соли 2020 сол ҳамагӣ дар Тоҷикистон 11932 нафар сироятёфтагони коронавирус ба қайд гирифта шудаанд, ки аз ин шумора 86нафарашон фавтидаанд ва 11312 (94,8%)нафарашон шифо ёфтаанд.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиш ва таҳлили раванди клиникаи беморони мубталои ка-

ронавируси нав Ковид-19 ва илтиҳоби шушҳо аз маводҳои беморхонаи клиникаи бемориҳои сироятӣ ш. Душанбе ҳангоми пандемия дар Тоҷикистон.

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Таҳлили ретроспективи 122 таърихи беморони дорои Ковид-19 ва илтиҳоби дутарафаи шушҳо, ки дар беморхонаи клиникаи бемориҳои сироятӣ ш. Душанбе (дар давраи пандемияи Ковид-19) бистарӣ буданд, гузаронида шудааст. Ташҳиси Ковид -19 дар асоси таҳлилҳои озмоишӣ: аз он ҷумла андӯда аз гулӯ ва ковокии бинӣ тавассути вокуниши занҷиравии полимеразӣ (ПСР) барои дарёфти РНК-и Ковид-19; тести фаврӣ бо муайян намудани потанҳои Ковид-19 IgM ва IgG. Инчунин барои ошкор намудани илтиҳоби шушҳо муоинаҳои функционалии рентгенографияи шушҳо ва томографияи компютери (КТ) кафаси сина гузаронида шуда буд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Таҳлили 122 таърихи беморони дорои Ковид-19 ва илтиҳоби дутарафаи шушҳо такорро шудааст, ки дар беморхонаи клиникаи шаҳрии бемории сироятӣ ш. Душанбе бистарӣ буданд, гузаронида шуд. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки шумораи беморон бо ташҳиси Ковид-19 ва илтиҳоби дутарафаи шушҳо 122 нафарро ташкил додааст, ки синну соли онҳо аз 15 то 85- солро ташкил мекард. Фақат беморони синни аз 60 - сола боло 52(42,6%)-ро ташкил додаанд синну соли миёнаи беморон ба 66,9 + 1,5 сол баробар буд.

Аз миқдори умумӣ: мардҳо - 71 (58,2%) ва занҳо - 51 (41,8%) нафарро ташкил додаанд. Аз шумораи умумии беморон (65,6%) нафарашон сокини шаҳр ва (34,4%) нафар аҳолии деҳот буданд.

Рӯзи бистарӣ шудан ба беморхона аз рӯзи оғози беморӣ: Аз 1 то 5 рӯз -10 нафар 8,2%, аз 6 то 10 рӯз- 64 нафар 52,5%, аз 10



рӯз боло - 48 нафар 39,3% ташкил додааст, ки ин нишонаи дер мурочиат намудани беморонро ва дер оғоз намудани табобати махсусро нишон медиҳад ва аз ин лиҳоз сабаби вазнин чараён гирифтани беморӣ мегардад.

Аз шумораи умумии бемороне, ки дар беморхонаи сироятӣ бистарӣ буданд, дар 14(11,5%) ҳолат ташҳиси Ковид-19 бо воситаи вокуниши занҷиравии полимеразӣ (ПЦР) бо муайян кардани РНК -и вируси (SARS CoV-2) андудани аз гулӯ ва ковокии бинӣ гирифташуда тасдиқ шуда буд.

Вобаста ба чараёни вазнинии беморӣ бошад, аз 122 нафар бемор дар (65,5%) ҳолати миёнавазнин ба қайд гирифта шудааст. Дар (44,5%) ҳолатҳо беморӣ вазнин чараён гирифтааст. Дар 22,1% беморони воридшуда, дар вақти қабул SpO₂ камтар аз 70%-ро ташкил додааст, ки сабаби ниҳоят дер ба табобат фаро гирифтани беморонро аз тарафи духтурони минтақавӣ нишон медиҳад.

Инчунин аз шумораи умумии ҳолатҳои вазнин чараён гирифтани беморӣ бошад, дар (51,6%) -нафари онҳо беморӣ ба шакли вазнини Ковид -19 бо оризаи дистрессиндроми шадиди респираторӣ (ДСШР) дучор шуданд, ки аз инҳо 5(4,1%) нафарашон фавтиданд. Дар 38,5% ҳолат аз шумораи умумии беморони вазнин - ҳодисаи "тӯфони ситокинӣ" ба амал омадааст, ки он бо таҳлилҳои озмоишии иловагии: сафедаи С -реактивӣ (СРБ), D-димер, муайянсозии миқдори ферритин дар хун тасдиқ шуд. Сабаби

марги аксар беморони Covid- 19 илтиҳоби шуши дутарафаи полисегментарӣ бо оризаи дистресс-сидроми шадиди респираторӣ (ДСШР) гашт. Дарфавтидагон беморӣ дар заминаи диабет қанди типии 2-и ҷуброншаванда чараён ёфта, 27%-и беморон дар анамнези беморӣ фишорбаландӣ доштанд, ки барои амалӣ намудани муолиҷаи саривактӣи комплекси ин беморон табибон бояд нуктаҳои зикршударо ҳатман ба эътибор гиранд.

Хулосаҳо:

1. Натиҷаҳои таҳлил муайян намуд, ки сабаби асосии вазнин гузаштани чараёни бемории Ковид-19 ин дар беморон вучуд доштани бемориҳои ҳамради (диабети қанд, фишорбаландии шараёни, вайроншавии мубодилаҳои метаболетикӣ) ва ҳамчунин дер мурочиат кардани беморон ба беморхона (9-12 рӯз пас аз оғоз ёфтани беморӣ) ва сари вақт оғоз накардани табобати махсуси саривактӣ мебошад.

2. Сабаби фавти беморони гирифтории Ковид-19 ва илтиҳоби дутарафаи шушҳо бо оризаи вазнини дистрессиндроми шадиди респираторӣ (ДСШР), норасоии нафаскашии дараҷаи 2-3 ва норасоии қори дилу рағҳо мебошад, ки сабаби асосии фавти беморон мегардад.

3. Чараёни вазнини беморӣ бештар дар шахсони синну соли зиёд аз 60- сола боло дида шуд, ки бисёри онҳо ба гурӯҳи хатар шомиланд ва сабаби вазнин чараён гирифтани беморӣ мегарданд.

АДАБИЁТ

1. Chaolin H. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China? Lancet 2020; 395: 497-506 Published Online January 24, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
2. Chaomin Wu et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. JAMA Intern Med. Published online March 13, 2020. doi:10.1001/jamainternmed.2020.099
3. Chen N. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study // Lancet. 2020. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7
4. Chong Y.P. et al. Antiviral Treatment Guidelines for Middle East Respiratory Syndrome // Infection & chemotherapy. 2015. 47. № 3. pp. 212-222.
5. Chung M. et al. CT Imaging Features of 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) // Radiology. 2020. V.295. No.1. P.202-207. Doi: 10.1148/radiol.20200230.



6. Corman V. M. et al. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR //Eurosurveillance. - 2020. - Т. 25. - №. 3. - 25(3). doi: 10.2807/1560-7917.ES 147Версия 8 (03.09.2020)
7. Dayer M.R. et al. Lopinavir; A Potent Drug against Coronavirus Infection: Insight from Molecular Docking Study // Arch Clin Infect Dis. 2017 ; 12(4):e13823. doi: 10.5812/archcid.13823
8. Dyal J. et al. Middle East Respiratory Syndrome and Severe Acute Respiratory Syndrome: Current Therapeutic Options and Potential Targets for Novel Therapies // Drugs. 2017. 77. № 18. С. 1935-1966.
9. Li Q et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia N Engl J Med. 2020 Jan 29. doi: 10.1056/NEJMoa2001316
10. Mao L. et al. Neurological Manifestations of Hospitalized Patients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective case series study; 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.02.22.20026500>
11. Mehta P, et al. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. Lancet. 2020 Mar 28;395(10229):1033-1034. doi: 1.1016/S0140-6736(20)30628-0. Epub2020 Mar 16.
12. Mo Y., Fisher D.A. review of treatment modalities for Middle East Respiratory Syndrome // The Journal of antimicrobial chemotherapy. 2016. 71. № 12. pp. 3340-3350.
13. Pan F. et al. Time Course of Lung Changes On Chest CT During Recovery From 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Pneumonia [published online ahead of print, 2020 Feb 13] // Radiology. 2020. 200370. Doi: 10.1148/radiol.202000370.
14. Park M.H. et al. Emergency cesarean section in an epidemic of the Middle East respiratory syndrome: a case report Korean J Anesthesiol, 69 (2016), pp. 287-291, doi: 10.4097/kjae.2016.69.3.287
15. Richardson P, Griffin I, Tucker C, Smith D, Oechsle O, Phelan A, Stebbing J. Baricitinib as potential treatment for 2019-nCoV acute respiratory disease. Lancet. 2020 Feb 15;395(10223):e30-e31. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30304-4.
16. Rodriguez-Morales A. et al. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. Travel Medicine and Infectious Disease, Volume 34, March-April 2020, 101623 <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101623>
17. Seif F, Aazami H, Khoshmirsafa M, Kamali M, Mohsenzadegan M, Pornour M, Mansouri D. JAK Inhibition as a New Treatment Strategy for Patients with COVID-19. Int Arch Allergy Immunol. 2020 May 11:1-9. doi: 10.1159/000508247.
18. Soldati G., Smargiassi A., Inchingolo R. et al. Proposal for International Standardization of the Use of Lung Ultrasound for Patients With COVID-19: A Simple, Quantitative, Reproducible Method [published online ahead of print, 2020 Mar 30] // J. Ultrasound Med. 2020;10.1002/jum.15285. Doi: 10.1002/jum.15285.
19. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when Novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim Guidance. 28 January 2020.
20. World Health Organization. Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance, 21 March 2020. World Health Organization; 2020. 150 Версия 8 (03.09.2020)

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОВИД 19 У БОЛЬНЫХ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Рахмонов Э.Р., Матинов Ш.Қ., Хабибуллоев Ш.Б., Рахмонов Ч.Э.

Кафедра инфекционных болезней ГОУ "Таджикский государственный медицинский университет им.Абуали ибни Сино".

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения новой коронавирусной инфекции Covid-19 и пневмонии по

материалам городской клинической инфекционной больницы г.Душанбе.

Материал и методы исследования. Прове-



ден ретроспективный анализ 122 случая историй болезни больных Covid-19 и пневмонией в период пандемии болезни 2020 года.

Диагноз во всех установлен на основании клинико-эпидемиологических данных и подтверждён обнаружением РНК коронавирусной инфекции Covid-19 (мазок из носоглотки).

Результаты и их обсуждения. Из числа обследованных мужчины составили 17 (54,8%), женщины 14 (45,2%). Средний возраст больных составил 49,8±1,8 лет.

По тяжести течения болезнь протекала в среднетяжелой форме у 65,5%, тяжелое и крайне тяжелое течение в 44,5% случаях такими опасными для жизни осложнениями,

как острая дыхательная недостаточность и развитием острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС). При поступлении больных в клинику сатурация крови кислородом SpO₂ была ниже 70%. У 51,6% больных заболевание осложнилось острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС) из которых 5 (4,1%) больных умерли. В 38,5% случаев наблюдали цитокиновый шторм. У 72,2% умерших заболевание протекало на фоне декомпенсированного сахарного диабета 2 типа и 27,8% больных имели в анамнезе гипертоническую болезнь.

Ключевые слова: Ковид-19, пандемия, клинические особенности.

CLINICAL CURRENT OF COVID 19 IN PATIENTS DURING PANDEMIC PERIOD IN TAJIKISTAN

Rahmonov E.R., Matinov Sh.Q., Habibulloev Sh.B., Rahmonov A.E.

Department of Infectious Diseases of the State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University".

Purpose of the study. To study the clinical features of the course of the new coronavirus infection Covid-19 and pneumonia based on the materials of the city clinical infectious diseases hospital in Dushanbe.

Material and research methods. A retrospective analysis of 122 cases of histories of patients with Covid-19 and pneumonia during the 2020 pandemic was carried out.

The diagnosis in all was established on the basis of clinical and epidemiological data and was confirmed by the detection of RNA of coronavirus infection Covid-19 (nasopharyngeal swab).

Results and their discussion. Of the surveyed men accounted for 17 (54.8%), women 14 (45.2%). The average age of the patients was 49.8 ± 1.8 years. According to the severity of the

course, the disease proceeded in a moderate form in 65.5%, severe and extremely severe in 44.5% of cases with such life-threatening complications as acute respiratory failure and the development of acute respiratory distress syndrome (ARDS). When patients were admitted to the clinic, blood oxygen saturation SpO₂ was below 70%. In (51.6%) patients, the disease was complicated by acute respiratory distress syndrome (ARDS), of which 5 (4.1%) patients died. A cytokine storm was observed in 38.5% of cases. In 72.2% of the deceased, the disease proceeded against the background of decompensated type 2 diabetes mellitus and 27.8% of patients had a history of hypertension.

Key words: Covid-19, pandemic, clinical features.

МАСЪАЛАҲОИ МУБРАМИ ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ ВА КЛИНИКАИ СИЁХСУЛФА М.Ҷ.Шарифов, Т.М. Шарифзода.

Беморхонаи клиникии бемориҳои сироятӣ

Муҳимият. Ба дастовардҳои назарраси ваксинатсия нигоҳ накарда, сиёхсулфа яке аз сабабҳои муҳимми фавти кӯдакони ширхор ва проблемаи чиддии нигоҳдории тандурустии ҷамъиятии тамоми дунё боқӣ ме-

монад. дар айни замон гирифтורшавӣ ба бемории сиёхсулфа афзоиш ёфта истодааст ва афзоиши нисбатан босуръати он дар кишварҳои ба мушоҳида мерасад, ки дар он ҷойҳо аз вакцинаҳои ба истилоҳ беҳучайра



истифода мекунад. Афзоиши гирифтورشавӣ ба бемории сиёҳсулфаро дар солҳои охир ба сабабҳои гуногун вобаста мебошад: беҳтар шудани вазъи иттилоотнокии табибон, дар тибби амалии ватанӣ истифода кардан аз усулҳои ҳассоси таҳқиқот (вокуниши полимеразии занҷирӣ), дивергенсияи антигении барангезанда ва вакцинаҳои штаммҳо, кам шудани шиддати имунитети баъдиваксинагӣ, самаранокии нокифояи вакцинаҳои беҳучайра, кам шудани фароғии умумӣ ба ваксинатсия ва ғайра 1,2,4,5.

Барангезандаи сиёҳсулфа қаламчаи грамманфии *Bordetellapertussis* қаламчаҳои майдаи (коккобakterия) мебошанд, ки байзашакл буда, камсулаи нозук доранд, беҳаракат мебошанд. Барангезандаи сиёҳсулфа нисбат ба таъсири берунӣ хеле ҳассосанд: таҳти таъсири нурҳои офтоб дар давоми як соат, таҳти таъсири маводи дезенфиксионӣ ва хушконидаи бошад, дар муддати кӯтоҳ мемирад. Барангезандаи сиёҳсулфа 8 аглютиноген дорад, ки онҳо бо ёрии вокуниши агглютинатсия муайян карда мешаванд. Ғайр аз агглютиногенҳо ба сохтори антигени инҳо дохил мешаванд: экзотоксин, токсини аденилатсиклазӣ, гемолизин, гемагглютинини филаментозӣ, аглютиногенҳои протективӣ, ситотоксини трахеалӣ, дерматонекротоксин, липополисахарид, омилҳои гистаминсенсibiliзационӣ. Боз 3 намуди *Bordetellabronchiseptica*, *Bordetellapertussis*, *Bordetellaholmssi* метавонанд, ки патогенҳои эҳтимолӣ барои одамон бошанд.

Дар эпидемиологияи муосир сиёҳсулфа ба сифати сарчашмаи сироят нақши муҳимро наврасон ва калонсолоне мебозанд, ки сиёҳсулфаро дар шакли сабук ё атипӣ гузаронидаанд. Наврасон ва калонсолон барои хуруҷҳои сиклии беморӣ маҳзани асосӣ ва сарчашмаи асосии сироятёбии кӯдакони моҳҳои авали ҳаёт дар оилаҳо ба ҳисоб меравад, ки дар онҳо сиёҳсулфа хеле вазнин мегузарад ва барои ҳаёт хатар дорад 2.

Патогенези сиёҳсулфа мураккаб аст ва охир омӯхта нашудааст. Токсини сиёҳсулфа доираи васеи токсинҳо ва субстансияҳои фаъоли биологиро ҳосил мекунад, монанди

токсини сиёҳсулфа, ситотоксини трахеалӣ, аденилатсиклаз, эндотоксин, гемагглютинини филаментозӣ, пертактин, токсини дермoneкротикӣ, агглютиногенҳо. Микробҳои тропен ба эпителии мижғонии роҳҳои нафаскашӣ дар тамоми тӯли он дида мешавад. Бактерияҳо дар натиҷаи таъсири омехтаи якчанд омилҳои вирулентнок ба эпителии роҳҳои нафаскашӣ ва алвеолаҳо осеб мерасонанд, ки дар байни онҳо муҳимтаринашон токсини сиёҳсулфа, гемагглютинини филаментозӣ, фимбрия ва пертактин ба ҳисоб мераванд. Протсессҳои патологӣ асосан дар бронхҳо ва бронхиолаҳо, ва камтар дар трахея, ҳанчара ва биниву ҳалқ назаррасанд. Илтиҳоби маҳдуд пайдо мешавад, фаъолияти дастгоҳи мижғонакии ҳучайраҳои эпителии маҳв ва секретсияи луоб зиёд мешавад. Минбаъд мумкин аст, ки эпителии роҳҳои нафаскашӣ реш гирад ва бронхити некрозӣ, бронхиолит, ателектазҳо, эмфизема, бронхопневмония ташаккул ёбад. Мувофиқи тасаввуроти аз тарафи умум қабулшуда дар майнаи дарозрӯя таҳти таъсири импульсҳо, ки аз дастгоҳи ретсепторҳои нафаскашӣ ворид мегарданд, лонаи устувори таҳрикти типии доминантҳои А.А. Ухтомский ташаккул меёбад, вобаста аз ин омилҳои номаҳсус (барангезандаҳои дард, муоинаи ҳалқум ва ғ.) метавонанд, ки боиси хуруҷ кардани сулфаи ихтилоҷӣ, то ҳадди апоноэ гарданд.

Дар бемороне, ки аз шаклҳои вазнини сиёҳсулфа ғавтидаанд, хунравии микроскопӣ ёбузургии майна ва шушҳо, атрофияи қишри майнаи сар, хароб шудани тимус, испурч, гирехҳои лимфавӣ муайян карда шуд. дар ҳолати мавҷуд будани коинфексияи сиёҳсулфа бо вирусҳои респираторӣ дар шушҳо бештар мембранаҳои иалинӣ ба назар мерасид. Дар ҳамаи кӯдакони ғавтида аломатҳои патоморфологияи иммунодефисити дуҷумӣ ва коинфексия бо дигар барангезандаҳо (грипп, парагрипп, сирояти респираторӣ-синцитиалӣ ва ғ.) ба мушоҳида расид.

Дар айни замон сиёҳсулфа дар ашхоси ваксинанашуда ҳама хусусиятҳои клиникӣ-лабораториро нигоҳ медорад. Беморӣ тадриҷан сар мешавад ва сулфаи хушк зиёд шу-



дан мегирад, дар ин маврид симптомҳои интоксикатсия, вараҷа, фарингит, маъмулан, вучуд надоранд. Дар фазаи пароксизмалӣ сулфа хуруҷмонанд мешавад ва ҳамроҳ бо гиперемия ё сианози рӯй, ашкрезӣ, репризаҳо, қайқунӣ, апноэ, хориҷ шудани балғами шаффоф сурат мегирад. Сулфа шабона, пас аз кори ҷисмонӣ қардан, сарбории эмотсионалӣ зиёд мешавад. Вобаста аз вазнинии сиёҳсулфа миқдори хуруҷҳои сиёҳсулфа бо репризҳо дар давоми шабонарӯз аз ягон-ягон то 40-50 ададро дар як шабонарӯз ташкил медиҳанд. Фазаи сулфаи хуруҷмонанд аз 1 то 6 ҳафта давом мекунад. Реконвалестсенсия якҷанд ҳафта давом мекунад ва дорои хусусиятҳои нест шудани хуруҷҳо ва тадриҷан кам шудани миқдорк шиддатнокии сулфа мебошад. Дар кӯдакони синну соли барвақти ваксинанашуда дар заминаи сиёҳсулфа орзаҳои зерини ҷиддӣ пайдо мешаванд: пневмония, энсефалопатия, гипертензияи шушҳо, пневмоторакс, ателектазҳои сегментарӣ ва ҳиссавӣ, хунравӣҳои субдуралӣ ва субарахнаидалӣ, гипотрофия, гипогликемия, беобшавӣ, хунравӣ аз бинӣ, чурра, пролапси ректалӣ, отит. Оризаҳо зиёдтар дар кӯдакони норасида ва дар кӯдакони дорои бемориҳои музминии системаи марказии асаб (СМА), системаи нафаскашӣ ва дил пайдо мешаванд.

Дар кӯдакон ва наврасони ваксинашуда сиёҳсулфа бештардар шаклҳои атипӣ мегузарад, аммо метавонад, ки ҳамаи симптомҳои хосро дошта бошад. Зиёдтар шаклҳои сабук, аз ҷумла ниҳонии беморӣ ба назар мерасанд, шаклҳои миёнавазнин камтар аз 65%-и ҳолатҳоро дар бар мегирад. Дар кӯда-

кони ваксинашуда шаклҳои вазнини сиёҳсулфа пайдо намешаванд. Оризаҳои махсуси бронху шушҳо ва системаи асаб дар беморони ваксинашуда назар ба ваксинанашудагон 4 маротиба камтар пайдо мешавад 3. Муҳимтар аз ҳама сиёҳсулфа барои кӯдакони синну соли ширхорагӣ аст. Бештарин ҳолатҳои фавт ва шаклҳои вазнини беморӣ маҳз дар ҳамин гурӯҳи синнусолӣ ба қайд гирифта мешавад. Предиктори сиёҳсулфаи вазнин барои кӯдакони синну соли ширхорагӣ муҳтавои зиёди лейкоцитҳо ва босуръат зиёд шудани миқдори онҳо, мавҷуд будани коинфексия, синну соли аз 2-моҳа хурдтар, вараҷа бо ҳарорати баланд аз 37,5°C, кӯдаки норасида ба ҳисоб мераванд.

Хулоса, сиёҳсулфа дар кӯдакони синну соли барвақт бештари мавридҳо дар шакли коинфексия дар шакли вируси респираторӣ-синтситиалӣ сурат мегирад. Коинфексияи вируси респираторӣ-синтситиалӣ ва *Bordetellapertussis* дар 8,5%-и ширхорагони нимсолаи авали ҳаёт, ки бо бронхиолит бистарӣ шуда буданд, ошкор карда шуд, вобаста аз ин таҳқиқ қардани кӯдакони ваксинанашудаи дорои сирояти қисмҳои поёнии респираторӣ ҷиҳати муайян қардани сиёҳсулфа тавсия карда мешавад. Барои микст инфексияи сиёҳсулфа бо сироятҳои шадиди вирусии роҳҳои нафаскашӣ чараёни нисбатан тӯлонитар ва вазнин ва дар баъзе ҳолатҳо оқибати марговар хос аст.

Ҳамроҳ шудани сирояти дуҷумии бактериялӣ дар беморони гирифтори сиёҳсулфа боиси пайдо шудани пневмония, синусит ва ё отити мобайнмешавад 2.

АДАБИЁТ

1. Таточенко В.К. Коклюш- недоуправляемая инфекция. Вопросы современной педиатрии. 2014.- 13.2. С.78-82.
2. Лапий Ф.И. Актуальность эффективной защиты против коклюша, Здоровье ребенка. 2010;3; 84-86.
3. Сиземова А.Н. Комелева Е.В. Коклюш: клиника, диагностика, лечение. Лечащий врач 2005; 7 ; 82-87
4. Cherry J.D. Why do pertussis vaccines fail? Pediatrics 2012. 129. 968-970.
5. Cherry J.D. Heininger U Pertussis and other Bordetella infectious In RD Feigin J.D. Cherry G.J. Demmler S. Kaplan. Nextbook of pediatric infectious diseases the ed. The W.B. Saunders Co, Philadelphia 2004; 1588-1608.



6. Versteegh F.G.MooiKokenberg E.A.Scellekens J.F. et al.Bordetella pertussis and mixed infections Minerva Pediatric. 2006; 58; 131
7. Nuolivirta K.Koponen P. He Q. et al.Bordetella pertussis infection is common in nonvaccinatedinfnts admitted for bronchiolitis. Pediatric infectious diseases J. 2010; 29; 1013
8. Zouari A.Touati A.Smaoui H.et al. Dual infection with Bordetella pertussis and Mycoplasma pneumonia in three infants case reports Infection. 2012; 40; 213.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА И КЛИНИКА КОКЛЮША М. Дж. Шарифов, Т.М. Шарифзода.

Городская клиническая инфекционная больница

В данной статье приведены основные вопросы этиологии, патогенеза и клиники коклюша. Данные моменты являются очень важными так как этиология болезни всегда представляет антигенную структуру возбудителя, патогенез выражает изменения происходящие в организме а также появления

доминанты в головном мозге, которое в последующем приводит к возникновению спазматического кашля имеющего диагностическое значение как в клинике так и в постановке диагноза.

Ключевые слова: этиология, патогенез, бордетелла, токсин.

TOPICAL ISSUES OF ETIOLOGY, PATHOGENESIS AND CLINIC OF WHOOPING COUGH Sharifov M.J. Sharifzoda T.M.

Head of the first infectious diseases department of the City Clinical infectious Diseases Hospital

This article presents the main issues of the etiology, pathogenesis and clinic of whooping cough. These points are very important, since the etiology of the disease always represents the antigenic structure of the pathogen, the pathogenesis expresses the changes occurring in the body as well as the

appearance of a dominant in the brain, which subsequently leads to the occurrence of spasmodic cough, which has diagnostic value both in the clinic and in the diagnosis.

Key words: etiology, pathogenesis, bordothella, toxin.

Шарифов М.Ч. - мудири шуъбаи 1-уми сироятии Беморхонаи клиники шахрии сироятӣ

Шарифов М.Ч. - заведующий 1-го инфекционного отделения Городской клинической инфекционной больницы

Sharifov M.J. - Head of the first infectious diseases department of the City Clinical infectious Diseases Hospital

**БЕҲДОШТ ВА ЭКОЛОГИЯ****КОРМАНДОНИ ИСТЕҲСОЛОТИ ФАРФОР ВА ГИГИЕНАИ МЕҲНАТ ДАР
ШАРОИТИ ИҚЛИМИ ТОҶИКИСТОН****А.Б. Бабаев, Ф.Қ. Ҳасанов, С.И. Норматова, Л.Э. Одинаева.**Кафедраи беҳдошт ва экологияи (мудири кафедра н.и.т., дотсент Ф.Қ. Ҳасанов)
МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Мухимият. Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон Эмомалӣ Раҳмон солҳои 2019-2021-ро "Солҳои рушди деҳот, сайёҳӣ ва хунаҳои мардумӣ" эълон кард. Аз ин рӯ, барқарорсозӣ ва рушди минбаъдаи истеҳсолоти фарфор дар Тоҷикистон таъхирнопазир аст. Хусусияти иқтисоди бозории давлатро арзишҳои фарҳангӣ ва анъанаҳои чандинасраи милли муайян мекунад, ки истифодаи маҳсулоти фарфорӣ ва фаянро дар шакли зарфҳои ҷойнушӣ ва ошхонагӣ дар назар доранд. Ғайр аз ин, бо афзоиши сохтмони манзил ва иншоотҳои идоравӣ талабот ба сафолҳои керамикӣ деворӣ ва асбобҳои санитарӣ-техникӣ дар намуди дастшӯякҳои ҳоҷатхона, партовгоҳ ва дастгоҳҳои дигар меафзояд. Истеҳсоли ашёи гуногуни ороишӣ дохилихонагӣ, ки наққошиҳои ороишӣ, ороишҳои матоӣ, гулдонҳо ва ғайра ба шумор мераванд, талаботи харидорӣ дошта, инчунин рушди истеҳсолоти фарфорро тақозо мекунад, ва имкон медиҳанд дар шаҳрҳои Турсунзода ва Исфара ҷойҳои кории иловагӣ пайдо гардад..

Дар давоми фаъолияти меҳнати худ коргарони истеҳсолоти фарфорӣ ба омилҳои гуногуни номусоид - шароити номусоиди микроиклимӣ, алаҳусус, дар иқлими гарми Тоҷикистон, консентратсияи назарраси чанг, оксиди карбон, диоксиди сулфур, карбогидридҳо, мавҷудияти садои шадид ва ҳолати кории номатлуб дучор меоянд [1,2].

Мақсади тадқиқот иборат аз арзёбии шиддатнокии меҳнат ва таъсири он ба саломатии коргарони истеҳсолоти фарфор ва баъзе тавсияҳои, ки ба беҳтар намудани шароити кор ва паст кардани шиддати беморӣ равона карда шудаанд.

Мавод ва усулҳо. Тадқиқот дар заминаи як корхонаи зарфҳои фарфорӣ ш. Турсунзода дар давоми 5 сол ва як корхонаи хурди

сафолӣ дар ш. Исфара гузаронида шуд. Зиеда аз 2000 ченкунии параметрҳои микроиклимӣ гузаронида шуд. Ҳавои минтақаи кориро барои мавҷудияти оксиди карбон (70 намуна), диоксиди сулфур (45 намуна), карбогидридҳо (40 намуна) ва ғубори квартсӣ (50 намуна) таҳқиқ карданд. Дар маҷмӯъ 120 ченкунии садо ва ларзиш, 65 ченкунии равшании ҷойҳои корӣ гузаронида шуд. Зиеда аз 10000 омӯзиши системаҳои гуногуни функционалии организми коргарон гузаронида шуд, ки 350 нафар, аз ҷумла 145 коргари рехтагар, 140 шишарез ва 65 оташафрӯзонро ҳангоми кор дар фаслҳои гуногуни сол фаро гирифтанд. Гуруҳи муоинашавандагон рехтагарҳо ва оташафрӯзон - мардон, шишарезҳо - занони аз 20 то 45 сола, ки на камтар аз 3 сол собиқаи корӣ доранд, буданд.

Натиҷаҳо. Маълумоти хронометражии давомнокии унсурҳои асосии раванди меҳнат доир ба муайян намудани ҳаҷми кори рехтагарон (74,1-79,84%) -и вақти басти корӣ, шишаҳорезҳо (81,9-86,5%) ва оташафрӯзон (77,8-85%) имконияти ҳулосабарорию пайдо намуд, ки нишондодҳо тақрибан якхела буданд. Хусусияти бештари ҳолати кории коргарон ин ҳолати рост истодан бо ҳамшавии бадан ба пеш ба андозаи 30 ° С ва беш аз он мебошад. Рехтагарон 60,4-76,6%, шишарезҳо - 89,1-92,5% ва оташафрӯзон - 14,3-17,2% дар ҳолати номусоиди корӣ дар муқоиса аз вақти кории пурра буданд. Хусусияти асосии кори онҳо ҳамшавии бадан мебошад, ки шумораи онҳо барои рехтагарон ва шишарезҳо 1163 ва барои оташафрӯзон дар як басти корӣ 2343 маротиба мебошад.

Кор дар сеҳҳои корхонаҳои фарфорӣ бо мавҷудияти сарбории ҳаяҷонӣ-психикӣ вобаста ба давомнокии мушоҳидаи мутамар-



кази чараёни амалиёти корӣ (58,4-81,9% дар басти корӣ), инчунин якрангии кор тавсиф карда мешавад. Мувофиқи "Меъёрҳои таснифи шароити меҳнат. Дастури Р.2.2.2006-05" оид ба сарбории ҷисмонӣ ва нейробиохикӣ кори коргарони истеҳсолоти фарфор ҳамчун дараҷаи III вазнин ва дараҷаи III шадид арзёбӣ карда мешавад.

Коргарони истеҳсолоти фарфор дар чараёни кор вобаста аз мавсими сол ба шароити номусоиди микроиклими мавсимӣ дучор меоянд. Сабаби микроиклими гармидиҳӣ ҳам иқлими гармӣ минтақа ва ҳам гармӣ танӯрхое мебошад, ки барои хушккунӣ ва сӯзонидани маҳсулот таҷҳизонида шудаанд ва инчунин, гармӣ ҳангоми тафсонидани муми парафин.

Дар давраи гармӣ ҳарорати ҳаво дар ҷойҳои кори шишабурон субҳ $24,5 \pm 1,1$ °C буд ва бо баланд шудани ҳарорати ҳаво беруна дар охири рӯзи корӣ ба ҳисоби миёна ба $36,1 \pm 0,9$ °C расид ва дар ҳолатҳои ҷудогона бо намии нисбии $58 \pm 1,4 - 61 \pm 3,1\%$ ва суръати ҳаво $0,28 \pm 0,01 - 0,40 \pm 0,02$ м / сон. ба то $39,4$ °C расид. То охири рӯзи корӣ ҳарорати ҳаво дар минтақаҳои партоби маҳсулот дар намии нисбии $59,8 \pm 0,9\%$ ва суръати ҳаво ба $1,1 \pm 0,09$ м / сон. ба ҳисоби миёна ба $38,5 \pm 1,2$ °C расид. Ҳангоми кор дар сеҳи сӯзонидани маҳсулот шароити нисбатан мусоиди микроиклимӣ ба мушоҳида расид, ки ҳарорати ҳаво дар давраи тобистон бо намии нисбии $64,9 \pm 1,2\%$ ва суръати ҳаво $1,4 \pm 0,02$ м / сония. ба ҳисоби миёна $22,3 \pm 1,2 - 25,4 \pm 1,6$ °C буд. Дар давраи сармои сол нишондиҳандаҳои микроиклими ҷойҳои кори рехтагарон ва оташафрӯзон тақрибан якхела буданд. Ҳарорати ҳаво ҷойҳои корӣ бо намии нисбии $80,1 \pm 1,7 - 67,4 \pm 0,92\%$ суръати ҳаво $0,34 \pm 0,01 - 1,13 \pm 0,09$ м / с, ки ин ҳатто дар фасли сармо ба аз ҳад гарм шудани организм мусоидат кардааст, ба ҳисоби миёна $31,1 \pm 0,8 - 32 \pm 0,9$ °C буд.

Мавҷудияти оксиди карбон дар маҳалли сӯзонидани маҳсулот $21,8 \pm 1,6$ мг / м³ буд, ки ин аз 10,9% ҳолатҳо зиёдтар аст.

Чанги саноатӣ дар ҳама марҳилаҳои истеҳсолоти фарфор мавҷуд аст. Манбаҳои

тавлиди чанг ашёи хом ва массаи фарфор мебошанд. Массаи фарфор иборат аст аз каолин, гили оташтобовар, бентонит, реги кварте, шпати саҳроӣ ва ашёи хоми фарфор. Ҳангоми коркарди ашёи хом миқдори ғубор дар сеҳи рехтагарӣ ба ҳисоби миёна $9,5 \pm 0,8$ мг / м³, дар сеҳи шишабандӣ $7,5 \pm 0,6$ мг / м³ ва дар сеҳи оташафрӯзӣ $5,1 \pm 0,6$ мг / м³ буд, ки дар ҳама ҳолатҳои мушоҳида аз КҲА зиёдтар аст. Мавҷудияти SiO₂ дар чанги шинокунада 24,5-29,6% -ро ташкил медиҳад.

Коргарони истеҳсолоти фарфор дар чараёни фаъолияти истеҳсолии худ ба садои шадид дучор меоянд, ки манбаи он насосҳои вакумӣ, прессҳои вакумӣ, таҷҳизоти росткунанда ва суфтакунанда, инчунин системаҳои шамолдиҳӣ мебошанд. Дар сеҳи шишарезӣ ва ҷойҳои кори оташафрӯзон садо аз меъёрҳои стандартӣ 3-8 дБ зиёд буд.

Коэффитсиенти равшании табиӣ дар ҷойҳои кори коргарони рехтагар дар ҳудуди - 4,3%, дар шишарезҳо - 3,7% ва дар оташафрӯзҳо - 3,9% -ро ташкил дод, ки барои иҷрои корҳои дақиқ ҳадди ақалл 5% -ро ташкил медиҳад. Дар айни замон, сатҳи равшании сунъӣ бо лампаҳои люминестсентӣ дар ҷойҳои кори коргарон дар сеҳи рехтагарӣ $157,9 \pm 2,9$ лк, дар қитъаи сӯзонидани маҳсулот $140,5 \pm 4,7$ лк-ро ташкил дод, ки ин аз нишондоди иҷозатдодашуда хеле паст аст. Ҳамзамон, дар сеҳи шишарезӣ сатҳи равшании сунъӣ ба ҳисоби миёна $206,1 \pm 2,8$ лк буд.

Омӯзиши ҳолати системаҳои функционалии организми коргарон дар динамикаи басти корӣ дар вақти кор дар фаслҳои гуногуни сол нишон дод, ки таъсири маҷмӯи омилҳои зараровари истеҳсолӣ дар реаксияҳои физиологии организм тағйиротҳои хосро ба вучуд овардааст, ки дар шиддатнокии функсияҳои дастгоҳҳои асабу мушакҳо, мубодилаи гармӣ, дилу раг ва системаи марказии асабро ифода мекунад. Набз дар охири басти корӣ дар мавсими тобистон барои шишарезҳо 23,3-26,8 тап / дақ - нисбати сатҳи аввалаи 21,7-25,4 тап / дақ. зиёд шуд. Таҳлили маълумотҳои фишори хун муайян кард, ки ҳангоми кор дар давраи



сармо фишори систолавӣ ва диастолавии коргарон тамоюли афзоиши 3,3-4,5 мм ст.м. ва 2,0-6,8 мм ст. симобро (мутаносибан ($p < 0.05$) дорад. Ҳангоми кор дар тобистон, дар охири басти корӣ каме коҳиш ёфтани фишори систолавӣ (ба 3,8-5,4 мм ст.симоб) ва афзоиши фишори диастолавӣ (ба 0,6-1,8 мм рт.ст.) ба назар мерасид., ки ба паст шудани фишори набзӣ оварда мерасонд.

Дарачаи фишори рӯхӣ-психикӣ то андозае аз таъсири микроклими гармидиҳанда вобаста аст. Ҳангоми кор дар иқлими гарм амалан ҳамаи нишондиҳандаҳои ҳолати системаи марказии асаб (хотира, фарқият, тамаркуз ва тағйирёбии диққат) дар коргарон нисбат ба давраи зимистон камтаранд [1,2,3]. Шумораи аломатҳои дидашуда аз рӯи санчишҳои Анфимов дар охири баст дар давраи зимистон нисбат ба маълумоти аввалия 4,9-15,5% паст шуд, дар тобистон 8,4-24,0% , шумораи хатоҳо бошад новобаста аз мавсим зиёд шуд сол.

Таъсири микроклими гармидиҳӣ боиси баланд шудани ҳарорати организми коргарон дар охири басти корӣ шуд, бо нишондоди 37.0 ± 0.07 - 37.2 ± 0.03 °C, ҳарорати миёнаи вазнини пӯст то 34.4 ± 0.07 - 34.9 ± 0.09 °C, ҳарорати миёнаи бадан то 36.0 ± 0.017 - 36.2 ± 0.15 °C ($p < 0.01$), буд, дар ҳоле ки арзиши градиенти ҳарорат 0.7 ± 0.12 - 0.1 ± 0.11 буд ва ҳисси гармӣ дар охири басти корӣ 6,8-7,0 ҳол ҳисоб карда шуд. Дар айни замон, талафоти умумии нафас дар байни коргарони истеҳсолоти фарфор дар як басти корӣ дар тобистон ба ҳисоби миёна 3614 ± 84.2 - 4113 ± 35.4 мл-ро ташкил дод, ки ин низ шиддати назарраси равандҳои терморегулятори нишон медиҳад.

Кор дар шароити таъсири омилҳои номусоиди истеҳсолӣ ба саломатии коргароне, ки корҳои рехтагарӣ, шишабандӣ ва оташфишониро иҷро мекунанд, таъсири манфӣ мерасонад. Тадқиқоти бемориҳои корношоямӣ муваққатӣ (БКМ) нишон дод, ки шумораи бемориҳо дар байни коргарони рехтагар 122.8 ± 12.9 ва рӯзҳои маъҷубӣ 1166.6 ± 25.2 буда, давомнокии миёнаи як

ҳолат 9.5 ± 1.0 ба 100 корманди сол мебошад. Дар ҳоле, ки дар оташафрӯзон ин нишондиҳандаҳо 124.5 ± 13.2 ҳолат, 1269.9 ± 23.9 рӯзи маъҷубӣ буда, давомнокии миёнаи як ҳолати беморӣ 10.2 ± 1.1 мебошад. Муайян карда шуд, ки дар шишарезон шумораи бемориҳо 127.6 ± 12.6 ва рӯзҳои маъҷубӣ 1569.5 ± 27.1 буда, давомнокии миёнаи як ҳолат 11.3 ± 1.0 мебошад.

Таҳлили ҳамоҳангии беморӣ нишон дод, ки шароити пайдоиши микроклими чойҳои корӣ ($r = -0.84$), чангу гӯбори ҳаво дар чойҳои корӣ ($r = -0.75$) ва собикаи корӣ ($r = -0.75$) дар пайдоиши бемориҳои нафасӣ нақши назаррас доранд. -0.35). Инкишофи бемориҳои системаи мушакӣ дар баробари фаъолияти ҷисмонӣ ($r = -0.92$) бо микроклими номусоид ва собикаи корӣ ($r = -0.83$) алоқаманд аст. Бемориҳои системаи хун бо фаъолияти ҷисмонӣ ($r = -0.54$), садои шадид ($r = -0.32$) ва собикаи корӣ ($r = -0.92$) робита доранд. Бемориҳои системаи асаб ба собикаи корӣ ($r = -0.83$) ва сатҳи садои саноатӣ ($r = -0.88$) вобастагии калон доранд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, муайян карда шуд, ки коргарони истеҳсолоти фарфор дар чараёни кор ба шароити номусоиди микроклимӣ, зиёд шудани чанг ва ифлосшавии газҳои ҳаво дар чойҳои корӣ, садои шадиди саноатӣ ва сатҳи пасти равшанӣ, ки боиси тағйироти муайян дар системаҳои гуногуни функционалии организми онҳо мешаванд, дучор мешаванд, ки инкишофи хастагӣ ва баланд шудани сатҳи бемориҳои марбут ба кор оварда мерасонад. Натиҷаҳои бадастомада зарурати таҳия ва татбиқи тадбирҳои муносири нисбатан самарабахши бехтар намудани шароити меҳнат, паст кардани ҳаҷонҳои ҷисмонӣ, нейропсихикӣ, оптимизатсия кардани микроклими чойҳои корӣ, паст кардани сатҳи чангу гӯбор дар ҳаво ва садо, риояи речаи оқилонаи кор ва истироҳат, баланд бардоштани сифати таъминоти тиббӣ ва профилактикии коргарони корхонаҳои фарфорро талаб мекунанд.

Адабиёт:

1. Бабаев А.Б. Особенности условий труда и состояние здоровья работников фарфорового производства /А.Б. Бабаев и др.// "Вестник Авиценны" часть 1, 2009г. С.130-133.



2. Бабаев А.Б. Актуальные вопросы гигиены труда в условиях жаркого климата Республики Таджикистан /А.Б.Бабаев и др.// Научная конференция с международным участием "Актуальные проблемы гигиены труда. Сохранение здоровья работников как важнейшая национальная задача", Санкт-Петербург, 2014, С.18-19
3. Сулейманова Ф.А. Гигиеническая оценка условий труда и состояние органа зрения у работников цеха обожженных анодов алюминиевого производства /Ф.А.Сулейманова и др. // Журнал "Вестник Академии медицинских наук Таджикистана", Душанбе, 2016, №2, С.80-84

РАБОТНИКИ ФАРФОРОВОГО ПРОИЗВОДСТВА И ГИГИЕНА ТРУДА В КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ТАДЖИКИСТАНА

С.И. Норматова, А.Б. Бабаев, Л.Э. Одинаева, Ф.Дж. Хасанов

Кафедра гигиены и экологии (заведующий кафедрой к.м.н., доцент Ф.Дж. Хасанов)
ГОУ "ТГМУ им. Абӯалӣ ибни Сино"

В статье приводятся данные о том, что работники фарфорового производства в процессе своей трудовой деятельности подвергаются воздействию дискомфортных микроклиматических условий, повышенной запылённости и загазованности воздуха рабочих зон, интенсивного производственного шума и низкого уровня освещённости, которые вызывают определенные сдвиги

в различных функциональных системах их организма и способствуют развитию утомления, и повышают уровень производственно обусловленных заболеваний.

Ключевые слова: фарфоровое производство, микроклиматические условия, пыль, неблагоприятное воздействие, функциональные системы, утомляемость, заболеваемость

PORCELAIN PRODUCTION WORKERS AND OCCUPATIONAL HEALTH IN THE CLIMATIC CONDITIONS OF TAJIKISTAN

S.I. Normatova, A.B. Babaev, L.E. Odinaeva, F.J. Hasanov

Department of Hygiene and Ecology (Head of Department, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor F.J. Hasanov) State educational institution "TSMU after Avicenna "

The article provides evidence that porcelain workers are exposed to uncomfortable microclimatic conditions, increased dust and air pollution in working areas, intense industrial noise and low levels of light, which cause certain shifts in

the various functional systems of their bodies and contribute to fatigue and production-related diseases.

Key words: porcelain production, microclimatic conditions, dust, adverse effects, functional systems, fatigue, morbidity

Норматова Сановбар Икромовна - номзади илмҳои тиб, муаллими калони кафедраи гигиена ва экологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Тел: +992 905130002

Normatova Sanovbar Ikromovna - Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer of the Department of Hygiene and Ecology of the Tajik State Medical University after Avicenna, cell phone number: +992 905 13 00 02



МАОРИФ, ФАРҲАНГ ВА ТАНДУРУСТӢ ҲАМЧУН ОМИЛИ ТАШАККУЛИ ТАРЗИ ҲАӢТИ СОЛИМ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Қурбонов Н.Т.¹, Ғоибов А.Ғ.², Ҷумаева М.М.³, Ҷабборова Т.С.⁴

МД "Пажӯҳишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон"¹, МД "Пажӯҳишгоҳи экспертизаи тиббӣ-иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъҷубон"² МДТ. "Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ"³, МДТ "Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустӣ"⁴-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муҳимият. Зимни таҳқиқот алокаи байниҳамдигарии маорифу фарҳанг ва тандурустӣ, аз ҷумла, вазъи солимии аҳоли, ки тавассути гузаронидани тарзи ҳаёти солим ба даст меояд, асоснок карда мешавад. Таҳкурсии солимии одам асосан, дар даврони тифлӣ ва наврасии ҳаёт гузошта мешавад. Дар минбаъда бошад, ба омилҳои хатарнокӣ гуногуни ба он таъсиргуздор вобастагӣ пайдо мекунад. Фарҳанг ва ҳаёти маънавии мардум, саводнокии он, ки ба унсурҳои қадимтарини тамаддуни инсонӣ тааллуқдоранд, дар як вақт ба тафаккур ва эҳсос таъсири худро мегуздоранд [2,4].

Онҳо ба ғайбҳои иҷтимоии шахсият мусоидат намуда, ба ӯ имкон медиҳанд, ки интихоби дуруст намояд, хавфу хатарҳои барои саломатӣ пешомадаро паси сар гузошта, қувваи ҳаракатдиҳандаи инкишофи шахсият, давлат ва ҷомеаи шахрвандӣ гардад [5]. Ҳамзамон маориф, фарҳанг ва тандурустӣ ба симо ва обрӯи давлат табдил меёбанд, ки вазифаи асосиашон замина гузоштан ба пешрафти ҷомеа, бехтар шудани сифати зиндагии аҳоли, аз ҷумла ташаккули тарзи ҳаёти солим ва тарзи муносибатҳои нав ба солимии худ маҳсуб меёбад [1].

Сиёсати иҷтимоии давлат, пеш аз ҳама ба баланд бардоштани некуахлоқии мардум ва таъмини шароити арзандаи зиндагии шахрвандон равона шудааст. Яке аз самтҳои муҳимтарини сиёсати иҷтимоии Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон барпо намудани системаи ба таври самаранок амалкунандаи риоя ва татбиқи ҳуқуқ ва манфиатҳои қонунии тамоми аҳоли, аз ҷумла кӯдакон маҳсуб меёбад. Таъмини низоми ҳифзи иҷтимоӣ, давра ба давра бехтар шудани зиндагии аҳоли, дастгирии қишрҳои осебпазирӣ аҳоли ба пешрафти ҷомеа, бахусус бахшҳои иҷтимоӣ замина ҳуб гузошт.

Сарвати пурбаҳои давлати демократие, ки барои ояндаи дурахшони шахрвандони худ ғамхорӣ менамояд, маъмулан оила маҳсуб меёбад, ки дар он диққати асосӣ ба кӯдакон ва модарон, инчунин гузаронидани тарзи солими ҳаёт равона карда мешавад [2,6]. Ба ҷораҳои андешидаи давлат оид ба баланд бардоштани сатҳи некуахлоқии аҳоли нигоҳ накарда сатҳи зиндагии қисми зиёди оилаҳои кӯдакор паст боқӣ мемонад, ки ин ба солимӣ, рафтор ва инкишофи кӯдакони ноболиғ таъсири манфӣ мерасонад [5].

Бо пешниҳоди Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон соли 2011 Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон "Дар бораи масъулияти падару модар дар таълиму тарбияи фарзанд дар Ҷумҳурии Тоҷикистон" қабул гардид. Қонуни номбурда аз муҳокимаи умумихалқӣ гузашта, аз ҷониби аксари аҳоли дастгирӣ ёфт. Қабули онро зарурати ба тарбияи насли ҷавону ояндадори мамлакат равона кардани тавачҷуҳи ҷомеа ба миён овард [3].

Ин ибтикор аз он сабаб роҳандозӣ гашт, ки мамлакати аз захираҳои табиӣ ва инсонӣ бой зери хатари косташавии на танҳо асосҳои ахлоқии ҳаёт, балки инчунин барҳамхӯрии бисёр унсурҳои муҳими зиндагии одам қарор гирифта буд, ки дар ниҳоят онҳо ба солимии ҳар сокин ва дар маҷмӯъ аҳолии мамлакат бетаъсир намеронданд. Таъсири ин падидаро аз оила бояд ҳаёт, ки он ахлоқи шахсиятро дар синнусоли тифлӣ ва наврасӣ ташаккул медиҳад [4,6]. Дар ин давра одам аввалин таҷрибаи таъсири байниҳамдигарии иҷтимоиро аз худ менамоянд, ки дар ин росто боғчаи бачаҳо, мактаб, кӯча то андозае нақши худро гузошта, тарафҳои иҷтимоии шахсиятро муайян менамоянд ва муносибати ӯро ба тарзи ҳаёти солим рав-



шан сохта, ҳамаи ин дар навбати худ вазъияти муайянкунандаи тиббӣ-демографӣ ва иқтисодӣ - иҷтимоиро дар давлат ба танзим медарорад.

Мақсади тадқиқот. Таҳлили арзишҳои фарҳангӣ ҳамчун омилҳои тарзи солими ҳаёт ва баланд бардоштани сатҳи солимии ҷомеа.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Баррасӣ ва таҳлили интишороти илмӣ, санадҳои меъёрий-қонунгузорӣ, Стратегияи миллии рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи то соли 2030, Барномаи рушди нигоҳдории тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли дар давраи солҳои 2021-2030, дигар маводҳои ба ҳолати тиббӣ-иҷтимоӣ бахшидашуда бо истифодаи методи таърихӣ-тавсифотӣ ва таҳлилӣ.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Мутобиқи Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон ба принципҳои заминавии рушди иҷтимоӣ-иқтисодии мамлакат таъмини шахрвандон бо шароитҳои амалисозии ҳуқуқҳои асосии инсон, ки дар навбати аввал, ҳуқуқ ба ҳаёт, маълумот, саломатӣ ва давом додани насл дохил мешаванд. Бисёр омилҳои барои саломатии одамон хатарнок ҳанӯз дар синнусоли тифлӣ, вақте сар мезананд, ки қоидаҳои асосии рафтор, нигоҳ ба зиндагӣ, қобилияти малака, одат, шавқу ҳавас нишонаҳои характеру хислати инсон ташаккул меёбанд, ба ташаккули тарзи ҳаёти солим ва дар маҷмӯъ ҷомеа мусоидат менамоянд. Дар ин маврид некӯаҳволӣ ва солимии халқ ҳадафи ниҳони дилхоҳ давлати демократӣ маҳсуб меёбанд. Барои ноил шудан ба ҳадафҳо дар навбати аввал рушд на намудани сатҳи иҷтимоию иқтисодӣ, самаранокии меҳнат ва дар маҷмӯъ пешравӣ ва тарақиёти низомӣ хоҷагидорӣ шаҳодат медиҳанд.

Ҳамчун яке аз унсурҳои тандурустӣ қонеъ гардонидани талабот ба дастрасӣ ва сифати кӯмакҳои тиббӣ- санитарӣ, маълумоти миёнаи умумӣ, боиси беҳтар шудани сифати ҳаёт, тезонидани афзоиши маҷмӯи маҳсулоти дохилӣ, ташаккули потенциали меҳнати ҳар як фард мегардад.

Зимнан, дар Стратегияи миллии рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи то соли

2030 ва дигар барномаҳои соҳавӣ ноилшавӣ ба некӯаҳволии иқтисодӣ ва иҷтимоии шахрвандон дар шароити бартарияти принципҳои озодӣ, шарафи инсонӣ ва имкониятҳои баробар ҷиҳати амалӣ сохтани ҳуқуқҳои ҳар нафар дар маркази диққат қарор дода шуда, ҳаллу ҷасли чунин мушкилот ба мисли самаранокии нокифояи идоракунӣ ва омилҳои рушди даромади инсонӣ, мушкилоти муҳочирати берунии меҳнатӣ, норасогии иҷроии қонунҳо ва нобаробарии амалӣ гардонидани онҳо дар минтақаҳо дар мадди аввал гузошта шудаанд.

Солимии аҳоли ҳамчун афзалияти муҳим дар сиёсати давлатӣ муайян гардида, дарки арзишҳои он дар ҷомеа бояд ҳамчун қисмати муҳимтарини таркибии фарҳанги он мавқеи худро пайдо кунад, ки бе он ноил шудан ба ҳадафҳои барномавии пешбинишуда ва самаранокии хароҷотҳои молиявии раवонакардашуда ғайриимкон аст.

Вобаста ба ин, Ҳукумати мамлакат як қатор ҳуҷжатҳои муҳими меъёрий-ҳуқуқӣ, аз ҷумла қонун дар бораи фарҳанги милли ва барномаи рушди ҳадафманди онро қабул намудааст. Дар ҳуҷжатҳои номбурда мақсад ва вазифаҳои муассисаҳои фарҳанг (клубҳо, китобхонаҳо, осорхонаҳо), санъат (муассисаҳои театру тамошо) ва иншоотҳои варзишӣ дар нигоҳ доштани солимӣ, тарбия ва ташаккули фарҳанги маънавии шахсияти ба тарзи солими ҳаёт майлдошта муайян гардидааст.

Ин ба одам имкон медиҳад, ки дар вақти ҳоли мувофиқи шавқ ва талаботи худ аз осорхона, театрҳо, намоишгоҳҳо дидан намояд, инчунин дар иншоотҳои варзишӣ ба тарбияи бадан машғул шавад, ки ин ғайриихтиёр ҷаҳони маънавии ўро ғани мегардонад.

Фарҳанги халқи тоҷик роҳи дурударози таърихӣ инкишофро тай намуда, ба худшиносии милли таъсири амиқ гузоштааст ва зимни он тоҷикон ҳамеша ба урфу одат, анъанаҳо, аз ҷумла анъанаҳои воридшуда, ба мисли дини ислом, эҷодиёти халқ ва адабиёти бадеӣ бо эҳтироми калон муносибат намудаанд, ки ин ба рафтори одамон таъсири мусбӣ гузоштааст.

Мафҳуми фарҳанг соҳаи алоҳида ва усули рафтори баланд, намунавӣ ва аниқроифода менамояд, ки эҷоди бадеӣ, донишҳои илмӣ, донишҳои забони адабӣ ва дигар забонҳои эътирофшудаи олам, ботарбия будан ва масъулияти ахлоқиро дар худ муттаҳид месозад.

Аз ин ҷиҳат, фарҳанг ба одам имкон медиҳад, ки аз зухуротҳои манфӣ, кӯхнашуда ва баъзан зараровар дур шуда, самту ҳадафҳои интиҳоб наояд, ки ба инкишофи тарзи солими ҳаёти ӯ мусоидат менамоянд.

Гузаштағони мо ҳамеша аз фарзандони худ тақозо менамуданд, ки аз ҳар ҷиҳат нисбати онҳо беҳтар бошанд ва дар баробари ин, пайваста тарзи солими ҳаётро дар асоси ба нақшагирии оила ва барпо намудани оилаи солим талқин менамуданд. Ғайр аз ин, баъди ба мактаб рафтани фарзандонашон ба солимӣ ва инкишофи ҷисмонии онҳо эътибори маҳсус меоданд. Ҳамин тавр, ба бозистехсоли сифатноки кӯдакон диққати асосӣ дода мешуд, на ба миқдори онҳо. Дар эҷодиёти даҳонии халқи тоҷик низ ба мардум талқин мегафт, ки аз бисёрфарзандӣ худдорӣ намуда, насл ба дунё оварда тарбия намоянд, ки боақл, саводнок, дорои маданияту фарҳанги воло ва барои ҷомеа манфиатнок бошанд хона, волидон ва ватани худро ҳифз карда тавонанд.

Мутобиқи Амри Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 5 феввали соли 2020, №АП-1339 Озмуни ҷумҳуриявӣ "Фурӯғи субҳи доноӣ китоб аст" давоми ду соли охир дар мамлакат бо мақсади баланд бардоштани савбҳои китобхонӣ, тақвияти ҳофизаи фарҳангӣ, дарёфти ҳаҳраҳои нави суҳанвару суҳандон, бой гардондани захираи луғавӣ, тақвияти ҳаҳони маънавӣ, инкишофи қобилияти эҷодӣ, фаъолгардонии доираи забондонӣ, ҳамҷунин, арҷ гузоштан ба арзишҳои милливу фарҳангӣ ва таҳкими ҳудогоҳию ҳудшиносӣ миёни кишрҳои муҳталифи ҳомеа роҳандозӣ мегардад. Дар даврони соҳибистиклолии Тоҷикистон баргузории ҳунин озмун моҳияти таълимиву тарбиявӣ ва маърифатую фарҳангӣ дошта, яке аз бузургтарин дастовардҳо ба шумор меравад.

Тарбияи оилавӣ ва танзими таваллуди фарзанд дар асарҳои оламшумули олимон

ва мутафаккирони бузурги тоҷик, аз ҷумла донишмандоне, ки дар садсолаи гузашта умр ба сар бурдаанд, инъикоси васеи худро ёфтаанд. Ҳамаи онҳо аз мардум даъват менамуданд, ки нақши оиларо баланд бардоранд, ба меҳнати созандагӣ ҳамроҳ шаванд, дастовардҳои фарҳангиро ҳифз ва афзун намоянд, ба калонсолон иззат гузоранд, мардону занон бошанд вобаста ба вазъи иқтисодии худ фарзанд ба дунё оранд.

Ҳангоми чунин тарзи ҳаёт танзими ҷаҳ-
олияти инсонӣ тавассути арзишҳои амалӣ
мегарданд, ки интиҳои бошӯрунаи инти-
ҳои объектҳои раванасозии қувва, ҳолат,
талабот ва ҳадафҳои асосҳои баланди сиёсӣ
ва иҷтимоӣ - иқтисодии ба сохтори муноси-
ри давлат мувофиқро фароҳам меоранд.
Пайравӣ ба низоми номбурда ба ҷомеа ва
шахсият ёрӣ медиҳад, ки хубро аз бад, иде-
лиро аз беандешагӣ, ҳақиқатро аз гумроҳӣ,
равшаниро аз торикӣ, адолатро аз ноадо-
латӣ, равоиро аз мамнӯъгӣ ва муҳимиятро
аз беаҳамиятӣ ва ғайра фарқ намояд.

Дараҷаи пояндагӣ ва устувории фарҳанг ва анъанаҳои фарҳангӣ, инчунин, дигар арзишҳои иҷтимоӣ, пеш аз ҳама аз шароитҳои иҷтимоӣ-иқтисодӣ ва ахлоқӣ-равонӣ, мувофиқати онҳо ба талаботҳои маънавӣ ва қабули онҳо аз тарафи аҳоли вобастагӣ дорад. Дар ин ҳол ташаккулдиҳӣ ва қабули арзишҳои фарҳангӣ-маънавӣ яке аз вазифаҳои аввалиндараҷаи мамлакат маҳсуб меёбад. Дар шароитҳои муосир он бояд дар асоси қонунгузорӣ ва бартаарафсозии бошуроинаи анъанаҳои маъмулии кӯхнашуда вобастагӣ дорад.

Бояд гуфт, ки солимии ҳар одам ба солимии тамоми ҷомеа, бо қабули барномаҳои дар он амалкунандаи иҷтимоӣ печида мебошад. Вале ба принципҳои асосии бунёдии тандурустии ҷамъиятӣ тақия намуда, чунин мавқеъҳои маъмулиро ба мисли, риояи меъёрҳои санитарӣ, назорати доимӣ аз болои сифати маҳсулотҳои ғизоӣ, шароитҳои меҳнат, омилҳои экологӣ, бемориҳои сироятӣ, солимии модару кӯдак пайравӣ намуда, набояд фаромӯш сохт, ки ҳамаи онҳо ба беҳтаркунонӣ ва ҳимоя зарурат доранд. Ба таври дигар, онҳо ҳамчун масъалаҳои афзали-



ятдошта ва проблемавӣ боқӣ мемонанд. Ба инҳо метавон масъулияти таъмини дастрасии умумӣ ба хизматрасонии тиббӣ дар сатҳи стандартҳои ҷаҳониро дохил кард. Дар ин ҷанба дар мамлакатҳои дорои шароитҳои гуногуни рушди иқтисодӣ ва иҷтимоӣ - сиёсӣ марказу шабакаҳои ба талабот ҷавобгӯи низоми тандурустӣ таъсис дода шудаанд. Вобаста ба ин, қабули қарорҳои дахлдор оид ба таъмини солимии аҳоли дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бояд аз рӯи имконияту захираҳои мавҷуда сурат гиранд.

Дар солҳои соҳибистиклолӣ дар мамлакат модели нави ташаккули тарзи ҳаёти солим қабул карда шудааст, ки солимии одамон аз бисёр ҷиҳат ба он вобастагӣ дорад. Ҳамзамон, вазифаи муҳимтарин дар беҳтар кунонидани солимии аҳоли тақмили усулҳо ва баланд бардоштани самаранокии тарбияи муносибатҳои нав ба солимии худ дар ҳар як одами алоҳида маҳсуб меёбад.

Дар ин маврид, рушди иқтисодӣ ва суботи сиёсӣ имкон медиҳанд, ки ислохотҳои ҷиддии иҷтимоӣ-иқтисодӣ гузаронида шаванд, ки барои рушди устувори мамлакат, ташаккули тарзи солимии ҳаёт ва афзудани давомнокии миёнаи ҳаёт ниҳоят муҳим мебошанд. Ба шумори механизмҳои асосии инкишофи нишондиҳандаҳои он - солимии миллатро ҳамчун вазифаи афзалиятноки стратегияи умумимиллӣ ҳисобидан мумкин аст. Аз ин рӯ, ҳифз ва мустаҳкам намудани солимӣ, тарзи солимии ҳаёт-ин мафҳумҳое мебошанд, ки фақат ба мушкилоти тиббӣ тааллуқ надоранд.

Барои дар ҳаёт татбиқ намудани онҳо, зарур аст, ки таваҷҷуҳи тамоми шаҳрвандон, кордиҳандагони тамоми секторҳо ҷалб карда, алокаи байниҳамдигарии онҳо мустаҳкам карда шавад. Пеш аз ҳама ба ин бояд мақомотҳои маҳаллӣ ва марказии ҳокимияти давлатӣ, намояндагони ҷомеаи шаҳрвандӣ, нависандагон, шоирон, ҳунармандон мусоидат намоянд, ки кодиранд ҳаёти мардумро аз ҷиҳати маънавӣ пуробуранг намоянд.

Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ- Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон дар Паёми навбатиашон ба Маҷлиси Олӣ солҳои 2019-2021-ро "Солҳои рушди деҳот, сайёҳӣ

ва ҳунарҳои мардумӣ эълон намуданд, ки ин падида заминаҳои воқеии худро дорост. Зеро маълум аст, ки агар душманон хоҳанд як давлатро нобуд созанд, аввал забон ва баъдан фарҳангро нобуд месозанд. Аз ин хотир қабул гардидани солҳои рушди деҳот, сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумиро метавон давоми талошҳои Ҳукумати мамлакат ҷиҳати боло бурдани сатҳи фарҳанги миллии тоҷикон бояд ҳисобид.

Дар ҷаҳони муосири ислом динро бо мақсади ба нақшадарории оила баланд бардоштани нақши институти оила дар тарбияи кӯдакон ба таври васеъ истифода мебаранд. Ислом аз ибтидои пайдоиши худ ба одамон талқин менамояд, ки ба бисёрфарзандӣ кӯшиш наkunанд. Ин қоидаҳо дар китоби муқаддаси "Қуръон" ва ҳадисҳои Пайғамбар Муҳаммад (с) инъикоси васеи худро ёфтаанд. Ҳамчунин, дар чунин идҳои миллӣ, ба мисли Рамазон, Қурбон, ҷашни Наврӯз, Меҳргон, Рӯзи ваҳдати миллӣ, Рӯзи парчами миллӣ, Рӯзи Конституцияи Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки рӯзҳои истироҳат маҳсуб меёбанд, як қатор анъанаву оинҳои мардумӣ мавриди иҷроиш қарор мегиранд. Тибқи онҳо одамон зиддиятҳоро як сӯ гузошта, якдигарро мебахшанд, қурбонӣ, мазору оромгоҳҳоро зиёрат, манзили наздикону пайвандонашонро тозаю озода карда, ба аёдати кӯдакони ҷаҳон ва маъҷубон рафта ба онҳо, ҳадяҳо тақдим месозанд, хӯрокиҳо ва шириниҳои гуногун омода сохта, аз рафторҳои бад худдорӣ менамоянд.

Арзишҳои нави миллӣ-фарҳангӣ дар шароитҳои муосир дар мамлакат дар асоси усулҳои таҳияшуда ва нашри қонунҳо ва ҳуҷҷатҳои меъёрий сохта шуда, ҳамзамон анъанаву оинҳои кӯҳнашуда бошууруна бартараф карда мешаванд. Дар навбати худ, дар ҳаёти оилавӣ ва ҷомеа анъанаҳо ва оинҳои пешқадам нигоҳ дошта, эҳё карда, паҳн карда мешаванд, ки ба ҳолати раванӣ ва сатҳи рушди фарҳангии мардум созгор мебошанд. Дар ин ҳол заминаи пешбурди сиёсати муваффақонаи Ҷумҳурии Тоҷикистон баланд бардоштани нишондодҳои соҳаҳои маориф, фарҳанг инчунин, тандурустӣ ифтихори миллӣ, ҳисси ватандӯстӣ ва



мустаҳкамкунии ягонагии миллӣ маҳсуб меёбад.

Ҳамин тавр, маориф, фарҳанг ва нигоҳдории тандурустӣ қувваи ҳаракатдиханда ва нишондоди рушди шахсият ва давлат, пешрафти ҷамеаи шаҳрвандӣ маҳсуб ёфта, ба ташаккулёбии муносибати бомасъулиятна ба солимии худ ва рушди демографии мамлакат мусоидат менамоянд. Дар ҳақиқат солимии ҳар одам ба солимии тамоми ҷомеа, бо барномаҳои қабулшуда ва амалкунанда алоқаманд буда, ҳамзамон некӯаҳолии ҷомеа аз ҳолати солимии аъзои алоҳидаи он вобастагии зич дорад.

Маҳз принсипи асосии тандурустии ҷомеагӣ бо ҳамин асос меёбад, ки концепсияи онро Ташкилоти Умумичаҳони Тандурустӣ пас аз коференсияи Алмаато соли 1978 таҳия намуда, бо Декларатсия қабулкардаи худ ба барномаи "Саломатӣ барои ҳама" асос гузошт, ки он тамоюлҳои соҳаи тандурустиро дар бар гирифта, вазифаҳои асосии онро муайян месозад.

Тандурустии ҷомеаи навин дар мавқеи бисёр хуби тандурустии ҷамеагӣ (риояи меъёрҳои тиббӣ, назорат ба сифати маҳсулоти ғизоӣ, шароити меҳнат, омилҳои экологӣ, мубориза алайҳи касалиҳои сирояткунанда, беҳтар намудани саломатӣ ва ҳӯроки модару кӯдак) қарор дорад. Ба ин масъулияти таъминоти як қатор ҳадамоти тиббии илман асосноки иқтисодӣ ва эпидемиологиро, ки ба ҳайати он мутахассисони сатҳи ҷаҳонӣ ба қор таъмин карда шудаанд, мансуб доништан мумкин аст.

Дар солҳои соҳибхитӣ дар Тоҷикистон тарҳи ташаккул додани тарзи солимӣ ҳаёти аҳоли ба шакли муайян дароварда шуд, ки мувофиқи иттилои қоршиносони ТУТ, бештари (то 50,0 %) саломатии инсон ба он вобаста мебошад ва танҳо 8,0 -10,0 %

он ба фаъолияти қормандони мақомоти тандурустӣ алоқамандӣ дорад. Пас вазифаи асосии беҳдошти саломатии аҳоли тақмил додани усулҳо ва баланд бардоштани натиҷаҳои онҳо дар тарбияи муносибатҳои нави ҳар як узви ҷомеа оид ба солимии худ мебошад.

Аз дигар тараф, унсури муҳимтарини тарзи ҳаёти солим сатҳи маълумот ва рушди фарҳанги солимӣ дар ҷомеа маҳсуб меёбад. Саводнокии умумӣ ва касбияти баланди мутахассисони бахшҳои мухталиф дар тамоми сохторҳо дар навбати худ имкон медиҳанд, ки хавфу хатарҳои солимӣ пешгирӣ карда шаванд.

Хулоса. Зимни таҳқиқот алоқаи байниҳамдигарии маориф, фарҳанг ва ҳолати солимии аҳоли дар маҷмӯъ, ки тавассути гузаронидани тарзи ҳаёти солим ба даст меояд, асоснок карда мешавад. Таҳкурсии солимии одам асосан, дар давраҳои тифлӣ ва наврасии ҳаёт гузошта шуда, дар минбаъда бошад ба омилҳои хатарзои гуногуни ба он таъсиргузор вобастагӣ пайдо мекунад. Фарҳанг ва ҳаёти маънавии мардум, саводнокии он, ки ба унсурҳои қадимтарини тамаддуни инсонӣ тааллуқ доранд, дар як вақт ба тафаккур ва эҳсос таъсири худро мегузоранд. Онҳо ба фаъолнокии иҷтимоии шахсият мусоидат намуда, ба ӯ имкон медиҳанд, ки интиҳоби дуруст намояд, хавфу хатарҳои барои саломатӣ пешомадаро паси сар гузошта, қувваи ҳаракатдихандаи инкишофи шахсият, давлат ва ҷомеаи шаҳрвандӣ гардад. Ҳамзамон маориф, фарҳанг ва тандурустӣ ба симо ва обрӯи давлат табдил меёбанд, ки вазифаи асосии онҳо рушди ҷомеа, беҳтар намудани сифати зиндагии аҳоли ва ташаккули тарзи ҳаёти солим, густариши муносибатҳои нав ба солимии худ ва пешгирии бемориҳо маҳсуб меёбад.

АДАБИЁТ:

- 1.Бредихина Н.В. Роль институтов семьи, образования и здравоохранения в формировании здорового образа жизни населения// Социология и политология. Вестник ЮУрГУ, №32 (165), 2009.-С.84-87.
- 2.Гаибов А.Г., Пулатов К.Дж., Лукьянов Н.Б. Современные оценки и направления пути улучшения здоровья населения Таджикистана. //Евразийский медицинский-научно-практический журнал-Сино.2019,№1.-С.110-114.



3. Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон "Дар бораи масъулияти падару модар дар тарбияи фарзанд" № 762, аз 2 августи соли 2011.
4. Курбонов А.Ш. "Илм ва маориф: тамоюлот, мушкилот, дурнамо": Ирфон, 2019.- 406
5. Национальная программа формирования здорового образа жизни в Республике Таджикистан на 2011-2020 годы, утвержденная Постановлением Правительства Республики Таджикистан № 560 от 30 октября 2010 г.
6. Понамарева Т.А. Особенности формирования ценностных ориентаций населения на здоровый образ жизни// Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. Том 12. № 1. 2017.-С.82-90.

ОБРАЗОВАНИЕ, КУЛЬТУРА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАНЕ

Курбонов Н.Т.,¹ Гаиров А.Г.,² Джумаева М.М.,³ Джаббаров Т.С.⁴

ГУ "Научно-исследовательский институт профилактической медицины Таджикистана"¹, ГУ "Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов"², ГОУ "Республиканский медицинский колледж"³, ГОУ "Институт последипломного образования в сфере здравоохранения"⁴, Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Резюме. Обосновывается, в целом, взаимосвязь образования, культуры и состояния здоровья населения, достигаемого через ведение здорового образа жизни, что в основном складывается в детском и подростковом возрасте, а в дальнейшем находится в зависимости от влияющих на него различных факторов риска. Относясь к древнейшим элементам человеческой цивилизации, культура и духовная жизнь народа, его образованность, воздействуют одновременно и на сознание и на чувства. Они способствуют социальной активности личности, позволяют ему делать правильный выбор, избегая угрозы и риски для здо-

ровья, становятся движущей силой развития личности, государства и гражданского общества. Тем самым образование, культура и здравоохранения становятся зеркалом и репутации власти, главной задачей которых является развитие государства, повышение качества жизни населения, формирование здорового образа жизни, развитие стратегии культуры и нового отношения к своему здоровью и профилактики заболеваний.

Ключевые слова: Здоровый образ жизни, ответственности родителей, образование, культура, здоровье населения, профилактика болезни, Таджикистан.

EDUCATION, CULTURE AND HEALTH CARE AS A FACTOR IN THE FORMATION OF A HEALTHY LIFESTYLE IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

1Kurbonov N.T., 2Gaibov A.G., 3Jumaeva M.M., 4 Jabbarova T.S.

SE "Research Institute of Preventive Medicine of Tajikistan"¹, SE "Research Institute of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled People"², SEE "Republican Medical College"³, SEE "Institute of Postgraduate Education in Healthcare"⁴, the Ministry of Health and social protection of the population of the Republic of Tajikistan

Summary. The article demonstrates, in general, the relationship between education, culture and the state of health of the population, achieved through maintaining a healthy lifestyle, which is mainly put down in childhood and adolescence years and further depends on

various risk factors influencing it. Linked to the most ancient elements of human civilization culture and spiritual life of the people as well as their education, affect both consciousness and emotional state. Abovementioned factors contribute to the social activity of the individual



allows to make the right choice avoiding threats and risks to health, thus becoming the driving force behind the development of the individual, the state and civil society. Hence, education, culture and health care turn out to be a mirror and the reputation of the authorities, whose main task is to develop the state, improve the

quality of life of the population and form a healthy lifestyle, develop a culture strategy and a new attitude to population health and prevent diseases.

Key words: healthy lifestyle, parental responsibility, education, culture, public health, disease prevention, Tajikistan.

Курбонов Назарали Талабович - унвонҷуи МД "Пажухишигоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон"-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон; email: s_amon@mail.ru; телефон.: 907072023; 935930702

Курбонов Назарали Талабович - соискатель ГУ "Научно-исследовательский институт профилактической медицины Таджикистана" Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; email: s_amon@mail.ru; телефон.: 907072023; 935930702

Kurbonov Nazarali Talabovich - applicant of the SE "Research Institute of Preventive Medicine of Tajikistan" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan; email: s_amon@mail.ru; phone: 907072023; 935 93 07 02

ҲОЛАТИ МАНБАЪҲОИ ОБТАЪМИНКУНИИ ОБИ НҶШОКИИ АҲОЛИИ ШАҲРИ ПАНЧАКЕНТ

Рачабов Р.М., Давронзода И., Муминов Ш.Р.

Кафедраи беҳдошти муҳити зисти Муассисаи давлатии таълимии "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Муҳиммият. Табиист, ки яке аз афзалиятҳои сиёсати давлатӣ ва минтақавӣ қонеъгардонии эҳтиёҷоти аҳоли ба оби босифати нӯшокӣ мебошад. Сифати оби нӯшокӣ манбаъҳои рӯизаминӣ ва зеризаминӣ, ки қисми муҳими ҳаёти инсон ҳисобида мешавад, яке аз мавқеъҳои муҳимтаринро дар таъмини саломатӣ, паст кардани сатҳи фавтиш ва афзоиши умри мардум нақши муҳимро аз худ кардааст. Мушкилоти таъмини аҳоли ба оби нӯшокӣ ва ниёзҳои рӯзгор барои инсоният дар тӯли солҳои зиёд мавриди омӯзиш қарор дорад.

Об яке аз омилҳои муҳимтарини истифодабарандаи инсон мебошад. Норасоии оби ошомиданӣ, сифати пастӣ он сатҳи беҳбудии аҳолиро ба таври назаррас коҳиш дода, яке аз омилҳои эҳтимолияти баланд шудани бемориҳои вобаста ба об шуда метавонад. Мувофиқи маълумоти Созмони Умумиҷаҳонии Тандурустӣ, сифати оби ошомиданӣ, дуввумин омили хавфнок пас аз камбизоатӣ, ки ба саломатии

инсон таъсири бевоситаи худро мерасонад, маҳсуб мешавад[1].

Тадқиқотҳои сершумори илмӣ муайян намудаанд, ки дар байни сабабҳои, ки ба саломатӣ ва вазъи демографии аҳоли таъсир мерасонанд, мавҷудият ё набудани оби нӯшокӣ ва нӯшокӣ нақши муҳим дорад [2,3,1,4].

Бо вуҷуди ин, масъалаи баланд бардоштани сифати оби нӯшокӣ аҳамияти муҳими иҷтимоию гигиенӣ, тиббӣ ва иқтисодӣ дошта, бинобар ин таъсири таъмини оби нӯшокӣ ба сифати ҳаёт ва солимии аҳоли, ҳарҷоти молиявӣ барои ҳалли он назаррас аст.

Мақсади тадқиқот: Гузаронидани баҳодихии ҳолати гигиени манбаъҳои обтаъминкунии оби нӯшокӣ дар шаҳри Панҷакент.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот: Мавзӯи тадқиқот аҳолии шаҳри деҳоти Панҷакент, манбаъҳои обтаъминкунии марказонидашуда ва ғайримарказонидашуда буда, бо усу-



ли таҳлили ретроспективӣ гузаронида шу-
дааст.

Натиҷа ва баррасӣ. Дар шаҳри Панҷакент 01.01.2018 290709 нафар (дар 01.01.2018) зин-
дагӣ менамоянд, ки 238043 нафар (82,0%) аз
оби марказонидашуда, 3791 нафар (1,3%) аз

обҳои чоҳҳои амудӣ, 25825 нафар (9,0%) аз
обҳои чашма, 2918 нафар (1,0%) аз оби
чоҳҳои қудуқӣ, 6758 нафар (2,3%) аз обҳои
дарё, 5505 нафар (1,9%) аз обҳои сой ва 1127
нафар (0,3%) аз оби қашонида истифода ме-
баранд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. Таъминоти аҳолии шаҳри Панҷакент бо оби нӯшокӣ дар соли 2018.

№	Ҷамоатҳо ва шаҳр	Миқдори аҳоли населения	Манбаъҳои оби нӯшокӣ							
			Лӯлаи об	Чоҳҳои амудӣ	Чашма	Қудуқ	Дарё	Ҷӯйбор	Оби сой	Қашонида
1	ш.Панҷакент	42394	42394							
2	Саразм	32534	26191		735	875	437		4296	
3	Чинор	7975	7975							
4	Х.Ҳасан	17924	17924							
5	Сӯчина	15126	11181	1902		2043				
6	Косатарош	21898	18605			2783		510		
7	Л.Шералӣ	20993	19104	1889						
8	Рӯдакӣ	21557	17275		1255		3027			
9	Ёрӣ	22820	20127		1046		827	820		
10	Амондара	16016	9314		1437		1017	4248		
11	Хурмӣ	12386	8129		1884				2373	
12	Шинг	11755	8175		2963		617			
13	Моғиён	23291	22517		777					
14	Фароб	10157			10157					
15	Ворӯ	13883	9135		2788		833			1127
	Ҳамагӣ	290709	238043	3791	25825	2918	6758	5505	6669	1127
	%	100	82,0	1,3	9,0	1,0	2,3	1,9	2,2	0,3

Дар санаи 01.01.2018 дар Панҷакент 44
системаи мутамаркази обтаъминкунӣ - 1
коммуналӣ, 8 шӯъба ва 35 шабакаи деҳот
мавҷуд буданд.

Дар 29 системаи мутамаркази обтаъмин-
кунӣ сарчашмаҳои оби рӯизаминӣ вучуд на-
доштанд, ки дар онҳо ягон нерӯгоҳи обтаъ-
минкунӣ, домҳои қум, танкҳои таҳшин, фил-
трҳо ва захираҳои дезинфектантӣ мавҷуд
набуданд. Вақте ки ҳаво тағйир меёбад, ин
манбаъҳои обтаъминкунӣ нишондиҳан-
даҳои сифати обро (ранг, маза, бӯй) нишон
доданд. Фалокатҳои мавҷуда дар ин иншо-
от саривақт бартараф карда нашуданд ё дар
бораи барҳам додани маркази марказии
санитарию эпидемиологии шаҳр хабар до-
данд.

Дар 8 системаи мутамаркази обтаъмин-
кунӣ сарчашмаҳои обҳои зеризаминӣ бу-
данд, ки ба пуррагӣ ба гигиена ҷавобгӯ на-
буданд. Набудани ҳавзи оби тоза, иншоот

барои безаргардонии оби нӯшокӣ, мин-
такаи муҳофизати санитарӣ ва ғ.

Аз манбаъҳои гайримутамарказ 2 чоҳи
амудӣ ва 19 чашма, ки минтақаҳои муҳофи-
зати санитарӣ доранд, мавҷуданд. Дар 21
деҳаи 7 ҷамоати шаҳрак, 22 734 нафар соки-
нон обро аз обанборҳо, каналҳо, дарёҳо ва
ҷӯйҳо истифода мебаранд, ки хатари эпиде-
миологӣ хатарнок аст.

Таҳлили бактериологӣ ва химиявии об
барои соли 2018 аз ҷониби Маркази назо-
рати давлатии санитарӣ ва эпидемиологии
Панҷакент гузаронида шуда, аз 1813 наму-
наҳои оби нӯшокӣ (дар соли 2017 2116), аз
ҷумла намунаи санитарӣ ва бактериологӣ -
1088 (дар солҳои 2017-1195), ки онҳо муво-
фиқ набуданд, гузаронида шуд меъёрҳои
санитарӣ - 19 намуна (2017-11); ба лабора-
торияи санитарию кимиёвӣ 725 (2017-921),
ки ба стандартҳои санитарӣ (2017-14)
ҷавобгӯ нестанд.



Хулоса. Барои ҳалли мушкилоти дар боло зикршуда, пурзӯр намудани маркази назорати давлатии санитарияу эпидемиологии шахрӣ, гузаронидани чорабиниҳо барои беҳтар намудани манбаъҳои обтаъминкунӣ бо таъмини минтақаҳои муҳофизатии санитарӣ, қорӣ намудани технологияҳои нав барои интиқол ва коркарди об, истифодаи манбаъҳои обтаъминкунии маҳаллӣ дар

амалия ва гузаронидани корҳои фаҳмондадиҳии гигиенӣ ба аҳолии маҳаллӣ тавсия дода мешавад. Инчунин бояд қайд намуд, ки мавҷудияти минтақаҳои муҳофизатии санитарии умумӣ ва маҳаллӣ ба аҳолии оби мусоиди оби нӯшокиро кафолат намедиҳанд ва барои нигоҳ доштани сифати баланди оби нӯшокӣ иншоотҳои эҳтиётӣ баҳри самаранокии онҳо заруранд.

АДАБИЁ.

1. Рахманин Ю.А., Румянцев Г.И., Новиков С.М. Методологические проблемы диагностики и профилактики заболеваний, связанных с воздействием факторов окружающей среды // Гигиена и санитария. - 2001. - № 5. - С.3-7.
2. Конвенция ООН по борьбе с опустыниванием в тех странах, которые испытывают серьезную засуху и / или опустынивание, особенно в Африке. - Женева, 1995. - 78 с.
3. Онищенко Г.Г. Актуальные задачи гигиенической науки и практики в сохранении здоровья населения // Гигиена и санитария. - 2015. - № 3. - С. 5-9.
4. Эльпинер Л.И. Медико-экологические аспекты кризиса питьевого водоснабжения // Гигиена и санитария. - 2013. - № 6. - С.38-44.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЕ ПИТЬЕВОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ ГОРОДА ПЕНДЖИКЕНТА

Раджабов Р.М., Муминов Ш.Р., Давронзода И.

Кафедра гигиены окружающей среды ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино".

Резюме. В статье приведены данные о городском и сельском населении г. Пенджикента, централизованные и местные системы водоснабжения и их источники. Установлено негативное отношение местного населения вододефицитных районов. Показано, что важным условием реализации программ, направленных на обеспечение гигиенической безопасности населения в области водоснабжения является обоснование и внедрение в практику комплекса мероприятий по обеспе-

чению сельских жителей доброкачественной питьевой водой. К ним относятся водоохранные мероприятия на водоисточниках, совершенствование систем транспортировки, очистки, опреснения и кондиционирования питьевой воды. Приоритетным остается осуществление социально-гигиенического мониторинга за условиями водопользования сельских населенных мест.

Ключевые слова: условия водоснабжения, качество воды, сельское население.

HYGIENIC EVALUATION CONDITION OF DRINKING WATER SUPPLY OF PANJAKENT CITY

Daburov K.N., Muminov Sh.R., Rajabov R.M., Davronzoda I.

Department of Environmental Hygiene among the State Educational Institution "ATSMU".

The article provides data on the urban and rural population of Penjikent, centralized and local water supply systems and their sources. The negative attitude of the local population in water-deficient areas has been established. It is

shown that an important condition for the implementation of programs aimed at ensuring the hygienic safety of the rural population in the field of water supply is the justification and implementation of a set of measures to provide



rural residents with benign drinking water. These include water conservation measures at water sources, improvement of the systems of transportation, purification, desalination and conditioning of drinking water. The

implementation of socio-hygienic monitoring of the conditions of water use in rural areas remains a priority.

Keywords: water supply conditions, water quality, rural population.

Раҷабов Рустам Муллоҷонович - номзади илмҳои тиб, декани факултати терапияи МТД "Донишқадаи тахсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон", E-mail rus-jon@mail.ru, тел: +(992)931040817

Раджабов Рустам Муллоджонович - кандидат медицинских наук, декан терапевтического факультета ГОУ "Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан" E-mail rus-jon@mail.ru, тел: +(992)931040817

Rajabov Rustam Mullojonovich - candidate of the medical sciences, dean of the faculty of therapy State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"



НЕВРОЛОГИЯ

ХУСУСИЯТҲОИ ШИНОХТАНИ НОРАСОИҲО ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИИ ПАРКИНСОН, ВОБАСТА АЗ ДАВОМНОКИИ ПАТОЛОГӢ**Н.А. Зарипов¹, М.Т. Ғаниева¹, С.М. Абдуллозода², Н.Б. Бахтиёрова³**

Кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббӣ, МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" Душанбе, Тоҷикистон¹. Кафедраи эпидемиология, МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" Душанбе, Тоҷикистон². Кафедраи беҳдошти муҳити зист, МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" Душанбе, Тоҷикистон³

Муҳимият. Бемории Паркинсон (PD) як бемории дегенеративӣ аст, ки дар натиҷаи таназзули ба истилоҳ модаи сиёҳи мағзи миёна инкишоф меёбад - минтақаи махсусест, ки истеҳсоли допаминхоро назорат мекунад ва онро ба марказҳои ҳаракатдори қабатҳои амиқи мағзи сар равона мекунад. PD пас аз бемории Алзгеймер бемории маъмули нейродегенеративӣ ҳисобида мешавад.

Дар саросари ҷаҳон теъдоди беморони мубтало ба Паркинсон зиёд мешавад. Паҳншавии PD 120-180 дар 100 000 мебошад ва ин дар байни аҳолии аз 60-сола боло ба 1% мерасад ва дар байни аҳолии аз 85-сола ин рақам ба 2205,3 дар 100000 мерасад. Ин беморӣ асосан дар синни пирӣ ва солхӯрдагӣ дучор мешавад [2]. Тибқи гуфтаи Фолтини, гирифторӣ ба PD аз 100 то 10000 аҳоли дар як сол аз 8 то 19 мебошад [16]. Дар тақрибан 90% -и ҳолатҳо PD пароканда аст [11]. Аз ҷиҳати этиологӣ PD чандомилӣ ҳисобида мешавад, омилҳои асосии хатар инҳоянд: пириву солхӯрдагӣ, майли генетикӣ, омилҳои экологӣ (пестсидҳо ва гербицидҳо (аксар вақт ин ба аҳолии деҳот дахл дорад), оксиди карбон, намакҳои металлҳои вазнин (хусусан марганец, симоб), заҳролудҳои экзогенӣ), аммо омилҳои асосии рушди PD то ҳол номаълум боқӣ мондааст.

Марги интиҳобии селулаҳои мағзии модаи сиёҳ аз таъсири 1-метил-4-фенил-1,2,3,6-тетрагидропиридин (MPTP) ба амал меояд, ки дар тавсеаи моделҳои таҷрибавии PD дар ҳайвонот васеъ истифода мешавад. Набудани антиоксиданти кофӣ дар парҳези ғизо хавфи инкишофи ПД-ро зиёд мекунад. Эътироф шудааст, ки тамокукашӣ ба саломатӣ зараровар аст, аммо натиҷаҳои

таҳқиқоти эпидемиологӣ дар даҳсолаи охир нишон доданд, ки хавфи PD дар одамоне, ки тамоку мекашанд кам аст [7], инчунин одамоне, ки зуд-зуд қаҳва менӯшанд [13].

Тақрибан 10-15% одамони гирифтори PD ҳадди аққал яке аз хешовандони наздики онҳо ин бемориро доштаанд [6].

Азбаски ин беморӣ дар аксари ҳолатҳо маъҷубии доимӣ, беҳоліву нотавањӣ дорад, он на танҳо мушкilotи тиббӣ, балки мушкilotи иҷтимоию иқтисодӣ низ ҳисобида мешавад.

Муҳимтарин зухуроти ғайриҳаракатии PD иллатҳои нуқсони мағзӣ мебошанд, ки метавон дар марҳилаҳои аввали беморӣ мушоҳида кард. Тибқи маълумоти мо, шиддати нуқсони мағзӣ мустақиман бо давомнокии беморӣ мутаносиб аст, яъне беморӣ ҳар қадар тӯл кашад, дараҷаи нуқсони мағзӣ ҳамон қадар равшантар ба назар мерасад.

Мақсади таҳқиқот: Омӯзиши робитаи байни вазъи функцияҳои мағзӣ ва шиддати бемории Паркинсон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: Таҳқиқот дар заминаи Муассисаи давлатии "Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон - Шифобахш" гузаронида шуд. Дар таҳқиқот 19 нафар беморони марҳилаҳои гуногуни PD-шомил буданд.

Мусоҳиба бо беморон тариқи саволномаи махсус сурат гирифт, ки дар он маълумоти демографӣ (синну сол, ҷинс), таҳсилот, маълумот дар бораи давомнокии PD, мавҷудияти бемориҳои дигар, омилҳои хавф, одатҳои бад, доруҳои истифодашаванда, мавҷудияти PD ва бемории мағзӣ дар байни хешовандони наздик ва шикоятҳои субъективӣ (вайроншавии хотира (ҳифз, диққат) ва хастагӣ) ворид карда шуданд.



Ҳамаи беморон, ба хоитири аз байн бурдани дигар бемориҳои марбут ба ихтилоли мағзӣ, хастагӣ ва / ё ҳоболудӣ, аз муоинаи умумии клиникӣ ва неврологӣ, таҳхиси хунии гематологӣ ва биохимиявӣ гузаронида шуданд. Беморони гирифтори PD барои мавҷудияти ихтилоли аффеқтӣ, дарккунӣ, наҷамандӣ ё дигар патологияи рӯхӣ аз раваншинос машварат гирифтанд. Муҳаққиқ дар раванди таҳқиқот ба усули табобати бемор мудохила накардааст. Марҳилаи PD мувофиқи қадвали тағйирёфтаи Хена ва Яра [1] муайян гардида, барои санҷиши ихтилоли мағзӣ миқёси MMSE [5] (Mini-mentalState Examination) ва тести расмкашӣ бо истифодаи вақт ба кор рафтаанд.

Аз 19 бемор, гурӯҳи асосиро 14 бемор (64,2%) занон ва 5 (35,7%) мардон) аз 35 то 69-сола ташкил медоданд. Меъёрҳои шомил кардани беморон ба гурӯҳи асосӣ таҳхиси муқарраршудаи PD, давомнокии беморӣ на бештар аз 12-18 моҳ, набудани беморӣ, марҳилаи PD аз рӯи шкалаи Хена ва Яра на бештар аз 1,5 буданд. Гурӯҳи назоратӣ аз 5 беморон бо марҳилаҳои охири PD иборат буданд. Синну соли миёна 53.91 ± 9.45 солро ташкил намуд.

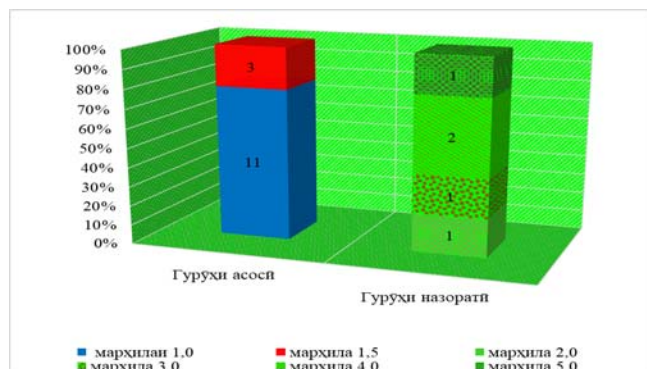
Барои гузаронидани санҷиши кашидани расми соат ба ҳамаи беморон варақаҳои тоза дар формати A4 бо қайди ном, синну соли бемор дар сутуни махсус ва қалами содаи мулоим дода шуданд. Дастури зерин ба ҳамаи беморон инфиродӣ пешниҳод карда шуда, дар рӯи қоғаз навишта шудааст: "Лутфан соати мудававро бо рақамҳо кашед, то ки акрабаки соат ба вақти муайян ишора кунад." Рамзгузори натиҷаҳои санҷиши кашидани соат дар миқёси 10-баллӣ гузаронида шуд [6].

Таҳлили омории маълумоти бадастомада бо истифода аз усулҳои фоиқӣ ва нармфзори Statistica 10.0 гузаронида шуд. Маълумотҳо бо ҳисоб кардани таносуб (%) ҳамчун арзиши мутлақӣ онҳо нишон дода шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Ҳамагӣ 76,4%-и беморон маълумоти олӣ доштанд, аини замон дар дараҷаи таҳсилот миёни мардон ва занон тафовути ҷиддӣ мушоҳида нашуд. Нишондоди MMSE барои беморони гурӯҳи асосӣ ба ҳолати бе деменсия (29-30 ҳол) мувофиқат мекард ва фарқи мушоҳидашуда байни беморон аз ҷиҳати оморӣ ва клиникӣ аҳамият надошт. Дар беморони гурӯҳи назоратӣ нишондиҳандаҳои MMSE бо дараҷаи заифшавии ақлонӣ то деменсия, нисбатан пасттар буд.

Қадвали № 1. Нишондиҳандаҳои арзёбии вазъи зеҳнӣ аз рӯи қадвали MMSE дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ.

Нишондиҳандаҳои арзёбии вазъи зеҳнӣ аз рӯи қадвали MMSE			
гурӯҳи асосӣ		гурӯҳи назоратӣ	
n=14	Бали ниҳой	n=5	
12 (85,7%)	28-30 бал	-	
2 (14,2)	24-27 бал	-	
-	20-23 бал	1 (20%)	
-	11-19 бал	3 (60%)	
-	0-10 бал	1	

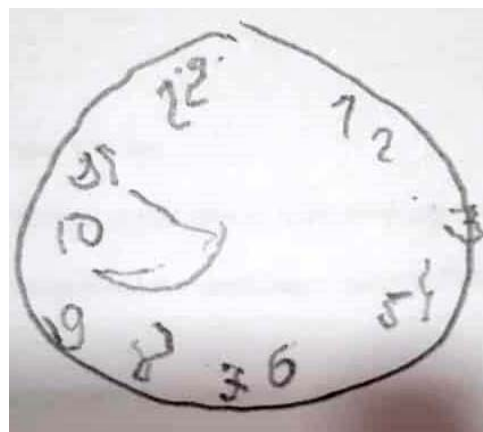


Тасвири 1. Мушаххасоти беморон мутобиқи тағйироти қадвали Хан- Яра

Тағйироти нишондиҳандаҳои марҳилаи бемории Паркинсон тибқи қадвали Хан ва Яра дар беморони гурӯҳи асосӣ чунин буданд: дар 11 (78,57%) бемор марҳилаи 1-и беморӣ, дар 3 (21,42%) бемор марҳилаи 1.5 беморӣ таҳхис гардид. Дар гурӯҳи назоратӣ тибқи нишондоди мазкур аз 2.0 то 5.0 марҳилаи бемории Паркинсон қайд карда шуд. Барои ҳамаи беморони гурӯҳи асосӣ дастурамали тести кашидани соат аз дафъаи аввал фаҳмо буд. Хусусияти баҳодихии тести кашидани соат дар байни беморони ҳарду гурӯҳ дар қадвали 2 оварда шудаанд.

Ҷадвали 2. Нишондиҳандаҳои ҳолҳои умумӣ барои тести кашидани расми соат.

Натиҷа бо балл	гурӯҳи асосӣ (n=14)	гурӯҳи назоратӣ (n=5)
10	8 (57,14%)	-
9	4 (28,57%)	-
8	1 (7,14%)	-
7	1 (7,14%)	-
6	-	3 (60%)
5	-	-
4	-	-
3	-	1 (20%)
2	-	1 (20%)
1	-	-



Тасвири №2. Намунаи санчиши расмкашии соат (гурӯҳи назоратӣ).

Балли умумӣ нишон медиҳад, ки дар гурӯҳи асосӣ дар 8 бемор (57,14%) давра муқаррарӣ кашида шудааст, рақамҳо дар ҷойҳои мувофиқ буданд, тирҳо ба вақти муайян (додашуда) ишора мекунад. Дар 28,57% беморон дар мавқеи тирҳо ҳамоғӣ буданд. Дар 2 бемор ҳамоғӣ дар мавқеи тирҳо ба назар мерасанд, тирҳо вақти нодурустро нишон медиҳанд, ки ба нуқсонҳои сабуки зехнӣ мувофиқанд.

Натиҷаҳои иҷрои тести кашидани соат дар гурӯҳи назоратӣ чунин буд: дар 3 бемор (60%) натиҷа 6 балл арзёбӣ шуд, тирҳо ба рақамҳо ишора нашуданд, дар баъзе ҷойҳо тирҳо набуданд, вақти лозимаро бошад бо давра ё қайдҳо ишора мекарданд. Дар 40% беморон баъзе рақамҳо намерасиданд ё онҳо берун аз ҳалқа ҷойгир буданд, дар баъзе ҷойҳо рақамҳо ҳам пайваست карда нашудааст.

Мувофиқи маълумотҳои адабиёти дастрас,

санчиши расмкашии соат ҳамчун воситаи арзёбии фаврии ихтилоли зехнӣ самаранок истифода мешавад. Он аксар вақт дар ташҳиси ихтилоли зехнӣ намоёнтар истифода мешавад. Аммо натиҷаҳои таҳқиқоти мо нишон доданд, ки санчиши расмкашии соатӣ ҳудудан танҳо дар ташҳиси норасоии шадиди зехнӣ, балки дар ташҳиси ихтилоли барвақтии зехнӣ низ хуб нишон додааст.

Хулоса:

1. Сатҳи ихтилоли зехнӣ дар беморони марҳилаи аввали бемории Паркинсон пасттар ба назар мерасад. 2. Бемороне, ки дар марҳилаҳои охири бемории Паркинсон ҳастанд, ихтилоли зехнӣ намоёнтар мушоҳида шудааст. 3. Ташҳиси саривақтии нуқсонҳои зехнӣ дар маризони гирифтори бемории Паркинсон, як меъёри саривақтии ташҳисӣ ба ҳисоб меравад.

АДАБИЁТ

1. Ахметжанов ВК, Шашкин ЧС, Керимбаев ТТ. Болезнь Паркинсона. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика. Нейрохирургия и неврология Казахстана. 2016;4(45):18-25.



2. Байрамукова АМ, Ажахметова АК, Карпов СМ. Эпидемиология болезни Паркинсона в различных странах мира. Успехи современного естествознания. 2013;9:20-21.
3. Гимоян ЛГ, Силванян ГГ. Нарушение Когнитивных функций: актуальность проблемы, факторы риска, возможности профилактики и лечения. Архив внутренней медицины. 2013;2(10): 35-40.
4. Левин ОС, Артемьев ДВ, Бриль ЕВ, Кулуа ТК. Болезнь Паркинсона: современные подходы к диагностике и лечению. Практическая медицина. 2017;1(102):45-51.
5. Мазуренко ЕВ, Паномарев ВВ, Сакович РА. Когнитивные нарушения при болезни Паркинсона. Медицинские новости. 2014;1:6-15.
6. Мелёхин АИ. Использование теста рисования часов в скрининг - обследовании когнитивного дефицита. Национальные приоритеты России. 2014;2:186-198.
7. Рыбкина ВЛ, Азизова ТВ. Факторы риска развития болезни Паркинсона. Неврологический Журнал. 2017;6:287-294.
8. Соловьева АП, Горячев ДВ, Архипов ВВ. Критерии оценки когнитивных нарушений в клинических исследованиях. Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения. 2018; 4(8):218-230.
9. Труфанов ЕА. Дифференциальный диагноз болезни Паркинсона и эссенциального тремора. Медицинский вестник Юга России. 2013;(1):73-79.
10. Чухловина МЛ. Патогенетические механизмы деменции у пациентов старшего возраста с болезнью Паркинсона. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Карсакова. 2014;114(7):79-82
11. Berardelli A, Wenning GK, Antonini A, Berg D, Bloem BR, Bonifati V, Brooks D, Burn DJ, Colosimo C, Funciulli A, Ferriara J, Gasser T, Grandas F, Kanovsky P, Kostic V, Kulisevsky J, Oertel W, Poewe W, Reese JP, Relja M, Ruzicka E, Schrag A, Sepi K, Taba P, Vidailhet M. EFNS/ MDS-ES/ENS [corrected] recommendations for the diagnosis of Parkinson's disease. European Journal of Neurology 2013; 20(1): 16-34.
12. Molenhauer B, Zhang J. Biochemical premotor biomarkers for Parkinson's disease. Mov Disord 2012; 27(5): 644-650.
13. Prediger RD. Effects of caffeine in Parkinson's disease: from neuroprotection to the management of motor and non-motor symptoms. J. Alzheimers Dis 2010; 20(Suppl 1): .S205-S220.
14. Satake W, Nakabayashi Y, Mizuta I, Hirota Y, Ito C, Kubo M, Kawaguchi T, Tsunoda T, Watanabe M, Takeda A, Tomiyama H, Nakashima K, Hasegawa K, Obata F, Yoshikawa T, Kawakami H, Sakoda S, Yamamoto M, Hattori N, Murata M, Nakamura Y, Toda T. Genome-wide association study identifies common variants at four loci as genetic risk factors for Parkinson's disease. Nature Genetics 2009; 41(12): 1303-1307.
15. Simon-Sanchez J, Schulte C, Bras JM, Sharma M, Gibbs RJ, Berg D, Paisan-Ruiz C, Lichtner P, Scholz SW, Hernandez DG, Kruger R, Federoff M, Klein C, Goate A, Perlmutter J, Bonin M, Nalls MA, Illig T, Gieger C, Houlden H, Steffens M, Okun MS, Racette BA, Cookson MR, Foote KD, Fernandez HH, Traynor BJ, Schreiber S, Arepalli S, Zonazi R, Gwinn K, Brug M, Lopez G, Chanock SJ, Schatzkin A, Park Y, Hollenbeck A, Gao J, Huang X, Wood NW, Lorenz D, Deuschl G, Chen H, Riess O, Hardy JA, Singleton AB, Gasser T. Genome-wide association study reveals genetic risk underlying Parkinson's disease. Nature Genetics 2009; 41(12):1308-1312.
16. Williams-Gray CH, Evans JR, Goris A, Thomas F, Ban M, Trevor WR, Carol B, Kolachana BS, Weinberger DR, Sawcer SJ, Barker RA. The distinct cognitive syndromes of Parkinson's disease: 5 year follow-up of the CamPaIGN cohort. Brain 2009; 132: 2958- 2969.



ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПАТОЛОГИИ

Н.А. Зарипов¹, М.Т. Ганиева¹, С.М. Абдуллозода², Н.Б. Бахтиёрова³

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", Душанбе, Республика Таджикистан¹. Кафедра эпидемиологии ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", Душанбе, Республика Таджикистан². Кафедра гигиены окружающей среды, ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", Душанбе, Республика Таджикистан³

Резюме

Цель: Изучить связь между состоянием когнитивных функций и тяжестью болезни Паркинсона.

Материал и методы: Исследование проводилось на базе ГУ "Национальный медицинский центр Республики Таджикистан - Шифобахш". В исследование были включены 19 пациентов с различными стадиями болезни Паркинсона.

Из 19 пациентов основную группу составили 14 пациентов (9 (64,2%) женщин и 5 (35,7%) мужчин) в возрасте от 35 до 69 лет. Критериями включения пациентов в основную группу являлись: установленный диагноз БП, давность заболевания не более 12 - 18 месяцев, отсутствие деменции, стадия БП по шкале Хен и Яра не более 1,5. Контрольную группу составили 5 пациентов с поздней стадией БП. Средний возраст составил $53,91 \pm 9,45$ лет.

Результаты: Показатель MMSE для пациентов основной группы соответствовал статусу без деменции (29-30 баллов), а у пациентов контрольной группы отмечались более

низкие баллы по шкале MMSE, указывающие на выраженность когнитивных нарушений, вплоть до деменции. Результаты выполнения теста на рисование часов в контрольной группе были следующими: у 3 пациентов (60%) результат оценивался в 6 баллов, стрелки не указывали на цифры, местами отсутствовали стрелки, а нужное время было обведено кружком или галочкой. У 40% пациентов часть чисел отсутствовала или они были расположены вне круга, местами циферблат был не связан друг с другом.

Заключение. 1. Частота встречаемости когнитивных нарушений у больных ранней стадии болезни Паркинсона низкая. 2. У больных в поздних стадиях болезни Паркинсона отмечается более выраженный когнитивный дефицит вплоть до деменции. 3. Раннее выявление когнитивных нарушений у больных с болезнью Паркинсона является своевременным и необходимым диагностическим критерием.

Ключевые слова: Болезнь Паркинсона, когнитивные функции, деменция, шкала MMSE, тест рисования часов.

FEATURES OF COGNITIVE DYSFUNCTIONS IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE DEPENDING ON THE DURATION OF THE PATHOLOGY

N.A. Zaripov¹, M.T. Ganieva¹, S.M. Abdullozoda², N.B. Bakhtiyorova³

Department of Neurology and Fundamentals of Medical Genetics of SEI "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Tajikistan¹. Department of Epidemiology SEI "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Tajikistan². Department of Environmental Health, SEI "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Tajikistan³

Summary

Objective: To investigate the relationship between the state of cognitive function and the severity of Parkinson's disease.

Material and methods: The research was conducted on the basis of the State Institution "National Medical Center of the Republic of Tajikistan - Shifobakhsh". 19 patients with



different stages of PD (Parkinson's disease) were included in the research.

Out of 19 patients the main group consisted of 14 patients (9 (64.2%) women and 5 (35.7%) men) aged 35 to 69 years. Criteria for inclusion of patients into the main group were the established diagnosis of Parkinson's disease, duration not more than 12-18 months, absence of dementia, Parkinson's disease stage on the Hen and Yar scale not more than 1.5. The control group consisted of 5 patients with advanced stages of PD. The average age was 53.91 ± 9.45 years.

Results: The MMSE score for the main group patients corresponded to the status without dementia (29-30 points), while the control group patients had lower scores on the MMSE scale, indicating the severity of cognitive impairment, up to dementia.

The results of the test for drawing a clock in the control group were as follows: in 3 patients (60%) the result was estimated at 6 points, the arrows did not indicate numbers, there were no arrows in places, and the desired time was circled or ticked. In 40% of patients some of the numbers were missing or they were located outside the circle, in some places the dial is not connected to each other.

Conclusion. 1. The frequency of cognitive impairment is low in patients with early Parkinson's disease.

2. Patients in late stages of Parkinson's disease have more pronounced cognitive deficit up to dementia.

3. Early detection of cognitive deficits in patients with Parkinson's disease is a timely and necessary diagnostic criterion.

Keywords: Parkinson's disease, cognitive functions, dementia, MMSE scale, clock-drawing test.

Зарипов Нурали Абдуракибович, докторант PhD кафедры неврологии и основ медицинской генетики, ГОУ "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуалииби Сино". ORCID: 0000-0001-5494-1218. Author ID: SPIN-код: 8489-6082. E-mail: nur.tj-94@mail.ru. Тел.: (+992) 987 329015, (+992) 935 385777

Zaripov Nurali Abdurakibovich, PhD Student, Department of Neurology and Basics of Medical Genetics, Avicenna Tajik State Medical University. ORCID: 0000-0001-5494-1218. Author ID: SPIN-код: 8489-6082. E-mail: nur.tj-94@mail.ru. Tel.: (+992) 987 329015, (+992) 935 385777



ПЕДИАТРИЯ

ТАБОБАТ ВА ЗУҲУРОТИ КЛИНИКИИ ДЕРМАТИТИ АТОПИКӢ ДАР КӢДАКОН

Абдуллаева Н.А.¹, Хайдарова О.Ф.¹, Кадирова М.Р.¹, Раҳмонов Т.²

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи (мудири кафедра н.и.т. дотсент Л.А. Бабаева)-и МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино". ².Шуъбаи аллергологияи МДМТ - и "Истиқлол".

Муҳиммият. Дерматити атопикӣ (ДА) яке аз проблемаҳои актуалии синну соли кӯдакӣ ба ҳисоб меравад, вай бемории музминии алергии пӯст мебошад, ки дар шахсони дорои тамоюли генетикидошта нисбат ба пайдо шудани дерматити атопикӣ ё экземаи (шукуфаи) кӯдакон пайдо мешавад, дар пӯсти бадан ва андомҳо (ба истиснои секунҷаи биниву лабҳо) лонаҳои эритематозии хоришдори микровизикулаҳо, сохторҳои кушодашавандаи намнок, эрозиядор ва қарахшҳо ба назар мерасанд. Ба хусусиятҳои синнусоли аломатҳои клиникаи он донаҳои экссудативӣ ё лихеноидӣ, баланд шудани сатҳи зардобии JgE ва гиперҳассосият ба барангезандаҳои махсус (аллергенӣ) ва номахсус хос мебошанд.

Вариантҳои клиникӣ -этиологияи ДА аз хусусияти сенсibiliзатсия (бо бартарии аллергенҳои ғизоӣ, доруй, гарду чанг, занбурӯғӣ ва ғ.) вобаста мебошанд. Алергенҳои ғизоӣ дар пайдо шудани ДА, махсусан дар кӯдакони синну соли барвақт ҷойи намоёнро касб мекунанд. Тақрибан ҳар як маҳсулоти ғизоӣ метавонад, ки сабаби пайдо шудани ДА гардад, вале дар кӯдакони синну соли авали ҳаёт сенсibiliзатсия аксари вақтҳо нисбат ба маҳсулоти ширӣ, тухм, ғалладонагиҳо, моҳӣ пайдо мешавад. Алергенҳои дуоругӣ низ бисёри вақтҳо боиси шиддат гирифтани ДА мегардад, махсусан пас аз таъйини номуносиб ё истеъмоли беназорати онҳо. Дар аксари мавридҳо хангоми ДА инвазияи гичҷавӣ (энтеробиоз, аскаридоз ва ғайра) ошкор карда мешавад.

Ақтуалӣ будани мавзӯи мақоларо он муайян мекунанд, ки барои баҳогузорӣ намудани вазнинии ҷараён ва самаранокии табобати ДА дар кӯдакони синну соли гуногун муносибати яксон вучуд надорад. Вобаста аз ин муайян кардани хусусиятҳои син-

нусоли ҷараёни ДА дар кӯдакон, ки ба коркарди алгоритми таъхиси ин беморӣ раво на карда шудааст, саривақтӣ ва зарурӣ ба назар мерасад.

Мақсад: омӯхтани табобат ва аломатҳои клиникаи ДА дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: Таҳлили ретроспективии таърихи бемории 24 бемори гирифтори ДА синну соли аз яксола то се-сола, дар давраи солҳои 2019-2020 анҷом дода шуд. Беморон дар пойгоҳи МД Маҷмаи тандурустии "Истиқлол" дар шуъбаи аллергология ва иммунология бистарӣ буданд. Аз ҷумлаи кӯдакони таҳқиқшуда писарон -10 (41%), духтарон-14(59%) буданд. Таъхис дар асоси маҷмӯи маълумотҳои клиникӣ- лабораторӣ гузошта шуд, ки динамикаи онҳотаҳти таъсири табобати гузаронидашуда меъёри баҳодихии самаранокии табобат буд. Инҳо ба инобат гирифта шуданд: анамнез, нишондиҳандаҳои таҳлили клиникӣ ва биохимиявии хун, муайян кардани ғилзати (концентратсияи) хун JgE (умумӣ) дар зардоби хун,кишти бактериологияи хун ва наҷосат (тибқи нишондод).

Натиҷаҳои таҳқиқот: Аз анамнез маълум гардид, ки ДА бештар дар кӯдакони дорои ирсияти вазнин пайдо мешавад, хатари пайдошавии он дар кӯдаконе ба мушоҳида расид, ки дар оилаи онҳо ҳарду волидайн гирифтори ягон ҳел бемории аллергӣ буданд. Аз миқдори умумии беморон 90%-и волидайнгирифтори бемориҳои аллергӣ (аллергенҳои ғизоӣ ҷойи асосиро ишғол мекунанд, онҳо 62% буданд, инвазияи гичаҳ -21%, доругӣ-17%).

Ҳамчунин дар минтақаи хатар кӯдакони дорои системаи сусти иммунӣ низ буданд, ки дар натиҷаи бемориҳои илтиҳобӣ (шамолхӯрӣ)1 ихтилоли рӯдаҳо (дисбактериоз) пайдо шудаанд. Манзараи клиникӣ аз оми-



лҳои этиологӣ, синну сол, паҳншавӣ, вазнинии беморӣ ва хусусиятҳои реактивияти беморӣ вобаста буд.

Кӯдакон ба шӯба асосан бо ДА паҳнф-та ва диффузӣ бо дараҷаи вазнини миёна ва вазнини ворид шудаанд. Ҳангоми ДА паҳнф-та, уи 40%-лонаҳои осеби пӯстро ташкил ме-дод, ба мавзёҳои наздиктарини андомҳо, сина ва пушт паҳн шуда, хоириши шадидро ба вучуд меоварад. Гиреҳҳои лимфавӣ то андозаи лубиё ё чормағзи чангалӣ калон ме-шаванд. Дар дерматити атопикӣ (ДА) диф-фузӣ (60%) осебҳои сатҳи пӯст (ба истисноӣ кафи даст, секунҷаи биниву лаб) ба мушоҳи-да расид. Хориш пуршиддат ва доимӣ буд, калон шудани гиреҳҳои лимфавии регионарӣ ба назар расид. Папулаҳои хоришдор дар сатҳи инфилтративии пӯст қарор доштанд, зуд-зуд сироятнокшавии дуҷумии қабатҳои пӯст аз стафилококки тиллоӣ ба амал омад. Аз кӯдакони таҳқиқшуда дар 12 бемор (50%) камхунӣ ба назар расид.

Дар маълумотҳои лабораторӣ дар таҳли-ли умумии хун дар 12 бемор (50%) эозино-филия ва анемияи дараҷаҳои сабук ва ваз-ниниаш миёна, дар 5 (21%) -лейкоситоз ба қайд гирифта шуд. дар таҳлили биохимия-вии зардоби хун ғилзати (консентратсияи) иммуноглобулини Е- баланд (1500-2500 МЕ), меъёр аз 70-120 МЕ буд. Дар таҳлили бак-териологии хун дар 14 бемор (60%) - *St aureus* муайян карда шуд. Инвазияи гичавӣ (остритса, аскарида)- дар 5 бемор (21%) ба қайд гирифта шуд.

Табоботи беморон комплексӣ мебошад: парҳези гипоаллергенӣ бо истисно кардани маҳсулоти алергизо аз ғизо, ҳамчунин кон-сервантҳо ва рангкунондаҳо. Ванна бо ило-ва кардани оҳар (крахмал), сабӯси гандум,

геркулес самаранокии хуб нишон дод, онҳо-ро пешакӣ дар давоми 20-30 дақиқамечӯшо-нанд, ин барои толза шудани пӯст, намнок-шавӣ ва беҳтаршавии гардиши хун мусоидат мекунад. Табоботи беруни: дар протсессӣ шадиди илтиҳобӣ бо вучуд доштани варам ва намнок шудани он аз марҳам ва креме, ки дар таркиби онҳо глюкокартикоидҳо (синоф-лан, клобетазол, белосалик) ҳастанд, истифо-да мекунанд. Глюкокартикоидҳои илтиҳоб ва хоришро ба таври самаранок кам карданд, дексаметазон аз ҳисоби 1-2 мг/кг дохилива-ридӣ қатрагӣ бо маҳлули физиологӣ дар да-воми 5-7 рӯз вобаста аз вазнинии беморӣ таъйин карда шуд. Дар сурати таъсирбахш набудан дексаметазонро бо преднизолон аз ҳисоби 3-4мг/кг иваз карданд. Препаратҳои антигистаминӣ дар давраи шадиди бемории ДА ба таври паретералӣ (супрастин ё таве-гил), ё пероралӣ барои кам кардани хориш (сетиризин, лоратодин) таъйин карданд. Бо мақсади беҳтар кардани протсессӣ таҷзия ва чаббидани маҳсулоти ғизоӣ препаратҳои ферментӣ (панкреатин, фестал), барои муъ-тадилсозии микрофлораи рӯдаҳо пробиоти-кҳо (линекс, лактофилтрум)-ро таъйин кар-данд. Курси табобат 7 рӯз.

Ҳулосаҳо: Ҳамин тавр, зухуроти клиникӣ дерматити атопикӣ аз омили этиологӣ, син-ну сол, паҳншавӣ, вазнинии беморӣ ва хусу-сиятҳои реактивияти беморон вобастагӣ доранд. Беморӣ дар кӯдакони синни соли барвакти дорои шакли диффузӣ вазнинтар чараён дошт. Дар ҳамаи кӯдакони таҳқиқшуда ғилзати консентратсияи иммуноглобули-ни Е дар зардоби хун баланд буд, кип инро иштироки он дар воқунишҳои алергӣ исбот мекунад ва боиси номутаносибии (дисбалан-си) системаи иммунӣ мегардад.

АДАБИЁТ

- 1.Шабалов Н.П. Детские болезни. // Изд.6.,Том1.2011.С.399-474.
- 2.Балаболкин И.И, Ревякина В.А. Пищевая аллергия у детей. // Педиатрия Журнал имени Г.Н. Сперанского т. 92. № 3. М.: Педиатрия, 2015.С. 83- 86.
- 3.Ревякина В.А., Боровик Т.Э. Влияние питания на развития аллергической патологии у детей из группы высокого риска по развитию аллергических заболеваний.// Педиатрия Журнал имени Г.Н. Сперанского т. 92. № 3. М.: Педиатрия, 2010.С. 98- 100.
- 4.Баранов А.А. Атопический дерматит у детей. / Таточенко В.К., Вишньева Е.А.//Педиатрическая фармакология. - 2015.- №4. - С. 234-239.



ЛЕЧЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Абдуллаева Н.А.¹, Хайдарова О.Ф.¹, Кадилова М.Р.¹, Рахмонов Т.²

¹.Кафедра пропедевтики детских болезней (заведующий кафедры к.м.н. дотсент Л.А. Бабаева) ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. ². Отделение аллергологии ГУ КЗ "Истиклол".

Клинические проявления атопического дерматита зависели от этиологического фактора, возраста, распространенности, тяжести заболевания и особенностей реактивности больных. Наиболее тяжелее протекали у детей раннего возраста с диффузной формой. У всех обследованных детей концентрация иммуноглобулина Е в сыворотке крови была повышенной, что подтверждает его участие в аллергических реакциях и приводит к дисбалансу иммунной системы. Гипоаллергенная диета с исключением из питания продуктов, вызывающие аллергические реакции, а также

консерванты и красители. Хороший эффект давали ванны с добавлением трав которые предварительно кипятили в течении 20-30 минут, что способствовало очищению кожи, увлажнению и улучшению кровообращения. Наружная терапия: при островоспалительном процессе с наличием отека, мокнутия использовались мази, крема, в состав которых входили нафалан, глюкокортикоиды. (синофлан, клобетазол, белосалик). Глюкокортикоиды эффективно уменьшали воспаление и зуд.

Ключевые слова: дети, ранний возраст, атопический дерматит, иммунитет

CLINICAL MANIFESTATIONS and treatment OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

Department of propaedeutics of children diseases (Head of department, associate professor Babaeva L.A.)SEI ATSMU. Hospital department of allergology NI CH ISTIKLOL.

The clinical manifestations of atopic dermatitis depended on the etiological factor, age, prevalence, severity of the disease and characteristics of the patients' reactivity. The most severe course was in young children with a diffuse form. In all examined children, the concentration of Ig E in the blood serum was increased, which confirms its participation in allergic reactions and

leads to an imbalance of the immune system. A good effect was given by baths with the addition of herbs, boiled for 20-30 minutes, which helped to cleanse the skin, moisturize and improve blood circulation. Glucocorticoids effectively reduced inflammation and itching.

Key words : children, atopic dermatitis, early age, immunity

Абдуллаева Наргис Абдумавляновна - н.и.т., дотсенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кудаконани Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино, E.mail: nargis0027@jmail.com, тел: 91861-00-27

Абдуллаева Наргис Абдумавляновна - к.м.н., доцент кафедраи пропедевтики детских болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: nargis0027@jmail.com, тел: 91861-00-27

Abdullaeva Nargis - MD., Associate Professor, Department of propaedeutics of children diseases SEI Avicenna TSMU.



ЧАНБАҲОИ КЛИНИКӢ ВА ПРИНЦИПҲОИ МУОСИРИ ТАБОБАТИ ГИПОТРОФИЯИ КӢДАКОН

Бабаева Л.А.¹, Қосимова П.В.², Нағзибекова Д.Д.¹

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакон МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино" Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Муҳиммият. Вайроншавии вазъи нутритивии кӯдакон ҳар сол бештар ташхис карда мешавад ва майл ба афзоиш дорад [6,9]. Ин пеш аз ҳама ба афзоиши шумораи кӯдакони дорои параметрҳои коҳишёфтаи рушди ҷисмонӣ ва кӯдакони вазни зиёдатӣ вобаста аст. Проблемаи мазкур мушкилоти басо муҳим арзёбӣ мегардад, зеро он бо тағйиротҳои патологияи бадан, ки дар тӯли ҳаёт идома доранд, алоқаманд аст [10, 18]. Паҳншавии норасоии вазни бадан ва дарозии қад дар байни кӯдакони бистаришуда ҳатто дар кишварҳои пешрафта баланд аст: 26-40% - дар Фаронса, 31% - дар Олмон ва Голландия [7,11]. Муҳим он аст, ки сабабҳои норасоии ғизо низ тағйир ёфтанд: ҳоло, чун коида, он бо сабаби бемориҳои шадид, аксар вақт музмин, ки боиси коҳишёбии ҷаббиш ва ассимилятсияи ғизоҳо ё афзоиши талабот ба маводи ғизоӣ мебошад, дар беморони дорои намудҳои патологияи алоҳидаи системаи асаб, дил, шуш ва дигарон пайдо мешавад [1,3,13]. Тақрибан 9% кӯдакони то 5-сола аз лоғарӣ нороҳат шуда, ба онҳо хатари пайдошавии марг ё бозисти вазни инкишоф ва рушди психомоторӣ таҳдид менамояд. Тибқи маълумоти ТУТ, норасоии ғизо 20-30% ва бештар дар кӯдакони хурдсол ташхис карда мешавад [2,9]. Алоими гипотрофия дар кӯдакони хурдсол на танҳо мушкилоти ҷудогона, балки заминаи пеш аз морбидӣ барои дигар бемориҳо низ мебошад. Дар кишварҳое, ки сатҳҳои гуногуни рушди иқтисодӣ доранд, сатҳи гипотрофия (7-30%) зиёд аст, ғавт дар заминаи он зиёдтар, ҷараёни вазнин, дарозмуддат ва пешгӯихои бадтари бемориҳои байнисоҳавӣ [4,14] ба назар мерасад. Ғайр аз ҷараёни давраи аввали ҳаёти кӯдак гипотрофия солимии соматикӣ ва рӯҳии ўро низ дар оянда муайян мекунад. Кӯдаконе, ки дар ду соли аввали ҳаёт боздории инкишоф доранд, аксар вақт дар давраи баъд аз кӯдакӣ то боло-

ғат мушкилоти қад ва инкишофро аз сар мегузaronанд. Ин дар навбати худ, ҳам ба фаъолияти кӯдакон дар мактаб ва ҳам ба мутобикшавии иҷтимоӣ таъсир мерасонад [2,15]. Дар солҳои охир, этиология ва патогенези гипотрофия дар кӯдакони хурдсол дар кишварҳои аз ҷиҳати иқтисодӣ тараққикарда хеле тағйир ёфт, доир ба пешгӯихо ва натиҷаҳои табобат, хусусан шаклҳои вазнини он маълумотҳои мусбат камтар ба назар мерасанд [1,12]. Сабаби муҳими пайдоиши гипотрофия дар айни замон, вайроншудани мубодилаи сафедаҳо ва ҷарбҳо мебошад, ки дар тағйирёбии консентратсияи онҳо дар хун ва бофтаҳо, инчунин дар номутавозунии таносуби фраксияҳои инфиродӣ ифода меёбад. Ихтилоли мубодилаи сафедаҳо барои инкишофи бисёр ҳолатҳои патологӣ асос мебошанд. Ихтилоли мубодилаи ҷарбҳо ба вайроншавии мембранаҳои ҳучайра, демиелинатсияи нахҳои асаб, вайроншудани равандҳои энергетикӣ-пластикӣ оварда мерасонад, ки ин ба рушди организми кӯдак таъсири манфӣи дарозмуддат мерасонад [3,5,8]. Вобаста ба ин баланд бардоштани самаранокии табobati гипотрофия дар кӯдакон дар солҳои аввали ҳаёт ба таври кулӣ муҳим аст, ки он бидуни ислоҳи кофӣ ихтилоли мубодилаи моддаҳо, пеш аз ҳама мубодилаи сафеда ва ҷарб ғайриимкон аст.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои клиникии ҷараён ва арзёбии самаранокии усулҳои муосири табobati гипотрофияи кӯдакон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили таърихи бемории 156 нафар кӯдаконе, ки дар табobati статсионарии шӯъбаи кӯдакони дорои вазни ками Муассисаи давлатии "Маҷмааи тиббии Истиклол" қарор доранд, дар соли 2020 бо баҳодихии бемориҳои асосӣ ва ҳамрадиф гузаронида шуданд. Барои муайян кардани дараҷаи гипотрофия,

усули антропометрия, бо муайян кардани норасоии вазни бадан истифода шудааст; ҳисобкунии шохиси эпидемиологии Z-score, харитаҳои стандартӣ рушд ва ҷадвалҳои сентилӣ. Ҳама кӯдакон аз усулҳои таҳқиқоти клиникӣ-анамнезӣ ва озмоишӣ-инструменталӣ гузаронида шуданд. Ҳамчун муолиҷаи парҳезӣ ба ҳамаи кӯдакон омехтаҳои F-75 ва F-100, BP-100 (ғизои тайёри омехтаи иловагӣ-арзиши миёнаи ғизои Плампинат - *isoi tayorii omehtai ilovagi - arizishi miyonai ?izoi Plampinat*) таъйин карда шуданд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо. 156 кӯдакони аз 2 моҳа то 5-сола муоина карда шуданд. То синни 6 - моҳа 47 кӯдак, аз 6 то 12 моҳа - 56, аз 1 то 2 сола - 47, аз 2 то 5 сола - 6 кӯдак буданд. 84 писар (63,8%), 72 духтар (46,2%) буданд. Ҳангоми таҳлили сохтори синну сол маълум шуд, ки кӯдакони хурдсол ба андозаи зиёд бартарӣ доштанд. Ҳамагӣ 70 бемор аз шаҳр (44,9%), аз деҳот 86 (55,1%) буданд. Кӯдакони дорои коҳишёбии стандартӣ II 13 (8,3%), бо коҳишёбии стандартӣ III 92 (59%) ва бо коҳишёбии стандартӣ IV 51 (32,7%) буданд.



Расми 1. Тамоюли стандартӣ 2 Расми 2. Тамоюли стандартӣ 3. Расми 3. Тамоюли стандартӣ 4.

Мувофиқи гуфтаи волидон, шикоятҳои асосӣ ҳангоми ба беморхона бистарӣ шудани кӯдакон инҳо буданд: афзоиши пасти вазни бадан (87,8%, $n = 137$), ки ин нақши калони омили хӯрокхӯриро дар рушди гипотрофия нишон медиҳад; кабзияти функционалӣ / дарунравӣ (40,4%, $n = 63$); талафоти ногаҳонии вазн (26,9%, $n = 42$); дарди шикам (3,2%, $n = 5$), ки мавҷудияти дигар бемориҳои асосиро нишон медиҳад. 85,3% ($n = 133$) кӯдакон патологияи ҳамрадиф доштанд. Раҳит дар 129 кӯдаки норасоии ғизо (82,7%), 114 (73,1%) камхунии дараҷаи гуногун, дар 4 (2,6%) сепсис ва нуқсонҳои модарзодии дил ташхис карда шуд. Норасоии дуюмдараҷаи масунӣ дар 18 кӯдак (11,5%) ба қайд гирифта шудааст. Дар 12 (7,7%) кӯдакон, омезиши сирояти ситомегаловирус бо вируси герпеси одӣ ба қайд гирифта шудааст. Ба тариқи тадқиқоти лабораторӣ ташхиси умумии хун муайян карда шуд, ки сатҳи миёнаи гемоглобин 118 г / л мебошад. Сатҳи миёнаи оҳани хуноба 13,6 мкмол / л

буд. Камшавии сатҳи оҳани хуноба дар 37,2% ($n = 58$) ҳолатҳо қайд карда шуд. Ҳангоми таҳлили умумии наҷосат, креаторея ва стеаторея мушоҳида карда шуд, ки дар 100% ҳолатҳо руҳ додааст. Нишондиҳандаҳои микрофлораи рӯда дар доираи муқаррарӣ буданд. Ҳангоми таҳлили микрофлораи шартан-патогенетикӣ, дар аксари ҳолатҳо *St.aureus* ва *E.coli* кошта шуданд, ки ин зарурати дохил кардани пробиотикҳоро ба табобати комплекси беморони гирифтори гипотрофия нишон медиҳад.

Табобати кӯдакони дорои аломати камғизӣ иборат аз муолиҷаи парҳезӣ, доруворӣ ва кӯмаки саривактӣ раванӣ ба оилаҳо мебошад. Барои таҳияи тактикаи муолиҷаи парҳезӣ, сабабҳои вайроншавии инкишофи ҷисмонӣ, дараҷаи норасоии вазн ва қад баданро муайян кардан ва ғизои физиологии кӯдакро таҳлил кардан лозим аст. Баъдан, ислоҳи сифатӣ ва миқдории таркиби парҳез бо назардошти талаботи кӯдак ба маводи ғизоӣ ва энергия, имкониятҳои функционалии ӯ ва ху-



сусиятҳои патологӣ гузаронида мешавад. Бо мақсади ислоҳи норасоии ғизо ва боздории инкишофи ҷисмонӣ дар кӯдакон, дар баробари оптимизатсияи парҳез, маҳсулоти дорои таркиби махсуси мушаххас истифода бурда мешаванд. Баъзеи онҳо омехтаҳои зиёдкалориянокӣ ва зиёдсафедавӣ "Ф-75" ва "Ф-100" барои ғизои энтералии кӯдакон дар соли аввали ҳаёт мебошанд. Дар аввали табобат F-75 (75 ккал ё 315 кДж / 100 мл), дар ҳоле ки F-100 (100 ккал ё 420 кДж / 100 мл) дар марҳилаи барқарорсозӣ, пас аз барқарор шудани иштиҳои кӯдак истифода шудааст. Пеш аз истифода дар асоси компонентҳои асосӣ, ҳар ду омехтаро омода кардан осон аст: шири камшира, шакар, орди гандум, рағғани растанӣ, омехтаҳои минералӣ ва витаминҳо. Омехтаи минералӣ дорои калий, натрий, магний, рух ва мис мебошад. Ин омехтаҳоро ҳам барои ғизодиҳии найча ва ҳам барои хӯрокхӯрии даҳонӣ истифода бурдан мумкин аст.



Расм.4. Омехтаи F-75. Расм.5. Омехтаи F-100.

Маҳсулот таносуби оптималии калорияҳои сафеда ва протеин, миқдори зиёди калорияи омехта ва миқдори зиёди маводи ғизоии асосиро таъмин мекунанд. Арзиши ғизоии омехтаҳои шифобахш дар ҷадвал оварда шудааст.

Омехтаи табобатӣ F-75 ба кӯдакон зуд-зуд ва миқдори кам дар давоми 3 рӯзи аввал дода

Ҷадвали 1. Тарҳбандии омехтаи парҳезии F-75 ва F-100.

Ҷузъҳои таркибӣ	Миқдор бо 100 мл	
	F-75	F-100
Калориянокӣ	75 ккал (315 кДж)	100 ккал (420 кДж)
Сафеда	0,9 г	2,9 г
Лактоза	1,3 г	4,2 г
Калий	3,6 ммол	5,9 ммол
Натрий	0,6 ммоль	1,9 ммоль
Магний	0,43 ммоль	0,73 ммоль
Синк (рух)	2,0 мг	2,3 мг
Мис	0,25 мг	0,25 мг
%-и калориянокӣ аз:		
Сафедаҳо	5 %	12%
Ҷарбҳо	32%	53%
Осмолярнокӣ	333 мОсмол/л	419 мОсмол/л

мешуд. Сипас кӯдак ба омехтаи F-100 гузаронида шуд. Баъзан формулаҳо бо шири сина омехта карда мешуданд. Дар 38,5% кӯдаконе, аз тарафи мо тадқиқ карда шуданд, миқдори омехта ба ҳисоби миёна то 50% ҳаҷми хӯроки ҳаррӯзаро ташкил медиҳад, 61,5% кӯдакон омехтаро пурра истеъмол мекарданд. Давомнокии мушоҳидаи кӯдакон на камтар аз 14 рӯз аз лаҳзаи ворид намудани омехта ба парҳезро ташкил медод.

Қисми зиёди кӯдакон ворид кардани маҳсулоти навро ба парҳез ба таври қаноатбахш таҳаммул карданд, ҳеҷ гуна инқори истеъмоли хӯрок вучуд надошт, кӯдакон ин омехтаро

хеле ғаёлона макида мегирифтанд. Бояд қайд кард, ки бо ворид шудани омехтаҳои нав, регургитатсия ва қайқунӣ ба мушоҳида нарасиданд ва онҳое, ки қаблан мушоҳида мешуданд, миқдори зиёдро ташкил намедоданд. Ҳамаи кӯдаконе, ки мо мушоҳида кардем, фазлаи ҳаррӯзаи мустақилона доштанд, аммо дар 15 нафар (9,6%) -и онҳо ин кам ба назар мерасид - як маротиба дар як рӯз, ки ин боиси халалдор шудани ҳолат нагардид ва изтиробро ба вучуд наовард. Дамиши шикам, дарди шикам ва қабзият (танҳо пас аз як ҳафтаи таъин) танҳо дар 2 кӯдак қайд карда шуданд. Пас аз истисно кардани омехта, дарди шикам нопадид

шуд ва фазлаи мустакилона боз пайдо шуд. Дар давраи хӯрокхӯрӣ ягон реаксияи аллергияи мушоҳида нашудааст.

Пас аз рухсатӣ аз беморхона, ба ғайр аз хӯроки асосӣ ба ҳамаи кӯдакон ба таври илова кулчақанди ВР-100 (ғизои тайёри омехтаи иловагӣ - арзиши миёни ғизои Плампинат) таъйин карда шуд, ки дар таркибаш сафедаҳо (14%), чарбҳо (31%), карбогидратҳо (47,5%), калтсий, фосфор, калий, магний, рух, мис, оҳан, йод, селен, натрий, витаминҳои А, D, E, C, B1, B2, B6, B12, K, биотин, кислотаи фолий, ниатсин мавҷуданд. ВР-100 тадричан дода мешуд, ҳар рӯз сар карда аз $\frac{1}{2}$ кулчақанд, баъд $\frac{1}{2}$, пас аз он ба 1 дона -2 бор дар як рӯз, дар давоми 10 рӯз.



Расми.6. ВР-100 (ғизои тайёри омехтаи иловагӣ - арзиши миёнаи ғизои Плампинат) давоми 10 рӯз гузаштанд

Дар чараёни таҳқиқот муайян карда шуд, ки истифодаи омехтаҳои F-75 ва F-100 дар пархези кӯдакон ба нишондиҳандаҳои антропометрии онҳо таъсири мусбат расонидааст. Ҳамин тариқ, вазни бадани кӯдакон дар 2 ҳафта ба ҳисоби миёна 300 грамм афзудааст. Ин рақам ба назар хеле баланд аст, зеро аксарияти беморон то таъйин кардани омехтаҳо вазни баданро аслан илова намекарданд. Дарозии бадани кӯдакон дар давоми 14 рӯз ба ҳисоби миёна 1,2 см афзудааст. Ғафсии пӯшишҳои чарбии зери пӯст аз болои тритсепис 0,90 мм, дар назди ноғ 0,67 мм афзудааст.

Хулосаҳо. Дар аксар ҳолатҳо (85,3%) гипотрофия бо патологияи ҳамрадиқ ва бартари каме дар байни писарон ба амал меояд. Вариантҳои вазнини гипотрофия метавонанд бо кам шудани сатҳи гемоглобин ва оҳани ҳуноба дар хун ҳамроҳ бошанд. Қорӣ намудани омехтаҳои F-75 ва F-100, ВР-100 имкон дод, ки на танҳо вазни бадани кӯдакони бемор барқарор карда шаванд, балки дар оянда афзоиш ёбад, инчунин ба нишондиҳандаҳои антропометрии кӯдакон таъсири мусбат расонад. Муайян карда шуд, ки истифодаи F-75 ва F-100 имкон дод, ки кохиши минбаъдаи вазн дар кӯдакони дорои регургитатсияи зиёд ва қайқунӣ пешгирӣ карда шавад.

АДАБИЁТ.

1. Шварц И. Д. Задержка развития. Старая беда в новом тысячелетии. Междунар. мед. журн. 2001; 5: 460-468.
2. Стандарты ВОЗ роста ребенка, основанные на длине тела / росте, весе и возрасте // Acta Paediatrica. - 2006; 450: 76-85.
3. Туркина, Т.И. Коррекция нарушений липидного обмена у детей грудного возраста с гипотрофией. Т.И.Туркина, В.В.Шахтарин, Л.И.
4. Корсунский, А.А. Определение степени недостаточности питания при неотложных состояниях у детей // Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии. 2007.- Том 4.-№5.- С.59 -66.
5. Тутельян В. А., Конь И. Я. Детское питание: Руководство для врачей. - М.: МИА, 2009. - 952 с.
6. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации / под ред. А. А. Баранова, В. А. Тутельяна. - М., 2011. - 68 с.
7. Скворцова, В.А. Нарушения питания у детей раннего возраста / В.А. Скворцова, О.К. Нетребко, Т.Э. Боровик // Леч. врач. - 2011. - № 1. - С. 17-21.



8. Скворцова ВА, Боровик ТЭ, Баканов МИ, Мигали АВ, Степанова ТН, Басаргина ЕН, Кузенкова ЛМ. Нарушения питания у детей раннего возраста и возможности их коррекции. Вопросы современной педиатрии. 2011;10(4):119-125.
9. ВОЗ [Электронный ресурс]. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. Избыточный вес и ожирение среди детей. URL: www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/ru (дата обращения: 02.01.2016).
10. Godfrey K., Barker D. Fetal nutrition and adult disease. Am. J. Clin. Nutr. 2000. Vol. 71. № 5. P. 1344-1352.
11. Colomb V. Malnutrition in the infant. Rev. Prat. 2003; 53 (3): 263-26
12. Kleiman N. Textbook of Pediatrics. - 2007; 43.
13. de Silva V. M., de Oliveira Lopes M. V., de Araujo T. L. Growth and nutritional status of children with congenital heart disease // J. Cardiovasc. Nurs. - 2007; 22 (5): 390-396.
14. Joosten K.F., Hulst J.M. Prevalence of malnutrition in pediatric hospital patients Curr. Opin. Pediatr. 2008. Vol. 20 (5). P. 590-596.
15. Ndekha M.J. Kwashiorkor and severe acute malnutrition in childhood. Pediatric Nutrition. 2008. № 2. P. 417-430.
16. Jahoor F., Badaloo A., Reid M. Protein metabolism in severe childhood malnutrition. Ann. Trop. Paediatr. 2008. Vol. 28 (2). P. 87-101.
17. Sawaya A. L., Martins P A., Martins V.J.B. et al. Malnutrition, long term health and the effect of nutritional recovery // Nestle Nutrition Institute. - 2009; 63: 95-108.
18. Раҳматуллоев Ш.Р., Раҳматуллоева С.И., Бойматова Х. ва диг. Дастури миллӣ оид ба табобати беморони гирифтори норасоии шадидаи вазнин ва миёнаи ғизоӣ.- Душанбе. - 2020.-110 с.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТРОФИИ У ДЕТЕЙ

Бабаева Л.А., Касимова П.В., Нагзибекова Д.Д.

В статье рассмотрены основные клинические проявления гипотрофии у детей. Оценена эффективность применения высококалорийных и высокобелковых смесей "F-75", "F-100" для энтерального питания детей и BP-100, который назначался дополнительно к основному питанию после выписки из стационара. Полученные результаты доказывают, что введение смесей F-75 и F-100, BP-100 позволило

не только восстановить массу тела больных детей, но и повысить ее в дальнейшем, а также оказало положительное влияние на их антропометрические показатели. Установлено, что применение F-75 и F-100 позволило предотвратить дальнейшее снижение весовой кривой у детей с обильными срыгиваниями и рвотой.

Ключевые слова: дети, гипотрофия, клиника, лечение, диетотерапия.

CLINICAL ASPECTS AND MODERN PRINCIPLES OF TREATMENT OF HYPOTROPHY IN CHILDREN

Babaeva L.A., Kasimova P.V., Nagzibekova D.D.

The article discusses the main clinical manifestations of hypotrophy in children. Evaluated the effectiveness of the use of high-calorie and high-protein mixtures "F-75", "F-100" for enteral nutrition of children and BP-100 which was prescribed in addition to the main meal after discharge from the hospital. The results

obtained prove that the introduction of the F-75, F-100 and BP-100 mixtures made it possible not only to restore the body weight of sick children, but also to increase it in the future and also had a positive effect on their anthropometric indicators. It was found that the use of F-75 and F-100 made it possible to prevent a further



decrease in the weight curve in children with profuse vomiting and regurgitation.

Key words: children, hypotrophy, clinic, treatment, diet therapy.

Бабаева Л.А., заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, тел.: 446003624.

Babaeva L.A., Head of the Department of Propedeutics of Childhood Diseases, SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino", E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, tel.: 446003624

ШИНОСОИИ АВОМИЛИ МЕНИНЖИТИ БАКТЕРИЁИ ВА ТАРИҚИ ЧИЛАВГИРИИ ОН БАЪД АЗ ДАВРАИ НАВЗОДӢ

**Муҳаммад Залмай Мавлавизода, Муҳаммад Ҳошимӣ, Камоли Назарӣ,
Ғулом Муҳаммади Солеҳ.**

Кафедраи бемориҳои кӯдакон, Донишгоҳи тиббии Балх, Мазори Шариф,
Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон

Муқаддима. Хатари асосии авомили менингити бактериологӣ аз давраи навзодии фуқдоии муофият нисбат ба антониёти хос, олудагии муҳитӣ, издиёди тамос бо ente. -хо, синни камтар, сӯтағазӣ ва фуқдони тағазӣ бо шири модар мебошад.

Вуқуоти менингити бактериёӣ дар атфолӣ ширхори табдор ба қадре баланд аст, ки бояд дар ташхиси тафриқии атфолӣ масоб ба тағйири сатҳи бедорӣ (хушёрӣ) ва соири шавоҳиди ихтилол дар фаъолияти неврологӣ мадди назар гирифта шавад.

Ҳадафи таҳқиқ.

-Дарёфти воқеоти авомили менингити бактериологӣ баъд аз давраи навзодӣ аз назари синнӣ ва ҷинс.

-Дарёфти фисадии воқеоти авомили менингити бактериёӣ баъд аз навзодӣ назар ба маҳаллот.

-Дарёфти ихтилототи менингити бактериологӣ ва билохира дарёфти далоили нокомӣ дар мавриди ташхис ва мизони вафиёти ҳадафи умдаи таҳқиқро баён медорад.

Масъалаҳои аслии таҳқиқ:

-Оё воқеоти менингити бактериёӣ баъд аз давраи навзодӣ як омили умумии марғу мир дар даврони туфулият муқаддам буда метавонанд?

-Оё авомили антигенӣ, ки сабаби менингити бактериёӣ дар атфол мешавад, назар ба синн ва ҳолати муофиятиашон фарқ мекунад?

-Барои ҷамъоварӣ аз вуқӯи менингити бактериёӣ назди атфол чӣ қор бояд қард?

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ин таҳқиқ ба методи проспективӣ ва ретроспективӣ ба равиши камӣ ва муқоисавӣ анҷом шудааст, тавре ки тамоми маризон зарурат ба бистарӣ шуданро доранд.

Саволоти фаръии таҳқиқот.

-Оё назди атфолӣ камвазн шиддати авомили мараз як тазоҳури аслии менингити бактериёӣ баъд аз давраи навзодӣ мебошад?

-Оё ҳар навъи антонот бактериёӣ васфитарин аломати муқаддами менингитӣ баъд аз давраи навзодӣ мебошад?

Аҳамияти таҳқиқ. Тағйир дар вазъияти зехнӣ дар маризони атфолӣ масоб ба менингит мумкин аст ба иллати афзоиши intracranial pressure ва ё тафрити фишори хун ба вучуд ояд. Биноан шурӯи эҳтимомоти беҳтари бастагӣ ба тазоҳуроти клиникаи марказ дошта ва шурӯи аъроз ва алоими менингит ба сурати манфӣ мавҷуд буда ва ё ин ки ба сурати онӣ таъсис менамояд.

Муруре ба осор. Менингити бактериёӣ яке аз шадидтарин антонот аст, ки дар ширхорон ва атфолӣ бузургтар ба бучуд меояд. Ин антон бо вуқуоти баланди ихтилототи ҳод ва morbidity тӯлонимуддат ҳамроҳ мебошад. Вуқуоти менингити бактериёӣ дар атфолӣ ширхори табдор ба қадре баланд аст, ки бояд дар ташхиси тафриқии атфолӣ масоб ба тағйири сатҳи бедорӣ (хушёрӣ) ва соири шавоҳиди ихтилол дар фаъолияти неврологии мадди назар гирифта шавад. Маъмултарин иллати МБ дар атфолӣ якмоҳа то 12- сола, *nesceria meningitides* ме-



бошад. БМ ношӣ аз step.men. H-in..... дар кишварҳои пешрафта камтар дида мешавад, зеро вас. Умумии олии ин антонот аз 2-моҳагӣ шурӯъ мешавад.

Антонот асосан дар атфоли ширхори ду-моҳа то дусола иттифоқ меафтад, аммо авчи илочи мараз байни 6-9 -моҳагӣ буда ва дар 50% маворид дар иммунологияи заифанд, дар хатари баланд ба менингити Ношӣ аз H.influenza буда метавонад. БМ аксар авқот бинобар иллати интишори гематогени микроорганизмҳо аз як маҳали антонӣ дурдаст сурат мегирад. Бактеремия маъмулан қабл аз вуқуи менингит ё ҳамзамон бо он вучуд дорад антони вирусӣ ҳамзамон бо қаблӣ тариқи танаффусии улвӣ мумкин аст шиддати антоноти бактерияҳои муваллид менингитро афзоиш диҳад.

Антонот ба ҳучароти эпителии мухотӣ муттасил мешавад, баъд аз иттисол ба ҳучарот эпитемия, бактерияҳо аз манфази мухотӣ гузашта ва дохили қараёни хун гардида ва дар сурати афзоиш ҳосияти вирулонс, бактерияҳо аз тариқи хун ба сурат метастатик ба сакее боиси тавзеҳ мешавад, маълум нест, аммо баъзан ба сурати мустақим антонро аз тариқи тамазуқи навъияи дамозӣ ва ё абстсеси димозӣ бар сақое нуфуз менамоянд. Тағйироти маразӣ марбут ба давом ва тири антонӣ аст.

Шурӯи авориз ва алоими менингит ба сурати махфи ё хафиф мавҷуд буда ва ё ин ки ба сурати онӣ таъсис менамояд. Шурӯъ ногаҳонии мараз бо пешрафти сареи алоими шок, пурпура, таҳассури мунташир дохили виёӣ (Д/С) ва коҳиши сатҳи бедорӣ буда, ки аксаран дар зарфи 24 соат ба тарафи кома ва марг меравад. Аммо ба таври маъмул қабл аз вуқуи аъроз ва алоими менингит, чандин рӯз таб ҳамроҳ бо аъроз ва алоими антонӣ тариқи танаффусӣ улвӣ ё ҳазмӣ вучуд дорад ва баъд аз он аъроз ва алоими ғайривасфӣ CNS монанди хоболудагӣ зоҳир мешавад. Аъроз ва алоими ғайри васфӣ монанди таб, беиштиҳӣ, тағазӣ, заиф, сардариӣ. Аъроз ва аломи ғайривасфӣ монанди таб, беиштиҳӣ, тағазии фишори хун мавҷуд мебошад.

Дар назди атфоли хурдсоли ширхор ва бузург сардари, аз ҷумла аърози муҳим ва

муқаддами илтиҳоб сақое буда, ки бисёр шадид ба тарафи унқи мари́з интишор менамояд. Дилбадӣ, истифроз дардҳои ноҳияи зуҳрӣ мавҷуд буда, мари́з муҳараш ва ё shock назди он дида мешавад. Фентонили барҷаста (bulging fontanelle) ва дар сурати васл шудани sufure қиҳфӣ papiledema дида мешавад. Фалаҷи азвочи қиҳфӣ, ҳусусан за-вҷи VI мавҷуд, ки дар натиҷа назди мари́з squint, diplopia, ptosis, ки аз сабаби фалаҷи азалоти (мушакҳои) айнӣ ба вучуд меоянд. Тағйир дар вазъияти зеҳнӣ дар мари́зонӣ маъҷуб ба менингит маъмул буда ва мумкин аст ба иллати афзоиш intracranial pressure (ICP) ва ё тафрити фишори хун бошад. Аъроз ва алоими клиникаи тағйирот зеҳнӣ, монанди таҳаҷҷ, хоболудагӣ, ступор ва кома мебошад.

Ташҳиси acute purulent meningitis бо муоинаи лаборатории CSF таъйил мешавад, ки ба таври васфӣ бо издиёти прутин, коҳиши ғилзати глюкоза ва pleaytosis-b негрофилӣ ҳамроҳ мебошад.

Вақте ки машқук ба менингити бактериалӣ бошем, бояд LP иҷро шавад. CT-scan ба манзури дарёфти шавоҳиди абсеси дамозӣ ё афзоиши (ICP) intracranial pressure зиёдтар ба кор меравад. Mningo encephalitis-и ҳоди вирусӣ маъмултарин ҳодисаи антонӣ аст, ки эҳтимол дорад бо менингити бактериалӣ иштибоҳ шавад. Иловатан streptococcal pneumonia ва ҳамҷунин бо бисёре аз микроорганизмҳои антогении дигар (general infectious) ки дар CNS тазоҳуроти клиникаи мушобеҳ эҷод менамоянд, ташҳиси тафриқӣ мешаванд.

Ихтилототи ҳод монанди ташаннуҷ, афзоиши ICP, фалаҷи асабӣ cranial, фитқи (чурраи) димозӣ, сакта, тромбози дамозӣ мебошад. Subdural effusion ба ҳусус дар атфоли ширхор маъмуланд, ки мумкин аст мунҷар ба барҷаста шудани фентанол, боз шудани suture-ҳо, hydrocephalus, узаймон дармозӣ ва таби шадид гардад. Thrombocytosis, esinophellia (марғу шири ношӣ аз eosinophilic meningitis камтар аз 1% аст) ва анемия мумкин аст дар қараёни тадовии менингит ба вучуд биёяд.

DIS аксаран бештари мараз эҷод шуда ва бештар аз ҳама дар мари́зони васфитарин



ихтилооти неврологии мараз монанди deolness таъхири дамозӣ, ихтилоҷоти муқаррар, ташавушоти биной ва мушқилот дар рафтор мебошад.

Натиҷа ва эҳтимомот. Шурӯи эҳтимомот дар маризони маъуб ба менингити бактериалии эҳтимолӣ, бастагӣ ба тазоҳуроти клиники ибтидоии мараз дорад. Марази сараъан пешраванда, ки камтар аз 24 соат тӯл кашида, дар одами мавҷудияти ICP баланд, бояд ба зудтарин фурсат баъд аз анҷоми LP тадовӣ бо антибиотикҳо оғоз гардад. Дар сурати мавҷудияти аъроз ва алоими васфӣ, (ISP) intracranial pressure баланд ва ё дарёфтҳои неврологии мавсуфӣ қабл аз анҷоми LP ва қабл аз анҷоми CT-scan бояд антибиотик шурӯъ шавад. Атфоле, ки сайри маризӣ дар онҳо охистатар ва таҳти алҳод буда ва дар маъёди як давраи 4-7 - рӯда мариз мешаванд, низ бояд аз назари аъроз ва алоими неврологӣ ва ICP арзёбӣ шаванд. Сардариҳои яктарафа, pupil odema ва соир издиёди алоими intracranial pressure нишонаи абсесси дамозӣ буда метавонад, дар ин ҳолат қабл аз анҷоми LP ва CT-scan, бояд эҳтимомот бояд антибиотик шурӯъ шавад. Интиҳоби антибиотик дар тадовии менингит дар атфол бар асоси ҳасосияти антибиотик бужа, ки бояд антибиотикҳои интиҳоби бо савияҳои bacterial дар CSF бирасанд.

Маризонии масоб ба менингити ношӣ аз батсилаҳои грамманфӣ бояд барои муддати се ҳафта бо ҳадди ақал ду ҳафта баъдаз шаффоф (sterial) шудан CSF таҳти тадовӣ қарор гиранд, ки ин шаффоф шудан мумкин аст 2 - 10 рӯз шурӯи тадовӣ иттифоқ афтад.

Ба таъқиби lysis ҳучарот, маҳсулоти ҳучайравӣ саммӣ озод мешаванд (монанди indotoxint девори ҳучайравӣ), ки аксуламаҳои илтиҳоби вобаста ба cytokine-хоро танбеҳ менамоянд, ки дар натиҷаи узаймо ва инфилтратсия нейтрофилҳо муъофияти неврологӣ бештар ба вучуд омада ва мунҷар

ба ваҳим шудани аърозу алоим дар CNS мешавад. Бештар ин адвйаҷоте, ки тавлиди медиаторҳои илтиҳобиро маҳдуд мекунанд, имкон дорад дар тадовии маризони масоб ва менингити бактериалӣ муфид бошанд.

Муолиҷаи муносиб бо антибиотик в муроқибатҳои ҳимояви вузӯоти марғу мири менингити бактериалӣ баъдаз давраи навзодиро бо камтар аз 10% коҳиш дода мешавонад. Сайри мараз дар атфол камтар аз 6-моҳа ваҳим буда маризоние, ки баъд аз 4 рӯз аз шурӯи тадовӣ масоб ба ихтилоҷ мешаванд. Хатари бештареро аз назари вуқӯи сиклҳои тӯлонӣ муддати мараз доранд.

Бузургтарин пешрафт дар вуқае аз менингити бактериалӣ дар атфол татбиқи ваксинаи H.influenza type-b буда, агар чи ваксинаҳо муофиятҳои мутафовитеро дар атфол синни 2-4- моҳагӣ ба вучуд меоранд, вале тамоми онҳо савияҳои муҳофизаткунандаи antibody эҷод менамоянд. Биноан тамоми атфол бояд бо ваксинаи H.influenza type-b аз синни ду моҳагӣ ваксин шаванд.

Пешниҳод

-Тадовии муносиб ва муроқибатҳои ҳимоявии вуқӯоти марғу мири менингити бактериалӣ баъд аз давраи навзодиро бо камтар аз 10% коҳиш дода метавонад.

-Соир менингити бактериалӣ дар атфол камтар аз 6-моҳа ваҳин буда маризоние, ки баъди 4 рӯз аз шурӯи тадовӣ масоб ба ихтилоҷ мешаванд, хатари бештареро аз назар ва вуқӯи сиклҳои тулонӣ муддати мараз доранд.

-Бузургтарин пешрафт дар вуқое менингити бактериалӣ дар атфол татбиқи ваксинаи H.influenza type-b буда, агарчи ваксинаҳои муофиятҳои мутафовитеро дар атфол синни 2-4-моҳагӣ ба вучуд меоваранд, вале тамоми онҳо савияҳои муҳофизаткунандаи antibody - муассирро дар баробари антоноти муҳочим аз 70 то 1--% эҷод менамоянд, биноан тамоми атфол бояд бо ваксинаи инфлуенс аз синни 2 моҳагӣ ваксина шаванд.

АДАБИЁТ

- 1-Baraff LJ, Lee SI, Schriger DL: Outcomes of bacterial meningitis in children: A meta-analysis. *Pediatr Infect Dis J* 12:389, 1998.
- 2-EI Bashir H, Laundry M, Booy R. Diagnosis and treatment of bacterial meningitis. *Arch Dis Child* 2003;88: 615-20.



- 3-Feigin RD, McCracken GH, Klein JO: Diagnosis and management of meningitis. *Pediatr Infect Dis J*....2006.
- 4-Maconohie I, Baumer H, Stewart MER. Fluid therapy for acute bacterial meningitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD004786.
- 5-Radetsky M: Duration of symptoms and outcome in bacterial meningitis: An analysis of causation and the complications of a delay in diagnosis. *Pediatr Infect Dis J*.....2006.
- 6-Talan DA, Guterman JJ, Overturf GD, et al: Analysis of emergency department management of suspected bacterial meningitis. *Ann Emerg Med*.....2011.
- 7-Schuchat A, Robinson K, Wenger JD, et al: Bacterial meningitis in the United States in 2007.
- 8-Tunkel AR: Bacterial meningitis. LWW 2001, Philadelphia USA
- 9-Tunkel AR, Hartman BJ, Kaplan SL. Practice Guidelines for the Management of Bacterial Meningitis. *Clinical Infectious Diseases* 2004; 39:1267-84
- 10-van de Beek D, de Gans J, McIntyre P, Prasad K. Corticosteroids for acute bacterial meningitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue I. Art. No.: CD004405.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО МЕНИНГИТА И СПОСОБЫ ЕГО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ В ПОСТНЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Мухаммад Залмай Мавлавизода, Мухаммад Хошими Камоли Назари, Гулом Мухаммад Солах.
Кафедра детских болезней, Балхский медицинский университет, Мазари Шариф,
Исламская Республика Афганистан

Резюме.

Цель: исследование причин возникновения бактериологического менингита и способов его предупреждения в неонатальный период.

Выводы: Бактериальный менингит в постнеонатальном возрасте обычно вызывается бактерией *N.meningitidis*, стрептококковой пневмонией и гемофильной палочкой.

Начало обычно острое и характеризуется раздражительностью, чрезмерным плачем, рвотой, головной болью, болью в шее или скованностью у детей старшего возраста. Пациенты обычно подвержены лихорадке и имеют конституциональные симп-

томы. Бактериальный менингит у новорожденных часто протекает бессимптомно или может иметь незначительные клинические признаки. Это частое сопровождение сепсиса, и его следует подозревать у каждого больного новорожденного.

Терапию менингита следует проводить незамедлительно и начинать еще до установления окончательного диагноза. Для начала лечения достаточно люмбальной пункции с подозрительной цитологией спинномозговой жидкости и окраской по Граму.

Ключевые слова: боль в шее, рвота, каждый больной новорожденный, сепсис, чрезмерный плач.

CAUSES OF BACTERIOLOGICAL MENINGITIS AND METHODS OF ITS PREVENTION DURING THE POSTNEONATAL PERIOD

Muhammad Zalmay Mavlavizoda, Muhammad Hoshimi Kamoli Nazari, Gholam Muhammad Soleh.
Department of Childhood Diseases, Balkh Medical University, Mazar-e Sharif, Islamic
Republic of Afghanistan

Objective: To investigate causes of bacteriological meningitis and methods of its prevention during the postneonatal period.

Results: Bacterial meningitis in the postneonatal age is commonly caused by

N.meningitidis, streptococcus pneumonia and *H.influenza*. However, any organism can produce meningitis.

The onset is usually acute and characterized by irritability, excessive crying,



vomiting, headache, neck pain or stiffness in older children. Patients are usually febrile and have constitutional symptoms. Bacterial meningitis in the newborn is often asymptomatic or may have subtle clinical features. It is a common accompaniment of septicemia and should suspected in every sick neonate.

Therapy of meningitis should be prompt and be initiated even before a definitive diagnosis is established. A lumbar puncture with suggestive CSF cytology and Gram stain is enough to initiate treatment.

Key words: Neck pain, vomiting, every sick neonate septicemia, excessive.

Залмай Мавлавизода - устоди кафедраи бемориҳои кӯдакони Донишгоҳи тиббии Балх, Мазори Шариф, ҶИА.

Мухаммад Залмай Мавлавизода - ассистент кафедры детских болезней Балхского медицинского университета, Мазор Шариф, ИГА

РЕАБИЛИТАЦИЯ КЪДАКОНИ ДОРОИ ДАРАЧАИ ВАЗНИНИ НОРАСОИИ ФИЗО

Шамсов Б.А.^{1,2}, Набиев З.Н.², Файзуллоев Ф.А.², Шамсов А.Т.³, Қайумова Д.А.²

¹.МД "Маркази ҷумҳуриявӣи физо". ².МД "Маркази илмӣ-клиникии ҷумҳуриявӣи педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакон". ³.МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Мухимият. Ба серӣ хӯрок нахӯрдан, махсусан дар кӯдакон барои саломатии на танҳо аҳоли, балки барои насли оянда низ проблемаи ҷиддӣ ба ҳисоб меравад. Мувофиқи маълумоти Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ (ТУТ) ба серӣ хӯрок нахӯрдан ба қатори бемориҳои дохил мешаванд, ки ҳар кадоми онҳо сабаби мушаххас дошта, ба як ё якчанд маводи фizioӣ (масалан, сафеда, йод, калсий ва ғ.) алоқаманд мебошад ва ҳар яки он дорои хусусиятҳои дисбаланси ҳуҷайравӣи байни моддаҳои фizioии пешниҳодшуда ва энергия, аз як тараф ва талаботи организм ба онҳо барои таъмин кардани рушд, дастгирӣ кардан ва функцияҳои ҷудогона, аз тарафи дигар мебошанд [2,4,8,10,11]. Ҳамин тавр, камғизоӣ, аз нишондиҳандаҳои гуногуни клиникӣ вобаста аз он, ки кадом унсурҳои фizioӣ барои вазъи дисбаланс масъуланд, ташаккул меёбанд. Чор намуди асосии камғизоӣ мавҷудааст: таваккуфи инкишофи дохилибатнӣ, норасоии сафедавӣ-энергетикӣ ва ихтилоли ба дефисити витамини А, йод ё оҳан [5, 10, 11] алоқаманд.

Норасоии сафедавӣ-энергетикӣ ҳанӯз ҳам барои саломатӣ дар тамоми дунё, аз ҷумла дар Тоҷикистон низ проблемаи ҷиддӣ ба ҳисоб меравад. Дар соли 1995 аз 11,6 млн ҷавон дар байни кӯдакони аз 5-сола ҷавон дар тамоми кишварҳои рӯ ба инкишоф 54% ба ин ё он дараҷа ба камғизоӣ алоқаманд буданд [ТУТ, 1998] [5, 11].

Айни замон усулҳои гуногуни табобати норасоии сафедаву энергия дар хона дар самти физо дар ҳолатҳои фавқулода таҳия карда шудаанд. Маҳаки асосии ин стратегияҳои нав истифодаи маводи фizioии терапевтӣи (FT) барои истеъмол тайёр F100 ба ҳисоб меравад. Аз баски ин (RUTF) дар худ об надорад, онҳо ба заҳролудшавӣи бактериологӣ гирифта намешаванд. Онҳоро дар шароити хона бе тайёрии пешакӣ нигоҳ доштан ва истеъмол кардан мумкин аст.

Ҳоло дар шароити саҳроӣ ду намуди RUTF-и тичоратӣ фурухташаванда истеҳсол ва истифода карда мешаванд: маҳсулоти дар асосии хамираи арахис (Plumpynut) ва кулчақанди саҳт (BP-100)

Мақсади таҳқиқот. Муқоисаи клиникӣи фizioҳои терапевтӣ барои барқарорсозии кӯдакони гирифтаи норасоии шадиди вазнини фizioӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мо натиҷаи таҳқиқот ва табобати 58 кӯдаки дорои ихтилоли вазнини физо таҳлил намудем. Меёӣ барои интиҳоби кӯдакони аз 6 то 59 моҳ бо ихтилоли вазнини фizioӣ арзёбии стандартикунонӣ (Z-SCORE) $Z \leq 3$ мебошанд, ки дар марҳалаи барқарорсозии табобати стандартӣи кӯдакон бо НСЭ қарордоранд. Аз таҳқиқот кӯдакони дорои варамӣ (+++), диарея, қайкунии истисно карда шуданд.

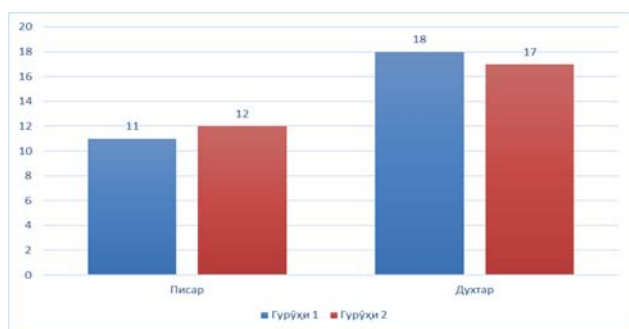


Ҷадвали 1. Маълумотҳои антропометрии кӯдакон дар лаҳзаидоҳилшавӣ

	Гурӯҳи-1 (n = 29)	Гурӯҳи-2 (n = 29)
Синнусолбомуҳ.	13.34 ± 23.19	10.00 ± 23.36
Ваз боқадZ-балл	-3.28 ± 1.36	-3.31 ± 1.41
Қад(см.)	72.10 ± 29.11	65.86 ± 24.90
Вазн (кг)	6.61 ± 5.16	5.49 ± 4.69

Эзоҳ: Нишондиҳандаи миёна ± 3 Тағйироти стандартӣ (ТС). Дар лаҳзаи таҳқиқот ҳамаи кӯдакон ғизои суғӣ истеъмоли мекарданд.

Мувофиқи усули интихоби тасодуфӣ ҳамаи кӯдакон ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: дар гурӯҳи 1 (29 кӯдак) ҳамаи кӯдакон дар FTF-100 буданд. Кӯдакони гурӯҳи 2 (29 кӯдак) дар истеъмоли омехтаи ғизо FTF-100 ва RUTFBP-100 (Comrast, Берген, Норвегия) қарор доштанд.



Расми 1. Тақсими кӯдакон вобаста ба ҷинс

FT F-100 ва RUTFBP-100 (Пиченидорони таркиби витаминӣ-минералӣ мебошад, эквивалентни F100 аст, аммо асоси вайро гандуми чушонидашуда ташкил медиҳад, на ин ки шир) махсус барои барқарор намудани ғизои кӯдаконе, ки аз норасоии вазнини ғизоӣ дар фазаи гузариш (F-100) ва барқарорсозӣ (F-100 ва BP-100)-и протоколи табобати аз тарафи Ташкилоти умумичаҳони тандурустӣ (ТУТ) қабулшуда ранҷ мекашанд, таҳия шудаанд.

Табобати стандартӣ аз фазаи барқарорсозӣ шурӯъ шуда, табобаи парҳезии ҳамаи кӯдакони дорои FT F75 (130 мл / кг / рӯз дар 8 ҳӯрониш) ва антибиотикҳои системавӣ ва табобати ҳолатҳои шадидро (масалан, гипогликемия, гипотермия, беобшавӣ ва ғ.), то барқароршавии иштиҳо дар бар гирифт.

Ин фаза ба ҳисоби миёна 5 рӯз давом кард. Баъди ин бемор муддати 3 рӯз бо ҳамин воия FT F100 дар фазаи гузариш

қарор гирифт. Ниҳоят, дар давраи фазаи барқарорсозӣ ба кӯдакони гурӯҳи 1 FT F100 аз ҳисоби 200мл / кг / рӯз дар шаш истеъмоли ғизо (100 мл F-100 дорои 100 ккал энергия аст) таъйин карданд. Дар давоми 3 рӯзи аввали фазаи барқарорсозии кӯдакони гурӯҳи 2 парҳези стандартӣ (FTF-100) бо иваз кардани ғизо ба миқдори эквивалентӣ (ккал) BP-100 қабул карданд. Аз рӯзи 4-ум сар карда, кӯдакон 6 қабули алтернативии ғизои F-100 ва BP-100-ро доштанд. Тартиби қабули ғизо ҳар рӯз иваз карда мешуд, то ин ки вобаста ба муҳлати истеъмоли ғизо ғалатфаҳмӣ ба амал наояд, монанди дар гурӯҳи 1 истеъмоли умумии энергия ба таъминсозии минимум 200 ккал / кг / рӯз равона карда шудааст.



Расми 2. Истеъмоли қувва барои воия аҷкаратаи ғизо

Ҳангоми ташхис ва табобати кӯдакони дорои ихтилоли ғизо мо протоколи мураккаби беморон "Дастурамали миллии оид ба табобати беморони дорои норасоии вазнин ва миёнаи ғизо", ки аз тарафи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 24 январи соли 2018, таҳти №57 таҳия шудааст, роҳнамои худ қарор додем. Қаркарди омории маълумотҳо бо ёрии барномаи Microsoft Office 2019 гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар ҳар як ду рӯз ҳамаи кӯдакони таҳқиқшударо вазн кардем, варамро баҳогузорӣ намудем ва муоина кардем (асоан, вақте ки кӯдак шиқояти мушаххас дошт). Ҳар як кӯдак дар ҳарду гурӯҳ дар рӯзи 6-уми фазаи барқарорсохӣ барои чен кардани истеъмоли энергия (ҷадвали 2) интиҳоб карда шуд. Истеъмоли энергия дар асоси миқдори ғизои дар ҳар як истеъмолкунӣ хӯрдаи кӯдак аст. Шифоёбиро аз рӯйи вазн муайян кардем. Кӯдак дар ҳолате рухсат мешуд, ки агар массаи бадан бо қад аз 85% аз медиани TC Z-SCORE баланд бошад. Нишондиҳандаи миёнаи Z-балл (ба ҳисоби миёна) нисбат ба массаи бадан ба қад дар кӯдакон дар рӯзи ченкунии энергияи истеъмолшуда (рӯзи 6-уми фазаи барқароршавӣ) дар кӯдакони гурӯҳи 1 -2,86 ва дар кӯдакони гурӯҳи 2-25-ро ташкил кард. Вазни миёна дар ин рӯз дар кӯдакони гурӯҳи якум 6,81 кг ва дар гурӯҳи истеъмоли омехтаи ғизо - 5,79 кг.-ро ташкил дод.

Дар расми 2 истеъмоли энергия то 45 дақиқа пас аз истеъмоли ғизо пешниҳод карда шудааст. Дар ин кӯдакон истеъмоли миёнаи энергия ҳангоми FTBP-100 назар ба истеъмоли FT F100 ($p < 0,0001$) хеле баланд буд. Фарқияти миёна дар истеъмоли энергия байни истеъмолҳои ғизо F100 ва BP-100 -ро дар 16,8 ккал / кг / истеъмоли ғизо ташкил дод.



Расми 3. Афзоиши вазни кӯдакон дар рӯзи 6-уми вазнкашӣ

Давомнокии фазаи барқароршавӣ то рухсат шудани кӯдакони бемор ҳам барои беморони кӯдакони гурӯҳе, ки истеъмоли омехтаи ғизо доштанд ва ҳам танҳо F100 як хел буд. Дар гурӯҳи 1 вай ба ҳисобимиёна 14,6 рӯз ва дар гурӯҳи омехта -11,8 рӯз буд.

Хулосаҳо. Истеъмоли баланди энергия дар кӯдакони дар истеъмоли омехтаи ғизо қарордошта, назар ба кӯдаконе, ки фақат FT F100 истеъмол мекарданд, дар гурӯҳи якум ба баландшавии миёнаи вазн оварда мерасонад. Маҳдудият барои таҳқиқот он буд, ки чен кардани истеъмоли умумии об бинобар он ки кӯдакони гурӯҳи 2 на ҳамеша пас аз истеъмоли BP-100 об истеъмол кардаанд, номумкин буд, дар кӯдакони гурӯҳи 1 бошад, оби истеъмолкардашударо ҳангоми истеъмол намудани FT F100 ба таври мушаххас муайян кардан мумкин аст, зеро ин миқдори обро дар бар мегирад, ки ҳангоми таёр кардани FT ба он омехта карда мешавад. Маълумот дар бораи ченкунии ғизоро истифода карда, онро барои ҳамаи рӯз идома дода, энергияи умумии рӯзона дар 150,1 ккал / кг дар гурӯҳи танҳо F100 ва 199 ккал / кг дар гурӯҳи истеъмоли омехта баҳогузорӣ карда мешавад. Диапазони сарф кардани энергия дар BP-100 назар ба F100 хеле васеъ аст. Гарчанде ин асосан ба истеъмоли максималии маҳсулот вобаста аст, инро дар назар доштан муҳим аст. Яке аз бартариҳои босуботи нисбӣ мумкин аст миқдори ғизое бошад, ки кӯдакон онро ҳангоми ҳар як истеъмолкунӣ қабул кардаанд. Минбаъд омӯзиши ҳамаҷонибаи истеъмоли FT зарур аст, ки дар заминаи танҳо BP-100 дар шароити статсионарӣ ва ҳона бунёд шудааст, то ин ки хатари истеъмоли номуносиби об баҳогузорӣ карда шавад. BP-100 об надорад ва ҳамеша бо об истеъмол карда мешавад, то ҷаббиш таъмин ва беобшавии организм пешгирӣ карда шавад.

Ҳамин тавр, гуфтан мумкин аст, ки BP-100 хуб қабул шудааст ва метавонад, ки ҳангоми барқароршавии кӯдакони мубтало ба норасоии шадиди вазнини ғизоӣ дар шароити статсионарӣ, амбулаторӣ, ҳона мавриди истифода қарор дода шавад. Таҳқиқотҳои минбаъдаи истифодаи FT, ки танҳо BP-100 доранд, ҳангоми табобат дар шароити ҳона, аз ҷумла чен кардани истеъмоли энергия ва об амалӣ зарур ба ҳисоб меравад.



АДАБИЁТ

1. Гафуржанова Х.А. Особенности физического развития детей 1-го года жизни, находящихся на различных видах вскармливания / Л.А.Бабаева, Х.А. Гафуржанова // Здоровоохранение Таджикистана. - 2016. - №1. - С.24-31.
2. Завьялова А.Н. Распространенность белково-энергетической недостаточности госпитализированных детей (пилотное исследование) / А.Н. Завьялова, А.Ш. Мусаева, А.А. Спиркова и др. // Медицина: теория и практика. - 2018. - №1. - С. 31-33
3. Муродов М.Д., Хусейнов З.Х. Изучение функции органов пищеварения у детей при остром лимфобластном лейкозе / М.Д. Муродов, З.Х. Хусейнов // Здоровоохранение Таджикистана. - 2015. - №1. - С.36-40.
4. Нечаева Г.И. Белково-энергетическая недостаточность в клинической практике / Г.И. Нечаева, И.В. Друк, Е.А. Лялюкова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2013. - №7. - С. 23-26.
5. Nechayeva G.I. Belkovo-energeticheskayanedostatochnost' v klinicheskoypraktike [Protein-energy deficiency in clinical practice]. Eksperimental'nayaiklinicheskayagastroenterologiya - Experimental and Clinical Gastroenterology. - 2013. - №7. - P. 23-26.
6. Barouaca H., Squali F.Z., Hida M. Effect of Short-Term of Nutrition Rehabilitation on Catch-up Growth in Marasmus and Kwashiorkor. - 2013. - Children. J Food Nutr Disor 2:4. doi:10.4172/2324-9323.1000123
7. Kurpad A. Overview of changing protein and amino acid requirements and application to pregnancy requirements. Food Nutr Bull. 2013;34:234-6.
8. Semba RD. The rise and fall of protein malnutrition in global health. Ann Nutr Metab. 2016;69:79-88.
9. Tierney EP, Sage RJ, Shwayder T. Kwashiorkor from a severe dietary restriction in an 8-month infant in suburban Detroit, Michigan: Case report and review of the literature. Int J Dermatol. 2010;49:500-6.
10. World Health Assembly Resolution WHA57.17. Global strategy on diet, physical activity and health. World Health Organization, Geneva: May 22, 2004.
11. WHO. Guideline: Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children. Geneva: World Health Organization; 2013.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПИТАНИЯ, ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Шамсов Б.А.^{1,2}, Набиев З.Н.², Файзуллоев Ф.А.², Шамсов А.Т.³, Каюмова Д.А.²

¹ГУ "Республиканский центр по питанию". ²ГУ "Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии". ³ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино"

Цель исследования: Клиническое сравнение терапевтического питания для реабилитации детей с недостаточностью питания тяжелой степени.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты обследования и лечения 58 детей с тяжелым нарушением питания. Критерием для включения были дети от 6 до 59 месяцев с тяжелым нарушением питания стандартизованная оценка (Z-SCORE) Z $\leq$ -3 и находящиеся на стадии реабилитации стандартного лечения детей с ТНП.

Результаты исследования. Каждые два дня всех обследуемых детей взвесили, оценили отек и осмотрели (чаще, если ребенок предъявлял конкретную жалобу). Каждый ребенок в обеих группах был выбран на 6-й день фазы реабилитации для измерения потребления энергии. Потребление энергии рассчитывалось на основе количества, съеденного ребенком во время каждого приема пищи. Выздоровление оценивали по весу.

Вывод. Высокое потребление энергии, полученное у детей, находящихся на смешанном кормлении, приводит к среднему увели-



чению веса по сравнению с полученным с одним F100 в первой группе (которые сами по себе превышают минимальное увеличение веса, ожидаемое на этой фазе лечения).

Ключевые слова: дети, БЭН, питания, питательная недостаточность, квашиоркор, нутритивная поддержка, терапевтическое питание, недоедание.

NUTRITION REHABILITATION OF CHILDREN WITH SEVERE ACUTE MALNUTRITION

Shamsov B.A.1,2, Nabiev Z.N.2, Fayzullov F.A.2, Shamsov A.T.3, Kayumova D.A.2

1Republican Center for Nutrition. 2State Institution "Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child Surgery". 3Avicenna Tajik State Medical University

Aim: Clinical comparison of nutritional therapy for the rehabilitation of severely malnourished children.

Materials and methods. We have analyzed the results of examination and treatment of 58 children with severe malnutrition. The criterion for inclusion was children from 6 to 59 months with severe malnutrition, standardized score (Z-SCORE) $Z \leq -3$ and those in the stage of rehabilitation of standard treatment of children with TNP.

Research results. Every two days, all the examined children were weighed, the edema was assessed and examined (more often if the child made a specific complaint). Each child in

both groups was selected on the 6th day of the rehabilitation phase to measure energy consumption. Energy intake was calculated based on the amount eaten by the child at each meal. Recovery was assessed by weight.

Conclusions. The high energy intake received in the mixed-fed infants results in an average weight gain compared to that obtained with F100 alone in the first group (which themselves exceed the minimum weight gain expected in this phase of treatment).

Key words: children, PED, nutrition, nutritional deficiency, kwashiorkor, nutritional support, therapeutic nutrition, malnutrition.

Шамсов Бахтовар Абдулхафизович - "Республиканский центр по питанию"; e-mail: bakhtovar01@gmail.com

Shamsov Bakhtovar Abdulkhafizovich - "Republican Center for Nutrition"; e-mail: bakhtovar01@gmail.com



ТИББИ НАЗАРИЯВЌ

ТАЪСИРИ РАВАНДИ ТАЪЛИМ БА ҲОЛАТИ ФУНКЦИОНАЛИИ ОРГАНИЗМИ ДОНИШЧЌ

М.Устоев¹, М.Тамриз², Б.Р.Устоев¹¹. Кафедраи физиологияи одам ва ҳайвоноти Донишгоҳи миллии Тоҷикистон;². Кафедраи анатомия ва физиологияи ДДОТ ба номи С.Айни

Муҳимият. Мавҷудият ва тарзи тағйирёбии ҳолати функционалии организми донишчўён дар замони ҳозира яке аз мушкилоти физиологӣ бахисоб меравад [1, 4, 7, 10, 11, 12]. Фаъолияти таълимии донишчўён хусусияти ба худ хосро дорад, ки аз касбияти мактаби олий ва шакли таълим вобаста аст. Дар бисёр маводҳои чопшуда масъалаи гузаронидани таҳхис бисёртар дар донишчўёни шуъбаи рӯзона дида мешавад, ки сарбории умумӣ дар давраи имтиҳонсупорӣ то ба 12-14 соат мерасад [2, 5, 6, 8, 14]. Нисбатан зиёдтар сарбории зехнӣ ва вазифавӣ дар якҷоягӣ бо шиддатнокии эҳсосӣ дар давраи имтиҳонсупорӣ донишчўёни таҳсилоти фосилавӣ (ғоибона) ҳис мекунад. Мӯҳлати азхудкунии онҳо хеле кӯтоҳ буда 3,5 -4 - солро дар бар мегирад, ки дар ин муддат онҳо бояд якҷанд фанҳоро омӯзанд.

Системаи тайёр намудани кадрҳои баландиҳисоб бе асосноккунии педагогӣ ва тиббӣ ба ғайриадекватӣ зиёд кардани сарборӣ ба организми донишчўён, тез мондашавии онҳо ва пайдошавии баъзе бемориҳо мушоҳида карда мешавад [9, 11]. Ҳангоми омӯзиши тағйирёбии мутобиқияти донишчўён яке аз ҷанбаи муҳим ин муайян намудани нақш ва мутаносибии механизмҳои физиологӣ ва механизми психологӣ нигоҳдории гомеостази организм мебошад.

Ба сифати нишондиҳандаи мониторингӣ мутобиқшавии донишчўён дар раванди таълим. Тағйирёбии ҳолати функционалии системаи дилу рағҳо ба ҳисоб меравад [3, 13, 14]. Мақсади гузаронидани таҳқиқот баҳодиҳи ба ҳолати функционалии организми донишчўёни шакли фосилавии таҳсил ва дар давраи сессия ва имтиҳонҳо мебошад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши таъсири раванди таълим ба ҳолати функционалии организми донишчўён. Дар таҳқиқот дар 64

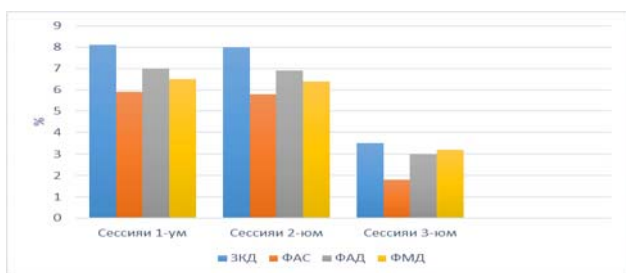
нафар донишчўёни курси якум 32 нафар дар курси 2-ум 32 нафар шакли фосилавии таҳсил гузаронида шуд. Синни миёнаи донишчўён ($23 \pm 0,2$) солро ташкил дод. Таҳқиқот дар соати муайяншуда аз рӯзи аввали то охири сессия гузаронида шуд, ки дар он пайдошавии ташанҷ (стресс) ва тағйирёбии психофизиологӣ дар организм мушоҳида карда мешавад.

Ҳолати функционалии системаи дилу рағҳо тавассути таҳлили нишондиҳандаҳои фишори артериявӣ - систологӣ (ФАС) ва диастолавӣ (ФАД) инчунин зудии қори дил (ЗҚД) ва ҳисоби нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ, набзӣ артериявӣ (НА) фишори динамикии миёна (ФДМ) ҳаҷми заданӣ дил (ХЗД) аз руи формулаи олим Старр, ҳаҷми дақиқавии гардиши хун (ХДГХ) муқовимати умумии қанорӣ (МУҚ) потенциали мутобиқшавӣ (ПМ) индекси вегетативии Кердо (ИВК) ҳолати ҳиссиётнокии организм, изтиробии шахсӣ (ИШ) ва дигар нишондиҳандаҳо омӯхта шуд. Натиҷаҳои ба дастомадаро бо ёрии барномаи Microsoft Excel 2010 [7]. Эҳтимолияти фарқкунанда тавассути нишондиҳандаи t- Студент ва ҳисоби миёнаи арифметикӣ $M \pm m$ қоркард карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Таҳқиқотҳо нишон доданд, ки тағйирёбии қори системаи дилу рағҳо ва ҳолати равонии донишчўёни шакли таълимӣ фосилавӣ ва рӯзона. Муайян карда шудааст, ки шиддатнокии нисбатан зиёди қорӣ системаи дилу рағҳо дар шакли фосилавии таҳсил дар давраи сессияи 1, 2, 3 ва 6-ум дида мумкин аст.

Дар давраи сессияи 1-ум ҳолати нисбатан маъмулро дар фаъолияти зудии қори дил дида мумкин аст, ки ба 8,1% фишори артериявии давраи систоли бошад 5,9% фишо-

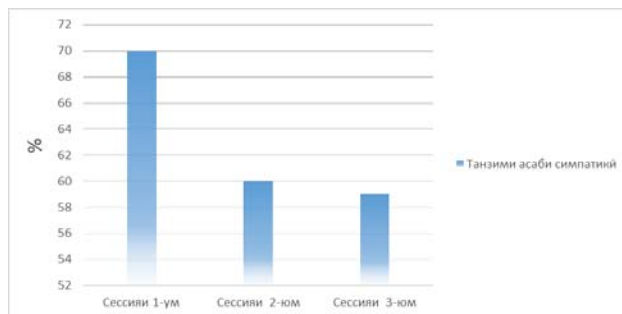
ри артериявии диастоли бошад ба 7,0% фишори миёнаи динамики ба 6,5% баробар аст. Потенсиали мутобиқшавӣ нисбатан баланд буда 70,5% ($p < 0,05$)-ро ташкил медиҳад. (расми 1). Ба ин монанд натиҷаро давраи сессияи дуюм дидан мумкин аст, ки онро ба аксуламали эҳсосӣ дар шароити нави фаъолияти таълимӣ дар мактаби олӣ ва муайян намудани мавқеи худ дар гурӯҳи иҷтимоии нав алоқаманд намудан лозим аст. Дар давраи сессияи 3-ум бошад аз сабаби мутобиқшудан ба шароити таълим нишондиҳандаҳои дар боло оварда шуда то дараҷаи давраи тайёри ба сессия паст мешавад.



Расми 1. Нишондиҳандаҳои вегетативӣ дар давраи гуногуни омӯзиш. Дар хати ординат фоизнокии тағйирёбии кори дилу рағҳо. Дар хати абсисс нишондиҳандаҳои вегетативӣ дар давраҳои сессия.

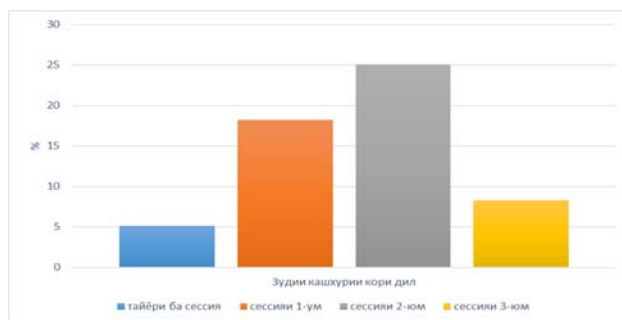
Дар давраи тайёри ба сессия шиддатнокии механизми танзими кори системаи дилу рағҳо аз руи баландшавии потенциали мутобиқшавӣ дар 15,0% донишҷӯён дидан мумкин аст. Дар давраи сессияи 1-ум ва 2-юм бошад ин нишондодро дар 66,0% донишҷӯён дида мешавад. Дар бисёрии донишҷӯёне, ки таҳқиқот бурда шудааст шиддатнокии механизми мутобиқшавӣ зиёдшавии танзими асаби симпатикиро мушоҳида намудан мумкин аст, ки дар давраи сессияи 1-ум 70,0% дар давраи сессияи 2-юм бошад ба 60,0% баробар мешавад. Дар давраи тайёри ба сессияи 3-юм бошад танзимкунии симпатикӣ ба 59,1% баробар аст (расми 2).

Майлкунии нишондиҳандаҳои ҳолати функционали дар давраи сессияҳои 1 ва 2 нисбати тайёри ба сессия аз он шаҳодат медиҳад, ки дар давраи кӯтоҳи мутобиқшавӣ шакли таълими фосилавӣ аз сабаби нисбатан кӯтоҳ будани вақти таҳсил ба сес-



Расми 2. Шиддатнокии механизми кори системаи дилу рағҳо вобаста аз таъсири асаби симпатикӣ. Дар хати ординат фоизнокии тағйирёбии потенциали мутобиқшавӣ. Дар хати абсисс давраҳои сессия.

сияҳои якҷум ва дуюм дахл дорад, ки ба натиҷаҳои дар донишҷӯёни шуъбаи рӯзона гирифташуда оиди мутобиқшавӣ баробар аст. Новобаста ба ин баъзе тағйиротхоро дар фаъолият системаи вегетативии донишҷӯён дидан мумкин аст. Тез шудани зудии кашиш хурии дил (ЗКД) то ба 92 маротиба / дақиқа дар давраи тайёри ба сессия - 5,1%, дар давраи сессияи якум - 18,2%; дар давраи сессияи дуюм - 25,1%; дар давраи сессияи сеюм - 8,3%-ро дар бар мегирад. Дар давраи тайёри ба сессия фақат дар 27,1% донишҷӯён нишондиҳандаи бо мувозинати кори дилу рағҳо ба 0,5 воҳиди шартӣ наздик аст, ки ба суст танзимкунии тонуси рағҳо сабаб мешавад (расми 3).



Расми 3. Динамикаи тағйирёбии нишондиҳандаҳои системаи дилу рағҳо дар давраҳои гуногуни сессия. Дар хати ординат фоизнокии тағйирёбии кори нишондиҳандаҳои вегетативӣ. Дар хати абсисс давраҳои сессия.

Динамикаи тағйирёбии нишондиҳандаҳои функционалии системаи дилурағҳо ба тағйирёбии дараҷаи изтироб меорад. Дар



сессияи 1-ум нисбат ба тайёри ба сессия теъдоди донишчӯёне, ки дараҷаи баланди изтироби аксуламали доранд аз 2,5 то 8,1% ва дар сессияи сеюм бошад то ба 2,2% кӯтоҳ мешавад. Дар сессияи 1-ум бошад нисбат ба тайёри ба он низ пастшавиро то ба 15,1% дидан мумкин аст.

Хулоса. Баландшавии шиддатнокии равони эҳсосӣ ба тағйирёбии танзими вегетативии системаи дилу рағҳо баробар аст. Тадқиқотҳо нишон доданд, ки аз ҳама бештар бо афзалиятнокии қисми симпатикии системаи асаби вегетативиро дар давраи сессияи 1-ум дидан мумкин аст, ки ба 70,1% дар сессияи 2-ум бошад ба 61,1% баробар аст. Дар давраи тайёри ба сессия ва сессияи 3-ум бошад дараҷаи танзими симпатикӣ ба 59,3% баробар аст. Ин нишон медиҳад, ки дараҷаи баланди фаъолияти қисми симпатикии механизми мутобиқшавиро баланд мекунад.

Натиҷаҳои ба дастовардашуда хулосаҳои олимони дигарро оиди он, ки сессияи якуми имтиҳонӣ ба тағйирёбии маҷмаавии равонию эҳсосӣ дар организми донишчӯён ба амал меояд [2, 12, 14]. Ташаннуҷи эҳсосӣ ва

имтиҳонӣ ба ҳолати функционалии организми донишчӯёни шакли фосилавии таҳсил, ки бо пайдошавии тағйирёбии баробарии симпатикӣ ва парасимпатикӣ дар танзими кори дил, гардиши хуни марказӣ, дараҷаи аксуламали ва изтироби шахси таъсир мерасонад. Донишчӯёни шакли фосилавии таҳсил бисёртар шиддатнокии эҳсосиро дар давраи сессия нисбат бо донишчӯёни шуъбаи рузона ҳис мекунанд. Қисми зиёди донишчӯёни шакли фосилавии таҳсил ба ташаннуҷи зиёдтар аҳамият медиҳанд ва фаъолнокии системаи симпатикии асаб нисбатан баланд мебошад. Дар натиҷа зудии кори дил, фишори артериявӣ ва муқовимати умумии рағҳои хуни канорӣ баланд мешавад. Муайян карда шуд, ки дар донишчӯёни шакли фосилавии таҳсил донишандузии, нисбатан кӯтоҳ будани вақт, тағйирёбии хеле назаррасро кори дил, ҳаракати хуни марказӣ, баландшавии фишори артериявӣ, пастшавии потенциали мутобиқшавии системаи дилу рағҳо, дараҷаи реактивнокӣ ва изтироби шахси, ки дар давраи сессияҳои 1-2-ум дидан мумкин аст.

АДАБИЁТ

1. Агаджанян Н.А. Здоровье студентов / Под ред. Н.А. Агаджаняна. -М.: Изд-во РУДН. 1997. - 199с.
2. Агаджанян Н.А. Физиология человека / Н.А. Агаджанян, Л.З. Тель, В.И. Циркин, С.А. Чеснокова. -М.: Медицинская книга: Н. Новгород: Изд-во НГМА. 2003. - 528с.
3. Артеменков А.А. Изменение вегетативных функций у студентов при адаптации к умственным нагрузкам / Н.А. Агаджанян // Гигиена и санитария. - 2007. - №1. -С. 62-63.
4. Бодиков В.И. Прогнозирование степени экзаменационного стресса по результатам тестирования студентов и их ЭЭГ / В.И. Бодиков, Е.А. Умрюхин, И.И. Коробейникова, Л.П. Рудиева, М.В. Страхова // Физиологические основы здоровья студентов: труды МНС по экспериментальной и прикладной физиологии/ под ред. К.В.Судакова. - М: НИИНФ им. П.К. Анохина РАМН. - 2001. -Т. 10. -С.306.
5. Бусловская Л.К. Здоровья и адаптация студентов- первокурсников университета/ Л.К. Бусловская, Ю.П. Рыжкова // Эколого-физиологические проблемы адаптации: материалы XII международного симпозиума. - М., 2007. -С.84-86.
6. Двоеносов В.Г. Система организации профилактики и формирования здорового образа жизни в вузе /В.Г. Двоеносов, М.М. Гарифуллина, В.М. Шадрин, В.В. Костюко// Научно-практическая конференция "Наркомания и общество: пути решения проблемы". -Казань. 2003.-С. 28-30.
7. Лысакова Т.Н. Частота пульса как мобильный показатель физиологической адаптации к условиям обучения /Т.Н.Лысаков// Вестник молодых ученых. Физиология и медицина. - СПб. 2005. -С.145.



8. Симохвалов В.Г. Динамика психологической и физиологической адаптации студентов к учебным нагрузкам // Физиологические основы здоровья студентов: труды МНС по экспериментальной и прикладной физиологии / В.Г. Симохвалов, А.В. Симохвалов / под ред. К.В. Судакова. - М.: НИИНФ им. П.К. Анохина РАМН, 2001. - Т. 10. - С. 84-106.
9. Саперова Е.В. Особенности функционирования системы кардиорегуляции в период экзаменационной сессии / Е.В. Саперова, И.Н. Ягудина, В.Н. Кольцова // Физиология человека и животных: от эксперимента к клинической практике: материалы V молодежной научной конференции Института физиологии Коми НЦ УрО РАН. - Сыктывкар. 2006. - С.174.
10. Сорокина М.А. Особенности адаптации студентов к профессиональным программам обучения / М.А. Сорокина // Эколого - физиологические проблемы адаптации: материалы XII международного симпозиума. - М., 2007. - С.411-412.
11. Юматов Е.А. Проблема экзаменационного эмоционального стресса у студентов / Е.А. Юматов / Физиологические основы здоровья студентов: труды МНС по экспериментальной и прикладной физиологии / под ред. К.В. Судакова. - М.: НИИНФ им. П.К. Анохина РАМН. 2001. - Т.10. - С.17-48.
12. Яворовская Л.Н. Проблема адаптации студентов первокурсников к процессу обучения в вузе / Л.Н. Яворовская // Всеукраинская научно - практическая конференция "Актуальны проблемы непрерывной освіти": - Харьков. - 2003. - С.106-107.
13. Kelsey R. Cardiovascular reactivity and adaptation to recurrent psychological stress: replication and extension / R. Kelsey, K. Soderlund, C. Arthur // Psychophysiology / - 2004.
14. Schwarlz A.R. Toward a causal model of cardiovascular responses to stress and the development of cardiovascular disease / A.R. Schwarlz, W. Gerin, K.W. Davidson al. // Psychosom. Med. - 2003. - Vol. 65. - P. 22 -35.

ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ

Устоев М., Тамризи М., Устоев Б. Р.

В статье приводятся данные о влиянии учебного процесса на функциональное состояние организма студентов в различные периоды учебы, установочная первая вторая и третья сессия, и влияние учебного процесса на вегетативные показатели, работу сердечной сосудистой системы, потенциал адаптации. По показателям

центральной гемодинамики наибольшие нагрузки испытывают студентки дистанционные формы сокращенного срока обучения в сравнении со студентками очного отделения.

Ключевые слова: студент экзамен, функция, сердца, сосудов, сессия, дистанционный, потенциал, адаптация.

INFLUENCE OF THE EDUCATIONAL PROCESS ON THE FUNCTIONAL STATE OF THE STUDENTS ORGANISM

Ustoev Mirzo, Tamrizi Mubin, Ustoev Behzod Rakhimdzhonovich

The article provides data on the influence of the educational process on the functional state of the organism of students in different periods of study, the first second and third sessions. The influence of the educational process on vegetative indicators, the work of the cardiovascular system, adaptation potential. The

indicators of heart system functioning show that the student of out of distance education form apprehended most loadings or in attestation period in comparing with student of day education form.

Key words: student exam, function, cardiovascular, session, distance, potential, adaptation.

Устоев Мирзо, д.и.б., профессор кафедры физиологии и анатомии животных Донишгоҳи миллии Тоҷикистон
Ustoev Mirzo - doctor of biological sciences, professor of the department of human and animal physiology, Tajik National University. Phone: 981-01-31-71. E-mail: ustoev1954@mail.ru



ТИББИ ОИЛАВӢ

ПРОФИЛАКТИКАИ ОМИЛӢОИ ХАТАР ДАР ШАХСОНИ СИННУ СОЛИ ЧАВОН
БО ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРАӢӢ ДАР ФАӢОЛИЯТИ АМАЛИИ ТАБИБОНИ
ОИЛАВӢ

Д.А. Қодирова, Ф.А. Ӣафиззода

Кафедраи тибби оилавии №1 (мудири кафедра Қодирова Д.А.)-и
МДТ "ДДТТ ба номи АбӢуалӢ ибни Сино".

МуӢиммият. Фишорбаландии шарӢӢ (ФШ) ва бемории клиники дил (БИД) шакли нисбатан пахншудаи бемориҳои дилу рагҳо ба ҳисоб меравад [1,2,3]. Проблемаи ФШ дар синну соли чавонӢ бо миқдори зиёди популясионӢ, таъсири он ба вазъи саломатӢ, қобилияти корӢ ва давомнокии ҳаёт муайян карда мешавад [1,2]. Чамъ шудани таҷриба аз он гувоҳӢ медиҳад, ки ФШ аввалия Ӣ бемории фишорбаландӢ (БФ) бештар дар давраи наврасӢ, чавонӢ ва кӯдакӢ дида мешавад.

Тибқи маълумоти адабиёти илмӢ ФШ дар байни наврасон ва чавоно аз 5 то 14%-ро ташкил медиҳад [1,3,2].

Дар айни замон далелҳои сершумор дар хусуси он ки омили асосии хатари муайянкунандаи ҳам нишондиҳандаи фавтият аз бемориҳои дилу рагҳо ва динамикаи онҳо гизои номукаммал, гиперхолестеринемия, фарбеҳӢ, сигоркашӢ ва ғ. чамъ шудаанд [1,3]. Дар пайдо шудани беморӢ нақши таъсири нохуби муҳит низ назаррас аст: вазъиятҳои муҳолифатии стрессӢ дар оила, майзадагӢ, сигоркаши фаъол Ӣ ғайри фаъол, гиподинамия [3].

Тибқи таърифи муаллифони сершумор пешгирии аввалияи ФШ-ин пешгирии пайдо шудани беморӢ дар одамони солим ва шахсоне, ки майли омилҳои гуногуни хатарро доранд. Аз профилактикаи дуҷумӢ бошад - ин пешгирӢ намудани пешравии беморӢ ва пайдо шудани оризаҳо дар чараӢи ФШ дар шахсоне, ки аллакаӢ гирифтори ин беморӢ ҳастанд [1,2].

Яке аз сабабҳои асосии назорати нокифояи ФШ ин маълумотнокии нокифояи беморон дар хусуси вучуд доштани бемориашон, нокифоя будани дониши дар хусуси чорабиниҳои профилактикии ФШ, ҳамчунин

тамоюли кам доштани беморон ба риоя намудани тавсияҳои табиб ба ҳисоб мераванд [1,3]. Вобаста аз ин гузаронидани чорабиниҳои профилактикӢ ҳангоми ФШ дар шахсони синну соли чавон бо назардошти омили хатар, вазифаи актуалии табибони оилавӢ дар шароити амбулаторӢ ба ҳисоб меравад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани сохтори омилҳои хатар дар шахсони чавони гирифтори ФШ барои гузаронидани профилактикаи аввалияи беморӢ дар шароити амбулаторӢ мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. 80 бемори гирифтори ФШ синну соли чавон, ки дар Маркази шахрии саломатии №2 ш. Душанбе бистарӢ буданд, мавриди таҳқиқот қарор дода шуданд. Дар байни беморони таҳқиқшуда мардҳо 43,2% ва занҳо 56,8%-ро ташкил карданд. Синну соли беморони дорои ФШ аз 18 то 35 сол буд, ба ҳисоби миёна $25,4 \pm 0,4$ солро ташкил дод. Меъёрҳои таҳқиқот дохилкунӢ: мардҳо ва занҳое, ки 18-25 - сола буданд: САД? 144мм сут.сим. ва Ӣ ДАД ? 90мм сут.сим. ки дар ду мурочиаташон ба табиб ба қайд гирифта шудааст. Меъёрҳои хориҷ кардан аз таҳқиқот: ФШ вазнин, ФШС ? 200 мм сут.сим. ва Ӣ ФШД ? 110 мм сут.сим.; ФШ дуҷумин дорои ҳама гунна этиология: бемориҳои вазнини ҳамроҳшуда, ки истеъмоли доими доруҳоро талаб мекунад, ки қобилияти паст кардани ФШ; диабет қанди типии 1, диабет қанди чуброннашавандаи типии 11, бнмориҳои рӯҳиро доранд.

Дар ҳама ашхоси синну соли чавони гирифтори ФШ таҳқиқоти комплексӢ, бо фарогирии таҳқиқоти клиникӢ-лабораторӢ (таҳлили умумии хун, пешоб, таҳлили биохимиявии хун) ва усулҳои инструменталии



тахқиқот (электрокардиография, таҳқиқоти қаъри чашм ва ғ) гузаронида шудаанд.

Шикоятҳои беморон, маълумотҳои анамнези беморӣ ва ҳаёт, натиҷаҳои таҳқиқоти объективӣ, усулҳои лабораторӣ ва инструменталии таҳқиқот бо назардошти маълумотҳои асноди тиббӣ на танҳо барои ташҳиси тафриқии бемории фишорбаландӣ ва гипертонияи симптоматикӣ, балки барои муайян кардани марҳалаҳои БФ низ хизмат мекунанд.

Ташҳис инҳоро дар бар гирифт: дараҷаи ФШ, марҳалаҳои бемории фишорбаландӣ ва дараҷаи хатари оризаҳои дилу рағҳо бо назардошти осеби узвҳои нишона ва ҳолатҳои муттаҳидаи клиникӣ.

Коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот бо истифода аз компютери инфиродӣ бо ёрии дастаҳои барномаи "Microsoft office 2007", "SPSS-13.0" гузаронида шуд. Коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот усулҳои классики омори тавсифиро дар бар гирифт: ҳисоб кардани $P \pm mp$ (%) барои бузургҳои нисбӣ ва $M \pm m$ барои бузургҳои мутлақ. Аҳамияти фарқияти нишондиҳандаҳо барои бузургҳои нисбӣ аз меъёри t - критерияи Стюдент ҳисоб карда шуд: барои бузургҳои мутлақ T -критерияи Вилкоксон ва U -критерияи Манн-Уитни барои интиҳобҳои мустакил ба кор бурда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки мавҷуд будани басомади омилҳои хатар дар маҷмӯъ аз 1 то 7 буда, $5,8 \pm 0,4$ -ро дар гурӯҳҳои таҳқиқшуда ташкил дод. Омилҳои асосие, ки барои рушди бемории фишорбаландӣ дар ҷавонон мусоидат мекунанд, инҳоянд: ирсӣ - 45,2%, ангиизишҳои психосомотсионалӣ ва

ҳолатҳои стрессӣ-21,0%. Сатҳи баланди холестерин ($> 5,0$ ммол/л) дар 18,2% беморони таҳқиқшудаи гирифтори ФШ дар синну соли ҷавонӣ ба назар расид. Массай барзиёди бадан дар 15,6% ҳолат ба қайд гирифта шуд.

Осеби узви нишона ҳангоми мавҷудияти тағйиротҳо дар қаъри чашм дар 10%- ҳолат, гипертрофияи маъдачаи чап 9,1% ташҳис карда шуд. 80,4%-и беморони ҷавони гирифтори ФШ то ин таҳқиқот дар бораи гирифтормуданашон ба ин беморӣ огоҳӣ надоштанд. Аз онҳо танҳо 21,9%-и беморони мубтало ба ФШ давра ба давра аз препаратҳои гипотензивӣ истифода карданд, боқимондаҳо умуман табobati гипотензивиро нагирифтанд, ба истиснои лаҳзаҳои дар онҳо пайдо шудани бухрони гипертоникӣ, дар он ҳоле ки ба вай табobati таъҷили гипотензивӣ расонида шуда буд.

Ҳамин тавр, таҳқиқоти гузаронидашуда фарқияти профилҳои омилҳои дар синну соли ҷавонӣ намоиш медиҳад, ки идентификатсияи онҳо барои муайян кардани стратегияҳои профилактикӣ зарур аст. Бо назардошти маълумотнокии сусти беморони мубтало ба ФШ дар бораи бемориашон, ошкор намудан ва профилактикаи ин беморӣ хеле актуалӣ бемошад. Профилактикаи мақсадноки омилҳои хатари ФШ-ро дар байни ҷавонони солим гузаронидан зарур аст.

Хулосаҳо. 1. ФШ дар ҷавонони дорои мавҷудияти омилҳои сершумори дилу рағҳо ФШ аст. 2. Барои табибони оилавӣ гузаронидани профилактикаи мақсадноки омилҳои хатари ФШ дар ҷавонон тавассути тарғиби тарзи ҳаёти солим дар байни аҳоли, махсусан оилаҳое, ки дар анамнезашон тамоюли оилавӣ доранд, зарур аст.

АДАБИЁТ

1. Шейман Д.А. Острая почечная недостаточность. В кн.: патофизиология почки (пер. с англ.). - М., "Бином", 2007. - С.161
2. Bruzzi I., Benigni A., Remuzzi G. Role of increased glomerular protein traffic in progression of renal failure. // Kidney Intern. - 2007. - v. 52. - suppl. 62. - P. 29-31.
3. Blantz R. Pathophysiology of prerenal azotemia. // Kidney Intern. - 2008. - v. 53. - № 2. - P. 512-523.
4. Лопаткин Н.А. Хроническая почечная недостаточность. В кн.: Урология. - М., "Медицина", - 2015. - С. 471-485.
5. Clegh J.S. Drug administration in renal failure // Am. J. Med. - 2017. -P. 555.



6. Лопаткин Н.А. Хронический пиелонефрит. // Мат. Пленума Правления Всеросс. Общества урологов.: Тез. докл. - Екатеринбург. - 2006. - С. 107-125.
7. Лопаткин Н.А. Хроническая почечная недостаточность при урологических заболеваниях. В кн.: Урология. - М., "Медицина", - 2005. -С. 11-12.
8. Данилков А.П. Клиника, диагностика и лечение хронической почечной недостаточности при урологических заболеваниях. Дисс... докт. мед. наук. - М. - 2018. - С. 15-64.
9. Кравцова Т.Я. Особенности острого пиелонефрита у больных сахарным диабетом. Автореферат дисс... канд. мед. наук., М., 2014. - С. 19-20.
10. Климов Б.Н., Давидов М.И. О гнойном пиелонефрите. // Мат. Пленума Правления Всеросс. Общества урологов.: Тез. докл. - Екатеринбург. - 2016. - С. 44.
11. Яненко Э.К., Кульга Л.Г. Острый пиелонефрит и паранефрит при коралловидным нефролитиазе. В кн.: Сб. научн. Трудов. - М., 2011. - С. 69.
12. Лопаткин Н.А., Дзеранов Н.К. Пятнадцатилетний опыт применения ДЛТ в лечении МКБ // Пленум Правления Всерос. общ-ва урологов. - М., 2013. - С.5-25.
13. Алчинбаев М.К., Сарсебеков Е.К., Кожобеков Б.С., Малих М.А. Мочекаменная болезнь. - Алматы, 2014. - 292 с.
14. Хурцев К.В. Современные методы лечения и прогноз функционального состояния почек больным коралловидным нефролитиазом: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.40. - М., 2013. - 98 с.
15. Заборовский Г.Н. Мочекаменная болезнь как причина заболеваемости и инвалидности. // Конференция урологов Литовский ССР, 4-я. - Каунас, 2017. - С.38-39.
16. Кацыф А.М., Краснопольский Л.В. Аденома предстательной железы и функциональная недостаточность почек. // Актуальные проблемы урологии и нефрологии. - Киев, 2010. - С. 98-104.
17. Антонов Н.М., Пролиско С.В. Осложнения коралловидного нефролитиаза. // II конференция научного общества урологов Грузии. V научная сессия института урологии и нефрологии им. А.П. Цуликидзе. - Тбилиси, 2012. - С.18-19.
18. Степанов В.Н., Колпаков И.С., Акимов С.Я. Опыт оперативного лечения коралловидных камней почек. // Пленум Всероссийского научного общества урологов. Тезисы докладов. - Горький, 2018. - С.50-52.
19. Джавад - Заде М.Д. Особенности клинического течения хронической почечной недостаточности при мочекаменной болезни и предоперационная подготовка больных. // Вестн. хир. им. И.М. Грекова. -2013. - Т.131. - Вып.12. - С. 40-45.
20. Ермакова Н.А. Пиелонефрит и хроническая почечная недостаточность при коралловидном нефролитиазе. // Современные методы диагностики и лечения почечной недостаточности, заболеваний мочевого пузыря и мужских половых органов. - Горький, 2014. - С.19-22.
21. Джавад - Заде М.Д., Мальков П.С., Агаев М.М., Гамидов И.М. Лечение больных мочекаменной болезнью, осложненной хронической почечной недостаточностью. // конференция научных обществ урологов Грузии, 2-я, научная сессия института урологии и нефрологии им. А.П. Цуликидзе, V-я: Тезисы докладов. - Тбилиси, 2012. - С.27-28.
22. Рябинский В.С., Колпаков И.С. К вопросу анализа оперативного лечения больных коралловидным нефролитиазом. // Конференция урологов Литовский ССР, 4-я: Тезисы докладов. - Каунас, 2017. - С.78-79.
23. Трапезникова М.Ф., Дутов В.В. Сравнительный анализ современных методов лечения коралловидного нефролитиаза // Мат. Пленума Правления Рос. общества урологов. - Сочи, - 2013. - С. 311-312.
24. Алчинбаев М.К., Сарсебеков Е.К., Малих М.А. Современные методы лечения мочекаменной болезни. - Алматы, 2017. - 141 с.



25. Дутов В.В. Современные способы лечения некоторых форм мочекаменной болезни: дис. ... докт. мед. наук: 14.00.40. - М., 2011. - 193 с.
26. Kocvara R., Plasgura P., ferric A. et al.. A prospective study of non-medical prophylaxis after a first kidney stone, // B.JU int.. - 2017. - v.4. - P.393-398.

ПРОФИЛАКТИКА ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кадырова Д.А., Хафиззода Ф.А.

Кафедра семейной медицины №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Резюме.

Были обследованы 80 больных с АГ молодого возраста в Городском центре здоровья № 2 г. Душанбе. Всем лицам молодого возраста с АГ проводилось комплексное обследование, включающее клинико-лабораторные (общий анализ крови, мочи, биохимические анализы крови) и инструментальные методы исследования (электрокардиография, исследование глазного дна и др). АГ у лиц молодого возраста характеризуется наличием множественных сердечно-сосудистых факторов риска АГ. Проведенное ис-

следование демонстрирует различные профили факторов риска в молодом возрасте, идентификация которых необходима для определения профилактических стратегий. Семейным врачам необходимо проводить целенаправленную профилактику факторов риска АГ у лиц молодого возраста путем пропаганды здорового образа жизни среди населения, особенно в семьях с отягощенным семейным анамнезом.

Ключевые слова: Артериальная гипертензия, факторы риска, молодой возраст, профилактика.

PREVENTION OF RISK FACTORS IN YOUNG AGE PEOPLE WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR

Kadyrova D.A., Khafizzoda F.A.

Department of Family Medicine №1, ATSMU

Summary.

Eighty young age patients with arterial hypertension were examined at the City Health Center No. 2 in Dushanbe. All young age patients with arterial hypertension underwent a comprehensive examination, including clinical and laboratory analyses (general blood analysis, urine, biochemical blood tests) and instrumental research methods (electrocardiography, fundus examination, etc.). AH in young age patients are characterized by the presence of multiple

cardiovascular risk factors for AH. This study demonstrates different risk factor profiles at a young age, the identification of which is necessary to determine prevention strategies. Family doctors need to carry out targeted prevention of risk factors for arterial hypertension in young age people by promoting a healthy lifestyle among the population, especially in families with a burdened family history.

Key words: Arterial hypertension, risk factors, young age, prevention.

Кадырова Дилрабо Абдукаюмовна, заведующий кафедры семейной медицины №1, д.м.н., профессор, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. E-mail: Kadirova_d@mail.ru

Kadyrova Dilrabo Abdukayumovna, Head of the Department of Family Medicine No. 1, Professor, Doctor of Medical Sciences, Avicenna Tajik State Medical University E-mail: Kadirova_d@mail.ru



ҲОЛАТИ СИСТЕМАИ МАСУНИЯТИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОР БА БРБН ВА РОБИТАИ ДУЧОНИБАИ ОН БО БЕМОРИҲОИ УЗВҲОИ ДАРУНӢ ДАР АМАЛИЯИ ТАБИБИ ОИЛАВӢ

Н.М.Муродов, У.Н. Муродов.

Кафедраи тибби оилавии №1 (мудирӣ кафедра д.и.т., профессор Қодирова Д.А.) -и МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

Муҳиммият. Бемориҳои римдори бофтаҳои нарм (БРБН) яке аз бемориҳои нисбатан пахншуда ба ҳисоб рафта, майл ба инкишоф ёфтани дорад. Басомади БРБН то 1/3 бемориҳои ҷарроҳиро ташкил медиҳад, аз ин рӯ на танҳо аҳамияти тиббӣ, балки иҷтимоӣ-иқтисодӣ касб менамояд (1-2). Дар алоқамандии бо нуқтаи мазкур омӯзиши ҳолати системаи масунияти беморони гирифтор ба БРБН, дар робитаи дучониба бо бемориҳои узвҳои дарунӣ ҳангоми шароити амбулаторӣ, муҳим доништа мешавад.

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши ҳолати системаи масунияти беморони гирифтор ба БРБН ва алоқамандии дучонибаи он бо бемориҳои узвҳои дарунӣ дар шароити амбулаторӣ зимни амалияи табиби оилавӣ.

Мавод ва усули таҳқиқ. Таҳлили натиҷаҳои муоинаи маҷмӯӣ ва муолиҷаи 100 бемори мубтало ба БРБН, ки ба шуъбаи ҷарроҳии МД МТШ №10-и ш. Душанбе дар давраи аз солҳои 2016 то 2020 мувоҷиҳат ва муолиҷа намудаанд, асоси корро ташкил медиҳад. Ба мақсади омӯзиши ҳолати системаи масунияти беморони гирифтор ба БРБН бо бемориҳои узвҳои дарунӣ (диабети қанд, астмаи бронхиялӣ, нокифоягии музмини гардиши хуни қанорӣ) 60 нафар - гурӯҳи асосӣ муоина карда шуд. Гурӯҳи мазкур аз 39 мард ва 21 зан (дар синни аз 20 то 70-сол)-и мубтало ба бемориҳои ҳамроҳ узвҳои дарунӣ иборат буд: диабет қанд (ДҚ), нокифоягии музмини гардиши хуни қанорӣ (НМГХК), астмаи бронхиялӣ (АБ). Гурӯҳи санҷишӣ аз 40 нафар - 26 мард ва 14 зани гирифтор ба БРБН, ки мувофиқи синну сол ва ҷинс бемориҳои ҳамроҳ надоштанд, ташкил мебуд. Системаи масунияти гурӯҳи асосӣ дар шароити амбулаторӣ омӯхта шуд. Нишондиҳандаҳои иммунологӣ дар асоси муайян кардани адади лимфотсит, гранулотсит, Т- ва В-лимфотситҳо бо сад-

дарсадӣ ва адади мутлақи реаксияи розеткаҳосилшавӣ (Н. Holberg, 1975) арзёбӣ карда шуд. Маълумотҳои, ки ҳуҷҷатҳои тиббӣ (картаҳои амбулаторӣ, ҳулосаи мутахассисон ва усулҳои махсуси таҳқиқ) пешниҳод намудаанд, ба назар гирифта шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Омӯзиши статуси масунӣ дар мавриди 60 бемори мубтало ба БРБН ба амал оварда шуд, ки зимни онҳо яке аз омилҳои хатар (ДҚ, НМГХК, АБ) мавҷуд буд. 40 маризи гурӯҳи санҷишӣ, ки дар анамнезашон омилҳои хатар мушоҳида намешуд, гурӯҳи санҷиширо ташкил намуданд. Зимни нишондиҳандаҳои ибтидоии ҳар ду гурӯҳ коҳиш ёфтани индекси танзими масуният ба назар мерасид, ки тағйирёбии таносуби субпопулятсияи асосии Т-лимфотситҳо инъикос мекард. Нишондиҳандаҳои мазкур дар мавриди беморони гурӯҳи асосӣ, хусусан маризони мубтало ба БРБН бо ДҚ ва АБ ҳамроҳ бештар зухур мекард. Нишондиҳандаҳои дигари статуси ибтидоии масунияти беморони гурӯҳи асосӣ ба монанди миқдори В-лимфотситҳо, консентратсияи маҷмӯи масунӣ, иммуноглобулинҳои А, G ва М низ қиёсан ба гурӯҳи санҷишӣ хеле тағйир ёфта буд. Таҳқиқотҳои нишон доданд, ки дар мавриди беморони гурӯҳи асосӣ зимни 55 (91,7%) ҳодиса коҳишёбии зухурёфтаи адади В-лимфотситҳо ва дар беморони боқимонда бошад, тағйирёбии андаки нишондиҳандаҳои мазкур мушоҳида гардидааст. Дар беморони гурӯҳи санҷишӣ зимни тамоми мушоҳидаҳо манзараи ба таври муътадил коҳиш ёфтани консентратсияи В-лимфотситҳо ба назар мерасид. Ҳангоми 49 (81,7%) беморони гурӯҳи асосӣ ва 15 (37,5%) беморони гурӯҳи санҷишӣ ниҳоят афзудани адади Т-лимфотситҳо ва консентратсияи маҷмӯи масуният мушоҳида мегардид (ҷадвали 1).



Чадвали 1.- Статуси масунии беморони гирифтор ба БРБН дар шароити ш. Душанбе, Гурӯҳи асосӣ, n=60

№	Нишондиҳандаҳо	ДҚ	АБ	НМГХК
1.	Лимфотситҳо ($\times 10^9/\text{л}$)	$2,03 \pm 0,2$	$2,09 \pm 0,3$	$2,11 \pm 0,15$
2.	Т-лимфотситҳо	$1,34 \pm 0,08$	$1,28 \pm 0,06$	$1,26 \pm 0,07$
3.	В-лимфотситҳо	$0,32 \pm 0,06$	$0,34 \pm 0,05$	$0,36 \pm 0,06$
4.	Комплексҳои масуният: реаксияи ба ҳарорат устувор, г/л	$44,7 \pm 1,4^*$	$43,5 \pm 1,1^*$	$42,9 \pm 1,3$
5.	Ig A, г/л	$2,4 \pm 0,12^{**}$	$2,2 \pm 0,1^*$	$2,0 \pm 0,13$
6.	Ig M, г/л	$1,0 \pm 0,09$	$0,99 \pm 0,06$	$0,97 \pm 0,07$
7.	Ig G, г/л	$11,8 \pm 0,6$	$11,6 \pm 0,7$	$11,7 \pm 0,7$

Эзоҳ: * - $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ - қимати нишондиҳандаҳо дар қиёс ба гурӯҳи санчишӣ.

Зимни тамоми мушоҳидаҳо дар мавриди беморони гурӯҳи асосӣ манзараи ба таври муътадил коҳиш ёфтани консентратсияи В-лимфотситҳо мавҷуд буд. Ниҳоят афзудани

адади Т-лимфотситҳо ва консентратсияи маҷмӯи масуният дар мавриди 49 (81,7%) беморони гурӯҳи асосӣ ва 15 (37,5%) беморони гурӯҳи санчишӣ мушоҳида мегардид (ҷадвали 2).

Чадвали 2. Статуси масунии беморони гирифтор ба БРБН дар шароити ш. Душанбе, Гурӯҳи санчишӣ, n=40

№ т/р	Нишондиҳандаҳо	Натиҷа
1.	Лимфотситҳо ($\times 10^9/\text{л}$)	$2,18 \pm 0,14$
2.	Т-лимфотситҳо	$1,12 \pm 0,1$
3.	В-лимфотситҳо	$0,39 \pm 0,06$
4.	Комплексҳои масуният: реаксияи ба ҳарорат устувор, г/л	$40,3 \pm 1,1$
5.	Ig A, г/л	$1,9 \pm 0,11$
6.	Ig M, г/л	$0,94 \pm 0,04$
7.	IgG, г/л	$11,2 \pm 0,8$

Хулоса. 1) Таҳқиқоти амалишудаи иммунологӣ аз он дарак медиҳад, ки БРБН дар мавриди беморони гирифтор ба ДҚ, АБ ва НМГХК дар заминаи коҳиш ёфтани масуният инкишоф меёбад. Нишондиҳандаҳои мазкур дар беморони мубатло ба ДҚ ошкоро буда, яке аз сабабҳои нисбатан паҳншудаи навъи БРБН дар миёни беморони

гурӯҳи мазкур ба ҳисоб меравад. 2) дар амалияи табиби оилавӣ, хангоми муолиҷаи беморони гирифтор ба БРБН, ки бо диабетиканд, астмаи бронхиялӣ, ҳалалёбии гардиши хуни канори якҷоя шудаанд, дар шароити амбулаторӣ ба назар гирифтани патологияи ҳамроҳ ва сари вақт ба амал овардани тасҳеҳи статуси масунӣ зарур аст.

АДАБИЁТ

1. Кадырова Д.А., Муродов Н.М. Взаимосвязь заболеваний внутренних органов с гнойными заболеваниями мягких тканей и их профилактика в практике семейного врача /Мат.56-ой конф. ТГМУ Перспективы развития семейной медицины в РТ.- Душанбе 2008. С 186-187.
2. Ефименко Н.А. Хирургические инфекции мягких тканей / Н.А.Ефименко, А.А. Новожилов / Клиническая хирургия. Нац.руководство 2008 т. 1 с. 560-585
3. Ковальчук Л.В. Иммунология. моногр./Л.В.Ковальчук, Г.А.Игнатьева.-М. ГЭОТАР-Медиа, 2012-176с.
4. А. Рабсон, А.Ройт, П. Делвз/ Основы медицинской иммунологии / МИР 2006г.
5. Карлов В.А. Гнойно-септические заболевания мягких тканей на рубеже XX-XXI веков/ В.А.Карлов //Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова.-2007.-Т.2. №2-С.129-131
6. Kumar N., Sharma S., Barna S., Tipathi B.N., Rouse B.T. Virological and immunological outcomes of confections // Clin Microbiol Rev.2018/ vol. 31 #4.P.111-117. 7.A.N., Tashkinov N.V., Melkonian G.G., Marochko A.Y., Kogut B.M., Boiarintsev N.I., Ianovoi V.V., Kosenko P.M. Diagnostic features of artificial pyoinflammatory diseases of soft tissues. Grekov's Bulletin of Surgery. 2018;177(6):31-35.



СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ С ГЗМТ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Муродов Н.М. Муродов У. Н.

Кафедра семейной медицины №1 (зав. каф. д.м.н., профессор Кадилова Д.А.)
ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино".

Резюме: В основе настоящей работы лежит анализ результатов комплексного обследования и лечения 100 больных. С целью изучения состояния иммунной системы больных ГЗМТ с заболеваниями внутренних органов (сахарный диабет, бронхиальная астма, хроническая недостаточность периферического кровообращения), проведено обследование 60 человек - основная группа и контрольную группу составили 40 человек. Исследования показали, что у больных основной группы в 55 (91,7%) случаях наблюдалось выраженное снижение количества В-лимфоцитов, а у остальных пациентов отмечалось незначи-

тельное изменение этих показателей. У больных контрольной группы во всех наблюдениях имелась картина умеренного снижения концентрации В-лимфоцитов. Существенное увеличение числа Т-лимфоцитов и концентрации иммунных комплексов наблюдалось у 49 (81,7%) больных основной группы и у 15 (37,5%) больных контрольной группы.

Ключевые слова: семенная медицина, гнойные заболевания мягких тканей (ГЗМТ), иммунная система, сахарный диабет, бронхиальная астма, хроническая недостаточность периферического кровообращения, В-лимфоцитов, Т-лимфоцитов.

THE STATE OF THE IMMUNE SYSTEM OF PATIENTS WITH PDST AND ITS RELATIONSHIP WITH DISEASES OF THE INTERNAL ORGANS IN THE PRACTICE OF THE FAMILY DOCTOR

N.M. Murodov, U.N. Murodov.

Department of Family Medicine №1 (head of the department-D.M.S., professor Kodirova D.A.) TSMU named after Abouali ibni Sino.

Summary: The basis of this work is the analysis of the results of a comprehensive examination and treatment of 100 patients. In order to study the state of the immune system of patients with PDST with diseases of internal organs (diabetes mellitus, bronchial asthma, chronic peripheral circulation insufficiency), 60 people were examined - the main group and the control group were 40 people. Studies have shown that in patients of the main group in 55 (91.75%) cases, a marked decrease in the number of B-lymphocytes was observed, and in the remaining patients, a slight change in these indicators was

noted. In patients of the control group, in all observations there was a picture of a moderate decrease in the concentration of B-lymphocytes. A significant increase in the number of T-lymphocytes and the concentration of immune complexes was observed in 49 (81.7%) patients of the main group and in 15 (37.5%) patients of the control group.

Key words: family medicine, purulent diseases of the soft tissues (PDST), immune system, diabetes mellitus, bronchial asthma, chronic peripheral circulation insufficiency, B-lymphocytes, T-lymphocytes.

Муродов Нурилло Мирзовалиевич-к.м.н., доцент кафедры семейной медицины №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Телефон: 93 755 72 41

Murodov Nurillo Mirzovalevich - candidate of medical sciences, associate professor of the department of family medicine №1 TSMU named after Abouali ibni Sino. Telephone: 93 755 72 41



УРОЛОГИЯ

ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКИИ ГИПЕРТРОФИЯИ МЕЪДАЧАИ ЧАП ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ МАРҲАЛАҲОИ ГУНОГУНИ БЕМОРИҲОИ МУЗМИНИ ГУРДАҲО**А.А. Абдувоҳидов¹, А.Р. Тоиров².**¹.Бемористони "Ибни Сино" . ²МД Маҷмааи тандурустии "Истиқлол".

Мубрамият: Сарфи назар аз дастовардҳои назаррасии тибби муосир, бисёр масъалаҳои клиникӣ, ташхис, муолиҷа, баҳогузорӣ ба вазнинии чараён, ояндабинӣ ва пешгирӣ аз бемориҳои музмини гурдаҳо мубрам боқӣ мемонанд. Таҳлили маълумоти дастраси умум нишон медиҳад, ки бисёр ҷанбаҳои масъалаҳои мазкур кам омӯхта шудаанд ва ҳам маълумоти дастрас тазоди муайян дорад. Ин хоса ба масъалаи омӯзиши низоми дилу рағҳо дахл дорад, ки асосан вазнинии равандро дар беморони гирифтор ба амрози музмини гурдаҳо муайян мекунад. Дар матлабу рисолаҳои ба таърифи муаллифони пешгом дар патогенези пайдоиши тағйирот дар дилу рағҳо нақши пешбари гипертонияи шараёнӣ ва анемия қайд мегардад. Дар марҳилаи норасоии музмини гурдаҳо (НМГ) омилҳое, ки ба фаъолияти миокард таъсири манфӣ мерасонанд, инчунин ба пайдоиши осебҳои бисёрузвӣ мусоидат менамоянд, зиёд мешаванд.

Дар баробари гипертония, камхунӣ таъсири бевоситаи маводи захрогини мубодилаи азотӣ - мочевино, креатинин, ҳалалдоршавии тавозуни электролитӣ, ихтилоли мубодилаи обу намак, ҳолати туршӣ-ишқорӣ, гипопро테인емия, ҳамчунин омилҳои аутоиммунӣ омилҳои манфии эътирофшудаи ангезандаи миокард махсус меёбанд. Дар зимн ба эътибор гирифтани муҳим аст, ки ихтилоли низоми дилу рағҳо ҳангоми НМГ на ҳангоми таъсири алоҳидаи яке аз омилҳои дар боло зикргардида, балки ҳангоми таъсири маҷмӯии ҳамзамони якҷанд омилҳои медиҳад. Ба вучуд омадани ин ё он дараҷаи ихтилоли фаъолияти дил, махсусан гипертрофияи меъдачаи чап бо тағйироти морфологии минбаъда ба чараёни клиникӣ бемории асосӣ таъсири назаррас мерасонад.

Зиёд он дурнамо ва оқибати беморию муайян мекунад, бисёр вақт сабаби марги беморони гирифтор ба БНГ мешавад. Бо вучуди муҳим будани масъалаи мазкур, дар адабиёти дастрас танҳо корҳои ҷудогона дар ин мавзӯи дида мешаванд, ки дар онҳо ҳам бисёр ҷанбаҳо баҳсбарангез боқӣ мемонанд. Илова бар ин, масъалаҳои мазкур дар аҳолии Тоҷикистон омӯхта нашудаанд.

Ҳадафи таҳқиқот: Омӯштани зухуроти клиникӣ-функционалии гипертрофияи меъдачаи чап дар беморон дар марҳилаҳои гуногуни БНГ.

Мавод ва усули таҳқиқот: Барои расидан ба ҳадафҳои кори мо 109 бемор бо БНГ омӯхта шуд. Синни беморон миёни 20 ва 50-сола буд, мардон 64 нафар, занон 42 нафарро ташкил медоданд. Гурӯҳи назоратиро 20 нафар ихтиёриёни солим ташкил доданд, ки аз рӯи синну сол бо гурӯҳи мавриди омӯзиш қобили қиёс буданд. Ҳамаи беморон мавриди муоинаи тибқӣ нақшаи нефрологӣ қарор дода шуданд, ки омӯзиши умумии клиникӣ, таҳқиқи рағҳои қаъри чашмро дар бар мегирифт, бо роҳи биохимиявӣ сатҳи мочевино, креатинин, электролитҳо дар зардобии хун муайян карда мешуд, таҳлили умумиклиникӣ хун, пешоб, воягирӣ мувофиқи Нечипоренко, бактериурия, протеинурияи шабонарӯзӣ, муайянкунии функцияи концентратсионӣ аз рӯи вояи Зимнитский иҷро мегардид. Таҳқиқи гурдаҳо тавассути ТУС ва дар сурати зарурат урографияи инфузионӣ гузаронда мешуд. Дар баробари ин таҳқиқот таҳлили электрокардиограмма, ЭхоКГ доир мегардид.

Дар кулли ҳолатҳо натиҷаҳои таҳқиқоти стандартӣ эхокардиографӣ, доплери ЭхоКГ таҳлил карда мешуданд. Вазни миокарди меъдачаи чап (ВММЧ) мувофиқи формулаи Чамбияти эхокардиографии Амери-



ка арзёбӣ мегардид. Индекси вазни ВММЧ (ИВММЧ)-ро ҳамчун таносуби ВММЧ ба масоҳати сатҳи бадан муайян мекарданд. ГМЧ ҳангоми ИВММЧ $134\text{г}/\text{м}^2$ дар мардон ва $110\text{г}/\text{м}^2$ дар занон эътироф мегардид (Devreux R.B. et al.).

Ба маводи мавриди таҳқиқ он гирифтронии БНГ дохил карда нашуданд, ки омилҳои этиологиашон бемории фишорбаландӣ, атеросклероз, диабети қанд, нефропатияҳои мубодилавӣ ва аутоиммунӣ буданд. Коркарди омӯри анҷом дода мешуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо: Дар натиҷаи омӯзиши 109 бемор маълум гардид, ки сабаби БНГ дар 59 бемор гломерулонефрити музмин, дар 31 бемор пиелонефрити музмин будааст, аз ин шумора 9 нафар аномалияи модарзодии гурдаҳо, 9 нафар - бемории носурии гурда, 2 нафар сили пӯсти сурхи системавӣ, 7 нафар дар анамнез бемории санги гурда бо пиелолитомия доштанд. Ҳамаи беморон муолиҷаи тодиализӣ, консервативӣ, ивазкунанда мегирифтанд.

Синдроми варамнокӣ дар сатҳи гуногуни ифодаёбӣ дар беморон бо гломерулонефрити музмин бо роҳи клиникӣ мушоҳида мегардид. Варамнокии муътадили рӯй, андомҳои поёнӣ ва бадан дар 31 бемор мушоҳида мешуд, дар 11 бемор варамҳои тигроҳӣ бо нишонаҳои астсит ва гидроторакс, дар 6 нафар бо гидроперикард қайд мегардиданд. Бо роҳи лабораторӣ дар 11 бемори мазкур аломатҳои маъмулии синдроми нефротикӣ ҷой доштанд. Варамнокии андомҳои поёнӣ бо дамиши варидҳои гардан, калон шудани чигар, ки ба мавҷудияти норасоии қалбӣ ишора мекард, дар 6 (5.6%) бемор муайян карда шуд. Фишорбаландии шараёнӣ дар 76 бемор, муътадил дар 36, ифодаёфта дар 27 ва вазнин дар 13 бемор мушоҳида мешуд.

Дараҷаи ифодаёбӣ ва вазнинии фишорбаландии шараёнӣ то андозае бо дараҷаи норасоии гурдаҳо вобастагӣ - коррелятсия дошт. Фишорбаландии шараёнии вазнин бо нишонаҳои руқуд дар даври хурди гардиши хун бо лаҳзаҳои хурӯҷи астмаи дил бештар дар беморон дар марҳилаи ниҳии БМГ

мушоҳида мегардид. Дар вақти таҳқиқи клиникии дил кӯчидани такони қуллагӣ ба чап ҳамчун натиҷаи гипертрофияи меъдаҷаи чап дар 52 (49%) бемор ошкор карда шуд. Такони қуллагӣ бештар таквиефта буд ва дар фосилаи байникабурғавии 6-уми чап эҳсос мешуд. Тариқи аускултативӣ дар қуллаи дил одатан шавшуви систоликии марбут ба хусусиятҳои функционалӣ, дар 8 бемор садои соиши перикард бо нишонаҳои соиши перикардиялӣ шунида мешуд. Омӯзиши рағҳои қаъри чашм бештар симптомҳои ретинопатияро дар шакли тангшавии артериолаҳо, дар ҳолатҳои камтар бо мавҷудияти геморрагияҳо дар қаъри чашм муайян менамуд.

Таҳлили электрокардиограммаҳо бештар тахикардияи синусӣ, ҳалал ёфтани равандҳои реполяризатсияро бо нишонаҳои гипертрофияи меъдаҷаи чап бо электросистолаҳои чудоғона нишон медод. Басомади муайяншавии нишонаҳои гипертрофияи меъдаҷаи чап ба воситаи Эхо-КГ нисбатан дар коррелятсия бо фишорбаландии шараёнӣ, анемия (камхунӣ), дараҷаи хатои лаборатории мубодилаи азотӣ, мубодилаи электролитӣ ва андозаи суръати филтркунонии лӯндаҷавӣ буд (Ҷадвали 1).

Маълумоти пешкашшуда нишон медиҳад, ки дар марҳилаи муътадили БМГ, асосан андозаҳои филтркунонии лӯндаҷавӣ ва реабсорбсияи маҷроӣ бо афзоиши креатинини зардобӣ хун дар ҳаҷми муътадил коҳиш ёфтаанд. Электролитҳои хун ва сатҳи гемоглобин дар аксари беморон дар ҳудуди андозаҳои меъёрӣ нигоҳ дошта мешуданд ва танҳо тамоюли гиперкалиемиа бо гипокалсиемиа дида мешуд. Маълум аст, ки қабл аз ба вучуд овардани НМГ бемориҳои музмин гурда метавонанд аз 1 то 20 сол давом ёбанд ва аз як қатор марҳилаҳо гузаранд, ки тақсимои шартии онҳо барои баҳогузориҳои дуруст ба вазнинии ҷараён ва пешгӯӣ, ҳамчунин банақшагирӣ ва таъини табобати муносиб зарур аст. Аз ин бармеояд, ки омилҳои асосии ГМЧ-и дил дар беморон дар марҳилаи муътадили НМГ ба маҷмӯи симптомҳои бемории асосӣ, пеш аз ҳама фишорбаландии шараёнӣ вобастагӣ дорад.



Чадвали №1.- Ҳолати клиникӣ-функционалии миокарди меъдачаи чап ва нишондиҳандаҳои лабораторӣ дар беморон бо марҳилаҳои гуногуни БМГ

Нишондиҳандаҳои асосӣ	Марҳилаи амбулаторӣ-муолиҷавӣ		Марҳилаи ниҳой n=36 M±m
	Марҳилаи муътадил n=36 M±m	Марҳилаи вазнин n=34 M±m	
Мочевина (ммол/л)	13,0±1,6	28,6±2,8	45,4±4,2
Креатинин (ммол/л)	226±14,0	364± 18,0	681±24,0
Суръати филтркунонии лӯндаҷавӣ (мл/мин)	42,0±3,6	26,0 ± 6,4	8,2± 2,4
Реабсорбсияи маҷроӣ (%)	94,4± 3,2	89,2 ± 6,8	84,6 ± 4,2
Гемоглобин (г/л)	112,0±8,6	79,6± 9,6	64,6± 4,6
Натрийи плазма (ммол/л)	140,0 ± 3,8	138,2±3,4	134,6±6,1
Калийи плазма (ммол/л)	4,5±0,02	5,1±0,06	5,4±0,06
Магнийи плазма (ммол/л)	1,2±0,1	1,4±0,2	1,8±0,4
ГМЧ (%)	38,9 (14)	55,9 (19)	72,2 (26)
Пешдиҳи чап (см)	3,7±0,4	3,8±0,6	3,9±0,4
Ғафсии девораи қафои меъдачаи чап	1,12±0,3	1,24±0,2	1,26±0,4
Ғафсии миёндевори байни меъдачаҳо (см)	1,17±0,4	1,4±0,12	1,46±0,16
Ҳаҷми партофти хун дар як такон (%)< 50,0	16,6% (6)	32,2% (11)	41,1% (16)
Дисфунксияи диастоликӣ (%)	30,6 (11)	35,3% (12)	61,1 (22)

Эзоҳ: дар қавс шумораи мутлақӣ беморон ва ба ҳисоби % нишон дода шудааст. Муътамадии тафовут - $p<0,005$.

Дар марҳилаҳои минбаъдаи НМГ нишондиҳандаҳои функционалии гурдаҳо якбора поён мераванд, симптомҳои уремикӣ, ихтилоли тавозуни электролитӣ, фишорбандии шараёнӣ ва камхунӣ вусъат меёбанд. Мутаносибан, дар марҳилаҳои БМГ-и ифодаёфта ва вазнин ГМЧ бештар мушоҳида мешавад ва таркиби сифатии тағйири геометрияи дил дар маҷмӯъ меафзояд. Ошкорнамоии тағйироти дилурағӣ, махсусан ГМЧ, дар марҳилаҳои барвақтии БМГ дар банақшагирии табобати беморон аҳамияти калон дорад, зеро ин имкон медиҳад бо самараи бештар муолиҷаи барвақтии кардиалӣ гузаронда шавад. Муҳимияти масъалаи мазкур ҳангоми НМГ-ҳои ифодаёфта, вазнин, махсусан дар марҳилаҳои ниҳой, дар давраи тодиализӣ ва ҳангоми тайёрӣ ба оғози табобат бо гемодиализи барномавӣ меафзояд, зеро ҳуди протсекураи гузарондани гемодиализ метавонад хавфи ба вучуд омадани як қатор оризаҳои таҳдидсозро ба миён орад, аз ҷумла аз тарафи системаи дилурағӣ.

Аз маълумоти пешкашшуда (чадв. №1) динамикаи афзоиши аломатҳои гипертрофияи меъдачаи чап мушоҳида мегардад. Андозаҳои меъдачаи чап, ғафсии девораи қафои меъдачаи чап (ҒДҚМЧ), ғафсии миёндевори байнимеъдавӣ (ҒМБМ), ҳисобнамудани индекси ғафсии нисбии меъдачаи

чап (ИҒНМЧ), индекси вазни миокарди меъдачаи чап (ИВММЧ) дар марҳилаи муътадили БМГ дар ҳаҷми муътадил зиёд шуда буданд. Дар ин марҳилаи беморӣ патогенези гипертрофияи меъдачаи чап асосан ба давомнокӣ ва вазнинии гипертонияи шараёнӣ, омилҳои аутоиммунӣ аз оғози рушди раванди асосӣ алоқаманд аст. Эҳтимолан, тамоюл ба анемия аҳамияти назаррас дорад, ки ҳангоми он узву бофтаҳо ҳанӯз дар марҳилаи ибтидоии БМГ ба андозаи кофӣ аз оксиген сернамешаванд. Бо мурури рушд кардани нишонаҳои БМГ, дар марҳилаҳои ифодаёфта, вазнин ва махсусан дар марҳилаи ниҳойи БМГ ҳодисаҳои вазниншавии гипертонияи шараёнӣ афзоиш меёбад, камхунӣ, дисбаланси электролитӣ, таъсири захрии маҳсулоти мубодилаи азотӣ, ихтилоли ҳолати туршӣ-ишқорӣ рушд меёбад.

Нисбатан равшан аст, ки бо мурури рушди вазнинии БМГ омилҳои манфӣ низ, ки рушди гипертрофияи меъдачаи чапро ҷоннок мекунад ва ба осебёбии низоми дилурағӣ дар маҷмӯъ боис мегарданд, зиёд мешаванд. Тавре аз таҳлили Эхо-КГ дида мешавад, андозаҳои пешдари дил, ҒДҚМЧ, ҒМБМ, ИВММЧ, ИҒНМЧ дар муқоиса бо марҳилаи муътадили БМГ, дар марҳилаи вазнин, махсусан дар марҳилаи ниҳой меафзояд. Дар баробари ин алоқаи коррелятсионӣ дар байни басомад ва дараҷаи ифо-



даёфтагии тағйироти геометрии меъдачаи чап бо нишондиҳандаҳои функционалии миокард муайян мегардад. Ҳаҷми партофти хуни меъдачаи чап дар беморони марҳилаи муътадили БМГ дар 6 бемор (16%) нисбатан ҳифз шуда, андак тамоюл ба камшавӣ доштанд (150%) ва дар 11 нафар нишонаҳои дисфунксияи диастоликӣ қой доштанд. Дар ҳоле ки ҳангоми марҳилаи вазнин нишондиҳандаҳои ҳаҷми партофти хун дар як задани дил дар 11 бемор (32,3%), нишонаҳои дисфунксияи диастоликӣ дар 12 (35,3%) ба андозаи муътадил кам шуда буд. Махсусан зиёд ҳалал ёфтани ин нишондиҳандаҳо дар марҳилаи ниҳии БМГ ошкор мегардид, ҳаҷми партофти хун дар 22 (61,1%) бемор коҳиш ёфта буд, нишонаҳои дисфунксияи диастоликӣ - дар 22 (61,1%) бемор. Ба ин тарик, басомади ташхисшавии гипертрофияи меъдачаи чап бо нишонаҳои коҳишёбии функсияи кашишхӯрии миокард яқинан бо вазнинӣ ва дараҷаи ифодаёфтагии БМГ коррелятсия дошта, ба сабаби патогенези рушди гипертрофияи меъдачаи чап ва ихтилоли функсияи миокард будани таъсири фишорбаландии гипертонӣ, камхунӣ, азотемия, ихтилолҳои электролитӣ ва коҳишёбии суръати филтркунонии лӯндачавӣ таъкид мекунад.

Бо мурури коҳишёбии суръати филтркунонии лӯндачавӣ басомади гипертрофияи меъдачаи чап афзоиш меёбад, бо баланд шудани суръати филтркунонии лӯндачавӣ пас аз трансплантатсияи гурдаҳо нишонаҳои гипертрофияи меъдачаи чап мавриди регресс (ақибравӣ) қарор мегирифтанд. Ин қонуният нисбӣ дар рафти таҳқиқоти мо низ ошкор гардид, ки бо мурури афзоиши вазнинии БНГ ва коҳишёбии рушдкунандаи суръати филтркунонии лӯндачавӣ басомади аломатҳои гипертрофияи меъдачаи чап зиёд мешаванд. Дар марҳилаи муътадили БНГ гипертрофияи меъдачаи чап дар 38% беморон, дар марҳилаи мобайнӣ - дар 55%, дар ниҳой - дар 72% беморон ташхис гардид. Бо назардошти ин, муқоисаҳо бо андозаҳои ИВММЧ, индекси ғафсии нисбии миёндевории меъдачаи чап, ПХ-и миокард имкон доданд алоқаи муайян миёни

пайдошавии гипертрофияи меъдачаи чап ва ифодаёфтагии омилҳои хатарзо муқаррар карда шавад. Ҳамагӣ гипертрофияи меъдачаи чап дар марҳилаҳои гуногуни БНГ дар 59 бемор аз 106 нафари таҳқиқшуда (55,6%) ташхис гардид. Таҳлили муқоисаҳои клиникӣ робитаи муайяни коррелятсионии байни навъҳои тағйироти морфологии миокарди меъдачаи чап бо зухуроти клиникии БНГ ва дараҷаи осеббинии низоми дилурагӣ дар маҷмӯъ нишон дод. ГМЧ-и эксцентрикӣ бештар дар беморони гирифтор ба фишори баланд ва вариантҳои шараёнӣ ва ихтилоли назми кори дил мушоҳида мегардид. Дар 12 бемор нишонаҳои дисфунксияи диастоликӣ муайян мешуданд, дар 6 нафари онҳо - бо поёнравии ПХ < 50%. ГМЧ-и эксцентрикӣ дар 42,9% беморон дар марҳилаи муътадили БНГ мушоҳида мегардид, аз ин бармеояд, ки дар этиопатогенези рушди ин тартиби тағйирёбии геометрии миокард, асосан аз вазнинӣ ва давомнокии гирифторӣ ба фишорбаландии шараёнӣ вобаста аст, зеро дар ин марҳилаи БНГ синдроми камхунӣ, ихтилоли мубодилаи электролитӣ ва ҳолати туршӣ-ишқорӣ нисбатан ҷуброншуда боқӣ мемонанд. ГМЧ-и консентрикӣ бештар дар марҳилаи вазнин, дар марҳилаи ниҳии БНГ мушоҳида гашта, бо ин таъкид ба аҳамият доштани маҷмӯи омилҳои хатарзои барои ин марҳила хос ба рушди худ таъкид менамуд. Инҳо дараҷа ва кӯҳнагии фишорбаландии шараёнӣ, камхунӣ, азотемия, ихтилоли тавозуни электролитӣ ва ҳалалёбии ҳолати туршӣ-ишқорӣ мебошанд. Коҳишёбии ПХ (партофти хун дар як тақон) < 50% дар 27 бемор мушоҳида мегашт, дисфунксияи диастоликӣ дар 34 муоинашуда дар марҳилаи вазнин ва ниҳии БНГ. Аз нигоҳи клиникӣ дар гурӯҳи беморон бо гипертрофияи консентрикии меъдачаи чап (20,3%) нишонаҳои норасоии музмини дил бо лаҳзаҳои хурӯҷи астмаи дил ва бозистӣ дар даври хурди гардиши хун қой доштанд. Тағйироти морфологии консентрикии меъдачаи чап тахминан баробар дар ҳамаи марҳилаҳои БНГ мушоҳида мегардид. Поёнравии ПХ < 50% бо дисфунксияи диастоликӣ дар 6 бемор аз 11 нафари дорои ин навъи



тағйироти геометрияи миокард муайян мегардид. Аз нигоҳи клиникӣ нишонаҳои норасоии пинҳонии музмини гурдаҳо бо майл ба рушдбӣ қайд мегардид.

Хулоса: Ба ин тариқ, таҳқиқи клиникӣ-функционалии ҳолати миокарди меъдачаи чап дар 109 бемор бо марҳилаҳои гуногуни БНГ имкон доданд гипертрофияи меъдачаи чап дар 59 (55,6%) бемор муқаррар карда шавад. Аз онҳо дар марҳилаи муътадил -

38,9%, вазнин - 55,9%, ниҳой - 72,2% ҳолат. Бино ба натиҷаҳои муқоисаҳо робитаи муайяни басомади пайдошавии гипертрофияи меъдачаи чап бо дараҷаи вазнинӣ ва қўҳнагии фишорбаландии шараёнӣ, камхунӣ, сатҳи коҳишбӣи суръати филтркунонии лўндачавӣ, азотемия муқаррар карда шуд. Бо мурури афзоиши омилҳои манфӣ басомади гипертрофияи меъдачаи чап низ зиёд мешуд.

АДАБИЁТ

1. Карабаева А.Ж. и соавт. // Нефрология. 2008. Т.12. № 2. С. 56-60.
2. Карабаева А.Ж. Альдостерон как фактор прогрессирования кардиоваскулярных осложнений при хронической болезни почек - Автореф. дис. докт. мед. наук. - Санкт-Петербург. 2019. 48 с.
3. Наточина Н.Ю. // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. 2009. № 6. № 41-46.
4. Ребров А. П., Зелепукина Н. Ю. // Нефрология и диализ. 2011. № 4. (доступно по <http://www.nephro.ru/magazine/article.php?id=8838>).
5. Есаян А.М., Каюков И.Г. //Лечение хронической болезни почек / Под ред. С.И. Рябова. - СПб.,2017. С. 26-35.
6. Тареева И.Е. // Тер. архив. 2006. № 6. С. 5-10.
7. Мовчан Е.А. // Бюллетень сибирской медицины, 2018. Приложение 2 С. 88-96,

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ СТАДИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.

А.А. Абдувохидов, А.Р. Тоиров.

Резюме: В статье анализируется клинико-функциональная характеристика гипертрофии левого желудочка у 109 больных с различными стадиями хронической болезни почек (ХБП). В результате обследования гипертрофия левого желудочка установлена у 59 (55,6%) больных с ХБП. Из них в умеренной стадии у 38,9%, тяжелой у 55,9%, терминальной у 72,2% больных. Авторы указывают на определённую взаимосвязь частоты возникновения гипертрофии левого желудочка между степенью тяжести и давности артериальной гипертензии, анемии, уровня снижения скорости клубочковой фильтрации, азотемия. По мере нарастания выше указанных отрицательных факторов

риска увеличивалась частота гипертрофии левого желудочка. Расчёт данных функциональных исследований сердца позволили установить определённые изменения геометрии левого желудочка. Концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка установлена у 30 (50,8%) больных из 59 больных с гипертрофией левого желудочка. Концентрическое ремоделирование выявлено у 11 (18,7%) больных, эксцентрическое у 18 (30,5%).

Ключевые слова: хроническая болезнь, гипертрофия левого желудочка, ремоделирование миокарда левого желудочка, артериальная гипертензия, анемия, азотемия, скорость клубочковой фильтрации.



CLINICAL FEATURES OF LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY IN PATIENTS WITH VARIOUS STAGES OF CHRONIC KIDNEY DISEASE.

A.A. Abduvohidov, A.R. Toirov.

Abstract: The article analyzes the clinical and functional characteristics of left ventricular hypertrophy in 109 patients with various stages of chronic kidney disease (CKD). As a result of the examination, left ventricular hypertrophy was found in 59 (55.6%) patients with CKD. Of these, in the moderate stage in 38.9%, severe in 55.9%, terminal in 72.2% of patients. The authors point to a certain relationship in the incidence of left ventricular hypertrophy between the severity and duration of arterial hypertension, anemia, the level of decreased glomerular filtration rate, azotemia. As the above negative risk factors increased, the

incidence of left ventricular hypertrophy increased. The calculation of the data of functional studies of the heart allowed to establish certain changes in the geometry of the left ventricle. Concentric hypertrophy of the left ventricular myocardium was found in 30 (50.8%) patients out of 59 patients with left ventricular hypertrophy. Concentric remodeling was found in 11 (18.7%) patients, eccentric in 18 (30.5%).

Key words: chronic disease, left ventricular hypertrophy, left ventricular myocardial remodeling, arterial hypertension, anemia, azotemia, glomerular filtration rate.

Абдувоҳидов Абдусамад Абдуқаҳорович, уролог - андролог дар бемористони "Ибни Сино", ассистенти кафедраи урологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ-ибни Сино, E.mail: abdusamad.aa@gmail.com, тел.: 93-777-77-02.

Абдувоҳидов Абдусамад Абдуқаҳорович, уролог - андролог в международной клиники "Ибни Сино", ассистент кафедры урологии ТГМУ им. Абуали Ибни Сино, E.mail: abdusamad.aa@gmail.com, тел.: 93-777-77-02.

Abduvokhidov Abdusamad Abdukakhovich, urologist andrologist at the Avicenna International Hospital, E.mail: abdusamad.aa@gmail.com, tel.: 93-777-77-02.

БАРРАСИИ ФИЗИОЛУЖИИ ТАШКИЛИ САНГИ ГУРДА ВА РОҲҲОИ ДАРМОНИ ОН АЗ ДИДГОҲИ АБӢАЛӢ ИБНИ СИНО

Муҳаммад Ақил Маҳмудӣ, Қайс Афзалӣ, Парвиз Қурбонӣ

Донишқадаи тибби Донишгоҳи Балхи Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон.

Муқаддима: Санги куллия яке аз анвои сангҳои идрор (пешоб) аст. Санги идрорӣ мумкин аст дар куллия, ҳолиб, масона ва ё маҷрои идрор бошад, вале ба таври шоеъ дар куллия ташкил мешавад ва ба санги куллия маъруф аст, ҳудуди аз 5 то 10%-и мардум дар тӯли зиндагӣ ба санги куллия мубтало мешаванд. Ҳадди аксар шуюъи санги идрорӣ дар мардон дар даҳаи чаҳоруми зиндагӣ ва дар занон дар даҳаи панҷуми зиндагӣ аст, таҷаммуи кристаллоҳои ношӣ аз маводи маъданӣ режими ғизои мучиби ташкили санг дар куллия мешавад.

Ибтило ба сангҳои куллиявӣ замонаҳои бисёр қадим шинохта шуда буд. Шуюъи сангҳои системаи идрорӣ дар ҳудуди 2 то 15%

арзёбӣ мешавад, санги куллия ихтилоли болини шойиъ аст ва шуюъи он таҳти таъсири тағйироти шеваи зиндагӣ, тағйироти ҷуғрофӣ, наҷод ва қавмиёт ва авомили мутааддиди дигар аст (197-1).

Шуюъи санги куллия аз 1 то 5% дар нуқоти мухталифи гузориш шуда, ки дар кишварҳои пешрафта 2 то 3 дарсад ва дар кишварҳои дар ҳоли тавсия 0,5 то 1% бароварда шуда аст (3-74)(6-172) ҳамчунин мутолиъоти нишон медиҳад, ки 8 то 15 дарсад аз мардуми Амрико ва урупо дар тули зиндагияшон ба санги куллия мубтало мешаванд мутолиъот дар мардон сафед пӯст нишон медиҳад, ки дар сини 70 -солагӣ аз ҳар ҳашт нафар як нафар мубтало ба ин беморӣ ҳастанд (7-79)



Маводи аслии ташкилдихандаи сангҳои куллия шомили экзилоти калсий, фосфати калсий, асиди уруйик ва систин ва ё махлуте аз ин мавод бо маводи амониум аст, ки ин мавод ба кумаки мотриксҳо кристализишуда ва ташкили санги куллияро медиҳанд. Ташхиси маводи аслии ба вучуд оварандаи ҳар санг омили муҳимме дар тарҳрезии дармони фарди мубтало аст ва тасмимгирӣ дар бораи равиши дармони саҳеҳи бемор ниёз ба огоҳӣ аз таркиботи ташкилдихандаи санг дорад 75% аз сангҳои куллия аз навъи калсий ҳастанд, ки шомили калсиюми экзилот, калсиюми фасфот, таркибе аз экзилот ва фасфот ҳастанд (8-98).

Илал ва авомили зиёде монанди тағзияи номуносиб, масрафи доруҳо, авомили муҳитӣ, авомили генетикӣ ва мавориди бисёри дигаре дар заминасозӣ ва эҷоди санг дар куллия муассиранд, бинобар ин дар ин мақола илалӣ ташкили санг дар куллия ва роҳҳои дармони он аз дидгоҳи Абӯ али Сино ва пизишкӣ имрӯз мавриди баррасӣ қарор мегирад.

Мавод ва равишҳо: Дар ин мутолиға саъй кардем бо ҷустуҷӯ дар пойгоҳҳои иттилоърасони муътабар ба баррасии муқоисаи ин мавзӯ аз ду дидгоҳ бипардозем бо таваҷҷуҳ ба афзоиши шӯъбаи санги куллия дар афроди бо санин мухталиф боло будани ҳазинаҳои дармонӣ, ҷароҳи ва санг шиканин куллия дар ин мақола ба баррасии дастуроти тағзия ва маводи гиёҳии муассир дар пешгирӣ аз ташкили санг дар куллия ва сипас дармони он аз дидгоҳи пизишкӣ имрӯз ва Абӯ Али Сино мебардозем. Нахустин арзёби дар бемори машқук ба санги куллия озмоиши идрор аз назари вачуди хун аст (шакли 1). Кишти идрор дар сурати таб ё вачуди гулобули сафед дар идрор зарурист гоҳе авқот ташхиси санги куллия аз тариқи мушоҳидаи санг дар родюгрофӣ содаи шикам сурат мегирад. Сангҳои асиди урюғруфӣ ва сангҳои мартубит бо масраф кунандаҳои прутаоз дар испирали СТ родюгрофӣ қобили мушоҳида нестанд ва сунугрофӣ ё метавонанд тамоми анвоъи сангро шиносӣ кунанд ва дар сурате, ки ташхис мавриди тардид бошад анҷоми онҳо зарурист.

Баррасии одоти ғизойии бемор, торихчаи доруи ва торихчаи хонаводагӣ дар мавриди сангҳои идрорӣ аз дигар мавориди муассир дар ташхиси санг аст.

Илалӣ ташкили санги куллия аз дидгоҳи пизишкӣ имрӯз ва Абӯ Али Сино:

Илалӣ аслии ташкили санг дар куллия чанд мавридаст: ғилзати маводӣ мисли экзилоти калси, фосфати калси ва асиди уруйик дар идрор афзоиш меёбад камбуди маводи мисли ситрот, камбуди моеъот дар бадани бемор, уфунати асиди уруйик, руқудӣ идрори, давраҳои беҳаракати ва ихтилолотҳои генетики.

Як омили муҳим дар тавлиди санги куллия рН идрор аст. Сангҳои асиди уруйик, систаин ва экзолоти калси дар идрор асидӣ ташкил мешаванд дар сурате, ки сангҳои устривит ва фосфати калси дар идрори қалъӣ ташкил мешавад, режими ғизои муҳимтарин фактури таъйин кунандаи рН идрор ва дар воқеъ омили муассир дар ташкили санги куллия аст. Авомили муҳити ва генетики аз дигар мавориди муассир дар ташкили санг буда ихтилолотҳои метобуликӣ ба хусус ихтилол дар мизони тарашшуҳи хурмунҳои муассир бар боз ҷазб ва дафъи аносирӣ маъдани монанди калси, фосфор, маънзим ва низ аз мавориди муҳим ва муассир дар ташкили санги куллия ҳастанд муҳимтарини ин ҳеромонҳои поротурмун ва калситанин ва олдестарон аст. Таъдили ғизоҳо, доруҳо ва мукамалҳои масрафӣ метавонад сабаби пешгирӣ аз ташкили санги куллия шавад. Ҷоки эҳтимоли эҷоди санги куллияро афзоиш медиҳад бо вучуди ин қоҳиши вазн агар бо масрафи режими ғизои ҳовии мақодири болоии прутонии ҳайвони аз даст рафтани сариъи бофтаҳои бидуни ҷарбӣ ё дарёфти ноқофии моеъоти ҳамроҳ бошад сабаби пешгирӣ аз эҷоди санги куллия намешавад.

Қоҳиш тудай устухонӣ ба авомили мутаъаддиде бастагӣ дорад, ки муҳимтарини онҳо ҳипугнодасим (9-113) (10-341) дарёфти ноқофии калси (11-34) фактурҳои генетики (12-105) ва масрафи бархе доруҳо мисли кортикуостероидҳо аст. Мутолиъот бар рӯи бемории санги куллия ҳоқӣ аз онаст, ки ҳуду-



ди 90 дарсад сангҳои калюи ҳамроҳ бо як ихтилоли метаболики аст (13-30) (14-205) ки метвонад бар метаболизми устухон таъсир бигузорад ва натиҷаи он коҳиш дар тудай устухон ва иступруз аст санги калюи авд кунанда низ ағлаб бо ихтилоли метаболизми калси ва фосфат иртибот дорад (15-291) (16-169)

Бархе аз доруҳо аз тариқи мехонизмҳои мухталифе шомили эҷод ё кристалҳои идрорӣ ва тағйири хусусиёти идрор монанди тағйири рН коҳиши ҳаҷми идрор дар ташкили сангҳои идрорӣ муасиранд (17-278) (18-555).

Устод Абу али Сино дар фасли шашуми китоби тиб дар падидаи омадани модаи сангӣ дар куллия ё масона ду омил асли зикр кардаанд:

1. Чӣ гуна мизочи модда барои саҳт шудан ва табдил шудан ба санг омодагӣ дорад?

Маводе, ки барои санг шудан дар куллия ва масона омодагӣ доранд, иборатанд аз моддаи мартуби лузҷ ва ғализу балғамӣ, моддаи рим ва чирки ғализ ва хун, ки дар варам дамма шуда ҷамъ меояд. Ба вучуд омадан ва тавлид шудани санги куллия ағлаб дар асари вучуди модаи балғамӣ ғализ ва тар ва лузҷ ё рим аст, ки ё модаи ташкил диҳандаи санг аз он сарчашма мегирад, ё ҳолате дар бадан эҷод мекунад, ки моддаро ҳабс карда ва ниғаҳ медорад то ба ба мурури замон саҳт ва сангӣ мешавад (30-240-262) моддаи асли ва асосие, ки маводи омода барои санг шуданро ба вучуд меоварад ғизои ғализ аст, ғизоҳои монанди: анвои шири хайвон ва ба вижа шири банд омада ва панири тоза ва тар гушти ғализи парандаи дурушт, ки дар канори мардобҳо ва бешазорҳо зиндагӣ мекунанд, гӯшти шутур, гӯшти гов, гӯшти такка, гӯшти ғализи шикорӣ, гӯшти ғализи моҳӣ, сурх шудаҳоро дар тоба ноне, ки гандумаш дорои ҳосият лузҷӣ бошад, ноне, ки аз ҳамирмоя назада ва барноёмада бошад, оши кашк ба таври умум, ҳалим аз гандуми кӯбида ва ғализ ва пурмоя, нон аз орди дубор бехта бесабус ва ҳар ноне, ки сабус надорад, шириниҳои лузҷ, меваҳои турш маззаи дер ҳазм, мевахое, ки хилти лузҷ тавлид мекунанд монанди: себи

кол ва норасида, шафтолу, хавхи норасида, обҳои гилолуд ва нософ ва бавижа обҳои, ки бештар барои нушидан ба масраф намерасанд, нӯшобаҳои тираанг ва сиёҳранги ғализ. Хӯрокҳо ва нӯшиданиҳои номбурда ҳамагӣ модда омода барои санг шуданро тавлид мекунанд ва ба вижа дар ҳоле, ки нерӯи ҳазмкунанда аз нотаваҷибӣ ёрои ҳазми комили онҳоро надошта бошад, ё ин ки инсон якбора аз ин ғизоҳо дар андозаи зиёд бихӯрад ва дар натиҷа нерӯи ҳазм кунанда ҳаста шавад ва коҳиш ёбад ё тартиби саҳеҳи ғизо хурдан барҳам бихӯрад ва ғизои дерҳазм қаблан ба меъда дарояд ва ғизои зудҳазм бар ғизои дерҳазм ворид шавад ё дар ҳолати серӣ ва пур будани меъда аз ғизо, инсон варзиш карда ва худро ҳаста кунад (30-251).

Дармони санги куллия аз дидгоҳи пизишкӣ имрӯз ва Абӯали Сино моеъи дармони хӯрокӣ ва кантрули дард, бахше аз дармони ҳодд барои анвои сангҳо ҳастанд (19-325).

Барои сангҳои дорои кутри камтар аз 10 миллиметр доруҳои зидди испосим монанди масдуд кунандаҳои канали калсий ва алфоблакирҳо сабаби шал шудани азалаи софи ҳолиб ворид ҳомӣ шаванд ва собит шуда, ки дафъӣ сангро ба муддати 5 то 7 рӯз тасриъ мебахшад (21-178). Таҷвизи ҳамзамони кортикустроидҳои хӯрокӣ сабаби бехтар шудани паёмад намешавад ё асари андаке дорад (23-712).

Дармон тавассути сангшикан яке дигар аз равишҳои дармони санги куллия аст дар ин равиш сангҳо аз тариқи амвоҷи шавк, ки аз тариқи озод шудани энерҷӣ ва интиқоли он аз тариқи об аст, шикаста мешавад, сангшикан боъис мешавад, тӯли муддат иқомат дар бемористон коҳиш ёбад, чун ниёз ба ҷаррохиро аз байн мебарад вучуди хун дар идрор то чанд рӯз пас аз сангшиканӣ табиист. Ҷарроҳии охири роҳи аз байн бурдани сангҳои куллия аст, албатта, имрӯз фақат дар 1 то 2%-и беморон ҷарроҳии сангро анҷом медиҳанд ва он ҳам дар суратест, ки санг бо сангшикан ва соири равишҳо хориҷ нашавад.

Абӯали Сино дар хусуси дармони санги куллия мефармояд: табибон ақида доранд,



ки дар муъолиҷаи санг бояд қабл аз ҳар чиз моддаи қобили санг шуданро аз миён бардошт ва сабабашро қатъ кард, ки агар сабаб намонад, аз тавлидаш ҷилавгирӣ мешавад, сипас метавон ҳоли куллияро ислоҳ кард ва санги тавлидшударо шикаст ва хурд ва хош кард ва сангрезаҳоро аз куллия берун ронад, ки ин аз илоҷ ба василаи доруҳои идроровар ё ба кӯмаки ҳолати хориҷ аз ҳитаи доруи мустақим анҷом медиҳад, он гоҳ бояд ба таскини дарди ношӣ аз амали санг шикастан ва берун рехтани резаҳои он ҳиммат ғумошт ва агар амалиёт қарҳа ё захи́ро ба вучуд оварад, онро низ ислоҳ кард (30-260).

Бархе аз атиббо тибҳоки бемор ё пушти беморро шикаф медиҳанд ва сангро берун меовранд, ки хатари бузург дар бар дорад ва кори инсонӣ оқил нест, агар аз амали буридани тибҳоҳо ва пушт бигузареҷ ва ба илоҷ аз роҳи дору ва ғайра тавассул ҷӯеҷ, дастури илоҷ ба қарори зер аст: бояд бемор поксоӣ шавад ва моддаи тавлидкунандаи санг ҳамроҳи моддаи поксоишуда берун ояд, ин поксоӣ бояд ба василаи доруи исҳолӣ ва исҳол додани бемор сурат пазирад ё ба василаи қай додани бемор анҷом шавад, баъд аз поксоӣ бояд бемор парҳези ғизоиро муроҷот кунад ва аз хӯрдани ғизоҳои ғализ ва обҳои олуҷа дурӣ ҷӯяд, сипас моддаи хӯрокии худро таъдил кунад, на беш аз ҳадди табиӣ ва на камтар аз андози лозим бошад, бояд меъдаи бемор тақвият шавад ва ба хубӣ ғизоро ҳазм кунад. Бемор дар ҳоли гуруснагӣ варзиш кунад, аммо варзиши на бисёр сабук ва на бисёр сахт ва тунд, варзиш бояд миёнагин бошад, камарро маҳкам бибандад ва дар мосоҷи бадан ихмол накунад, бояд шикамаш нарма бошад ва аз юбусат бипарҳезад, то хилти бадҷинси тавлидкунандаи санг ба мадфуъ руй оварад ва мадфуъ чандон дар шикам ҳабс набошад, ки музоҳамате барои куллия эҷод кунад ва роҳбандонеро ба вучуд оварад.

Баҳс ва натиҷагирӣ: Санги куллия бештар дар мардон ва дар давраи синни 30 то 50 сол буруз мекунад ва дар кӯдакон ва солмандон камтар дида мешавад. Шуюӣ собиқаи санги куллия дар Осиё 1 то 5 дарсад,

5 то 9 дарсад дар Урупо, 13 дарсад дар Амрикои Шимолӣ, 20 дарсад дар Арабистони Саъудӣ гузориш шудааст (4-45) (5-517). Санги куллия бемории шоеъест, ки бо шуюӣ боло ва мушкilotи иқтисодӣ ва иҷтимоӣ дар саросари ҷаҳон ҳамроҳ аст. Авомили заминаи эҷодкунандаи санг ва дармонҳои муртабит бо онҳо дар кӯдакон ва бузургсолон тафовут дорад. Эҳтимоли вучуди бемориҳои метоболик ва нақоиси анотомик, дафъи бештари калсий дар идрор коҳиши дафъи ситрат ва экзилот дар идрор ва ҳамчунин афзоиши ашбоӣ экзилоти калсий дар идрор, дар кӯдакони мубтало ба санги куллия дар муқоиса бо кӯдаконе, ки собиқаи санг надоштаанд, болотр аст (24-627), бо тавачҷуҳ ба доруҳои масрафӣ ва режими ғизоии додашуда ба афроди дорои санги куллия, мутолиъоти муътаддид нишон медиҳанд, ки беморони бо собиқаи санги куллия коҳиш дар тӯдаи устухон доранд. Мутолиъоти эпидимиологӣ нишон дода, ки афзоиши шуюӣ сангҳои куллия бо масрафи ками калсий дарёфти робита дорад. Ахиран дар як мутолиъаи болинӣ 5 сола гузориш карданд, ки авди санги куллия бештар дар афроде аст, ки бо режими ками калсий дармон мешаванд (25-52).

Ҳамчунин мутолиъот нишон медиҳанд, ки маҳдудият дар масрафи режими прутунӣ (протеинӣ) на фақат дар коҳиши дафъи калсий, балки дар маҳдуд кардани тавоноии сангсоӣ дар системаи идрории беморон бо гиперкалсии уруйии идиопатик ва санги куллияи калсий муфид аст (26-212).

Ба таври кулӣ асароти манфии режими ками калсий дар беморон ба авди санги куллияи калсий дар мутолиъоти мухталиф гузориш шудааст. Аз тарафе ҳанӯз тавсияи шойӣ дар беморони бо собиқаи санги куллияи калсими, маҳдуд кардани экзолот ва калсий дарёфтааст, пайравии тӯлоии муддати ин режими мӯҷиби таъодули манфии калсий ва дар натиҷа зуҳури шароити потулужики муртабит бо санги куллия (гиперкалсии уруйии куллиявӣ (гурдаӣ), афзоиши сатҳи 1 ва 25 гидроксиди витамини D) мешавад.

Санги куллия як омил хатар барои эҷоди бемории музмини куллия ва пешрафти он ба



самти марҳалаи поёнии куллия аст(27-804). Дар афроде, ки санги куллия доранд, эҳти-моли вучуди авомили хатари марсум (мо-нанди нажоди сиёҳ, бемории куллиявии қаблӣ, диёбет, прутинурия ва албуинурия) ва ғайри марсум (нефрити байнобайнӣ, пие-лонифрити музмин ва чинси муаннас) барои эҷоди бемории музмини куллия бештар аст (28-233). Дар сурате, ки микдори тафсияи глү-мералӣ баробар ё камтар аз 60 миллилитр дар дақиқа ба андозаи 1, 73 метри мураббаъи сатҳи бадан бошад (марҳалаи 3 бемории муз-мини куллия), ё микроалбомурия вучуд дош-та бошад, ба тавсияи анҷумани нефролужии Амрико бемор бояд нифролужист ирҷоъ шавад (30-253).

Бо таваҷҷуҳ ба натоиҷи мутолиъоти му-таъаддид бар рӯи санги куллия ва ҳамчу-нин баёни дидгоҳи Абӣалӣ Сино натиҷа мегирем, ки равишҳои дармории санги кул-лия дар тибби суннатӣ то ҳадди зиёде мав-

риди таъйиди тибби рӯз аст, ба унвони ми-сол пешгирӣ аз ташкили санг дар куллия ва маҷорӣ идрорӣ бисёр роҳаттар ва беҳтар аз дармони он аст, ба таври мутаваассит мас-рафи рӯзонаи 2 литр об муҳимтарин кӯмак ба беҳбудӣ коркарди куллия буда ва эҳти-моли ташкили сангро бисёр коҳиш медиҳад, ҳамчунин риёояти дастуроти ғизои бо ми-зони муътадили прутин ва фибринҳо аз ди-гар роҳҳои пешгирӣ, анвоъи мураккабот ба далели доро будани ситрат монёи таш-кили санги идрор мешаванд, диққат дар мас-рафи доруҳо, коҳиши масрафи намак, пру-тин, карбогидратҳои сода, чой ва маводи кофеиндор, маводи муҳаддир ва нӯшобаҳои газдор аз дигар маворид дар ҷилавгирӣ аз ташкили санг аст, бо ин, вучуди баъзе аво-мил, ки дар тибби Бӯалӣ Сино ба онҳо ишо-ра шуда, вале дар тибби имрӯз ҷойгоҳе на-дорад, мутолиъот ва таҳқиқоти густурдате-ре талаб мекунад.

АДАБИЁТ

1. Leonardo R, Reyes Rabanal MD. Instituto de Nefrología, Havana, Cuba. Clinical Epidemiology of Urolithiasis in Tropical areas. lreyes@infomed.sld.cu
2. Stamatelou KK, Francis ME, Jones CA, et al. Time trends in reported prevalence of kidney stones in the United States: 1976-1994. Kidney Int 2003; 63:1817-23.
3. Menon M, Koul H. Clinical review 32: Calcium oxalate nephrolithiasis. J Clin Endocrinol Metab 1992; 74: 703-7.
4. Ramello A, Vitale C, Marangella M. Epidemiology of nephrolithiasis. J Nephrol 2000; 13: 45
5. Kim H, Jo MK, Kwak C, et al. Prevalence and epidemiologic characteristics of urolithiasis in Seoul, Korea. Urology 2002; 59: 517- 21.
6. Lee YH, Huang WC, Tsai JY, et al. Epidemiological studies on the prevalence of upper urinary calculi in Taiwan. Urol Int. 2002; 68: 172-7.
7. Hess B. Pathophysiology, diagnosis and conservative therapy in calcium kidney calculi. Ther Umsch. 2003; 60:79-87.
8. Levy FL, Adams Huet B, Pak CY. Ambulatory evaluation of nephrolithiasis: an update of a 1980 protocol. Am J Med. 1995; 98:50-9.
9. Kanis JA. Causes of osteoporosis. In: Kanis JA, editor. Osteoporosis. Oxford, UK: Blackwell Science. 1994. 81-113.
10. Favus MJ, Goldring SR, Christakos S, editors. Primer on the metabolic bone diseases and disorders of mineral metabolism. An official publication of the American Society for Bone and Mineral Research. Philadelphia, PA, USA: Lipincott-Raven. 1996. 248-341.
11. Aerssens J, Declerc K, Maeyaert B, et al. The effect of modifying dietary calcium intake pattern on the circadian rhythm of bone resorption. Calcif Tissue Int. 1999; 65: 34-40.
12. Audi L, GarcíaRamírez M, Carracosa A. Genetic determinants of bone mass. Horm Res. 1999; 51:105-23.
13. Pak CY, Britton F, Peterson R, et al. Ambulatory evaluation of nephrolithiasis. Classification, clinical presentation and diagnostic criteria. Am J Med. 1980; 69:19-30.

14. Pak CY. Pathogenesis of idiopathic hypercalciuria. In: Coe FL, editor. Hypercalciuric states. Pathogenesis, consequences and treatment. Orlando, FL, USA: Grune&Straton. 1984. 205-20.
15. Coe FL, Kavalach AG. Hypercalciuria and hyperuricosuria in patients with calcium nephrolithiasis. *N Engl J Med*. 1974; 291: 1344-50.
16. Nordin BE, Peacock M, Wilkinson R. Hypercalciuria and calcium stone disease. *Clin Endocrinol Metab J*. 1972; 1: 169-83.
17. Sterrett SP, Penniston KL, Wolf JS Jr, Nakada SY. Acetazolamide is an effective adjunct for urinary alkalization in patients with uric acid and cystine stone formation recalcitrant to potassium citrate. *Urology*. 2008; 72(2): 278-281.
18. Welch BJ, Graybeal D, Moe OW, Maalouf NM, Sakhaee K. Biochemical and stone-risk profiles with topiramate treatment. *Am J Kidney Dis*. 2006; 48(4): 555-563.
19. Long LO, Park S. Update on nephrolithiasis management. *Minerva Urol Nefrol*. 2007; 59(3): 317-325.
20. Pietrow PK, Karellas ME. Medical management of common urinary calculi. *Am Fam Physician*. 2006; 74(1): 86-94.
21. Preminger GM, Tiselius HG, Assimos DG, et al.; EAU/AUA Nephrolithiasis Guideline Panel. 2007 guideline for the management of ureteral calculi. *J Urol*. 2007; 178 (6): 2418-2434.
22. Singh A, Alter HJ, Littlepage A. A systematic review of medical therapy to facilitate passage of ureteral calculi. *Ann Emerg Med*. 2007; 50(5): 552-563.
23. Dellabella M, Milanese G, Muzzonigro G. Medical-expulsive therapy for distal ureterolithiasis: randomized prospective study on role of corticosteroids used in combination with tamsulosin-simplified treatment regimen and health-related quality of life. *Urology*. 2005; 66 (4): 712-715.
24. Acar B, Inci Arikan F, Emeksiz S, Dallar Y. Risk factors for nephrolithiasis in children. *World J Urol*. 2008; 26(6): 627-630.
25. Tasca A, Cacciola A, Ferrarese P, et al. Bone alterations in patients with idiopathic hypercalciuria and calcium nephrolithiasis. *Urology*. 2002; 59: 865-9.
26. Martini LA. Stop dietary calcium restriction in kidney stone-forming patients. *Nutr Rev*. 2002; 60: 212-4.
27. Rule AD, Bergstralh EJ, Melton LJ III, Li X, Weaver AL, Lieske JC. Kidney stones and the risk for chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2009; 4(4): 804-811.
28. Gambaro G, Favaro S, D'Angelo A. Risk for renal failure in nephrolithiasis. *Am J Kidney Dis*. 2001; 37(2): 233-243.
29. American Society of Nephrology. Chronic kidney disease. http://www.asn-online.org/policy_and_public_affairs. Accessed April 12, 2011.

۳۰. ابن سینا، حسین بن عبدالله: قانون در طب. تهران: سروش، ۱۳۶۴، ص: 240 - 251 - 253 - 254 - 255 - 260 - 262 -

۳۱. رازی، محمد بن زکریا: الحاوی. ترجمه و تنظیم و تحقیق افشار بیور سلیمان. ج. ۲۰. تهران: فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۴

۳۲. ترجمه و تنظیم و تحقیق برومند بهروز، نوبخت تحقیق علی سنگ کلیه و مثانه از دیدگاه محمد بن زکریا رازی، محمد بن زکریا. فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۷. تهران



ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАМНЕЙ В ПОЧКАХ И ПУТИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ СОГЛАСНО АБУАЛИ ИБНИ СИНО

М. Акил, К.Афзали, П.Курбони.

Медицинский факультет Балхского университета ИРА, г. Балх.

Резюме. В данной статье анализируются проблемы изучения этиологии и патогенеза, диагностики и лечения мочекаменного заболевания (почечнокаменной болезни) на современном этапе.

Рассматриваются научные взгляды всемирно известного таджикского врача и мыслителя Абуали ибни Сино относительно этиологии и патогенеза, профилактики, а

также медикаментозные методы лечения данного заболевания. Отмечается, что все методы лечения, предлагаемые великим учёным, актуальны и в современной медицинской практике.

Ключевые слова: мочекаменные болезни, почечнокаменная болезнь, Абуали ибни Сино, физиологическое образование, методы лечения.

PHYSIOLOGICAL FORMATION OF STONES IN KIDNEYS AND WAYS OF THEIR TREATMENT ACCORDING TO ABUALI IBNI SINO

Summary. This article analyzes the problems of studying the etiology and pathogenesis, diagnosis and treatment of urolithiasis (kidney stones) at the present stage.

The scientific views of the world famous Tajik doctor and thinker Abuali ibni Sino regarding the etiology and pathogenesis, as well

as drug treatment of this disease are considered. It is noted that all the methods of treatment offered by the great scientist are also relevant in modern medical practice.

Key words: urolithiasis, kidney stones, Abuali ibni Sino, physiological education, treatment methods.

Мухаммад Акил Махмуди, ассистент медицинского факультета, Балхского университета ИРА, г. Балх. aqilmahmodi2013@gmail.com,

М. Akil, K. Afzali, P. Kurboni. Faculty of Medicine, IRA Balkh University, Balkh. Телефон: +93 700 53 73 23.



ФАРМАКОЛОГИЯ

БЕЗАРАРИИ ПАЙВАСТАГИИ КООРДИНАТСИОНИИ НУҚРА БО СТРЕПТОТСИД

Х.Д. Назарова, У.Р. Раҷабов, Ф.Х. Юсупова, В.А. Бобочонов

Кафедраи химияи фарматсевтӣ ва заҳршиносӣ, ОМИТ,
МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Мухиммият. Стрептотсид яке аз намоён-дагони аввали маводи дорувории химиотерапевтию зиддимикробии гурӯҳи сулфаниламидӣ ба ҳисоб меравад. Стрептотсид дар амалияҳои тиббӣ, ҳамчун маводи зидди бактериявӣ дар таркиби шакли доругии яккомпонента ва бисёркомпонента дар истеҳсолоти ватанию хориҷӣ васеъ истифода мешавад.

Суръати таъсири зиддимикробии стрептотсид ҳангоми ба микроорганизм ворид шудан тез зоҳир мегардад. Омӯзиши таъсири зиддимикробии нуқра дар баробари баррасии масъалаҳои заҳролудии он низ дида мешавад. Монанди аксари металлҳои вазнин нуқра аз бадан хеле суст ҷудо шуда, ҳангоми истеъмоли доимии он дар организм ҷамъ мешавад. Бо назардошти хусусиятҳои зиддимикробии стрептотсид ва нуқра, пайвастагии координатсионии нави онҳо омӯхта мешавад.

Мақсади таҳқиқот: омӯхтани хосиятҳои биологӣ пайвастагии синтезшудаи координатсияи нуқра (I) бо стрептотсид, дарёфт кардани маводҳои нави самараноки зидди микробӣ ва гузаронидани санҷишҳои лабораторӣ мебошад. Бо ин мақсад омӯзиш ва истифодаи таркиби нави пайвастагии координатсионии нуқра (I) бо стрептотсид ба даст овардашуда метавонад, ки бо таъсири муштарак нитрати нуқра (I) бо стрептотсид синтез карда шавад ва ҳамчун маводи зидди микробӣ, зидди коккҳои патогенӣ, қолчи эсерӣ, патогенҳои антракс ва инчунин хламидиоз, актиномисетҳо, токсоплазмоз истифода шавад. Дар пайвастагии нав, ҷаҳлияти зиддимикробӣ бо таъсири якҷояи стрептотсид бо ионҳои нитрат ва металлкомплексосилкунанда тақвият меёбад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: Пайвастагии координатсионии нуқра (I) бо стрептотсид синтез карда шуд. Дар баробари ин барои дарёфти шароити оптималии ҷудосозии ком-

плексҳои, ки хосияти физико-химиявӣ ва биологӣ маълумбуда, мо натиҷаҳои таҳқиқоти оксредметрии комплексосилкунии металлро дар маҳлули обии стрептотсид истифода бурдем. Пайвастагии координатсионӣ ин компоненти ҷаҳли металлкомплексосилкунандаи нуқра (I) ва лиганди координатсионии стрептотсид мебошад [1-9]. Пайвасти координатсионии нуқра (I)- и бо стрептотсид синтез карда шударо бо назардошти омӯзиши хосияти биологӣ ва таъсири он дар организми зинда, хусусан дар мушбачаҳо дида шуд. Инчунин пеш аз хосияти биодогӣ ашро санҷидан сараввал хосияти физико-химиявӣ ашро дар шароитҳои гуногуни консентрасияи моддаҳои санҷида шуда буд. Номи химиявии пайвастагии координатсионии нитрати нуқра (I) бо 4-аминобензенсулфонамид аз рӯи номенклатураи ЮПАК бо формулаи умумии зерин навишта мешавад: $[AgL_2]HNO_3$, ки дар ин ҷо L стрептокид аст. Таркиби пайвастагии синтезшуда дар шакли умум бо усули оксиметрия ва спектроскопияи ИК муқаррар карда шудааст.

Безарарии комплексҳои мутобиқи "Дастур оид ба муайян кардани хосиятҳои заҳролудии доруҳо" омӯхта ва нишон дода шудааст [4]. Ҷаҳлияти зидди микробӣ ва зиддизамбуруғии маводҳои бо усули паҳншавии пай дар пайи онҳо дар ВСН муайян карда шуд. Консентратсияи пайвастагии, ки сабаби хосил нашудани комплексро ба вучуд меорад (маҳлули шаффоф) ҳади ақал бактериостатикӣ (МБСК) ҳисобида мешуд. Ҳангоми дубора илова кардан дар МПА консентратсияи минималии бактерисид (МБКС) муайян карда шуд, ки боиси марги микроорганизмҳо гардид (дар давоми 48-72 соат афзоиш наёфт). Дар баробари ин вариантҳои назорати ВСН ва МПА бидуни дору омӯхта шуданд. Мақсади гузошташуда, тавассути истифодаи пайвастагии нави координатсионии нуқ-



ра (I) бо пайвастагиҳои стрептотсид, ки бо координатсияи мутақобилаи нитрати нукра (I) бо стрептотсид дар муҳити обӣ синтез карда мешавад, ба даст оварда мешавад [4]. Кор дар Лабораторияи марказии илмӣи ДДТТ анҷом дода шудааст. Безарарӣ мутобиқи "Дастурҳои методӣ оид ба муайян кардани хосиятҳои захролудии дорухое, ки дар тиббӣ байторӣ ва чорводорӣ истифода мешаванд" омӯхта шуданд (М., 1988). Озмоиш дар 36 мушӣ сафед гузаронида шуд [4].

Натиҷаи таҳқиқот: Бо мақсади баҳогузори бехатарӣ пайвастагии координатсионии нукра бо стрептотсид ба мушҳои сафед (вазнашон 22-26 г, $n = 6$) дар вояи тахминии 0.03 г / кг вазни бадан бо об ба таври шифохӣ (дар шакли маҳлули 10%) дар ҳаҷми 0,4 мл дар як шабонарӯз дар тӯли 14 рӯз дода шуд.

Ҳолати умумии мушбачаҳои лабораторӣ бо назардошти намуди зоҳирӣ, реаксияҳои рафторӣ, истеъмоли ғизо ва об, ритм ва нағз будани тапиши дил ва шумораи ҳаракатҳои нафаскашӣ дар давоми 14 рӯз мушоҳида карда шуданд.

Дар натиҷаи мушоҳидаҳо дар тӯли 14 рӯз безарар будани миқдори тақрибии терапев-

тии таркиби пайвастагии координатсионии нукра бо стрептотсидро нишон медиҳанд, ки ягон ҳолати фавти ҳайвонот набуд.

Пеш аз оғози тадқиқот, мушбачаҳои лабораторӣ, ки дар шароити муқаррарӣ нигоҳ дошта мешуданд, тӯли 14 рӯз дар зерӣ назорат буданд. Бори охир ғизо як рӯз пеш аз озмоиш дода шуд, истеъмоли об маҳдуд набуд.

Пайвастагиҳои координатсионии нукра бо стрептотсид барои мушҳои сафед дар шакли маҳлули 10% як маротиба ба таври даҳонӣ дар ҳаҷми 0,7 мл дар як вояи 0,3 г / кг вазни бадан (гурӯҳи 1), 0,5 мл дар вояи 0,9 г / кг (2 гурӯҳ), 1,0 мл дар як вояи 2,0 г / кг (3 гурӯҳ) ва гурӯҳи 4-уми назоратӣ, ки бо оби тозашуда дода шуданд.

Пас аз 6 соат додани дору, ба мушҳо дубора ҳӯрок доданд, ки баъдан ба речаи муқаррарӣ гузаронида шуданд.

Ҳангоми мушоҳидаи 14 рӯзаи мушҳои лабораторӣ ҳолати умумӣ, намуди зоҳирӣ, реаксияҳои рафтор, истеъмоли ғизо ва об, ритм ва тозагии тапиши дил ва миқдори ҳаракатҳои нафаскашӣ ба назар гирифта шуданд.

Ҷадвал. Натиҷаҳои санҷиши захролудии шадиди пайвастагии нукра бо стрептотсид

Дозаи ком. нукра бо стрептотсид вазни мушҳои озмоишӣ г / кг.	Таъсири воқеӣ	LD (%)
0,2	0/6	00
0,8	0/6	00
2,0	0/6	00

Эзоҳ: рақами нумератори шумораи ҳайвонҳои мурда аст; ададе, ки чудошаванда аст, шумораи ҳайвонот дар гурӯҳ.

Дар рӯзи 7-ум 2 муш аз гурӯҳи 2-юм, аз мушҳои гурӯҳи 3-юм дар рӯзи 9-ум 2 муш мурд. Ҳангоми азназаргузаронии узвҳои дарунӣ ҳайвонҳои мурда, луобпардаи меъда гиперемия шуда, бо ҳӯрок пур шуд, чигар бетағйир монд ва дар нӯги шуш хунравии дақиқ ба амал омад. Марги боқимондаи ҳайвоноти таҷрибавӣ ба мушоҳида нарасидааст, ҳолати клиникӣ гурӯҳҳои таҷрибавии 1, 2, 3 ва ҳайвоноти назоратӣ фарк надоштанд, тағйироти патологӣ дар захролудшавии шадид дар ҳайвонот мавҷуд набуд.

Ҳамин тариқ, аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқоти токсикологӣ муайян карда шуд, ки пай-

вастагии координатсионии нукра бо стрептотсид дар вояи 7,5 г / кг вазни бадан боиси марги ҳамаи ҳайвоноти таҷрибавӣ (LD100 - 3,7 г / кг) ва дар миқдори 6,0 г / кг шудааст, боиси марги 50% ҳайвонот мегардад.

Хулоса. Хусусиятҳои физико-химиявии пайвастагиҳои координатсионии нукра (I) бо стрептотсид бори аввал синтез ва омӯхта шуданд. Мувофиқи натиҷаҳои таҳқиқоти токсикологӣ, ба чунин хулоса омадан мумкин аст, ки пайвастагиҳои координатсионии нукра бо стрептотсид ба категорияи дорухои камтаъсир барои мушҳои лабораторӣ ва кишоварзӣ ҳангоми истифодаи вояи терапевтӣ мансуб аст.

АДАБИЁТ

1. Саноцкий И.В. Методы определения токсичности и опасности химических веществ (Токсикометрия) И.В. Саноцкий. Москва: Изд. "Медицина", 1979. - стр. 257-259
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства в 2 т.: т.1., т.2. - М.: ООО "Новая волна", 2004, 540 и 608 с.
3. Юсупова Ф.Х., Назарова Х.Д., Раджабов У.Р. Изучение безвредности комплекса цинка со стрептоцидом. - Душанбе: №025/ЖР. № 4, 2019., -С. 148-151.
4. Маланин Л.П., Третьякова А.Д. Ветеринарные препараты. - М.:Агропромиздат,1988, 319 с.
5. Изучение комплексного соединения Zn(II) со стрептоцидом./ Юсупова Ф.Х. В.А. Бобожонов. Материалы XIV международной научно - практической конференции молодых ученых и студентов, посвященной "Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019- 2021).-2019.-с 650.
6. Координационных соединений цинка (II) со стрептоцидом./ Юсупова Ф.Х. Х.Д. Назарова. У.Р. Раджабов Медицинская наука XXI века - взгляд в будущее. Материалы международной научно - практической конференции (67 - ой годичной), посвященной 80 - летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино и "Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019 - 2021)" - 2019 .с.43
7. Физико-химические свойства комплексных соединений цинка (II) со стрептоцидом./ Юсупова Ф.Х. В.А. Бобожонов. Материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвящённой "Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)" - 2020 с. 601
8. Координационные соединения, образующиеся в системе Zn(II) -стрептоцид./ В.А.Бободжонов. / Материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвящённой "Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)" - 2020 с. 586
9. Применение ИК-спектроскопии в анализе комплексного соединения цинка (II) со стрептоцидом./ Юсупова Ф.Х. Х.Д. Назарова. Б.О.Алимова. / Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годичная)"Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины", посвященной "Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)" - 2020 с.413

БЕЗВРЕДНОСТЬ КООРДИНАЦИОННОГО СОЕДИНЕНИЯ СЕРЕБРО СО СТРЕПТОЦИДОМ

Х.Д. Назарова, У.Р. Раджабов, Ф.Х. Юсупова, В.А. Бободжонов
Кафедра фармацевтической и токсикологической химии, ЦНИЛ,
ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино"

В сериях, получавших испытуемое средство координационное соединение серебра со стрептоцидом в дозах 7,5 г/кг массы, безвредность наблюдаются положительные изменения в сторону улучшения показателей, нарушенных токсическими воздействиями 4-аминобензенесулфонамид серебра (I) нитрат. Активность маркеров цитолитического синдрома по сравнению с контрольными, особенно в дозе 0,6 мл/кг массы, снижается на

35,4%, 36,7% соответственно, показатель холестаза ЩФ -на 38%, а активность МДА снижается на 43%. У контрольных мышей при безвредности поражения печени СС14 наблюдается формирование цитолитического синдрома, внутрипеченочного холестаза и активации перекисного окисления липидов.

Ключевые слова: серебро, стрептоцид, соединения, комплекс, исследование, координационные, безвредность.



HARMFUL OF THE COORDINATING COMPOUND OF SILVER WITH STREPTOCID

Kh.D. Nazarova, U.R. Radjabov, F.H. Yusupova, V.A. Bobodjonov

Department of pharmaceutical and toxicological Chemistry, Central Scientific Research Laboratory, SEI "TSMU named after Abuali Ibni Sino"

In the series that received the test agent, the coordination compound silver with streptocide in doses of 7.5 g / kg of weight, harmlessness, there was a positive change in the direction of improving the indicators disturbed by toxic effects of silver (I) nitrate 4-aminobenzene sulfonamide. The activity of markers of cytolytic syndrome in comparison with the control, especially at a dose of 0.6 ml / kg of

body weight, decreases by 35.4%, 36.7%, respectively, the ALP cholestasis index is 38%, and the MDA activity decreases by 43%. In control rats with harmless liver damage CC14, the formation of cytolytic syndrome, intrahepatic cholestasis and activation of lipid peroxidation are observed.

Key words: silver, streptocide, compounds, complex, research, coordinating, harmful.

Назарова Хуморбӣ Давламадoвнa, н.и.х., дотсенти кафедраи химияи фарматсeвтӣ ва захириносии МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", ш. Душанбе, хийбони Рудаки 139. Телефон: (+992) 919-19-92-75.

Назарова Хуморби Давламадoвнa, к.х.н., доцент кафедры фармацевтической и токсикологической химии ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибн Сино", г. Душанбе. проспект Рудаки 139. Телефон: (+992) 919-19-92-75.

Nazarova Humorbi Davlamadovna, Ph.D., Associate Professor of the Department of Pharmaceutical and Toxicological Chemistry, State Educational Institution "TSMU named after Abuali ibn Sino", Dushanbe. Rudaki avenue 139. Phone: (+992) 919-19-92-75.



ЧАРРОҲӢ

КАФИЛИ САЛОМАТӢ-ИХТИРОӢ ВА ИННОВАТСИЯИ АМАЛИЁТИ ЧАРРОҲИИ НУҚСОНҲОИ МОДАРЗОДИИ СИСТЕМАИ ПЕШОБРОҲА ДАР КӢДАКОН.

А.А.Азизов.¹, М.М. Қосимов.², Б.А.Азизов.², Ш.А.Бадалов.¹, Х.А.Фарозов.²

¹.Кафедраи чарроҳии кӯдаконаи МТД "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" .

².МД Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон "Шифобахш"

Муҳимият. Ихтироъ ҳамчун объекти моликияти зеҳнӣ яке аз унсурҳои асосии пешрафти иқтисодиёт ба ҳисоб меравад. Дар нахустин форуми ихтироъкорони Тоҷикистон омадааст, ки татбиқ ва истифодаи натиҷаҳои ихтироот барои гузаштан ба истехсолоти инноватсионӣ ва рақобатпазирӣ мусоидат менамояд. Барои ривҷ ёфтани ихтироъкорӣ зарур аст, ки ихтироъкорон ҳамаҷониба дастгирӣ намуда, фаъолиятшон ҳамоҳангу заҳматашон кадр карда шавад. Ин аст, ки барои ҳалли масъалаҳои мазкур, ҳамоҳангсозии фаъолияти ихтироъкорӣ дар ҳудуди кишвар ва берун аз он шароити мусоид фароҳам оварда шавад.

Аз ин рӯ форуми баргузоршуда метавонад ба чандин масоили мубрам, ки то ҳол ҳалли ҳудро наёфтаанд, равшанӣ андозад, аз ҷумла, ҷиҳати илмӣ ихтироъ ва кафшиёт, ки пурра шарҳу тафсир наёфтаанд.

Ихтироъ-фаъолияти илмӣ-амалӣ буда, навгонии усули ташхису табобатро инъикос намуда, усулҳои пешинаро мукамал намуда, натиҷаҳои хубтарро дастраси мутахассисон мекунад.

Кашфиёт-пажӯҳиш зоҳир намудану қонунан сабт намудани навъи дониши кашфшударо мефаҳмонад. Дар ҳама соҳаҳои ҳаёт ҳолатҳое ҳастанд, ки ошкор нашудаанд ва дар натиҷаи пажӯҳишҳои илмӣ маълум мешавад, ки узв ё ҳуҷайрае дар сарчашмаҳои илмӣ-қасбӣ сабт нашудааст. Чунин ҳолатро ба назар гирифта, кашфиётро ҳамаҷониба арзёбӣ намуда, қонунан сабт намуда, дастраси табиб чарроҳ гардонидан мебошад.

Мисоли равшании он нуқтаи маскур навъи нуқсони гурда шуда метавонад. Аз рӯй сарчашмаҳои урологӣ, ташхиси тафриқавӣ ва таснифи нуқсонҳои модарзодӣ маълум буда, нисбати ҳолиби дохили ҳавзаки

фурурафта маълумоти илмӣ мавҷуд нест. Мақсади пажӯҳиш ҳарҷониба омӯхтани намунаҳои ҳолиб, баҳо додан ҳамчун, пажӯҳиш бо номгӯи ҳуҷҷату саннадаҳо ба маркази ихтироот пешниҳод намудан мебошад. Дар сарчашмаҳои илмӣ амалии соҳаи урологӣ зиёда аз 25 намунаҳои ҳавзаку ҳолиби меъёрӣ маълум шудааст. (А.Я.Пытель, А.Г.Пугачёв 2009). Ва ҳамагуна нуқсонҳои модарзодӣ косачаҳою ҳавзак ва ҳолибҳо дастраси табибони уролог гардондаанд.

Мақсади таҳқиқот: Босифат истифода бурдани натиҷаҳои пажӯҳишҳои (ихтирооти) татбиқшуда ва инноватсияи онҳо ҳангоми барқарорсозии нуқсонҳои роҳҳои пешоб дар кӯдакон мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Усули пешниҳодшуда бобати амалиёти дигаргунсозӣ ва барқароркунии мегакаликоз, гидронефроз, гидроуретеронефроз, омози обдори (киста) ҳавзак ва ҳар гуна дутошавии ҳавзаку ҳолиб ба кор бурда мешавад. Ба ғайр аз нуқсонҳои номбаршуда боз нуқсонҳое ҳастанд, ки бисёр кам ба назар мерасанд, ки дар сарчашмаҳо зикр нашудаанд ва ба амалиёти чарроҳии санги гурда зарурият доранд. Ин намуди нуқсон ҳангоми амалиёти чарроҳии санги гурда (нефролитостомия), гирифтани санг аз дохили гурда, маълум мегардад, ки фуру рафтани ҳолиби ҳалзуншакл тақрибан 0,5-1смро, ташкил медиҳад. Ин намуди ҳолиб сабаби ҷамъшавии пешоб дар ҳавзак ва пайдошавии санг мегардад.

Ин ҳолатро мо, ҳамчун нуқсони модарзодӣ камёфт ҳисобида, вазъи обективи ин намуд ҳолибро омӯхта, ҳамчун кашфиёт ва усулҳои тарзи нави амалиёти чарроҳиро пешниҳод намудем. Марҳилаҳои амалиётӣ дар расмҳои зерин ифода шудааст: (расмҳои а, б, в, г, д).



а. Намуди гурда бо буриши б. Ҳолиби фурурафтаи дохили гурда, сагиталӣ ҳангоми меъёр бо сангҳои дуҷум дараҷаи гурда



в. Ҳолати бурида-ни ҳолиби даруни гурда г. Бурида-ни изофаи ҳолиби даруни гурда,

васл намудани ҳавзак бо ҳолиб д. Анастамози интра-реналӣ бо найчагузорӣ

Аз ин рӯ, зарур донистем, ки амалиёти бурида-ни ҳолиби фурурафтаи даруни гурдагиро ҳамчун ихтироъ пешниҳод намуда, натиҷаи хуб гиридем ва оризаҳои баъди амалиёти тангшавии ноҳияи васеъшударо (анастамоз) эмин гардонем.

Мақсади пешниҳодшуда, "бурида-ни ҳолиби дохили гурда" (резекция втянутого и вывернутого мочеточника) ҳангоми (нефролитиаз) санги гурда ва васл намудани (интравеналӣ анастамоз) ҳолибу - ҳавзак ба озод ва хориҷ шудани пешоб мусоидат мекунад.

Тахти беҳисгардонии умумӣ бо буриши кундалангии ноҳияи камар, гурда аз ҷарбуи атрофӣ (Capsula adiposa) озод карда мешавад ва рағҳои хунгард алоҳида муваққатан баста мешаванд, баъд аз он шаки амалиётӣ бо хатти Сондека дохили гурда ҷаффи гурда кушода мешавад. Санг аз ҷавфи гурда гирифта мешавад. Баъдан гузариши ҳолибро санҷида, ҳангоми боварӣ ҳосил шудан эҳтиёткорона ҳолиби дохили гурдаи сабзида ё кашидашуда бурида шуда, сониян таф-

тиши роҳҳои гузариши пешоб, амалиёти барқарорсозӣ иҷро мегардад. Васл намудани ҳавзаку ҳолиб бо кӯкҳои PDS №5/0 дӯхта мешаванд. Аз хотир дуруст ба роҳ мондани маҷрои пешоб аз "анастамоз" найчагузорӣ мешавад. Найчаҳо натавонанд барои хориҷ намудани пешоб, балки барои шустани ноҳияи анастамоз ва дохили гурда бо маҳлулҳои антисептикӣ (фуратсилилин, навокаин, метрогил) ба қор бурда мешавад.

Найчаҳо баъд аз 8-10 рӯз гирифта мешаванд. Аввал найчаи дохили ҳолиб ва баъд аз ду рӯз найчаи дохили гурда.

Бо ҳамин тариқ, тармими дохили гурда, бо буриш ва васл намудани ҳолиби изофаи дохили ҳавзак амалиёт ба анҷом расид. Бо усули зикршуда 35 кӯдак амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида шуда, шифо ёфтанд. Назорати дарозмуддати баъди амалиётӣ нишон медиҳад, ки муолиҷаи реабилитатсионӣ фаъолияти гурдаи амалшударо ба меъёр мерасонад.

Натиҷаи таҳқиқот ва таҳлили он: Таъхиси пурраи саривақтӣ ва амалиёти реконструктивӣ бо нишондодҳои аломатҳои клиникӣ



ва бо мавқеъ истифода бурдани найчаҳои маҷроҳи пешоб, натиҷаи дилхоҳ медиҳад.

Фаъолияти чандинсолаи табибон нишон дод, ки табобати бемороне, ки гирифтори нуксонҳои мураккаби системаи пешоброҳаи кӯдакон, бо усулҳои нави ихтироъ амалиёти

ҷарроҳӣ гузаронидаанд, ба натиҷаҳои дилхоҳ қомеъ шудаанд. Бо назардошти мусбат будани натиҷаҳои табобати инноватсионӣ, реконструктивию барқарорсозӣ, сиҳатшавии баъди амалиёти ҷарроҳӣ ва пешгӯии ояндаи мариз беҳтар, сифати ҳаёт хуб мегардад.

АДАБИЁТ:

1. А.А. Азизов, Б.М. Займуддинов, Б.А. Азизов. Особенности проявлений и тактика хирургического лечения дисфункции органов мочеполовой системы у детей. Душанбе: "Нашри Мубориз" 2020. ст-125-130.
2. А.А. Азизов, Б.М. Займуддинов. Диагностика и тактика хирургического лечения аномалий развития мочеполовых органов у детей. Душанбе: Сухан, 2017. ст-89-94.
3. А.А. Азизов, Б.А. Азизов, Б.М. Займуддинов. Детская урология. Душанбе; 2014. ст-226.
4. Р.К. Мирзоев. Лечебно-диагностическая тактика при осложнённом нефролитиазе на фоне врождённых пороков развития почек у детей. Автореферат дисс. Канд. Мед. Наук. Душанбе. 2010. ст-24.
5. А.Т. Пулатов. Очерки неотложной хирургии детского возраста. Душанбе: Ирфон-1972г. Ст-270.
6. А.Г. Пугачёв. Детская урология. Москва. 2009. ст-213-531.
7. С.Я. Долецкий. Вторичный пиелонефрит на фоне пороков развития мочевыводящих путей. Москва. 1985. ст-110.

Гарант здоровья - изобретение и инновация в области врожденных пороков развития лоханки и мочеточника у детей.

Изобретения и инновация гарантирует здоровья, отражают научную и практическую деятельность и новые методы диагностики и лечения, совершенствует методы исследования и достигают желаемых результатов.

Предлагаем методы: получение камня из почки, разрезание поллой почки и соедине-

ние лоханки с мочеточником, и с этим новым подходом мы получили желаемые и положительные результаты.

Проиллюстрированы этапы внутрипочечной реконструкции. (Патент № ТЈ 474).

Ключевые слова:

Guarantor of health - invention and of congenital malformations of the pelvic and ureter in children

Inventions and innovations guarantee health, reflect scientific and practical activities and new methods of diagnosis and treatment, improve research methods and achieve the desired results.

The proposed method: obtaining a kidney stone, incision a hollow kidney and connecting

the connecting the pelvis to the ureter, and with this new approach, we obtained the desired and positive results.

The stages of intrarenal reconstructive surgery are illustrated. (Patent № TJ 474).

Key words:

Азизов А. А. - д.и.т., профессораи кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"; ш. Душанбе, н. Сино, куч. Навоӣ, 11/7, х. 25. тел.: 9186441 51

Азизов А. А. - д.м.н., профессор кафедраи детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино; г. Душанбе, ул. А. Навои, д. 11/7, кв. 25. индекс 734064. тел.: 918644151

Azizov A.A. - d.m.s, professor of pediatric surgery department Avicenna TSMU, Dushanbe, Navoi street, house 11/7. Appartment 25. Tel 918644151.



ПРОБЛЕМАҲОИ ФУНКЦИОНАЛӢ ВА ЭСТЕТИКИИ БЕМОРОНЕ, КИ БА РИНОПЛАСТИКАИ ТАКРОРӢ ЭҲТИЁҶ ДОРАНД

Артиков К.П.^{1,2}, Азизов К.Н.², Исмоилов Э.Х.², Хван И.Н.¹

¹Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино".

²Мд "Маркази илмии ҷумҳуриявии ҷарроҳии дилу рағҳо" ВТ ва ҲИА ҚТ РТ.

Муҳимият. Беморони муҳтоҷ ба ринопластикаи такрорӣ дорои проблемаҳои зиёди функционалӣ ва косметикӣ мебошанд. Ринопластикаи тафтишӣ аз тарафи муҳаққиқони зиёде омӯхта шудааст, ки тибқи иттилои онҳо аз 5% то 15% -ро ташкил медиҳанд [1-4]. Аммо дар аксари ин пажӯҳишҳо нуқтаи назари ҷарроҳ, на ин ки хоҳиши бемор ба инobat гирифта шудааст.

Мақсади пажӯҳиш ба таври муназзам пешниҳод кардани сабабҳои нисбатан зиёд дучоршавандаи мурочиати беморон ба ринопластикаи такрорӣ мебошад. Барои ба ҳадди аҳсант қонеъ кардани беморон ҷарроҳ бояд норасоииҳои функционалӣ ва косметикиро, ки бемор аз хусуси онҳо мурочиат мекунад, донад [5].

Таҳқиқотҳои сершумор "деформатсияҳо"-и объективиро аз назари ҷарроҳ ошкор намуда, баъдан усулҳои тафтиши барои ошкор кардани деформатсия хосро баррасӣ менамоянд.

Тағйиротҳои эстетикӣ нисбатан зиёд дучоршаванда пас аз ринопластикаи инҳо мебошанд: фишор ёфтани нӯги бинӣ, номутаносибии тарҳи нӯги бинӣ, кӯзии бинӣ, нӯги чаппагашта, тез будани кунҷи биниву лаб, нобаробарии дорсалӣ, зини дорсалӣ, деформатсияи болои кушода, қачшавии бинӣ, номутаносибии қисми миёнаи бинӣ, тарангшавии сӯроҳии бинӣ, колумеллаи таранг, колумеллаи овезон, асоси васеъ ва танзими имплантат. Гарчанде ин таҳлилҳо муҳиманд, ҳамаи онҳо ретроспективӣ мебошанд ва хусусияти объективӣ доранд ва аз нуқтаи назари ҷарроҳпешниҳод шудаанд. Ҳамин тавр, ин таҳқиқот метавонанд, ки сабабҳои асосиро, ки аз хусуси онҳо бемор барои ринопластикаи такрорӣ мурочиат кардааст, инъикос накунад [6].

Муаллифони дигар, барои баҳогузорӣ кардан ба натиҷаҳои ринопластикаи такрорӣ андешаи субъективӣ беморонро

таҳқиқ карданд. Баҳогузории умумии меёрҳои зиёд ба кор бурда мешавад: қаноатмандӣ, нафаскашӣ, намуди зоҳирӣ [7,8]. Барои баҳо додан ба натиҷаҳои ринопластикаи воситаи таҷрибашудае таҳия карда шудааст, ки 6 савол дорад, вай ҷанбаҳои қисмонӣ, психикӣ, эмотсионалӣ ва иҷтимоии беморро пас аз ҷарроҳии ринопластикаро дар бар мегирад [9]. Гарчанде ин асбоб аввал барои ринопластикаи аввалия ба кор бурда шавад, барои ринопластикаи такрорӣ низ мутобиқ гардонида шуд [10]. Онҳо чунин ҳисоб мекунад, ки беморони якҷан маротиба тафтишшударо ин далелҳо асоси мурочиаташон буданд [11].

Барои ринопластикаи такрорӣ бештар беморон аз хусуси бандшавии бинӣ мурочиат мекунад. Бандшавии бинӣ дар 59-68%-и беморон баъди ринопластикаи апервалӣ дида мешавад ва аксар вақтҳо метавонад мушкilotи чиддиро ба бор оварад [12]. Бандшавии бинӣ асосан дар натиҷаи пайдо шудани инхирофҳои боқимондаи миёндевор ба амал ояд, вай асосан бо бо қисми дорсалии он (мавзеи клапани дарунии бинӣ), баъд аз ринопластикаи реконструктивӣ қаблӣ вобаста аст. Сабаби дуҷуми бештар дучоршавандаи бандшавӣ мушкilotи клапанҳои бинӣ ба ҳисоб меравад, ки бинобар коллапс ва часпидагӣҳо ба вучуд меояд [13].

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар шӯбаи ҷарроҳии барқарорсозии Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳои ВТ ва ҲИА ҚТ гузаронида шудааст. Ба таҳқиқот 104 бемор фаро гирифта шудааст, ки як ва ё якҷанд ринопластикро аз сар гузаронидаанд. Популятсияи таҳқиқшударо 83% занҳо ва 17% мардҳо ташкил доданд, синну соли миёнаи онҳо 31 сол буд. Синну соли беморон аз 17 то 57 сол буда, 74% -и онҳо сигарет намекашиданд, 12% айни ҳол сигарет мекашиданд ва 1% қаблан мекашиданд. Беморон иттилоъ доданд, ки ба ҳисо-



би миёна 1 дору дар шарои ти хона дар як рӯз истеъмол кардаанд, 43%и беморон бошад, аз дору истеъмол кардан даст кашидаанд. Дар маҷмӯъ, сабаби нисбатан муҳим барои ринопластикаи такрорӣ мурочиат намудан, номутаносибии нӯги бинӣ, душвор гаштани нафаскашӣ ё бандшавии бинӣ ва қач шудани сеяки миёнаи бинӣ будааст.

Сабабҳои ба ҷарроҳи худ, ки бори аввал ҷарроҳӣ карда буд, такроран мурочиат накардани беморон муайян карда шуд. Бояд гуфт, ки деформатсияи ҳарфи V сарчапа ҳамчун сеяки ниҳоят танги мобайнӣ ба қайд гирифта шуда буд. Бюарзиёд баромадани нӯги бинӣ ҳамчун ниҳоят баланд барҷаста ҳисобида шуд. Кунчи баланди биниву лабҳо ҳамчун нӯги баланд, кунчи хурди биниву лабӯҳо бошад, ҳамчун нӯги хеле паст ҳисобида шуд. Параҳои таранги бинӣ ҳамчун сӯроҳҳои аз ҳад баланд шарҳ дода шуд. Проексияи барзиёди колумеллярӣ онро нишон дод, ки колумелла хеле барҷаста буд. Ҳиссаи дароз ё васеи кашидаи колумелла нишон медиҳад, ки он мутаносибан хеле дароз ё хеле васеъ аст.

Ба бемороне тавачҷуҳ зоҳир карда шуд, ки дар онҳо ҳангоми иҷро кардани корҳои ҷисмонӣ банд шудани бинӣ, бо даҳон нафас кашидан, хиррос, вобаста будан ба истифодабарии спрейи бинӣ (афсонаи бинӣ) ва зарурати бо мақсади нафас кашидан "баровардани лунҷ" ба мушоҳида мерасид. Ҳангоми риноскопия қач шудани миёндевори бинӣ, коллапс, клапани дарунӣ, коллапси клапани берунӣ, гипертрофияи суфраҳои бинӣ, перфоратсияи миёндевор ва синехия муайян карда шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Беморон асосан аз нуқсонҳои эстетикӣ шикоят мекарданд: асимметрияи нӯги бинӣ; ҳамшавии сеяки мобайнӣ ва нобаробарии сеяки болои пушти бинӣ. Асимметрияи нӯги бинӣ проблемаи нисбатан зиёд дусоршаванда дар байни беморон буд (57%), ҷарроҳон онро боз ҳам зиёдтар пайдо карданд (76%).

Қач будани сеяки мобайнии бинӣ аз ҷиҳати басомади проблемаҳои эстетикӣ дар байни беморон (37%) ва дар ҷарроҳон (44%) дар ҷойи дуҷум меистад. Ғайр аз ин, бештари беморон, ки дар онҳо ба таври объективӣ

сеяки мобайнии қач (72%) муайян карда шудааст, бо ин ҳулоса розӣ ҳастанд.

Нобаробарии сеяки болоӣ аз ҷиҳати басомади проблемаҳои эстетикӣ дар байни бемороне, ки барои ринопластикаи такрорӣ мурочиат карда буданд (36%), ҷарроҳон ин деформатсияро бештар (48%) ошкор намудаанд. Аз 37 бемори дорои хавотирии субъективӣ аз хусуси нобаробарии қисмҳои болоии бинӣ ҷарроҳ ин деформатсияро дар 29 (78%) ошкор кард.

Ихтилолҳои функционалӣ дар 64 (62%) бемор дида шуд: банд шудани бинӣ дар 38; бо даҳон нафас кашидан дар 27; мушкilotи хиррос/хоб дар 24; истифода кардани спрейи бинӣ дар 12; зарурати баровардани лунҷ, бо мақсади нафабаровардан дар 5 нафар. Дар 74 нафар аз 104 бемор (71%) с абабҳои объективии дохилибинигӣ буданд, ки барои банд шудани он мусоидат мекарданд: яктурафа шудани миёндевор дар 39; коллапси дарунии клапан дар 20; коллапс берунии клапан дар 2; суфраҳои калони бинӣ дар 11; перфоратсияи миёндевор дар 10; синехия дар 8 ва пихҳо дар 2 нафар. Дар 4 бемор сабабҳои объективии дохилибинигӣ ба қайд гирифта нашуд, дар 14 нафар бемори дорои сабабҳои объективии дохилибинигӣ ягон хел бандшавӣ (инсидод) ба мушоҳида нарасид. Сабаби асосии ба ҷарроҳи бори аввал ҷарроҳиро анҷомдода мурочиат накардани беморон инҳо буданд: ҷарроҳӣ бемуваффақият гузашт ($n = 59$) ва табиб ташвишҳои беморро дарк накард ($n = 24$). Сабабҳои дигар инҳо буданд, ки табиб дигар кор намекард ($n = 14$), ҷарроҳӣ хеле барвақт гузаронида шуда буд ($n = 11$), бемор аз минтақаи дигар омадааст ($n = 10$) ва ғайра ($n = 6$).

Бемороне, ки дар онҳо ринопластикаи ревизионӣ нишондод дошт, оқибатҳои психологӣ ринопластикаи бемуваффақият аз сар гузаронидаашонро эҳсос мекунанд, ки ин эҳтимолияти қаноатбахш анҷомидани натиҷаи ҷарроҳии такрориро хеле кам мекунад. Барои оптимизатсияи қаноатмандии беморон аз ринопластикаи такрорӣ, ҷарроҳ бояд нуқсонҳои функционалӣ ва эстетикиро, ки бемор онҳоро мушкilot меҳисобад, дақиқ донад.

Аз нуқтаи назари эстетикӣ, асимметрияи нӯги бинӣ мушкilotи зиёдтар дучоршаван-



даи эстетикаи беморон ва бозёфти эстетикаи чарроҳ ба ҳисоб меравад.

Ба шакли табиӣ даровардани нӯги бинӣ - вазифаи душвори секарата аст, ки онро тағйиротхое, ки аксаран ҳангоми гузаштани вақт ва сӯхат тшудани бофтаҳо ва пайдо шудани хадшаҳо ба амал меоянд, шакли ниҳоии нӯги биниро тағйир медиҳанд [14].

Мушкилотҳои эстетикаи аз ҷиҳати басомад дуюм ва сеюм қач шудани сеяки миёна ва нбаробари сеяки болоии пушти бинӣ мебошанд. Бемороне, ки ринопластика шуданд, аксаран дорои сақфи мобайнии биниашон номутаносиб ё қач аст, ки ин мавзунии рӯйро вайрон карда барои ташвиш асос мегардад.

Мушкилоти нисбатан зиёд дучоршавандаи беморон (32%), васеъшавии сеяки поёнии пушти бинӣ буд. Аксари бештари беморон, ки васеъгии сеяки болоӣ ё поёниро ҳис мекарданд, васеъгӣ надоштанд, балки қачшавӣ ё асимметрияи сақфи бинӣ доштанд. Ин номувофиқӣ мумкин аст, ки бинобар аз ҳад зиёд буридани қисми тағояки пушти бинӣ ба амал ояд, ё тағоякҳои болоии паҳлӯӣ, ва ин сеяки мобайниро танг мекунад ва боиси деформатсия дар шакли V-и сарчапа мегардад.

Нишондод барои ринопластикаи такрорӣ бинобар қаноатбахш набудани шакли нӯги бинӣ дар 58% -и беморон ба назар расид. Тақрибан дар 43%-и беморони дорои норухатии субъективӣ аз хусуси бад муайян кардани нӯги бинӣ муайян карда шуд, ки дар онҳо нӯги бинӣ паҳн аст. Ғайр аз ин, асимметрияи нӯги бинӣ аксаран аз тарафи беморон бад қабул карда мешавад.

Проблемаи дигари паҳншуда ин мушкилоти паст будани сеяки миёна буд, ки ба бемор "намуди кашида"-ро медиҳад. Дар ин беморон аксаран нӯги бинӣ кашида буда, намуди паст будани пушти биниро намудор мекунад.

Беморон метавонанд, ки дар хусуси намуди идеалии зоҳирии худ назари субъективӣ ё гуногун дошта бошад. Он чиро, ки табиб номуътадил меҳисобад, мумкин аст барои бемор ташвишвар набошанд, зеро ин ров ай ҳамчун мушкӣ дарк намекунад. Инро ҳангоми нобаробар будани қисми болоии бинӣ, сеяки танги мобайнӣ, нӯги борик,

асимметрияи нӯзи бинӣ ва баромадагии колумел дидан мумкин аст [15, 16].

Бандшавии биниро зиёда аз нисфи беморон (62%), ки барои ринопластикаи такрорӣ муроҷиат кардаанд, эҳсос мекунанд. Ин ба маълумотҳои қаблӣ мувофиқат мекунанд, ки аз 59% то 68% -и беморон баъди ринопластикаи аввалӣ бандшавии биниро эҳсос мекунанд [17,18]. Ҳангоми таҳқиқоти интраназалӣ сабаби зиёд дучоршавандаи бандшавии бинӣ дар беморони ринопластикаи тафтиширо аз сар гузаронидаанд, қачии доимии миёндевор буд.

Сабабҳои коллапси пасазчарроҳӣ зиёданд, ин ба маълумотхое, ки ҳангоми муоинаи интраназалии беморон бандшавии биниро пас аз ринопластикаи аввалӣ мушоҳида намуданд, мувофиқат мекунад [19, 20].

Дар хотима, асимметрияи нӯги бинӣ сабаби бештар дучоршавандаи ринопластикаи такрорӣ ба ҳисоб меравад. Ин низ деформатсияи зиёд дучоршавандаи ринопластикаи такрорӣ мебошад. сеяки миёна қач ва нбаробарии сеяки болоӣ низ деформатсияҳои зиёд дучоршаванда буданд. Мувофиқат накардани ташвишҳои бемор бо муоинаҳои табибон то ҳадди баланд аз фарқиятҳои дарки субъективии бемор ва баҳогузори таҳассусӣ, визуалии объективӣ ва тактилии чарроҳ гувоҳӣ медиҳад. Дар маҷмӯъ ҳулосаҳои объективӣ чарроҳ назар ба ташвишҳои субъективӣ беморон зиёд буданд. Зиёда аз нисфи беморон, ки ринопластикаи тафтиширо аз сар гузаронидаанд, дорои симптомҳои бандшавии бинӣ мебошанд, ки ин аз ҷиҳати оид ба ринопластикаи тафтишӣ муроҷиат кардан, дар ҷойи дуюм меистанд. Тақрибан дар ҳамаи беморон ногузaronандагии интраназалӣ муайян карда шуд.

Ҳулоса. Ҳамин тавр, ин таҳқиқот мушкилоти асосии беморонро, ки ба ринопластикаи такрорӣ зарурат доранд, равшанӣ меандозад ва онҳоро бо ҳулосаҳои объективӣ чарроҳ муқоиса мекунад. Ин натиҷаҳо муҳимияти огоҳии табиб аз проблемаҳои беморон, фаҳмидани сабабҳои бандшавии пасазчарроҳии бинӣ ва ба беморон саҳеҳ фаҳмонидани эстетикаи бинӣ, ки хоҳиши гузаронидани ринопластикаи такрориро доранд, дарак медиҳанд.

**АДАБИЁТ:**

1. Thomson C, Mendelsohn M. Reducing the incidence of revision rhinoplasty. *J Otolaryngol.* 2007;36(2):130-134.
2. Neaman KC, Boettcher AK, Do VH, et al. Cosmetic rhinoplasty: revision rates revisited. *AesthetSurg J.* 2013;33(1):31-37.
3. Икромов МК, Холматов ДИ, Махмудназаров МИ. Эстетические и функциональные аспекты ринопластики при различных патологиях носа. *Вестник Авиценны.* 2011;2:29-35.
4. Bagal AA, Adamson PA. Revision rhinoplasty. *Facial Plast Surg.* 2002;18(4):233.
5. Vuyk HD, Watts SJ, Vindayak B. Revision rhinoplasty: review of deformities, aetiology and treatment strategies. *ClinOtolaryngol Allied Sci.* 2000;25(6):476.
6. Foda HM. Rhinoplasty for the multiply revised nose. *Am J Otolaryngol.* 2005;26(1): 28-34.
7. Constantian MB. Differing characteristics in 100 consecutive secondary rhinoplasty patients following closed versus open surgical approaches. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109(6):2097-2111.
8. Bagheri SC, Khan HA, Jahangirnia A, Rad SS, Mortazavi H. An analysis of 101 primary cosmetic rhinoplasties. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;70(4):902-909.
9. Пшениснов К.П. Курс пластической хирургии: Руководство для врачей. В 2 т. Под ред. К. П. Пшениснова. Ярославль; Рыбинск: Изд-во "Рыбинский дом печати" 2010. Т. 1: Общие вопросы. Кожа и ее поражения. Голова и шея. 2010: 628.
10. Белоусов А.Е. Очерки пластической хирургии / А.Е.Белоусов// Т.3: Хирурги и пациенты. - М.: Практическая медицина. - 2015. - 136 с.: ил.
11. Курбанов УА, Давлатов АА, Джанобилова СМ, Холов ШИ, Курбанов ЗА. Редукционная ринопластика. *Вестник Авиценны.* 2016;4:29-33.
12. Most SP, Alsarraf R, Larrabee WF Jr. Outcomes of facial cosmetic procedures. *FacialPlast Surg.* 2002;18(2):119-124.
13. Alsarraf R. Outcomes instruments in facial plastic surgery. *FacialPlastSurg.* 2002; 18(2):77-86.
14. Hellings PW, Nolst Trenite? GJ. Long-term patient satisfaction after revision rhinoplasty. *Laryngoscope.* 2007;117(6):985-989.
15. Toriumi DM. New concepts in nasal tip contouring. *ArchFacialPlastSurg.* 2006; 8(3):156-185.
16. Дайхес НО, Липский КБ, Сидоренков ДА, Аганесов ГА, Пиманчев ПВ, Стрелкова НК. Восстановление опороспособности носовой перегородки при вторичной ринопластике. *Медицинский совет.* 2015;15:92-6.
17. Alsarraf R. Outcomes research in facial plastic surgery: a review and new directions. *AestheticPlastSurg.* 2000;24(3):192-197.
18. Baykal B., Erdim I., Kayhan F.T., Oghan F. Comparative analysis of nasal deformities according to patient satisfaction. // *J Oral Maxillofac Surg.* 2014 Mar;72(3):603.e1-7.
19. Pearlman S.J., Talei B.A. An anatomic basis for revision rhinoplasty. // *Facial Plast Surg.* 2012 Aug;28(4):390-7.
20. Dini G.M., Iurk L.K., Ferreira M.C., Ferreira L.M. Grafts for straightening deviated noses. // *Plast Reconstr Surg.* 2011 Nov;128(5):529e-537e.
21. Cakir B., Orero?lu A.R., Daniel R.K. Surface Aesthetics in Tip Rhinoplasty: A Step-by-Step Guide. // *AesthetSurg J.* 2014 Jun 16;34(6):941-955.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ЭСТЕТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПОВТОРНОЙ РИНОПЛАСТИКЕ

Артыков К.П.^{1,2}, Азизов К.Н.², Исмоилов Э.Х.², Хван И.Н.¹

¹Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино,

²ГУ "Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии" МЗ СЗН РТ

Резюме.

Цель исследования: изучить характеристику функциональных и эстетических про-

блем у пациентов, нуждающихся в повторной ринопластике

Материал и методы исследования. Обсле-



довано 104 пациентов (83% женщины и 17 мужчины), которые перенесли одну или более ринопластик. Возраст пациентов варьировал от 17 до 57 лет, составив в среднем $31,2 \pm 4,1$ года. Были определены все возможные причины неэффективности первичной ринопластики.

Результаты и их обсуждение. Пациенты наиболее часто жаловались на асимметрию кончика носа (57%), искривление средней трети носа (37%), неравномерность верхней ее трети (36%), заложенность носа (36,5%), дыхание ртом (25,9%), наличие храпа во время сна (23,1%). У 74 из 104 пациентов были объективные внутриносовые причины, способствующие обструкции носа: отклонение перегородки у 39; внутренний коллапс клапана у 20; коллапс внешнего клапана у 2; большие носовые раковины у 11; перфорация перегородки у 10; синехии у 8 и шпоры у 2. У четырех пациентов не было объективных внутриносовых причин, а у 14 пациентов с объективными внутриносовыми изменениями не наблюдалось никакой обструкции.

Наиболее часто упоминаемые причины отказа от обращения к хирургу, который выполнил первую операцию, были: операция была неудачной ($n = 59$) и врач не воспринял беспокойство пациента ($n = 24$). Другие причины заключались в том, что врач больше не работал ($n = 14$), операция была сделана слишком давно ($n = 11$), пациент переехал из другого региона ($n = 10$) и другие ($n = 6$).

Заключение. Основными причинами у пациентов, нуждающихся в повторной ринопластике являются как эстетические, так и функциональные нарушения. Эти результаты подчеркивают важность осведомленности врача о проблемах пациентов, понимания причин послеоперационной обструкции носа и четкого объяснения эстетики носа пациентам, желающим провести повторную ринопластику.

Ключевые слова: ринопластика, деформация носа, искривление носовой перегородки, функциональные нарушения, эстетические проблемы.

FUNCTIONAL AND AESTHETIC PROBLEMS OF PATIENTS WHO NEED REPEATED RHINOPLASTY

Artykov K. P., Azizov K. N. 2, Ismoilov E.H., Khvan I. N.

Department of surgical diseases №2 of ATSMU state institution Republican Scientific center of cardiovascular surgery

Abstract

Objective: To study the characteristics of functional and aesthetic problems in patients requiring repeated rhinoplasty.

Material and methods of research: We examined 104 patients (83% women and 17 men) who underwent one or more rhinoplasty. The age of patients ranged from 17 to 57 years, averaging 31.2 ± 4.1 years. All possible reasons for the ineffectiveness of primary rhinoplasty were identified.

Results and discussion: Patients most often complained of asymmetry of the tip of the nose (57%), curvature of the middle third of the nose (37%), unevenness of the upper third (36%), nasal congestion (36.5%), mouth breathing

(25.9%), the presence of snoring during sleep (23.1%). 74 of 104 patients had objective intra-nasal causes contributing to nasal obstruction: septum deviation in 39; internal valve collapse in 20; external valve collapse in 2; large nasal Concha in 11; septum perforation in 10; synechiae in 8 and spurs in 2. four patients had no objective intra-nasal causes, and 14 patients with objective intra-nasal changes had no obstruction.

The most frequently mentioned reasons for not referring to the surgeon, who performed the first operation were: the operation was unsuccessful ($n = 59$) and the doctor did not perceive the patient's concern ($n = 24$). Other reasons were that the doctor does not work



anymore (n = 14), the operation was performed too long ago (n = 11), the patient moved from another region (n = 10), and others (n = 6).

Conclusion: The main reasons for patients who need repeated rhinoplasty are both aesthetic and functional disorders. These results emphasize the importance of physician

awareness of patient problems, understanding the causes of postoperative obstruction of the nose, and a clear explanation of the nasal aesthetics to patients wishing to re rhinoplasty.

Key words: rhinoplasty, nasal deformity, a deviated septum, functional disorders, aesthetic problems.

Артиков Каримчон Пулатович, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи бемориҳои ҷарроҳии № 2, МДТ "Донишгоҳи давлатии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино"; мутахассиси пешбар оид ба тайёрии кадрҳои илмӣ Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, х. Рӯдакӣ, 139 Тел.: +992 (919) 401616 E-mail: artikov53@mail.ru

Артыков Каримджон Пулатович, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней № 2, ГОУ "Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино"; ведущий специалист по подготовке научных кадров Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудакӣ, 139 Тел.: +992 (919) 401616 E-mail: artikov53@mail.ru.

Artykov Karimdzhon Pulatovich, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Surgical Diseases No. 2, Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino; leading specialist in the training of scientific personnel of the Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery. 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Ave., 139 Tel.: +992 (919) 401616 E-mail: artikov53@mail.ru

ПЕРИТОНИТИ БАЪДАЗҶАРРОҲӢ ҲАМЧУН ОРИЗАИ ҶАРРОҲИИ ЛАПАРОСКОПӢ.

Ф.Н.Назарзода, Ғ.М.Мухсинзода, Ф.Д.Қодиров, М.А.Қаҳоров, Ш.Қ.Назаров.

Маркази тиббии "Хатлон"; МД "Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо"; МД "Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерология", кафедраи ҷарроҳии МДТ "Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тибби ҶТ"; кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино";

Мухиммият. Ҷорӣ кунондани технологияҳои нави табобати ҷарроҳӣ ба амалияи ҳамаҷуз, ҳамеша бо ҳатари инкишофи авориз алоқаманд аст, ки танҳо бо афзоиши таҷриба метавонад коҳиш ёбад. Адабиёте, ки ба таҳлили иштибоҳ дар ҷарроҳии лапароскопӣ бахшида шудааст хеле кам аст, ва табибон дар масъалаи ҳатогиҳои худ ё наменависанд ё бо дили нохоҳамхабар медиҳанд. Ҳоло он ки шумораи авориз ҳангоми иҷроиши лапароскопия аз 2,2 то 9 %-ро [1-3], сатҳи фавтнокӣ бошад ба ҳисоби миёна 0,1%-ро ташкил медиҳад [4].

Масъалаҳои пешгирӣ, ташхискунӣ ва табобати осеби ятрогении узвҳои мавзеи гепатобилиарӣ ҳангоми холесистэктомияи

лапароскопӣ аз ҳалли ниҳони худ ҳоло дуранд, сатҳи баланди баъдазҷарроҳӣ ҳангоми табобати чунин категорияи беморон то ҳол боқи мемунад [5].

Аппендэктомияи лапароскопӣ солҳои охир усули маъмул табобати аппендитситаи шадид гаштааст. Дар адабиёт маълумот оиди афзалияти лапароскопия ба қадри кофӣ ва боварибахш оварда шудааст, аммо масъалаи авориз баъд аз аппендэктомияи лапароскопӣ бештар баҳсангез аст [6,7].

Дар оғози давраи истифодабарии лапароскопия барои табобати ҷарроҳӣ, авориз ногузир буд, ва ҳатари нопазирии усул баланд буд. Яке аз авориз, ки нисбатан бештар ба назар мерасад ва баъзан таҳаввулоти ғай-



ричашмдошт ва душворро ба вучуд меорад, перитонити баъдазчарроҳӣ мебошад.

Зарур ба ёдоварист, ки ин мушкилот натиҷаи як қатор падида ва осебҳои дохили амалиётӣ (эътирофшуда ё пай набурда) ё иллати техникаи лапароскопӣ мебошад, ки ин ҳама ногузир аст ва ба баъзе тасодуфҳои дохили амалиётӣ ҳамроҳ мешавад.

Баъзан, перитонити, ки баъд аз тадбириҳои лапароскопӣ инкишоф меёбад, натиҷаи бевоситаи осеби узвҳои дохила аст, ки одатан ҳангоми воридшавӣ ба ковокии батн ба вучуд меояд. Ин ҳодисаҳо одатан дар аввали чарроҳӣ ба амал меоянд, аёнанд, таъсири муҳими равонӣ доранд ва дар баъзе ҳолатҳо метавонанд ба раванди минбаъдаи амалиёт таъсир расонанд [8]. Дар ин ҳолат, эътироф намудан ва саривақт бартараф кардани ҳолати осеб ҳамчун як амалимуҳим ҳисобида мешавад, аммо барои таҳаввулот мусоиди пас аз амалиёт кофӣ нест. Аз ин рӯ, ба мақсади канорагирӣ аз осебҳои узвҳо, троакари аввалро бояд бо истифода аз усули кушода (Хассен) ворид намуд [9]. Аксари чунин намуди аворизи дохилибатнӣ, натиҷаи осебҳои дохилиамалиётӣ маълумнашуда ё нуқсони техникаи лапароскопӣ мебошанд, метавонанд пас аз чанд соат, ё ҳатто моҳ, баъд аз чарроҳии ав-

валин зоҳир шаванд ва метавонад боиси натиҷаи нохуш шавад.

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши сабабҳои инкишофи перитонити баъд аз амалиёти лапароскопӣ, механизми инкишофи он, ва имкониятитабобати он тавассути иҷрои лапароскопияи такрорӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили ретроспективии таърихи бемории 18676 касалони беморхонаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки дар даҳсолаи охир (2010-2019) ба онҳо чарроҳии лапароскопӣ иҷро карда шудааст, гузаронда шуд. Мардҳо 39%, занҳо - 61%-ро ташкил доданд. Синну соли беморон аз 15 то 73 сола. Аз шумораи беморон, ки амалиётҳои лапароскопӣ гузаронданд, 180 (0,96%) бемор ба чарроҳии лапароскопии такрорӣ, аз сабаби ҳар гуна авориз, дучор шуданд, аз онҳо дар 106 (0,57%) бемор перитонити баъдичарроҳӣ ба қайд гирифта шудааст. Як қисми ҳолатҳои мураккаби оризадор чарроҳии анъанавиро талаб мекард.

Мо як қатор меъёрҳоро муқаррар кардем, ки ба мо имкон доданд ҳолатҳои ба таҳқиқот дохилшударо интиҳоб кунем. Аввал беморон бооризаҳое, ки чарроҳии такрориро металабиданд, интиҳоб карда шуданд (вазнинии дараҷаи II, III ва IV Clavien-Dindo) (Қадвали 1.).

Қадвали 1. Таснифи аворизи баъдазчарроҳӣ Clavien-Dindo

Дараҷа	Тавзеҳ
Дараҷаи I	Ҳар гуна хоричшавӣ аз қараёни баъдазчарроҳӣ мӯътадил бе зарурати даҳолати фармокологӣ, чарроҳӣ эндоскопӣ. Доруҳои лозимӣ: зиддиистифроғӣ, антипиретикҳо, аналгетикҳо, диуретикҳо ва электролитҳо. Инчунин дохил аст сирояти бартарафшудаи захмӣ.
Дараҷаи II	Дигар доруҳо ба ғайр аз онҳо барои дараҷаи I истифода мешуда. Инчунин ба ин гурӯҳгемотрансфузия ва ҳуҷайраи пурраи парентералӣ дохил астанд.
Дараҷаи III	Даҳолати чарроҳӣ, эндоскопӣ ва радиологӣ заруранд.
Дараҷаи IIIa	Даҳолат бе беҳискунии умумӣ.
Дараҷаи IIIb	Даҳолат бобеҳискунии умумӣ.
Дараҷаи IV	Аворизи барои ҳаёт хатарнок (аз он ҷумла аз қониби СМА: хунрезӣ ба мағзи сар, инсулти ишемикӣ, хунравии субарахноидаӣ), ки муолиҷаи бошиддатро дар шароити шӯъбаи реаниматсия металабад.
Дараҷаи IVa	Норасоии қори як узв (аз он ҷумла зарурати диализ)
Дараҷаи IVb	Норасоии полиорганӣ
Дараҷаи V	Фавти бемор
шохиси «d»	Агар бемор мубталои ориза дар лаҳзаи рухсатӣ бошад, ба дараҷаи мувофиқи ориза шохиси «d» ҷамъ карда мешавад (disability – носозиивазифа).

Ба ғайр аз ин, бемороне омӯхта шуданд, ки равиши баъдазлапароскопияи аввал ғайримукар-

рарӣ ва шубҳанок доштанд, ки барои аниқ кардани таҳхис, лапароскопияи такрориро металабид.

Ҳолатҳое, ки даҳолати чарроҳиитакро-
риро талаб намекарданд, ба назар гирифта
нашудаанд. Табобати чунин беморон аз
муолиҷаи антибактериалии консервативӣ
иборат буд.

Таърихи беморӣ ва протоколҳои амали-
ёти ҳама бемороне, ки ба таври такрорӣ
аввал лапароскопия иҷро карда шуд, ва баъд
ба чарроҳии кушода гирифта шуданд, таҳ-
лил карда шуданд. Ғайр аз он, мо таърихи
бемории нафароне, ки пас аз чарроҳии ла-
пароскопӣ аз сабаби патологияҳои гуногун

дубора бистарӣ карда шудаанд, дида баро-
мадем. Барои арзёбӣ кардани эҳтимоднокии
фарқияти байни ифодаҳои Т - критерияи
Стюдентро истифода кардем. Вобастагии
коррелясионӣ бо усули Спирмен баҳогу-
зорӣ карда шуд.

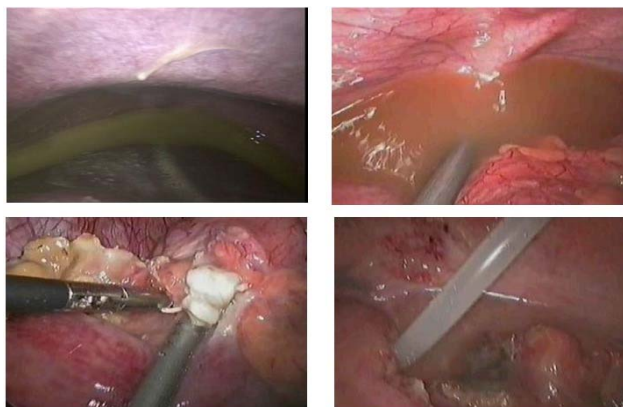
Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.
Тавре ки интизор мерафт, басомади пери-
тонити баъдичарроҳӣ дар ҳолатҳои аппен-
дэктомиаи лапароскопӣ 0,2%-ро ва холеси-
стэктомиа - 0,19%-ро ташкил дод (Ҷадвали
2).

Ҷадвали 2. Инкишофи перитонити баъдазчарроҳӣ ва табобати он.

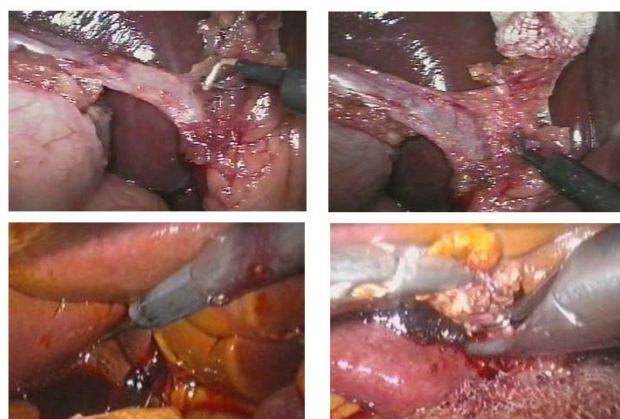
	Ҳамагӣ лапароско- пия	Перитони т баъд аз аппендэк- томиа	Перитонит баъд аз холесистэк- томиа	Перитонит баъд аз дигар чарроҳӣ	Амалиёти такрорӣ ҳангоми перитонити баъдазчарроҳӣ	Амалиёти лапароскопияи такрорӣ
n	18676	39	36	15	106	180
%	100	0,2	0,19	0,08	0,57	0,96

Микдори зиёди беморони ба таври лапа-
роскопия табобат гирифта ва ғоизи баланди
ориза ҳангоми аппендитситаи шадид мушоҳи-
да мешавад. Аз як намунаи клиникӣ маълум
шуд, ки амалиёти чарроҳӣ аз сабаби аппенди-
ситаи шадиди гангренозӣ иҷро карда шудааст.
Муайян карда шудааст, ки сабаби ин ориза
чамъшавии фасод дар мавзеи изофаи кирм-

шакл будааст (расми 1). Ва ба ин ориза даст-
кашӣ аз термодеструкцияи боқимондаи кирм-
руда ва дасткашӣ аз обияткашии мавзеи тили-
гоҳи рост, ки экссудат чамъ шуда буд, оварда
расондааст. Усули интиҳобшудаи ҳалли муш-
килот, шустани бисёрқаратаи ковокии шикам
тавассути найчаи обияткаши дар мавзеи бо-
қимондаи кирмруда ҷойгиршуда.



Расми 1. Перитонит баъд аз аппендэк-
томияи лапароскопӣ.



Расми 2. Перитонити талхавӣ.

Он ҷӣ, ки марбут ба перитонити талхавӣ
муҳим аст (расми 2), ин муайян кардани саба-
би эҳтимолии он мебошад. Бо дарназардошти
он, ки чарроҳӣ одатан бидуни ҳодисаҳои до-
хиличарроҳӣ мегузарад ва баъзе чунин ҳола-
тҳои ғайристандартӣ пай набурда мемонанд.

Инкишофи тадриҷии чунин авориз эҳтимолан
дар заминаи аз ҳад зиёд буришимаҷрои холе-
дох ё истифода аз чараёни барқии номувофиқ,
хатогие, ки боиси осеби барқии девори маҷ-
рои талхагузар ва ҷудошавии баъдазчарроҳии
қишриҳосилшуда, бавучуд меояд.



Дар байни беморони, ки тахти дӯхтани лапароскопии реши суроҳшудаи қисми антралии меъда қарор дошта буданд, як ҳолати махсус қайд карда шуд. Лапароскопияи такрорӣ ду моҳ баъд аз раванди аввалия, бинобар ба вучуд омадани думмализери чигар, гузаронда шуд.

Сатҳи маризӣ ҳангоми перитонити баъдичарроҳӣ дар чарроҳияи таъҷилӣ нисбат ба нақшавии лапароскопӣ ба таври назаррас баландтар аст.

Дар қатори дигар амалиётҳои лапароскопӣ, ки боиси перитонити баъдичарроҳӣ гардиданд - гистерэктомия, духтани рӯда, обияткашқунии ҳалтаи чарбу, тармими дарвозаи чурра ва ғайра низ буданд.

Тағйиротҳои қатъии илтиҳобии бофтаҳои ковокии батн, ки дарҳолҳангоми пайдоиши оризаба қайд гирифта шудаанд, чарроҳонроводор сохт, ки дар 5 аз 15 чарроҳии лапароскопии такрорӣ аз сабаби перитонити баъди чарроҳӣ ба усули анъанавии кушода, конверсия гузаранд.

Роҳҳои ҳалли чарроҳии ҳар як ҳолати мушаххас ба таври инфиродӣ интиҳоб карда мутобиқ карда шудаанд. Аз 16 чарроҳии такрорӣ, ки аз сабаби перитонити баъдичарроҳӣ иҷро карда шудааст, дар 5 ҳолат лапароскопия, барои бартараф кардани сабаби он, нокофӣ будани худро нишон дод, ваконверсия зарур шуд. Чарроҳии такрории лапароскопӣ пас аз назорати қатъии тамоми мавзҳои ковокии батн, ба таври мукамал ҳал намудани тамоми камбудиҳо ва бартараф кардани нуқсонҳои чарроҳии аввалия, анҷом дода мешавад. Инчунин дар хотир доштан лозим аст, ки тавассути лапароскопия ҳам шустани мураккабу такрории ковокии батн, барои бартараф кардани фасоди чамъшуда ва ҳамгузоштани якҷанд найчаҳои обияткаш (ба мисли обияткашии ҳангоми лапаротомия, аммо бо онбартарӣ, кибутунии девори шикамнигоҳ дошта мешавад) мумкин аст.

Перитонити баъдазчарроҳӣ, сабаби эҳтимолии малпраксис (иштибоҳи табибӣ),

оқибати падидаҳо ва осебҳои дохилиамалиётӣ пайнабурда ё манёври нодурусти асбобҳои лапароскопӣ мебошад (чангак, диссектор, исканҷаи Ligasure, steppler Endogia, morselator ва ғайра). Унсурҳои асосии пайдоиши ин гуна тасодуфҳо инчунин бо омилҳои техникаи марбут ба лаҳзаҳои алоҳида, алахусус дар оғози амалиёти лапароскопӣ, вобаста аст.

Чароҳатҳое, ки сабаби инкишофи перитонити баъдичарроҳӣ мешаванд, бештар ҳангоми эҷоди майдони кории лапароскопӣ (ба вучуд овардани пневмоперитонеум, гузоштани троакарҳо), манёвр кардан бо асбобҳои берун аз майдони босирӣ (сузишҳои барқӣ, иллатҳои механикӣ), истифодабарии асбобҳои аз ҷиҳати техникӣ номувофиқ, аз ҷиҳати анатомия муайян карда натавонистани сохторҳои дохилиамалиётӣ, хориҷ намудани найчаҳои дохили холедох, ба вучуд меоянд.

Дар таҳқиқоти мо, сатҳи фавти баъдичарроҳӣ аз сабаби перитонити, ки дар натиҷаи амалиёти лапароскопӣ инкишоф ёфтааст, 0,04% (8 аз 18676 ҳолат) ташкил дод.

Ҳамин тариқ нисбати амалиёти лапароскопӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон гуфтан мумкин аст, ки байни таҷрибаи чарроҳ ва сатҳи фавт/маризӣ робитаи баръакс вучуд дорад.

Хулоса. Ҳангоми амалиёти лапароскопӣ перитонити баъдичарроҳӣ ногузир аст ва муносибати қатъиро нисбати паст кардани хавфҳои дохилиамалиётӣ, алахусус дар интиҳоби усули дурусти амалӣ намудани лаҳзаҳои чарроҳӣ, пеш бояд бурд. Бо дарназардошти сатҳи фавт ва бемории муайяншуда, перитонити баъдазчарроҳӣ аз ҷумлаи аворизивазнинтарини чарроҳии лапароскопӣ ба ҳисоб меравад. Чунин ҳолатро тавассути амалиётҳои такрории лапароскопӣ танҳо бо кӯмаки бригадаи чарроҳони ботаҷриба ва дар шароити мукамал техникаи ҳал кардан мумкин аст. Ҳиссаи ин намуди оризаи вазнин паст боқӣ мемонад, ки дар дурнамо ба раванги усули лапароскопия ҳалал нахоҳад расонд.

АДАБИЁТ:

1. Buote NJ. //Conversion from Diagnostic Laparoscopy to Laparotomy: Risk Factors and Occurrence. /Veterinary Surgery 2011, January, Volume 40, Issue 1, Pages: 106114.



2. Rawlings C. // Laparoscopic surgery introduction: indications, instrumentation, techniques and complications. / Small Animal Endoscopy by Tams 3 ed 2011.
3. Whittemore JC. //Diagnostic Accuracy of Tissue Impedance Measurement Interpretation for Correct Veress Needle Placement in Canine Cadavers. /Veterinary Surgery Volume 42, Issue 5, June 2013, Pages: 613-622.
4. Хубутия М.Ш., Ермолов А.С., Ярцев П.А. и др. Н.В. Склифосовского // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. /Развитие лапароскопической хирургии в НИИ СП им. - 2016.- № 4.- С. 48-55.
5. Костырной А.В., Керимов Э.Я., Косенко А.В., Усеинов Э.Б., Керимов Э.Э. // Лапароскопическая холецистэктомия - отдаленные результаты / Современные проблемы науки и образования. - 2017. - № 6.
6. Луцевич О.Э., Вторенко В.И., Розумный А.П., Локтев В.В., Абдулхакимов А.А. // Послеоперационные осложнения при эндовидеохирургических вмешательствах у больных острым аппендицитом, осложненным перитонитом. // Московский хирургический журнал. 2011. № 1 (17). С. 4-7.
7. Охрименко Г. И., Головкин Н. Г., Грушка В. А., Децык Д. А., Гайдаржи Е. И., Подлужный А. А., Тереля Я. В. // Лапароскопическая аппендэктомия в хирургическом лечении острого аппендицита. / Запорожский медицинский журнал. 2016. №3 (96)с.67-70. DOI: 10.14739/2310-1210.2016.3.76987
8. Халястов И.Н., Николаев Д.В., Нагаев Р.М., Кирбичева А.А., Петухова С.Ю. // Профилактика троакарных послеоперационных осложнений. / Госпитальная медицина: наука и практика. 2019. Т. 1. № 4. С. 52-55.
9. Федоров И.В., Чугунов А.Н., Славин Л.Е., Федоров В.И. // Открытая лапароскопия по хассону в профилактике троакарных осложнений. / Поволжский онкологический вестник. 2019. Т. 10. № 1. С. 25-30.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИТОНИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИИ

Ф.Н.Назарзода, Г.М.Мухсинзода, Ф.Д.Кодиров, М.А.Кахаров, Ш.К.Назаров.

ГУ "НИИ Гастроэнтерологии"; ГУ "Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии" МЗ и СЗН РТ; Медицинский центр "Хатлон"; ГОУ "Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ"; кафедра хирургических болезней №1 ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино".

Осложнения при лапароскопической хирургии, как и при традиционной лапаротомии, неизбежны и требуют своевременного вмешательства и выбора адекватной лечебной тактики. Послеоперационный перитонит является наиболее грозным осложнением лапароскопической хирургии. К счастью, частота случаев ограничена (до 0,2%), что подтверждает эффективность

лапароскопических методов вообще. Важное значение в развитии данного осложнения имеют отдельные технические моменты, особенно в начале оперативного вмешательства.

Ключевые слова: осложнения лапароскопии, послеоперационный перитонит, лапароскопическая аппендэктомия, лапароскопическая холецистэктомия.

Назарзода Файзали Насрулло - д.и.т., роҳбари Маркази тиббии "Хатлон". Тел: 988525959. E mail: fnasarov@mail.ru

Назарзода Файзали Насрулло - д.м.н., руководитель Медицинского центра "Хатлон". г.Бохтар, ул.Айни 67А Тел: 988525959. E mail: fnasarov@mail.ru

Nazarzoda Faizali Nasrullo - doctor of medical sciences, head of the medical center "Khatlon". Bokhtar, 67A Aini St. Tel: 988525959. E mail: fnasarov@mail.ru

**ХУСУСИЯТҲОИ ЧАРРОҲӢ ҲАНГОМИ ЧУРРАҲОИ РЕТСИДИВИИ ҚАДКАШАК****Ф.М. Ҳамидов, М.Х. Маликов, И.Т. Ҳомидов**

Кафедраи бемориҳои чарроҳии №2 (мудири кафедра д.и.т., дотсент М.Х. Маликов)

МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", МҶИҶДР

Муҳиммият. Проблемаи муолиҷаи чарроҳии чурраҳои девораи пеши шикам то имрӯз яке аз масъалаҳои душвор ва то охир ҳалнашудаи соҳаи чароҳии абдоминалии замони муосир ба шумор меравад. Муҳимияти проблема пеш аз ҳама бо паҳншавии беморӣ дар байни мардон ва хос будани аворизи то амалиёти чарроҳӣ ва марҳилаи пас аз чарроҳӣ вобаста мебошад. Дар баробари ин таъсири чурра ба фаъолияти ҳамаҷузъи бемор, маҳдудияти кори ҷисмонии ӯ ва дар бештари мавридҳо иваз намудани тахассуси онҳо таъсир намуда аҳамияти тиббӣ ва сотсиалии проблемаро ифода менамояд [1,8,18].

Омӯзиши корҳои илмӣ баъзе аз муаллифон нишон медиҳад, ки дар байни ҳама чурраҳои девораи пеши шикам бештар чурраҳои қадкашак дида мешаванд ва басомади онҳо аз 50,7 то ба 90% -ро ташкил [2,4,10].

Дар нашриётҳои солҳои охир оид ба таъсири чурра ба фаъолияти репродуктивии мардон бештар мақолаҳо нашр гардида истодаанд. Маълумотҳо нишон медиҳанд, ки сабаби вайроншавии фаъолияти репродуктивии мардон бевосита бо фишурдашавии рағҳои хунгарди мoya, вайроншавии фаъолияти ҳуди тухми мардона, баъзан буридаани найчаи нуфтабарор ҳангоми амалиёти чуррабурӣ мебошанд [3,5,6].

Иҷрои амалиёти чарроҳӣ бе истифода аз техникаи претсизионӣ ва калонкунии оптикӣ, хусусан дар кӯдакони хурдсол сабаби ба таври адекватӣ ҷудо карда нашудани элементҳои нуфтабарор ва дар баъзе мавридҳо захмҳои найчаи нуфтабарор мегардад [7,11].

Новобаста аз вусъатҳои тарзҳои чарроҳии анъанавӣ ва муосири қадкашак то ҳол басомади аворизи гуногун дар марҳилаи пас аз чарроҳӣ ва ретсидиви беморӣ зиёд шуда истодааст [11,14].

Пайдо гардидани сироятҳои захмӣ дар марҳилаи наздики пас аз чарроҳӣ яке аво-

ризи вазнин ба ҳисоб рафта сабаби асосии аз нав пайдо гардидани (ретсидив) чурра мебошад. Аз маълумотҳои баъзе муаллифон бар меояд, ки басомади ретсидиви чурраи қадкашак аз 10 то 35 фоизро ташкил медиҳад [11,12,13]. Ретсидиви чурра дар баробари таъсири манфӣ расонидан ба ҷодаи иҷтимоӣ ва психо-эмотсионалӣ сабаби пайдо гардидани дигар аворизи ҷиддӣ мегардад. Аворизҳои сониян дар навбати худ сабаби аз даст додани қобилияти кории чарроҳишудагон мегардад, ки ин аҳамияти на танҳо тиббӣ балки иҷтимоиро доро мебошад. Дар баробари ин ретсидиви беморӣ сохтори анатомӣ-физиологӣ канали қадкашакро вайрон намуда иҷрои амалиётҳои мушкул ва бештар тарзҳои ғайрикашии тарми дефекти дарвозаҳои чурраро талаб менамояд [16,17,18].

Таҳлили адабиёти даҳсолаи охир нишон медиҳад, ки басомади пайдоиши ретсидив пас аз чуррабурӣ аз омилҳои зиёд вобастагӣ дорад. Интиҳоби ғариадекватӣ тарзи чарроҳӣ, ба тарви васеъ истифода бурдани бофтаҳои мушакӣ-апоневротикӣ, зиёдшавии вазни бемор, пиронсолӣ ва ғайра сабабҳои асосии аз нав пайдо гардидани чурра ба шумор мераванд [9,15]. Ба ғайр аз онҳо дар солҳои охир дар адабиёт зуд-зуд маълумотҳо оид ба дисплазияи бофтаи васлкунанда ҳамчун омилҳои пайдоиши чурра пайдо шуда истодаанд [17,18]. Дисплазияи бофтаи васлкунанда чун омилҳои асосии пайдоиши чурра ба хусусиятҳои табобат ва протсессҳои репаративии сироятҳои пас аз чарроҳӣ таъсир намуда сабаби пайдоиши ретсидиви чурра мегардад [19].

Бо сабаби зиёдшавии басомади аворизҳои гуногун пас аз чарроҳӣ ва ретсидиви чурра ҷустуҷӯи тарзҳои алтернативии муолиҷаи чурраҳо яке аз сабабҳои муолиҷаи чарроҳии чурраҳои ҷойгиршавиашон гуногун ва ҳаҷман ҳархела гардид. Ворид намудани тарзҳои муосир ва ғайрикашии му-



оличаи чурраҳо равиши навро дар соҳаи ҷарроҳии абдоминалӣ кушод. Вобаста ба ин аспектҳои зиёди ҳалнашудаи муолиҷа ва пешгирии аворизии чурра ҳалли худро ёфтанд [20,21].

Ба таври васеъ истифодаи бурдани тарзҳои таботати ғайрикашишии чуррабурӣ дар баробари беҳтар намудани натиҷаҳои ҷарроҳӣ басомади аворизҳо ва ретсидиви бемориҳо басо паст намуд [21]. Дар баробари ин имконияти бартараф намудани чурраҳои калон ва гигантӣ ва чурраҳои пас аз ҷарроҳӣ фароҳам омад. Вале, новобаста аз хусусиятҳои мусбати маводҳои синтетикӣ, ки ба тарви васеъ истифодаи бурда мешаванд дар солҳои охир дар адабиёт маълумотҳо доир ба пайдошавии аворизҳо пас аз истифодаи онҳо пайдо гардида истодаанд [21]. Ба хусус дар баъзе мақолаҳо оварда мешавад, ки пас аз истифодабарии ин маводҳо басомади сироятҳои пас аз ҷарроҳӣ зиёд гардида ретсидиви чурраҳо 49 фоизро ташкил медиҳад [22]. Бинобар ин новобаста аз истифодабарии тарзҳои ташхис ва муолиҷаи ҷарроҳии муосир натиҷаҳои амалиётҳо на онқадар беморон ва ҷарроҳонро қаноатманд менамояд ва мебояд ҳустани тарзҳои муосири ин проблема давом дода шавад.

Мақсади тадқиқот. Беҳтар намудани натиҷаҳои ҷарроҳии намудҳои ретсидивии қадкашак бо истифода аз техникаи претсионӣ ва калонкунии оптикӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот солҳои 2000-2020 - ро дарбар мегирад. Бо чурраҳои ретсидивии қадкашак дар шӯъбаҳои микроҷарроҳии реконструктивӣ ва пластикӣ, эндоҷарроҳӣ ва ҷарроҳии рағҳои хунгард дар 48 нафар бемор бо чурраҳои ретсидивии қадкашак амалиётҳои гуногуни ҷурабурӣ иҷро карда шудааст. Синну соли беморон аз 2 то 84 солро ташкил дода, синни миёна ба 35,5 сол баробар буд. Давомнокии беморӣ, яъне аз аввали пайдо гардинаи чурра то мурочиат намудан ба марказ чуни насть: то 12 моҳ - 18 (37,5%); то 3 сол - 6 (12,5%), бештар аз 3 сол - 24 (50%). Қойгиршавии чурра дар мавзеи қадкашаки тарафи рост дар 27(56,2

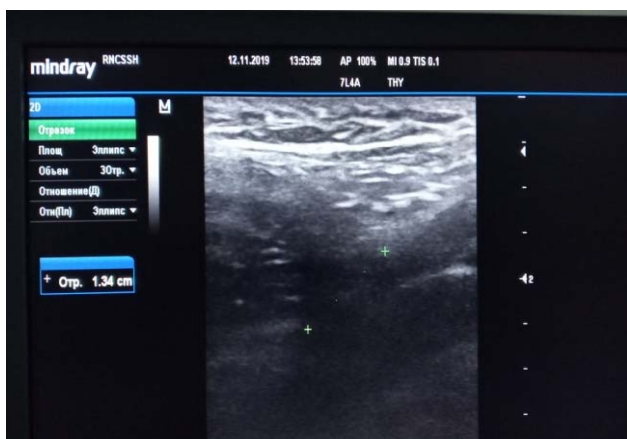
%), мавзеи қадкашаки тарафи чап - дар 17 (35,5 %) бемор мушоҳида карда шуд. Чурраи ретсидивии ҳарду мавзеи қадкашак дар 4 (8,3 %) нафар бемор қой дошт. Аз ҷамъи умумии беморон (48) чурраҳои ретсидивӣ дар 6 нафар кӯдакони то синни 16 - сола қой дошт, ки ин ба 12,5% баробар буд.

Ҳангоми ҷамъ намудани анамнези беморӣ маълум гардид, ки аз миқдори умумии беморон ба 4 (8,3%) нафар бемор бо чурраи аввала дар Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо намудҳои традисионӣ ҷурабурӣ иҷро карда шудааст, ки пас аз он дар марҳилаҳои гуногуни пас аз ҷарроҳӣ ретсидивӣ беморӣ пайдо гардидааст.

Дар байни беморони боқимонда 44(91,7%), ки ба онҳо ҷурабурӣ дар дигар беморхонаҳои шаҳр ва ноҳияҳои ҷумҳурӣ ба қой оварда шудааст, намудҳои ғайрикашишии ҷурабурӣ ба 30 (68,2%) ва ғайрикашишӣ ба 14(31,8%) нафар иҷро карда шудааст. Дар 30 нафар бемороне, ки намудҳои ғайрикашишии (традисионӣ) тармими девораҳои чурра иҷро карда шудааст бештар герниопластика бо усули Мартинов (19), Бассини (6), Кукуджанов (3) ва Пастемский (2) ба қой оварда шудааст.

Ҳангоми муоинаи беморон дар шӯъбаҳои Марказ намудҳои зерини иловагии ташхис истифода бурда шуданд: рентгенографияи шикам, УЗИ, УЗДГ ва КТ, СКТ 5D реконструкция. Ҳамзамон дар беморони фарбеҳ ва гирифтори чурраҳои калон муайян намудани фаъолияти нафаскашии беруна бе бастании шикам ва пас аз бастании шикам омӯхта шуд. Дар баробари ин дар 10 нафар бемороне, ки бо чурра бештар аз як сол мурочиат накарда буданд омӯзиши морфогистологии аноневрози гирду атрофии девораи чурра ва сифоқпардаи дуруштшудаи чурра ба қой оварда шуд.

Аз методҳои иловагии тахшис бештар УЗИ истифода бурда шуд, ки он оид ба девораҳои чурра, ҳолати апоневрози гирду атрофии девораи чурра, қой доштани узвҳо дар воридаи чурраҳалта ахбор дод (расми 1,2).



Расми 1. Ултрасадои чурраи қадкашак. Бо аломатҳо дарвозаи чурра нишон дода шу- дааст

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Амалиёти ҷарроҳӣ ба ҳама 6 нафар кӯдакон зери бе- ҳисгардонии умумӣ иҷро карда шуд. Ба калонсолон беҳисгардонии мавзеи (6), спиналӣ (4) ва умумӣ (32) истифода бурда шуд.

Беҳисгардонии мавзей дар калонсоли синну солашон аз 55 боло ва ҷой доштани бемориҳои ҳамсафар ба монанди бемории ишемикии дил, фишорбаландӣ, фарбеҳӣ, бемории қанд ва ғайра истифода бурда шуд.

Ба бемороне, ки синну солашон аз 55 боло буд ва дар онҳо бемориҳои ҳамсафар ҷой дош-



Расми 2. Ултрасадои чурраи қадкашак. Тунокшавии апоневрози девори пеши қад- кашак дида мешавад

танд ҷорабиниҳои пеш аз ҷароҳии адекватӣ гузаронида шуданд ва тавсияҳои духтурони терапевт, кардиолог, эндокринолог ва ғайра ба инобат гирифта шуданд. Ба ин беморон низ пас аз коррексияи норасоӣҳо нишондо- ҳҳо ба амалиёти ҷарроҳӣ гузошта шуданд.

Ба беморони гирифтори фарбеҳӣ (3) да- вомнокии тайёрии пешшазҷарроҳӣ бештар аз 6 моҳро дар бар гирифт.

Амалиётиҳои ҷарроҳӣ бо истифода аз техникаи претсизионӣ зери калонкунии оп- тикӣ иҷро карда шуданд (расми 3, 4).



Расми 3. Асбобҳо ва лавозимотҳои замон- вӣ барои ҷарроҳӣ

Дар ҳамаи беморон намудҳои традицион- ӣ ва муосири герниопластика иҷро карда шуданд. Интиҳоби тарзи ҷарроҳӣ аз басо- мади ретсидив, ҳаҷми девораҳои чурра, муҳ-



Расми 4. Иҷрои амали бартарафсозии чурраи қадкашак зери калонкунии оптикӣ

лати беморӣ ва синну соли бемор вобастагӣ дошт.

Чунин намудҳои амалиёти чуррабури ва тармими девораҳои чурра ба ҷой оварда

шуданд: тарзи чароҳии Бассини (5), Кукуджнов (11), Лихтейнштейн (10), Шолдайс (7) ва тармими омехта (15).

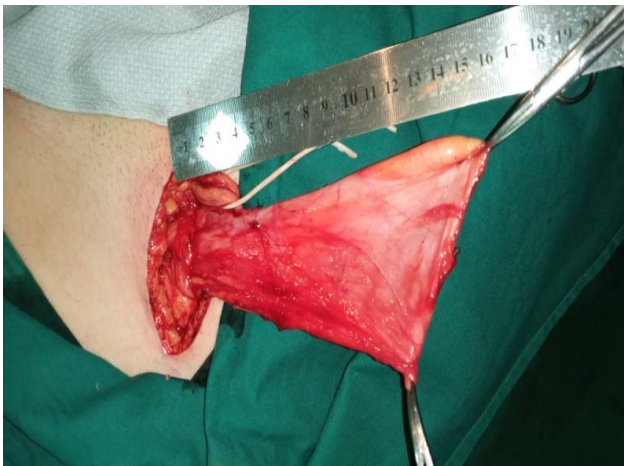
Тарзҳои анъанавии тармими девораҳои чурра (23) ҳангоми ретсидиви аввалин, нисбатан ҳаҷми хурди дефекти чурра, пуркувати бандчаи Купер ва апоневрози гирду атрофи девораи чурра истифода бурда шуданд.

Ҳангоми ретсидиви чандинбора ва ҳаҷми калони дефекти девораҳои чурра намудҳои ғай-

рикашишӣ (10) ва омехтаи (комбинатсионӣ) герниопластика (15) ба ҷой оварда шуданд.

Дар бештари мавридҳо ҳаҷми чурра калон ва девораҳои он ба часпишҳо ба узвҳои вориди шикам хос буд, ки дар ҳар маврид сабаби иллатнокшавии ятрогении узвҳо шуда метавонист.

Дар мавриди калон будани чурра пас аз ҷудо намудани чуррахалта ва кушодани он дар варидаи он ҷарбуи калон, ҳалқаҳои рӯдаи борик ва рӯдаи ғафс ҷой дошт (расми 5-8).



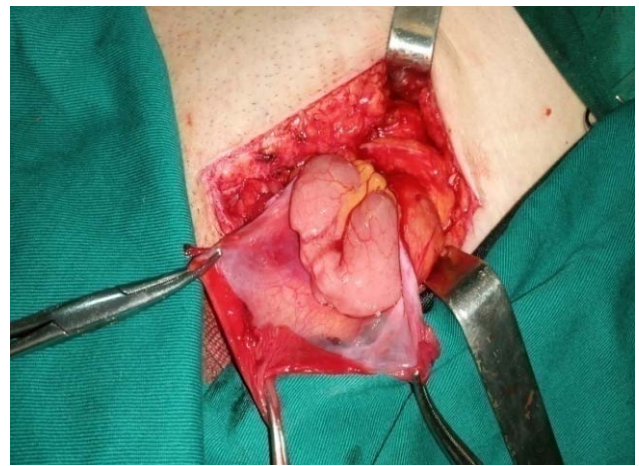
Расми 5. Акси дохиличарроҳӣ. Андозагирӣ чуррахалта



Расми 6. Ҷарбуи калон дар чуррахалта



Расми 7. Ҳалқаи рӯдаи борик дар дохили чуррахалта

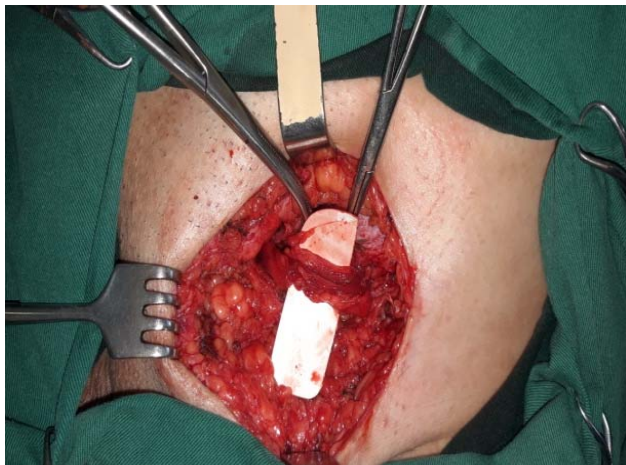


Расми 8. Ҷойгиршавии рӯдаи ғафс дар дохили чуррахалта

Чӣ тавре ки дар боло зикр гардид, ҳангоми иҷрои амалиёт чӣ дар хурдсолон ва чӣ дар калонсолон калонкунии оптикӣ истифода бурда шуд.

Ҳадаф аз истифодабарии калонкунии

оптикӣ муоинаи адекватии найчаи нуфтабарор, шараён ва варидҳо, рағҳои лимфатикӣ буд ва ҳамзамон мақсади асосӣ пешгирии иллатнокшавии ятрогении онҳо буд (расми 9).



Расми 9. Чудо намудани элементҳои танобаки нутфабарор зери калонкунии оптикӣ

Хангоми чудо намудани чуррахалта, найчаи нутфабарор, рағҳои варидӣ ва артери-



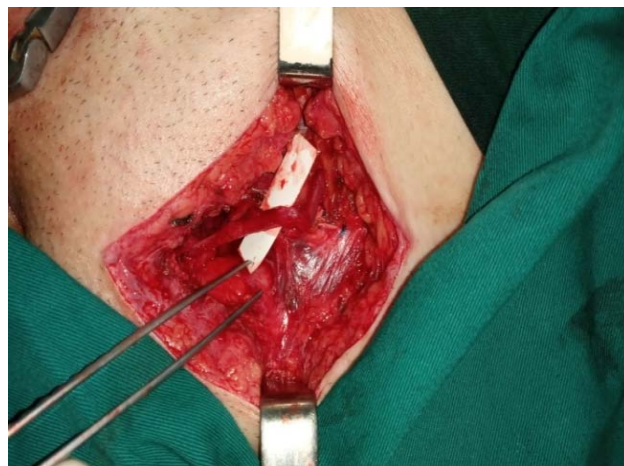
Расми 10. Носури пӯсту риштагӣ пас аз чуррабуриӣ

Хангоми буридашавии найча зери калонкунии оптикӣ танҳо дар 7 маврид муяссар гардид, ки пайдарҳамии он барқарор карда шавад. Дар ин беморон дефекти байни нугҳои буридашудаи найча минималӣ буд ва имконияти гузоштани анастомози "нӯгба нӯг" ҷой дошт. Дар беморони боқимонда облитератсияи нугҳои буридашудаи найча зиёд буд ва имкониятҳои реконструксия маҳдуд буданд. Дар 4 нафар беморе, ки дар онҳо найчаи нутфабарор ёфт нагардид амалиёт бо тармими девораҳои чурра ба анҷом расид. Синну соли ин 4 нафар бемор аз 60 сола боло буд ва ҳамзамон чурра ҷойгиршавии яктарафа дошт, яъне дар тарафи қадкашаки муқобил чурра ҷой надошт.

алӣ, ҳамзамон лимфатикӣ маълум гардид, ки фишурдашавии онҳо дар 12, буридашавии найчаи нутфабарор дар 15 ва умуман вучуд надоштани он дар 4 нафар бемор мушоҳида карда шуд.

Дар байни 12 нафар бемор фишурдашавии басо зиёди найча дар 5 нафар бемор ҷой дошт. Аз байни онҳо дар як нафар бемор, ки берун аз ҷумҳурӣ тарзи бекашишӣ чуррабуриӣ иҷро карда шуда буд дар муддати бештар аз 2 сол бинобар ҷой доштани носур гирифтани дарзҳо ба ҷой оварда шудааст (расми 10).

Ба бемор амалиёти ҷарроҳӣ иҷро карда шуд ва фишурдашавӣ ва часпиши басо назарраси найча бо тури полипропиленӣ мушоҳида гардид (расми 11).



Расми 11. Часпиши танобаки нутфабарор бо тури полипропиленӣ

Дар марҳилаи пас аз ҷарроҳӣ сироятнокшавии захм дар 4 нафар бемор мушоҳида гардид. Аз байни онҳо сироятнокшавӣ хангоми амалиёти традиционӣ дар 3 нафар ва амалиёти ғайрикашишӣ дар як нафар бемор мушоҳида карда шуд.

Ретсидиви чурра пас аз амалиёти Бассини дар як нафар бемор (2%) мушоҳида карда шуд, ки дар марҳилаи пас аз ҷарроҳӣ захми ӯ фасоднок гардида буд. Ба бемор пас аз 8 моҳ амалиёти такрории чуррабуриӣ бо усули ғайрикашишӣ ба ҷой оварда шуд ва натиҷаи он қаноатбахш ҳисобида шуд.

Хулоса. Ретсидиви чурра новобаста аз намуди ҷарроҳӣ сабаби душвории интиҳоби ҷарроҳӣ гардида ба авроизи гуногун



оварда мерасонад. Иллатнокшавии найчаи нуфтабарор ва дигар элементҳо бештар дар қўдакон ба вуқӯ меоянд ва сабаби онҳо душвории идентификатсияи элементҳо ҳангоми истифода набурдани калонкунии оптикӣ мебошад.

Истифодабарии калонкунии оптикӣ ва техникаи претсизионӣ иҷрои амалиётро осон намуда иллатнокшавии ятрогении элементҳои найчаи нуфтабарор ва ҳамзамон узвҳои дар воридаи чуррахалта бударо пешгирӣ менамояд.

АДАБИЁТ

1. Айтекова Ф.М-П. Влияние методов грыжесечения на качество жизни и репродуктивную функцию у больных с паховыми грыжами: дис. ... канд. мед. наук. Махачкала, 2015. 137 с.
2. Бландинский Ф.В. Хирургическое лечение мальчиков с грыжами пахового канала. Анализ пятилетнего опыта. / Бландинский Ф.В. [и др.] // Креативная хирургия и онкология. - 2019. - Т.9, №1., - С.37-43.
3. Визгалов С.А. Влияние различных видов полимерных эндопротезов, применяемых для паховой герниопластики, на фертильность экспериментальных животных / С.А. Визгалов, Р.Е. Поплавская, Е.А. Лис // Журнал Грод. гос. мед. Унив. - 2013 - Т.32., № 2. - С.32-35.
4. Губов Ю.П. Развитие яичек у мальчиков с паховой грыжей / Ю.П. Губов [и др.] // Детская хирургия. - 2015. - №2. - С.14-18.
5. Должиков А.А. Гигантские клетки инородных тел и тканевые реакции на поверхности имплантов / А.А. Должиков, А.Ю. Колпаков, А.Л. Ярош // Курский науч.-практ. вест. "Человек и его здоровье". - 2017.- Т.3. - С. 86-94.
6. Исмоилов С.С. Функциональная герниопластика при косых паховых грыжах / С.С. Исмоилов, Достиев А.Р., Хабибов Н.К., Гулшанова С.Ф. // Вестник Авиценны. - 2012. - №3. - С.43-48.
7. Козлов Ю. А. Исследование тестикулярной перфузии в ходе открытой и лапароскопической герниорафии. / Ю. А. Козлов [и др.] // Детская хирургия. - 2016. - Т.1. С. 8-12.
8. Курбонов К.М. Некоторые аспекты патогенеза вентральных грыж / К.М. Курбонов, Х.З. Факиров, К.Р. Назирбоев // Вестник Авиценны. - 2017. - Т.19. № 2. - С. 198-202.
9. Махмадов Ф.И. Результаты лапароскопической герниопластики у больных старших возрастных групп / Ф.И. Махмадов, Р.Б. Султонов // Здравоохранение Таджикистана. - 2020. - №1. С.33-38.
10. Мирходжаев И. А. Оптимизация хирургического лечения паховых грыж / Мирходжаев И. А. Комилов С. О. // Электронный научный журнал "Биология и интегративная медицина" Бухара №4-апрель(21) 2018с.83-91.
11. Островский, В.К. Рецидивные паховые грыжи / В.К. Островский, И.Е. Филимончев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2012. - Т. 171, №. 3. - С.110-112.
12. Толкачев К.С. Влияние паховой грыжи и герниопластики на состояние репродуктивного здоровья у мужчин / К.С. Толкачев, А.В. Щербатых // Сибирский мед. жур. - 2013. - № 1. - С. 5-8.
13. Федосеев А.В. Состояние кровотока семенного канатика и соединительной ткани у грыженосителей, как факторы, определяющие хирургическую тактику лечения / А.В. Федосеев [и др.] // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова.- 2012.- № 4.- С. 142-145.
14. Черкасов М. Ф. Методы диагностики, профилактики и лечения осложнений герниопластики. / М. Ф. Черкасов, А. Ю. Хиндикайнен, А. А. Помазков // Астраханский медицинский журнал. 2016;11(4): 50-64.
15. Шамсиев А. М. Хирургическое лечение больных вентральными грыжами с сопутствующим ожирением / А. М. Шамсиев, С. С. Давлатов // Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковальчука. - 2016. - № 1. - С. 78-83.



16. Dellabianca C. Testicular ischemia after inguinal hernia repair/ C. Dellabianca, M. Bonardi, S. Alessi // Journal of Ultrasound.- 2011. - N. 14. - P. 205-207.
17. Junge K. Damage to the spermatic cord by the Lichtenstein and TAPP procedures in a pig model/ K. Junge [et al.] // Surg Endosc. - 2011. - Vol. 25, № 1. -P.146-152.
18. Kohl A.P. Male fertility after inguinal hernia mesh repair a national register study. / A.P. Kohl, K. Andresen, J. Rosenberg// Ann Surg. - 2018. - 268 (2) P. 374-378.
19. Pedano N. Open tension-free hernioplasty using a novel lightweight self-gripping mesh: medium-term experience from two institutions / Pedano N. et al.// Langenbecks Arch Surg. - 2012. - 397(2):291-5
20. Percalli L. Comparison between self-gripping, semi re-absorbable meshes with polyethylene meshes in Lichtenstein, tension-free hernia repair: preliminary results from a single center. / L. Percalli [et al.]//Acta Biomed. 2018; 89(1):72-78.
21. R?nk? K. Role of orchiectomy in severe testicular pain after inguinal hernia surgery: audit of the Finnish Patient Insurance Centre. / K. R?nk? [et al.] //Hernia. - 2015. N.19 (1) P.53.
22. Tarchi P. Self-adhesive mesh for Lichtenstein inguinal hernia repair. Experience of a single center. / P. Tarchi [et al.]// - Minerva Chir. - 2014. - N.69 Vol.3.- P.167-76.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Ф.М. Хамидов, М.Х. Маликов, И.Т. Хамидов

Кафедра хирургических болезней № 2 (заведующий кафедрой, д.м.н., доцент
М.Х. Маликов) ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино".

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения рецидивных паховых грыж путем использования прецизионной техники и оптического увеличения.

Материал и методы исследования. В отделениях реконструктивной и пластической микрохирургии, эндохирургии и сосудистой хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии оперативному вмешательству подверглись 48 пациентов с рецидивными паховыми грыжами. Было установлено, что рецидив патологии развивался после традиционных и неотяженных способов операции, которые были выполнены в различных городских и районных больницах республики.

Среди дополнительных методов диагностики были использованы диафаноскопия, УЗИ, УЗДГ и КТ. При больших грыжах определяли функцию внешнего дыхания с бандажом и без бандажа.

Полученные результаты и их обсуждение. Всем пациентам были поставлены показания к выполнению оперативных вмешательств. Больным старше 50 лет и пациентам, имеющим сопутствующие патологии,

такие как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение тяжелой степени в учет брали консультацию смежных специалистов. После коррекции имеющихся патологий больным были поставлены показания к операции. Больным с ожирением тяжелой степени предоперационная подготовка была длительная, функция внешнего дыхания определялась без бандажа и с бандажом.

Всем больным выполнялись традиционные и современные методы герниопластики. В послеоперационном периоде имел место рецидив в одном наблюдении, что составило 2%. Причиной рецидива явилась нагноение раны после операции по методике Бассини. Отдаленные результаты лечения у остальных больных были удовлетворительными, профессиональная деятельность оперированных и их качество жизни намного улучшилась.

Выводы. Использование прецизионной техники и оптического увеличения при выполнении операции, особенно у детей намного облегчает задачу хирурга. Повреждение семявыносящего протока и других эле-



ментов семенного канатика, нередко у детей при выполнении операции без оптического увеличения связано с трудностями идентификации элементов семенного кана-

тика из-за их малого размера.

Ключевые слова: паховые грыжи, рецидив патологии, традиционные и ненатяжные методы операции.

RECURRENT INGUINAL HERNIAS AND THEIR SURGICAL CORRECTION

F.M. Khamidov, M.Kh. Malikov, I.T. Khomidov

Department of surgical diseases №2 (head of department, doctor of medical sciences, docent M. Kh. Malikov) SEI "ATSMU",

Purpose of the study. To give a general concept of hernias, to study the reasons of recurrent pathology development and to determine the indications for various surgeries in recurrent inguinal hernias.

Material and research methods. In the Departments of Reconstructive and plastic microsurgery, Endosurgery and Vascular surgery of the Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery, 48 patients with recurrent inguinal hernias underwent surgical intervention. It was found that the relapse of the pathology developed after traditional and tension-free methods of surgery, which were performed in various city and regional hospitals of the republic.

Additional diagnostic methods included diaphanoscopy, ultrasound, ultrasound dopplerography and CT. For giant hernias, the function of external respiration was determined using a bandage and without one.

The results obtained and their discussion. Indications for surgical interventions were given for all patients. Patients over 50 years old and patients with comorbidities, such as ischemic heart disease, hypertension, diabetes mellitus, severe obesity, were taken into account for the

consultation of related specialists. After correcting the existing pathologies, indications for surgery were given. Patients with severe obesity had a long preoperative preparation, the function of external respiration was determined without a bandage and with one.

All patients underwent to traditional and modern methods of hernioplasty. In the postoperative period, there was a relapse in one observation, which was 2%. The relapse was caused by wound suppuration after surgery by Bassini technique. Remote outcomes of treatment in other patients were satisfactory, the professional activities and life quality were improved significantly.

Conclusions. Using of precision technology and optical magnification during the surgery, especially in children, greatly facilitates the surgeon's task. Damage of vas deferens and other spermatic cord' elements often in children when surgery performing without optical magnification is occurs due to difficulties in identifying the spermatic cord' elements due to small size.

Key words: inguinal hernia, recurrence of pathology, traditional and tension-free methods of surgery.

Маликов Мирзобадал Халифаевич, мудири кафедраи беморҳои ҷарроҳии №2 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино" д.и.т, дотсент, E.mail: mmirzobadal@mail.ru Тел. 907305060

Маликов Мирзобадал Халифаевич, заведующий кафедры хирургических болезней №2 ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино" д.м.н, доцент, E.mail: mmirzobadal@mail.ru Тел. 907305060

Khamidov Faridun Ma'rufovich, doctorant PhD of the Department of Surgical Diseases №2 SEI "ATSMU" E.mail: Faridun_74@mail.ru Tel. 987180303



ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ХУСУСИЯТҲОИ МИНТАҚАВИИ МУШКИЛОТИ ФАРБЕҲӢ ДАР ТОҶИКИСТОН, ЧОРАҲОИ ПЕШГИРӢ ВА МУОЛИҶА

Анварова Ш.С., Ниязова Н.Ф., Музафарова М.Э.

Кафедраи эндокринологияи (мудирӣ кафедраи н.ми.т. Ниязова Н.Ф.) -и
МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Муҳиммият. Дар шароити имрӯзаҳо фарбеҳӣ дар сохтори бемориҳои аксари мамолики дунё (1,3,4,6), хусусан Ҷумҳурии Тоҷикистон яке аз ҷойҳои намоёнро ишғол менамояд (2). Дар дунё шумораи беморони мубтало ба фарбеҳӣ ба тадриҷ рӯ ба афзудан дорад. Дар баробари ин, хусусан шакли абдоминалии он ҷузъи асосии синдроми метаболӣ маҳсуб меёбад, ки пешгӯи ҷиддии он маълум аст.

Таҳқиқи таърихи зиндагӣ ва одатҳои аҳолии таҳҷоии ҷумҳурӣ иҷозат медиҳад ёдовар шавем, ки сокинони ноҳияҳо ба ҷойи қанд ва дигар карбогидратҳои рафинишуда меваи хушк истеъмол менамуданд. Васвасаи тамуддун [сникерс, марс ва ғ.] якбора номгӯии хӯроки мардумро тағйир дода, барои боло рафтани калоражи шабонарӯзии одамон шароит фароҳам овард. Пас, як қатор сабабҳои тариҷан зиёд шудани шумораи ашхоси мубтало ба фарбеҳиро дар ҷумҳурӣ шарҳ додан мумкин аст: боло рафтани дастрасӣ ба маҳсулоти хӯрокворӣ барои афзудани истеъмоли калорияҳои миёнаи шабонарӯз мусоидат намуд, ки дар 30-40 соли охир он ба 400-500 калория расидааст; сониян, тағйир ёфтани ратсиони хӯрок бо якбора афзудани истеъмоли карбогидратҳои рафинишуда, қанд, ҷарби ҳайвонот, коҳиш ёфтани истеъмоли мева, сабзавот, лӯбиёгӣҳо; механизатсияшавии меҳнат, ниҳоят кам шудани фаъолнокии ҷисмонӣ ва дигар омилҳо.

Ҳамин тавр, омилҳои зикргардидаи муҳити атроф дар заминаи таъсири омилҳои генетикӣ, ки тақрибан 20%-ро ташкил медиҳад, ба пандемияи фарбеҳӣ дар дунё ва дар мамлакатҳои мо мусоидат менамояд.

Солҳои охир дар патогенези фарбеҳӣ ба илтиҳоби музмини сустҷараёнгирандаи бофтаҳои ҷарбӣ дар асоси таҳаммулпазирӣ

ба инсулин, ки ба раванди патологияи мазкур хос аст, аҳамияти калон дода мешавад (3). Маълумоти адабиётҳо (5) шоҳиди иштироки якҷанд механизми дар онҳо мебошанд, ки барои бофтаи ҷарбӣ гипермаҳсулоти ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ хос аст ва метавонад боиси экспрессияи супрессори сигналҳои ситокинӣ гашта, дар навбати худ робитаи дуҷонибаро миёни ретсептори инсулинӣ ва субстракти ретсептори инсулинии ба муқовиматпазирӣ инсулинӣ мусоидаткунанда инҳисор намояд. Дар баробари ин ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ киназҳои бешумори дохилиҳуҷайравиро, ба монанди JNK кинази ниҳой (JNK) ва ингибитори киназҳои кВ-ро фаъол мегардонад. Ин киназҳои нав таъсири инсулинро дар сатҳи мухталиф бозмедоранд. Афзудани кислотаҳои озоди даврзанандаи ҷарбӣ ба фаъолнокии инсулин аз ҳисоби субстракти серинии фосфоршавандаи ретсептори инсулин монеъ гардида, метавонад сабаби муқовиматпазирӣ инсулин дар мушакҳои скелети ҷигар гардад. Ҳангоми фарбеҳӣ ҷавоби системавии илтиҳоб ба коҳиш ёфтани вазни ?-ҳуҷайраҳои даврзананда ва муқовиматпазирӣ системавӣ ба инсулин мусоидат намуда, мумкин аст боиси диабет қанди навъи 2 гардад. Зиёд будани кислотаҳои даврзанандаи озоди ҷарбӣ, ки дар натиҷаи липолиз насби ҷарбии зерӣ пӯст ва шикам ҳосил мешавад, низ ба боиси инкишофи муқовиматпазирӣ инсулин дар ҷигар ва мушакҳои скелет мегардад ва он бо монеъшавии интиқоли сигнали инсулин алоқаманд аст.

Дар баробари ин, кислотаҳои озоди ҷарбӣ ба ?-ҳуҷайраҳои панкреатӣ (ки феномени липотоксикӣ ном дорад) таъсири заҳролуд мерасонанд, ки сабабгори сукути даври аввали тарашшуҳи инсулин, боздоштани экскретсияи гени инсулин, тезонидани



апоптоз дар ?-хучайраҳо ва фаъолгардони стресси туршшавандагӣ мегардад. Илова бар ин, кислотаҳои озоди чарбӣ қобилияти боздорандагии глюконеогенезии инсулинро, ки ба афзоиши маҳсулоти эндогении глюкозаро ҳамбаста мебошад, фишор медиҳад. Эҳтимол, липомасмумият, дар беморони мубтало ба диабет қанд навъи 2, яке аз сабабҳои асосии коҳиш ёфтани вазни ?-хучайраҳои фаъолияткунанда маҳсуд ёбад.

Ҳамин тавр, фарбеҳӣ дар натиҷаи таъсири дучонибаи мураккаб байни омилҳои генетикӣ ва омилҳои муҳити атроф ба амал меояд ва дар робита ба нуктаи мазкур муолиҷаи асосии фарбеҳӣ бояд аз тарзи зист ва муҳити одаткардаи зисти бемор татбиқ намудани рутинҳои нав иборат бошад. Дар айни замон фарбеҳшавӣ яке аз омилҳои нисбатан муҳиме ба шумор меравад, ки на танҳо ба инкишофи диабет қанди навъи 2, балки ба авҷгирии минбаъдаи он дар шароитҳои мувофиқ мусоидат намояд.

Нуктаҳои зикргардида зарурати ба нақша гирифтани таъсири муолиҷаи патогенезӣ ва пешгирикунандаи онро асоснок менамояд.

Мақсади таҳқиқот. Таҳияи нақшаи муолиҷаи тафриқавии зиёдатии бадан ва фарбеҳӣ дар асоси омӯзиши ҷанбаҳои муосири этиопатогенез ва хусусиятҳои клиникӣ-лаборатории беморӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. 218 нафари мубтало ба фарбеҳӣ ва чарббандии дараҷаи

I-II-III муоина карда шуд, ки аз ин миён мардҳо 74 ва боқимонда 134 нафарро занҳо ташкил менамуданд.

Муоинаи нишондиҳандаҳои биохимиявии зардоби хун: глюкоза дар дили бенаҳор, холестерин, триглитсеридҳо, ХС ЛПВП, миқдори витамини Д ва гемоглабини гликолизишуда. Даври камар (ДК) ва даври рон (ДР) аниқ карда шуд. Чарббандии абдоминалӣ шарҳ дода шуд: ДК дар занҳо > 80 см, ДК дар мардҳо > 94 см.

Натиҷаи таҳқиқот. Маълумотҳои назорати клиникӣ аз он дарак медиҳанд, ки зиёдшудани индекси вазни бадан (ИВБ)-ро дар мавриди марду зан, ҷамъшавии чарби умумии организм ҳамбаста мебошад. Зимнан он ҳам аз ҳисоби афзудани миқдори чарби зерипӯст (афзудани ғафсии чини пӯсту чарб) ҳам аҳшо (афзудани қимати индекси ДК/ДР) ба амал меояд. Дар гурӯҳи занҳои назоратшаванда, қиёсан ба мардҳо дар организм миқдори нисбатан зиёди чарб мушоҳида гардид. Қайд кардан лозим аст, ки зимни гурӯҳи занҳое, ки дар мавриди онҳо мавҷудияти вазни зиёдатӣ ва фарбеҳӣ мушоҳида мешавад, ба таври баробар афзоиш ёфтани чарби зери пӯст дар организм ҷараён мегирад. Нишондиҳандаи миёнаи индекси ДК/ДР дар мавриди мардҳо, аз нишондиҳандаҳое, ки экспертҳои ТУТ тавсия додаанд, ҳам дар гурӯҳи гирифтӣ ба фарбеҳӣ ва ҳам чарббандии дараҷаи I-III, қиёсан ба гурӯҳҳои занҳои муоинашуда зиёдтар аст. Ин ҷо

Нишондиҳандаҳои биохимиявии зардоби хун (З+М)

Нишондиҳандаҳо	Гурӯҳи занҳо				Гурӯҳи мардҳо				Р
	ИВБ	Фарбеҳӣ			ИВБ	Фарбеҳӣ			
	1	2	3	4	1	2	3	4	
	n-50	n-42	n-32	n-10	n-10	n-21	n-31	n-8	
Глюкоза дили бе нахор (ммол/л)	4,26±0,06	4,54±0,12	4,62±0,06	4,86±0,06	4,50±0,10	4,72±0,08	5,28±0,24	5,35±0,07	1-2<0,01 1-4<0,05
АСТ (воҳ/л)	24,3±1,5	23,3±1,3	24,5±3,1	26,4±0,21	29,5±4,15	30,55±2,11	35,2±5,2	35,5±0,21	1-2<0,01 1-4<0,05
АЛТ (воҳ /л)	25,2±2,3	25,7±2,1	33,8±6,3	36,7±0,21	46,6±7,8	5,35±5,11	61,6±11,0	61,8±0,40	1-2<0,01 1-4<0,05
ХС (ммол/л)	5,75±0,13	5,88±0,40	5,71±0,15	5,90±0,13	6,02±0,28	6,46±0,28	5,96±0,14	6,20±0,05	1-2<0,01 1-4<0,05 1-2<0,01
ТГ (ммол/л)	1,40±0,02	1,41±0,08	1,5±0,07	1,58±0,13	1,63±0,24	2,28±0,52	2,66±0,27	2,88±0,04	1-4<0,05 1-4<0,05 1-4<0,05
ХСЛПВП (ммол/л)	1,55±0,07	1,42±0,05	1,21±0,08	1,19±6,01	1,04±0,05	1,17±0,07	0,96±0,05	1,10±6,02	1-4<0,05 1-4<0,01



қимати индекси ДК\ДР аз нишондиҳандаҳои меёрии ТУТ танҳо ҳангоми чарббандии дараҷаи II-III зиёдтар шудааст. Дар мавриди занҳо боло рафтани ИВБ аз ҷиҳати оморӣ афзудани қимаати синни миёна ва дар мардҳо бошад, танҳо майл ба афзудани он мушоҳида мешавад.

Ҳангоми таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои биохимиявӣ зимни ашхоси ҷинси мухталиф ошкор гардид, ки қимати нисбатан зиёди сатҳи глюкоза ҳангоми дили бенаҳор дар мавриди чарббандии дараҷаи II-III ва АЛТ барои мардҳо ва дар гурӯҳҳое, ки вазни баданашон зиёд аст, чарббандии дараҷаи I-II-III хос аст. Зимни мардҳо, дар муқоиса ба занҳо, сатҳи баланди ТГ зоҳир гардид ва қимати миёнаи он ҳангоми чарббандии дараҷаи I-III аз маъёр ду баробар зиёд буд. Сатҳи ХС-ЛПВП дар мардҳо, қиёсан ба занҳо, хусусан ҳангоми марҳилаи ибтидоии фарбеҳӣ хеле кам буд. Ҳангоми тамоми гурӯҳҳои беморони муоинашуда ($P < 0.05$), бар шумули ашхоси мубтало ба фарбеҳӣ ва чарббандии дараҷаи I-III ба таври аниқ коҳиш ёфтани сатҳи миёнаи витамини Д мушоҳида гардид.

Бо дарназардошти нақши патогенези фарбеҳшавӣ ва фарбеҳӣ, хусусан дар ҳалалёбии мубодилаи карбогидратҳо таҳияи чораҳои маҷмӯии барои сари вақт кам шудани вазни бадан ва пешгирӣ аз авҷ гирифтани пешаздиабетӣ ва диабет равонашуда, аҳамияти муҳим дорад.

Бар пояи таҷриба аз мушоҳидаҳои бисёрсола, бо назардошти нест кардани баъзе одаҳои зараровари хос ба сокинони минтақа яке аз ӯҳдадориҳои заминавии усулҳои муолиҷа усули дорӯӣ маҳсуб меёбад. Хусусан, назми хӯрокро риоя ва хӯрокхӯрии шабона (дертар аз соати 19)-ро рад кардан лозим меояд. То миқдори минималӣ кам кардани чарби аслаш ҳайвонӣ ва бештар интиҳоб намудани чарбҳои наботӣ, ба ҳадди аққал расонидани карбогидратҳои зуд ҳалшаванда, шарбатҳои консервашуда, зиёд намудани хӯрокҳои серсафеда (1 кг ба кг вазни бадан дар шабонарӯз), витаминҳо (пиёз, сирпиёз, сабзӣ, қарам, лаблабу), ба миқдори зиёд истеъмол кардани буттамеваҳо (черни-

ка, рябина, қот, марминҷон, брусника, клюква ва ғ.) мақсаднок аст. Ҳисоби калориянокии ратсионӣ шабонарӯзӣ ба таври инфиродӣ бо дарназардошти сину ҷинс, касб ва маълумотҳои иловагӣ ба амал оварда мешавад. Дар бораи бомдодон гимнастикаи мунтазам ва мотсионӣ беғоҳирӯзӣ (роҳгардӣ ва оҳиста-оҳиста давидан) суҳбатҳо гузаронидан лозим аст. Ҷузъӣ ҳатмии муолиҷаи ғайридорӯӣ даст кашидан аз одаҳои зараровари истеъмоли машрубот, никотин дар шакли на танҳо сигор, балки нос мебошад, ки ба доираи калони аҳолии мардонаи минтақа хос аст.

Муолиҷаи доруии фарбеҳӣ ва фарбеҳӣ дараҷаи зуҳурёбии раванди патологиро ба назар мегирад. Таҷрибаи мушоҳидаҳои клиникии мо таъсири ғоидабахши нақшаи зирини муолиҷаро хусусан ҳангоми фарбеҳшавӣ ва чарббандии дараҷаи I нишон медиҳад. Аммо дар ҳолати мавҷуд набудани таҳамулпазирӣ ба глюкоза аз ҷониби мо дар заминаи воситаҳои ғайридорӯӣ пеш аз хӯрок редуксин ё субутрамин (10-15 мг) таъйин карда мешавад. Дар динамикаи мушоҳидаҳо тӯли 3 моҳ коҳиш ёфтани вазни бадан дар ҳудуди аз 7,5 то 12,5 кг ба назар расид. Ҳангоми пешгирӣ ба гурӯҳи мазкур беморон таваҷҷуҳ кардан зарур аст, дар сурате ки камшудани вазн дар беморони номбаршуда ба пешгирии инкишофи ҳалалёбии мубодилаи карбогидратҳо мусоидат менамояд, зеро дар ин марҳила ҳалалёбии функсияи В-ҳуҷайраҳои ғадуди зеримеъда ҳанӯз хусусияти баргардандагӣ дорад.

Зимни гурӯҳи мубтало ба чарббандии дараҷаи I-II-III ва таҳамулпазирӣ ҳалалёфта ба глюкоза муолиҷа ба воситаи метформин (глюкофаж) дар якҷоягӣ бо субутрамин ба амал оварда мешавад. Тӯли 6 моҳи мушоҳидаҳои динамикаи муолиҷаи омехтаи препаратҳои зикргардида ниҳоят кам шудани вазни беморон ва бартараф шудани хусусияти патологӣ тест ба таҳамулпазирӣ глюкоза ба зиёда аз 80%-и мушоҳидаҳо ҳосил гардид. Ба доираи беморони гирифтӣ ба фарбеҳӣ ва шакли манифестии диабети қанди навъи 2 муолиҷа тавассути воситаҳои ғайридорӯӣ ва препарати лираглутид ба амал



оварда мешавад. Лираглутид ба агонистҳои ГПП-1 тааллуқ дорад. Дар ҳолати таъйин намудан ба беморони диабети қанди навъи 2 ва фарбеҳӣ таъсири ғайрипанкреатии препарат ба кор бурда мешавад, ки ба воситаи механизмҳои марказӣ ба монанди беиштиҳои, ҳисси муддати мадид сер будан ва камхӯрӣ ба амал оварда мешавад. Бо сабаби нархи гарон доштани лираглутид мушоҳидаҳо бобати арзёбии самарранокии препарат ҳамагӣ дар 10 ҳодиса ба амал оварда шуд.

Чузӣ ҳатмии нақшаи музқури муолиҷаи беморони гирифтор ба дараҷаи гуногуни зоҳиршавии фарбеҳӣ низ препарати витамини Д ба ҳисоб мерафт.

Хулоса

Ҳамин тавр, таҷрибаи кории клинитсист-эндокринологҳои ҷумҳурӣ аз он дарак медиҳад, ки истифодаи нақшаи тафриқашудаи муолиҷаи фарбеҳӣ бо назардошти дараҷаи зуҳурёбии раванди патологӣ ва умқи ихтилолоти мубодилаи карбогидратҳо зарур аст. Ба мақсади беҳтар намудани пайравӣ аз муолиҷа дар байни беморон ва аҳоли қорҳои зиёди равшаннамоӣ, дар маҷмӯъ бо намоиш додани ҳодисаҳои клиникии тавсифкунандаи самаранокии зиёди истифодаи воситаҳо ва мавҷуд набудани таъсири иловагӣ зарур аст.

АДАБИЁТ

- 1.[Аметов А.Г., и соавт., 2016 г.; Демидова Т.Ю., Стельмах М.В., Деппон Т.И. "Взаимосвязь ожирения и сахарного диабета типа 2 в свете доказательной медицины." Эндокринология: новости, мнения, обучение. 2016, №2, с. 18-50].
2. [Анварова Ш.С. "Распространение сахарного диабета 2 типа в коморбидности с основным фактором метаболического синдрома в Таджикистане". Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и СНГ "Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний", Душанбе-2019, стр. 100-101].
- 3.Шульце М.Б. Метаболическое здоровье у людей с нормальным весом и ожирением. Diabetologia. 2019; 62: 558-66
- 4.[Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Романцова Т.И., "Стратегия управления ожирением, итоги Всероссийской наблюдательной программы", "Прима Вера // Ожирение и метаболизм, 2016, т. 33,1., с 36-44"].
5. [Diabetes Atlas 108, 2015:32-4].
6. Шварц В. Воспаление жировой ткани: врач или друг? Цитокины и воспаление 2013; 1-2: 12: 13-21.
7. [Weinstein R., Law G., Canovatchel W., Canaghflozin: effects in overweight and obese subjects, without diabetes mellitus. Obesity (SilverSpring.), 2014, vol. 22 (4), 1042-9].

КРАЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОБЛЕМЫ ОЖИРЕНИЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ, МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Анварова Ш.С., Ниязова Н.Ф., Музафарова М.Э.

В статье обсуждается причины роста численности лиц с избыточным весом и ожирением в республике. Анализируя привычки и быт коренного населения страны, характеризующиеся ранее преимущественным употреблением сухофруктов, зелени, бобовых и резким изменением характера питания, связанного с соблазнами цивилизации и употреблением в большом количестве таких продуктов, как сникерсы, марсы,

доступностью продуктов с большой калорийностью способствовали резкому увеличению числа лиц, с избыточной массой тела и ожирением в последние десятилетия. Немаловажным, по мнению авторов, является и склонность к малоподвижному образу жизни, свойственное жителям старших возрастных групп. Последние факторы на фоне генетической предрасположенности способствовали резкому скачку заболеваемости.



Авторы подробно обсуждают вопросы патогенеза ожирения, согласно последним литературным данным. Подчеркивают значение ожирения, особенно абдоминальной его формы, как важного компонента метаболи-

ческого синдрома, серьезный прогноз которого известен.

Ключевые слова: ожирение, гиперпродукция, инсулиновый рецептор, цитокин, избыточный вес

REGIONAL FEATURES OF THE PROBLEM OF OBESITY IN TAJIKISTAN, PREVENTION AND TREATMENT MEASURES

Anvarova Sh.S., Niyazova N.F., Muzafarova M.E.

Summary. The authors' work provides information on the regional features of the obesity problem among the indigenous people of the Republic of Tajikistan. The role of the nature of nutrition inherent in the inhabitants of the region, eating habits, rules of behavior in everyday life and other factors against the background of often burdened heredity in the genesis of the disease is emphasized. Analyzed are clinical and biochemical parameters for

overweight and obesity of I-III degrees in women and men. Based on the observations, the authors recommend differentiated treatment regimens that consider the severity of the pathological process and the depth of the affection of carbohydrate metabolism. Non-drug and drug-based treatments using sibutramine and liraglutide are discussed.

Key words: obesity, hyperproduction, insulin receptor, cytokine, overweight.

Анварова Ш.С.-д.и.т., профессори кафедраи эндокринология.

Анварова Ш.С.-д.м.н., профессор кафедри эндокринологии.

Anvarova Sh.S. - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Endocrinology.

ОМИЛҲОИ ХАТАРИ ВАЗНИ БАРЗИЁД ВА ФАРБЕҲӢ ДАР БАЙНИ ҶАВОНОН М. А. Пирматова¹, Т.А. Пирматова²

¹Кафедраи эндокринологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", Душанбе, Тоҷикистон. ²Магистри кафедраи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ва оморӣ тиббӣ бо курси таърихи тиб МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", Душанбе, Тоҷикистон.

Муҳиммият. Яке аз проблемаҳои нигоҳдории тандурустии муосир, аз ҷумла дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, мушкилоти вазни барзиёд дар байни аҳоли, махсусан ҷавонон мебошад. Мақоми расмӣ беморӣ, "фарбеҳӣ" танҳо дар соли 2013 барқарор карда шудааст, дар ин вақт мутахассисони Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ дар хусуси оморӣ ғамангези ташвиши худро изҳор карда буданд. Ба наздикӣ, чунин меҳисобиданд, ки вазни барзиёд ва фарбеҳӣ дар байни аҳолии давлатҳое ба назар мерасад, ки сатҳи даромадашон баланд аст. Аммо, тибқи маълумотҳои оморӣ имрӯз тақрибан 1,5 млрд одамони ғирифтори ин беморӣ ба қайд ғирифта шудаанд, ки асосан дар мамлаки рошдкарда истиқомат доранд

Сабабҳои зиёд дучоршавандаи вазни барзиёд дар байни аҳоли тавҷам бо ихтилолҳои ғайолияти узвҳои дарунӣ - меъда, ғадуди зерӣ меъда, ҷигар, рӯдаҳои борик ва ғайи рухдода, асосан дар заминаи истеъмоли нодурусти ғизо (маҳсулоти арзон ва серкалорияи ғизоӣ), гиподинамикӣ (рушди босуръати прогрессии технологӣ-иваз кардани кори коргарон ба усули автоматикикунонӣ), ҳамчунин дигар омилҳои иҷтимоли пайдр мешавад). Ҳамчунин ба массаи бадан омилҳои зиёде, ба монанди синну сол, ҷинс, генетикӣ, психологӣ, иқтисодӣ ва тарзи ҳаёту муҳити атроф низ таъсир мерасонанд.

Вобаста аз ин проблемаҳои вазни барзиёд ҳам дар байни насли калонсол ва ҳам дар байни ҷавонон, аз ҷумла омӯзиши омилҳои



хатар дар байни чавонон бо назардошти таъсири замони муосир актуалӣ мебошад.

Мақсади таҳқиқот. Муайян кардани таъсири омилҳои хатар, ки барои пайдо шудани вазни барзиёду фарбеҳӣ дар байни донишҷӯён мусоидат мекунад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: дар таҳқиқот - 150 нафар донишҷӯёни курси 2,4,6-уми МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" иштирок доштанд. Дар синну соли аз 19 то 27 сола буданд. Таҳқиқот бо усули анкетагузаронӣ сурат гирифт, ки маълумотҳо оид ба параметрҳои вазн, қад, даври миён ва рон, пурсиши тарзи ҳаёт, хусусиятҳои ғизо ва сарбории ҷисмониро дар бар мегирад. Бо ёрии маълумотҳои антропометрии ҷамъоваришуда шохиси массаи бадан ҳисоб карда шуд, нишондиҳандае, ки имконияти медицина дараҷаи мувофиқат кардани масса ва қад одам ба ҳоғузори карда шавад, ба ини восита ба иаври ғайримустақим ба ҳоғузори карда шавад, ки оё массаи респондентҳонокифоянд, муътадиланд ё барзиёданд. Ҳамчунин ба ҳоғузори ихтилолҳои асабӣ-рӯҳӣ аз рӯи шкалаи HADS гузаронида шуд, ки дар соли 1983 аз тарафи олимони Zigmond A.S. ва Snaith R.P., сатҳи таҳлука (қисми 1) ва депрессия (қисми 2) таҳия шудааст.

Шкалаи NADS дорои суммаи балҳо мебошад, ки дар он 0-7 балл - саҳеҳан набудани зухуроти возеҳ ва аз 8 то 10 балл зухуроти субклиникии симптоматика вазиёда аз 11 балл - зухуроти возеҳи таҳлука ва депрессияро нишон медиҳанд.

Коркарди натиҷаҳои ба даст овардашуда дар компютери инфиродӣ бо ёрии барномаи "Microsoft Office" анҷом дода шуд.

Натиҷаҳо ва барасии онҳо. Дар ҷараёни коркарди маълумотҳои ба даст овардашуда муайян карда шуд, ки аз байни 150 нафар 52% (78%)-ро ҷинси мард ва 48% (72) нафарро ҷинси зан ташкил дод. Синну соли донишҷӯёни пурсидашуда - $22 \pm 0,18$ солро ташкил дод. Ғайр аз ин миқдори донишҷӯёни сокини шаҳр тақрибан 2 маротиба аз миқдори сокинони деҳот 109 (72,7%) дар муқобили 41 (27,3%) зиёд буд. Тибқи натиҷаҳои ҳисобкунии ИМТ муайян карда шуд, ки аз 150 нафар донишҷӯ массаи нокифояи бадан дар 16 (10,7%) донишҷӯ ба назар расид: дар 96 (64%) вазн ба меъёр баробар буд: дар 35 (23,3%) вазни барзиёд ва дар 3 (2%) фарбеҳии дараҷаи I ба қайд гирифта шуд.

Дар натиҷаи анкетагузаронӣ хусусияти ғизои донишҷӯён низ муайян карда шуд, ки маълумоти онҳо дар ҷадвали 1. Оварда шудааст.

Ҷадвали №1.

Ном	Фаст-фуд		Маҳсулоти нонӣ		Қанддор	
	п	%	п	%	п	%
Ҳар рӯз	11	7,3%	117	78,0%	43	28,7%
2-3 бор дар ҳафта	55	36,7%	23	15,3%	80	53,3%
2-3 бор дар моҳ	65	43,3%	4	2,7%	20	13,3%
Истеъмол наменкунад	19	12,7%	6	4,0%	7	4,7%

Тавре ки аз ҷадвали 1 бармеояд, таҳлили маълумотҳо мавҷуд будани истеъмоли барзиёди фаст-фуд ва маҳсулоти гуногуни ордӣ, аз ҷумла маҳсулоти нонӣ дар ратсиони донишҷӯёни Донишгоҳи тиббиро тасдиқ мекунад. Ҳамин гунна нисбат ба маҳсулоти қанддор аст, ки қисми ҷудонашавандаи ғизои чавонон ба ҳисоб меравад. Маҳсулоти қанддор, дар шакли рафинад ва маҳсулоти гуногуни шоколоадӣ ва ратсиони ҳаррӯзаи 43 (28,7%)-и пурсидашудагон ба назар мерасад: дар як ҳафта 2-3 маротиба дар 80 (53,%) и

донишҷӯён дида шуд. Нӯшокиҳои ширини газнокро 70 (46,7%)-и донишҷӯён 2-3 маротиба дар як ҳафта ва 2-3 маротиба дар моҳ 37 (24,7%)-и пурсидашудагон ба назар расид.

Донишҷӯёне, ки вазни барзиёд ва фарбеҳӣ доштанд, ба гурӯҳи олоҳида ҷудо карда шуданд, аз 38 нафар иборат буд. Ратсиони ғизои онҳоро омӯхта, муайян карда шуд, ки дар байни онҳо қисми зиёд фаст-фудиро ақаллан 2-3 маротиба дар як ҳафта истеъмол карданд, маҳсулоти нонӣ ва дигар маҳсулоти ордиро 31 (86,6%)-и донишҷӯён



истеъмол карданд. Маҳсулоти қанддор, дар шакли рафинад ва маҳсулоти гуногуни шоколади ро 2 -3 маротиба дар як ҳафта 29 (76,3%-и) пурсидашудагон, 25 (45%-и) рес-

пондентҳо нӯшокиҳои ширини газдорро на камтар аз 2-3 маротиба дар як ҳафта истеъмол кардаанд. Маълумотҳо дар ҷадвали №2 оварда шудааст.

Басомад	Фаст-фуд		Маҳсулоти нонӣ		Маҳсулоти қанддор		Нӯшокиҳои ширин ва газдор	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Ҳар рӯз	6	15,8%	31	81,6%	13	34,2%	8	21,1%
2-3 маротиба дар ҳафта	14	36,8%	2	5,3%	16	42,1%	17	44,7%
2-3 маротиба дар моҳ	14	36,8%	2	5,3%	6	15,8%	9	23,7%
Истеъмол намеkunанд	4	10,5%	3	7,9%	3	7,9%	4	10,5%

Ғайр аз ин, дар равиши пурсиш маълум гардид, ки донишҷӯёни дорои вазни барзиёд ва фарбеҳӣ машруботро суиистеъмол намуда, аз ҷумла машруботи сумалакдорро (malt) на камтар аз 2 маротиба дар як моҳ 16 (15,8%) респондентҳо истеъмол кардаанд.

Аз рӯи натиҷаи анкетаронӣ ҳолати психосоматсионалии донишҷӯён низ аз рӯи шкалаи HADS омӯхта шуда, минбаъд баллҳои марбут ба таҳлука ва депрессия ҳисоб карда шуданд. Дар натиҷа маълум карда шуд, ки зухуроти субклиникӣ дар 21 (55,3%-и) донишҷӯён, ки гирифтори вазни барзиёд ва фарбеҳӣ буданд, ба мушоҳида расид, 11 (29%-и) пурсидашудагон дар вазъияти таҳлука ва депрессияи возеҳ қарор доштанд. Аммо ҳамаи респондентҳо ва гирифтани

ёрии иловагии тиббӣ ва истеъмоли ягон хел дору даст кашиданд.

Таҳлили маълумотҳо нишон медиҳанд, ки ҳар як рӯз 31 (89,5%-и) донишҷӯён пиёда роҳ мераванд, ки аз онҳо 18 (47,4%) камтар аз 3 км дар як рӯз ҳаракат мекунанд, 13 (34,2%) аз 3 то 7 км роҳ мераванд. Аммо ба ақидаи баъзе донишҷӯён оид ба гузаронидани тарзи камҳаракати ҳаёт ва аз камҳаракати музмин, танҳо 15 (39,5%) ва 8 (21%-и) пурсидашудагон озор мебинанд.

Хулосаҳо. Мувофиқи гуфтаҳои дар боло зикршуда бояд қайд кард, ки шароити ҳаёт, хусусияти ғизо ва ҳолатҳои руҳиву эмотсионалӣ ҷавонони муосир, бевосита омили хатарӣ пайдошавии вазни барзиёд ва фарбеҳӣ ба ҳисоб мераванд.

АДАБИЁТ

1. К вопросу о роли ЗОЖ и отсутствия вредных привычек у юношей допризывного возраста / Н.С. Коломийцева [и др.] // Связи с общественностью в спорте: образование, тенденции, международный опыт: материалы VI Всерос. науч.-практ. конф., 3 апреля 2014 г., г. Краснодар. Краснодар, 2014. С. 121-126.
2. Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А., Богданьянц М.В. Проблема ожирения у детей в современном мире: реалии и возможные пути решения // Вопросы современной педиатрии. 2016. Т. 15, № 3. С. 250-256.
3. Bahreynian M, Qorbani M, Khaniabadi BM, et al. Association between obesity and parental weight status in children and adolescents. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2017;9(2):111-117.doi: 10.4274/jcrpe.3790.
4. Солнцева А.В. Значение факторов семейного воспитания в формировании избыточной массы тела у детей // Здоровоохранение (Минск). - 2015. - № 2 - С. 56-61.
5. Arroyo-Johnson C, Mincey KD. Obesity epidemiology worldwide. Gastroenterol Clin North Am. 2016;45(4):571-579. doi: 10.1016/j.gtc.2016.07.012.
6. Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, et al. Pediatric obesity - assessment, treatment, and prevention: an Endocrine Society Clinical Practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2017;102(3):709-757.doi: 10.1210/jc.2016-2573.



7. Палладина О.Л. Формирование здорового образа жизни у школьников с избыточной массой тела и ожирением // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. - 2013. - № 3 - С. 39-42.
8. Цукарева Е.А., Авчинников А.В., Алимova И.Л., Нестеров Е.Г., Стунжас О.С. Гигиеническая оценка распространенности избыточной массы тела и ожирения у младших школьников г. Смоленска. Вестник Смоленской государственной медицинской академии 2018, Т. 17, № 2 с. 41

ФАКТОРЫ РИСКА ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ МОЛОДЁЖИ

М. А. Пирматова¹, Т.А. Пирматова²

¹ Ассистент кафедры эндокринология, н.и.т., к.м.н., ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан. ²Магистр кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины, ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Резюме:

Цель исследования: выявить степень влияния факторов риска, способствующие развитию избыточного веса и ожирения среди студентов.

Материалы и методы. В исследовании участвовало - 150 студентов 2, 4 и 6 курсов Таджикского государственного медицинского университета. Обследование проводилось методом анкетирования, включающее в себя параметры веса, роста, объёма талии и бедер, опрос образа жизни, характера питания и физических нагрузок. Также проводили оценку на наличие нервно-психических расстройств по Шкале HADS, разработанной в 1983 году учеными - Zigmond A.S. и Snaith R.P., с определением уровня тревоги (часть 1) и депрессии (часть 2).

Результаты: По результатам подсчёта ИМТ было выявлено, что из 150 студентов имеют недостаточную массу тела 16 (10,7 %) студентов; у 96 (64%) вес соответствовал норме; у 35 (23,3%) обнаружен избыточный вес и у 3(2%) наблюдалось ожирение 1 степени. Студенты, имеющие избыточный вес и ожирение,

были выделены в отдельную группу, состоящую из 38 человек. Изучив, их рацион питания было выявлено, что среди них больше половины, питаются фаст-фудом хотя бы 2-3 раза в неделю. А хлебобулочные и другие мучные продукты едят каждый день 31 (81,6%) студент. Сахаросодержащими продуктами, в виде рафинада и различных шоколадных изделий, любят полакомиться 2-3 раза в неделю 29 (76,3%) опрошенных, 25 (45%) респондентов употребляют сладкие газированные напитки не реже 2-3 раз в неделю. В результате было выявлено, субклинические проявления наблюдаются у 21 (55,3%) студента, страдающие избыточным весом и ожирением, а 11 (29%) опрошенных находятся в состоянии выраженной тревоги и депрессии.

Выводы: современные условия, в которых развивается молодежь - непосредственно приводят к развитию избыточного веса и ожирения.

Ключевые слова. Лишний, избыточный вес, индекс массы тела, ожирение.

RISK FACTORS OF OVERWEIGHT AND OBESITY AMONG YOUNG PEOPLE

М. А. Pirmatova, Т. А. Pirmatova

Department of Endocrinology (Head of the Department, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Niyazova N.F.), and the Department of Public Health and Medical Statistics with a course in the history of medicine (Head of the Department, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Dzhuraeva N.S.) GEU TGMU named after AbualiIbni Sino

PirmatovaMakhinaAbdurakhimovna - AbualiIbni Sino TGMU, e-mai<mahina-
Ph.D. Assistant, Department of Endocrinology, f.s@mail.ru, tel.1985401122



PirmatovaTakhminaAbdurakhimovna - Master of the Department of Public Health and Medical Statistics with a course in the history of medicine, Abu Ali ibn Sino State Educational Institution of TGMU, e-mail takha13@mail.ru, тел.555500099

Abstract: The problem of overweight among the population, especially young people, is currently relevant. With the help of the collected anthropometric data, the body mass index was calculated, an indicator that allows you to assess the degree of correspondence between the weight and height of a person, thereby, indirectly, to

assess whether the mass of respondents is insufficient, normal or excessive. According to the results of calculating the index, it was revealed that out of 150 students, 16 (10.7%) students have insufficient body weight; 96 (64%) had normal weight; 35 (23.3%) were overweight and 3 (2%) had 1st degree obesity.

Today, the factors of risk for the development of overweight and obesity are also the living conditions, the nature of nutrition and the psycho-emotional state of modern youth.

Keywords. overweight, overweight, body mass index, obesity.

Пирматова Махина Абдурахимовна - к.м.н. ассистент кафедры эндокринологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, e-mail <mahina-f.s@mail.ru, тел. 1985401122

Pirmatova Makhina Abdurakhimovna - Ph.D. Assistant, Department of Endocrinology, Abuali Ibni Sino TGMU, e-mail <mahina-f.s@mail.ru, tel. 1985401122



ШАРҲИ АДАБИЁТ

**ОСТЕОАРТРИТИ АВВАЛИЯ; МАСЪАЛАҲОИ ПАҲНШАВӢ, ҶАНБАҲОИ
ИМКОНПАЗИРИ ЭТИОПАТОГЕНЕТИКӢ, ТАШХИС, ОМИЛҲОИ ХАТАР,
КОМОРБИДӢ ВА МУРОҚИБАТИ БЕМОРОН-ВАЗӢИ МУОСИРИ ПРОБЛЕМА****Давлатзода А.Д., Саидов Ё.У., Зубайдов Р.Н., Назаров Б.Ч.**Кафедраи пропедевтикаи бемориҳои дарунӣ (мудирӣ кафедра, д.и.т., Саидов Ё.У.)-и
МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

Муҳиммият. ОА- гурӯҳи бемориҳои ге-терогении дорои этиологияи гуногун бо зу-хуроти биологӣ, морфологӣ ва натиҷаҳои мушобех, ки асоси онҳоро осебҳои ҳама компонентҳои буғумҳо, дар навбати аввал тағояк, ҳамчунин СХК, пардаи синовиалӣ, бандакҳо, капсулаҳо, , мушакҳои наздибу-гумӣ) ташкил медиҳанд, онҳо ба паст шуда-ни фаъолнокии функционалии беморон ва бесубот ардани ҳолатҳои коморбидӣ овар-да мерасонад [1-4].

ОА, ки маъмулан дар беморони синну соли аз 40-сола боло зуҳур мекунад, бемо-рии паҳншудатарин бемории музминӣ бу-гумҳо ба ҳисоб меравад, ки басомади дучор-шавии он тақрибан 11-13%-и аҳолии сайё-раро ташкил медиҳанд [5-6]. Таҳқиқотҳои эпидемиологии дар Иттиҳоди Аврупо гуза-ронидашуда нишон медиҳанд, ки миқдори беморони гирифтори ОА дар Олмон, Ита-лия, Франция, Британияи Уабир ва Испания 81 млн беморро ва дар Россия, Бразилия, Ҳиндустон ва Чин 383 млн. беморро таш-кил медиҳад [6-8]. Нишон дода шудааст, ки паҳншаии васеъ ва суръати баланди афзои-ши ОА, пеш аз ҳама, аз зиёд шудани давом-нокии ҳаёт ва зиёд шудани одамони дорои массаи зиёди бадан вобаста аст [5-7].

Ҳангоми ОА, пеш аз ҳама, буғумҳои бобардор(буғумҳои зону ва косу рон) осеб мебинанд, ки сифати ҳаётро хеле ба два қобилияти кори беморонро маҳдуд месозад [3,5,9-11]. Гарчанде ОА ба пешгӯии ҳаётии беморон таъсир намерасонад, аммо вай яке аз сабабҳои асосии бармаҳал аз даст дода-ни қобилияти қорӣ ва маъюбшавӣ ба ҳисоб меравад, аз ин лиҳоз онҳо танҳо аз бемо-риҳои ишемикии дил ақиб мемонанд [2,3,5].

Мувофиқи ҳисоботи экспертҳои ТУТ оид ба оқибатҳои иҷтимоии бемориҳои музми-

ни одамон, фақат ША-и буғумҳои зону дар миёни сабабҳои аз додани қобилияти қорӣ дар занҳо қорӣ 4-ум ва дар мардҳо қорӣ 8-умро ишғол мекунад [5,6]. Хусусияти дои-мо пешравандаи ОА ин аст, ки на танҳо қобилияти кори беморон маҳдуд ва сифати ҳаёти беморон якбора бад мегардад, балки боиси бад шудани иртиботҳои иҷтимоӣ ва маҳдудиятҳои иҷтимоии беморон, бад шу-дани муносибатҳои оилавӣ, ташаккули эҳсосоти зийноварӣ ва пайдо шудани ваҳ-муиҳтилолҳои депрессивӣ дар низ мегардад, 24%-и беморон низ мегардад [12-15].

Ҳамаи гуфтаҳои болозикр, аз як тараф, мавқеи аҳамияти тиббӣ ва иҷтимоии ОА-ро боз ҳам мустаҳкам месозанд, аз тарафи ди-гар, имконият медиҳанд, ки ҳамчун яке аз бемориҳои иузминӣ вазнинтарин ва сермас-рафи одамон бо сарбории вазнини иқтисодӣ дар ситемаи нигоҳдории тандурустии мил-лии ҳама давлатҳои дунё баррасӣ шавад ва он табобати дарозмуддат ва қиматро талаб мекунад [11,16,17].

Патогенези ОА: нақши илтиҳоб ва ихти-лолҳои метаболикӣ.

Маълум аст, ки унсурҳои протсесси илтиҳобӣ, ки бо фаъолнокии ҳуҷайраҳои макрофагалии "резидентӣ" ва синтези маҳ-дуди ферментҳои протеолитикӣ зоҳир ме-шаванд, механизми табиӣ мутобиқшавӣ ба ҳисоб мераванд, ки барои фаъолияти ҳаётии муътадили бофтаҳои зинда зару-ранд. Ҳама унсурҳои сохтории буғумҳо, ки ҳамагӯза сарбории статикӣ ва динамики ("стресси механикӣ") - ро аз сар мегузарол-нанд, тадриҷан вайрон мешаванд [2-4,9,18]. Ин протсесс ҳам ҳуҷайраҳои махсусиолида-рача ва ҳам матрикси байнихуҷайравиро фаро мегирад. Дар шароити физиологӣ "хӯрдашавии" тадриҷии сохторҳои биоло-



гиро механизми табиини репаратсия ва бозсозӣ ҷуброн карда мешавад, ки ин махсусан мақсади фаъолнокии маҳдуди физиологии илтиҳобӣ ба ҳисоб меравад [2-5,19]. Аммо ҳангоми ОА як қатор омилҳое ҳастанд, ки мавҷудияти онҳо сади роҳи бо муваффакият ҳаллу фасл кардани илтиҳоби "физиологӣ" ё "катаболикӣ" мегарданд. Дар ниҳояти кор протсессии илтиҳобӣ тадричан хусусиятҳои илтиҳоби музмини шиддатнокияш паст ("low-grade") -ро мегирад [18-20].

Омилҳои ҳатари пайдошавӣ ва пешравии ОА аввалия. Мувофиқи тасаввуроти муосир ОА аввалия дорои хусусиятҳои осебҳои вазнин ва беист пешравандаи ҳамаи компонентҳои сохтории буғумҳо мебошад ва патогенези серомил ва омилҳои ҳатари аз тарафи умум эътирофшуда дорад. Стратегияи муосири фармакотерапевтии ОА, ҳамчунин муносибатҳо нисбат ба пешгирии аввалия ва дувумии беморӣ зарурати таҳлили ҷиддӣ ва баҳогузориҳои ҳама омилҳои ҳатари аз тарафи умум эътирофшудаи пайдоиш ва пешравии ОА-и аввалияро ба миён меоваранд [5,10,21-24].

Дар фаъолияти воқеии клиникӣ сенарияи барои умум маълуми клиникии ОА гуногунтаркибии олиҳои ҳам клиникӣ ва ҳам сохтории буғумҳоро намоиш медиҳад ва симптомҳои асосии беморӣ-симптомҳои дард, ихтилолҳои функционалӣ, фаъолнокӣ, хусусият ва суръати пешравии оқибатҳои клиникии беморӣ низ бо тағйирпазирии худ дар беморони ҷудоғона фарқ мекунанд [1,3,5,10,22]. Гуногунтаркибии ҳам клиникӣ ва ҳам инструменталии ОА ва оқибатҳои он зарурати ҷустуҷӯи идентификатсияи омилҳои ҳатар ё индикаторҳои пешравии бемориро талаб мекунанд, ин имконият медиҳад, ки муносибатҳо ё равишҳои нави табобат ва пешгирии ОА коркард шаванд [3,10,11,16,23].

Омилҳои ҳатари пайдошавии ОА-аввалия ба гурӯҳҳои зерин ҷудо мешаванд: а) модификатсионӣ (садама дар анамнез, фаъолнокии ҷисмонӣ, вазни барзиёд, табобати ивазкунандаи гормоналӣ, сарбориҳои аз меъёр зиёди ҷисмонӣ ва касбӣ), ки метавонанд ислоҳ карда шаванд; б) ғайримодификатсионӣ (синну сол, ҷинси зан, нуқсонҳои

инкишоф, тамоюли ирсӣ), ислоҳ карданашон номумкин аст [2,5,21-24]. Натиҷаҳои таҳқиқоти 5-солаи проспективӣ, ки дар базаи "Пажӯҳишгоҳи илмӣ ба номи В.А. Насонова" гузаронида шуд, аз он гувоҳӣ медиҳад, ки массаи барзиёди бадан, дарди шиддатнок, мавҷуд будани синовит ва варами мағзи устухон дар қисмҳои субхондралии устухони калони соқ тибқи маълумоти томографияи магнитӣ-резонансӣ (ТМР) предикторҳои (пешхабарҳои) пешравии ОА-и аввалияи буғуми зонуҳо ба ҳисоб мераванд [3,5,10].

ОА-и аввалия ва коморбидӣ. Дар ревматологияи муосир ОА-и аввалия ва дигар бемориҳои иммуноилтиҳобии ревматикӣ ба таври асоснок ҳамчун омилҳои ҳатари (ОХ) пайдошавии бемориҳои вазнини коморбидӣ ба ҳисоб мераванд [15-17,22,23]. Қўллаи саршавии ОА маъмулан дар синну соли аз 50-солагӣ боло дида мешавад. Дар ин синну сол аксарияти бештари беморони мубтало ба ОА дигар бемориҳои коморбидӣ ва ё мултиморбидӣ ҳастанд, зеро дар фаъолияти воқеии клиникӣ бемороне, ки дар онҳо тахно бемории ОА бошад, дида намешавад [3,5,15-17]. Дар ревматологияи амалӣ таваҷҷуҳи асосии муҳаққиқон ба проблемаи ҳолатҳои коморбидӣ ва мултиморбидӣ ниҳаронида шудааст [3,10,23,24]. Маълумотҳои дар солҳои охир ба даст овардашуда исбот мекунанд, ки паҳншавии бештари ҳамроҳони коморбидӣ ҳангоми ОА: бемории кардиоваскулярӣ, бештар бемории фишорбаландӣ, бемории ишемикии дил, диабетиканди навъи 2 [3,5,16,17]. Муқаррар карда шудааст, ки дар байни бемориҳои коморбидӣ дар беморони гирифтори АР (артрити рематоидӣ) МС ва бемории кардиоваскулярӣ нисбатан паҳншудатар ва аз ҷиҳати иҷтимоӣ муҳимтар ба шумор мераванд [5,15-17,25].

Консепсияи ОА-и барвақт. Имплементатсияи стратегияи муосири фармакотерапевтии ОА дар фаъолияти воқеии клиникӣ дар давраҳои барвақти инкишофи беморӣ муайян кардани ташхиси беморӣ талаб карда мешавад. Аммо бинобар ҳақиқатан мавҷуд набудани симптомҳои патогномонӣ ташхи-



гузори барвакти ОА хеле мушкил мешавад [2,5,11].

Дар ревматологияи илмии муосир дар қатори концепсияи маъруфи "артрити ревматоидии барвакт", ки аз як тараф, дар давоми зиёда аз чоряк аср мавзӯи омӯзиши пуршиддат дар ҷомеаи ҷаҳонии ревматология ба ҳисоб меравад ва аз тарафи дигар, натиҷаҳои ниҳони он, ки дар доираи стратегияи муосири фармакотерапевтии ОА "Treattotarget" - "Муолиҷа то расидан ба мақсад" [10,25,27], аснои таъботати АР ба таври васеъ мавриди истифода қарор гирифтаанд, пайваста концепсияи "ОА-и барвакт" низташаккул меёбад [3,5,28-30].

Бинобар вучуд надоштани таснифи аз тарафи умум қабулшудаи меъёрҳои ташҳиси барвакти ОА меъёроҳе ояндадор ба ҳисоб меравад, ки лоиҳаи онҳо бори аввал дар соли 2012 ва баъдан дар соли 2017 аз тарафи экспертҳои байналмилалӣ пешниҳод карда шуда буд [3,30]. Дар лоиҳаҳои пешниҳодшуда зухуроти нисбатан иттилоӣ-ноки клиникӣ-инструменталии ОА дар ташҳиси барвакти беморӣ инҳо буданд: а) симптомҳои субъективии осеби буғуми зону; б) симптомҳои объективии осеби буғуми зону, ки табиб муайян кардааст; в) сатҳи минималии аломатҳои рентгенологии беморӣ; г) маълумотҳои артроскопия, ТМР ва ТУС-и буғумҳо [26,27,31,32].

Муносибатҳои муосир дар таъботати ОА-и аввалия. Таъботати беморони гирифтори ОА-и аввалия вазифаи мураккаб буда, маҷмӯи ҷорабиниҳоро дар бар мегирад, ки аз барномаҳои реабилитатсияи ҷисмонӣ ва таъботати медикаментозӣ иборат аст [2,3,5,33-35].

Тавсияи Ҷамъияти байналмилалӣ таҳқиқоти ОА (Osteoarthritis Research Society International-OARSI) ва Ҷамъияти аврупоии оид ба ҷанбаҳои клиникӣ ва иқтисодии остеопороз ва остеоартрит (European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis - ESCEO) [33,35-38] оид ба таъботати медикаментозии ОА аввалия ва буғумҳои қосурон истифодаи марҳила ба марҳилаи доруҳои зерини фармакотерапевтиро фаро мегирад: а) па-

расетамол ва курсҳои кӯтоҳмуддати трамадол; б) доруҳои нестероидии зиддиинтҳоҷӣ - НПВП (неселективӣ ва селективӣ) - пероралӣ ва мавзӣ; в) глюкокортикоидҳо - ГК (кеналог, дипроспан, сертоспан) дохилибуғумӣ; г) доруҳои кислотаи гиалуриноӣ - ГлК (синвиск, ферматрон, гиалган, остенил, дюралан) дохилибуғумӣ; д) доруҳои сохторӣ-модификатсионӣ - гилюкозамин сульфат ва хондроитин сульфат, асосан дар шакли омехта (артра, терафлекс) ва диатсерин; е) лаваҷи артроскопӣ (шӯстани ҷавфи буғуми осебдида) ва ирригатсияи пӯшидаи буғумҳо.

Дар стратегияи муосири фармакотерапевтии ОА нуқтаи марказиро доруҳои сустасиркунондаи зиддиинтҳоҷӣ (МДПВС) ташкил медиҳанд, ки ба истилоҳ "хондропротекторҳо" (ё доруҳои сохторӣ-модификатсионӣ) ном доранд [5,15,33, 35,36].

Мувофиқи тасаввуроти муосир, муддати тӯлонӣ истеъмоли кардани ҷунин СМП-и пероралӣ, монанди ГС ва ХС дар шакли моно-ё таъботати омехта (артра, терафлекс), ҳамҷунин диатсерин, пайвастагиҳои авакадо ва соя, ки аз як тараф, доруҳои "қатори аввал" ҳангоми таъботати комплекси ОА ба ҳисоб меравад, аз тарафи дигар, - маҳв кардани интҳоҷи музмини катаболикиро нишон медиҳанд ва бо ҳамин имконияти медиҳад, ки пешравии тағйироти сохтори буғумҳо суст карда шавад [36,39,40]. Маълумотҳои дар солҳои охир ба даст овардашуда нишон медиҳанд, ки истифодаи омехтаи ХС ва ГС (дар шакли артра ё терафлекс) на камтар аз 6 моҳ дар як сол дар давоми 5 сол 2,4 маротибахатари пешравии ОА-и буғумҳои зонуро кам месозад [15,16,38,39].

Дар стратегияи таъботати ОА яке аз усулҳои маъмул ва баҳсноки таъботати беморӣ таъриқи интраартикулярии доруҳои ГлК ба ҳисоб меравад [10,38,41,42]. Дар байни доруҳои сершумори ГлК дар фаъолияти воқеии клиникӣ ба таври мукамал омехташуда синвиск (гиалан GF-20, гиалган (Италия) ва остенил (Германия) ба ҳисоб меравад, ки ҳангоми таъботати ОА-и буғумҳои зону ба таври васеъ истифода мешаванд, зеро онҳо симптомҳои бемориро ба таври мусбат модификатсия менамоянд ва таъри-



бан фаъолнокии сохторӣ- модификатсиониро ба бор меоваранд [10,38,41,42].

Хамин тавр, маълумотҳои мазкур аз як тараф, аз порчаӣ ва баҳсагезии масъалаҳои марбут ба ҷанбаҳои патогенетикии ОА, омилҳои хатари пайдошавӣ ва ташҳиси барвақти беморӣ ва мураккаб будани ташҳиси бемориҳои

коморбидӣ ва мултиморбидӣ гувоҳӣ медиҳанд, аз тарафи дигар бошад, зарур будани оптимизатсияи тактикаи истифодаи ҷунин СМП ва ҳам доруҳои ГЛК, ҳамчунин баҳогузориҳои муносиби самаранокии табобати гузаронидашударо таъкид мекунанд, ки ин зарурати таҳқиқоти минбаъда ба миён мегузарад.

АДАБИЁТ

1. Авдеева О.С. Фенотипы остеоартрита в различных возрастных группах / О.С. Авдеева, Е.А. Беляева // Научно-практическая ревматология. - 2018. - №56 (3, прил. 2). - С.5-6.
2. Алексеева Л.И. Развитие проблемы остеоартрита в России / Л.И. Алексеева // OpinionLeader (Лидер мнений). - 2018. - №6 (14). - С.30-36.
3. Каратеев А.Е. Остеоартрит: современная клиническая концепция и некоторые перспективные терапевтические подходы / А.Е. Каратеев, А.М. Лиля // Научно-практическая ревматология. - 2018. - 56(1). - С. 70-81.
4. Аникин С.Г. Применение базисных противовоспалительных препаратов в терапии остеоартрита / С.Г. Аникин, Л.И. Алексеева, А.М. Лиля // Современная ревматология. - 2019. - 13(2) - С. 90-95.
5. Алексеева Л.И. Остеоартрит: эпидемиология, классификация, факторы риска, диагностика, лечение / Л.И. Алексеева, Е.А. Таскина, Н.Г. Кашеварова // Современная ревматология. - 2019. - 13(2) - С. 9-11.
6. Балабанова Р.М. Распространенность ревматических заболеваний в России в 2012-2013 гг. / Р.И. Балабанова, Ш.Ф. Эрдес // Научно-практическая ревматология. - 2015. - № 2 (53) - С. 120-124.
7. Кабалык М.А. Распространенность остеоартрита в России: региональные аспекты динамики статистических показателей за 2011-2016 гг. / М.А. Кабалык // Научно-практическая ревматология. - 2018. - №56 (4). - С. 416-422.
8. The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study / M. Cross [et al.] // Ann Rheum Dis. - 2014. - V. 73 (7). - P. 1323-130.
9. Хохлов А.Л. Клинико-экономический анализ различных методик восстановительного лечения остеоартроза / А.Л. Хохлов, Л.А. Барбакадзе, Л.А. Лисенкова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2008. - №11. - С. 30-34.
10. Ревматология: российские клинические рекомендации / Под ред. академика РАН Е.Л. Насонова // Издательская группа "Геотар - Медиа". - 2019. - 461 с.
11. Ревматология: стандарты медицинской помощи А.С. Дементьев [и др.] // М.: Изд. Группа "ГЭОТАР - Медиа", 2018. - 512с.
12. Филимонова О.Г. Психосоциальные нарушения у больных остеоартритом / О.Г. Филимонова, Е.Н. Чичерина, С.Н. Бетехтина // Научно-практическая ревматология. - 2018. - №56 (3, прил. 2). - С.80-81.
13. Остеоартрит и депрессия / Н.И. Коршунов [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2018. - №56 (1). - С.93-98.
14. Ризоева О.Р. первичный ОА коленных суставов: современные подходы к ранней диагностики и оценке коморбидного фона / О.Р. Ризоева, Ё.У. Саидов // Вестник Авиценны. - 2019. - №4. - С. 618-624.
15. Остеоартрит коленных суставов и метаболический синдром: новые подходы к терапии / Л.И. Алексеева [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2018. - №56 (2). - С.157-163.
16. Шарапова Е.П. Дифференциация в лечении остеоартрита у больных с коморбидностью / Е.П. Шарапова, Л.И. Алексеева, А.М. Лиля // Современная ревматология. - 2018. - №12 (4). - С.54-58.



17. Насонов Е.Л. Ревматические заболевания и мультиморбидность / Е.Л. Насонов, А.В. Гордеев, Е.А. Голушко // Терапевтический архив. - 2015. - №5. - С.4-9.
18. Scanzello CR. Role of low-grade inflammation in osteoarthritis / C.R. Scanzello // Curr Opin Rheumatol. - 2017. - V. 29(1). - P. 79-85.
19. Carla R. Scanzello. Role of low-grade inflammation in osteoarthritis / R. Carla Scanzello // Curr Opin Rheumatol. - 2017 Jan. - V/ - 29 (1). - P. 79-85.
20. Low-grade inflammation as a key mediator of the pathogenesis of osteoarthritis / W.H. Robinson [et al.] // Nat Rev Rheumatol. - 2016. - V. 12(10). - P. 580-592.
21. Анализ распространенности и факторов риска развития остеоартрита в популяции / О.О. Портянникова [и др.] // Современная ревматология. - 2019. - №13 (2). - С.105-111.
22. Трифонова Е.П. Клинико-иммунологические особенности больных остеоартритом в сочетании с ожирением, метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2-го типа / Е.П. Трифонова, Е.В. Зонова, О.В. Сазонова // Сибирский медицинский журнал. - 2017. - №1. - С. 5-12.
23. Алексеев Л.И. Ведение остеоартрита с коморбидностью в общей врачебной практике (клинические рекомендации) / Л.И. Алексеева, А.В. Наумов // Доктор ру. - 2017. - №134 (5). - С. 51-69.
24. Кашеварова Н.Г. Ведущие факторы прогрессирования остеоартрита коленных суставов: влияние симптоматических препаратов замедленного действия на течение заболевания (5-летнее проспективное исследование) / Н.Г. Кашеварова [и др.] // Фарматека. - 2017. - №7 (340). - С. 40-455.
25. Наумов А.В. Применение глюкозамина сульфата у пациентов с остеоартритом и коморбидностью при наличии высокого риска осложнений, связанных с НПВП / А.В. Наумов, О.Н. Ткачева // Терапевтический архив. - 2018. - №5. - С. 81-87.
26. Насонов Е.Л. Рекомендации EULAR по диагностике раннего артрита / Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. - 2017. - № 55 (прил. 1). - С.1-13
27. Каратеев Д.Е. Современные принципы ведения больных с ревматоидным артритом / Д.Е. Каратеев, Е.Л. Лучихина // Медицинский совет. - 2017. - №17. - С. 02-101.
28. Рентгенографическая диагностика эрозивного остеоартрита суставов кистей / Д.М. Кудинский [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2019. - №6 (57). - С.662-667.
29. Кудинский Д.М. Сравнение рентгенографии и магнитно-резонансной томографии при диагностике остеоартрита суставов кистей / Д.М. Кудинский, А.В. Смирнов, Л.И. Алексеева // Научно-практическая ревматология. - 2019. - № 57 (1) - С. 91-99.
30. Toward classification criteria for early osteoarthritis of the knee / F.P. Luyten[etal.] // SeminArthritisRheum. - 2017: Aug. 9.
31. Нистор А.И. Роль ультразвукового исследования в ранней диагностике серонегативного ревматоидного артрита / А.И. Нистор // Научно-практическая ревматология. - 2020. - №5 (58). - С.612.
32. МРТ-изменения в межфаланговых суставах при остеоартрите / Д.М. Кудинский [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2018. - №56 (3, прил. 2). - С.49-50.
33. Остеоартрит - аспекты фармакотерапии / Л.Н. Денисов [и др.] // Современная ревматология. - 2018. - № 12(2). - С.97-102.
34. Анализ влияния симптом-модифицирующих препаратов медленного действия на объем синовиальной жидкости в полости коленного сустава / С.М. Носков [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2018. - №56 (3, прил. 2). - С.57-58.
35. Алгоритм лечения остеоартрита коленного сустава Европейского общества по клиническим и экономическим аспектам остеопороза и остеоартрита (ESCEO) применим в российской клинической практике: совместное заключение ведущих российских специалистов и экспертов ESCEO по остеоартриту / Л.Н. Денисов [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2016. - № 6 (54) - С. 641-653.



36. Effects of glucosamine sulfate on the use of rescue non-steroidal anti-inflammatory drugs in knee osteoarthritis: results from the Pharmacology-Epidemiology of GonArthroSis (PEGASus) study / L.G. Rowati [et al.] // *Semin Arthritis Rheum.* - 2016. - № 45 (4). - P. 34-41.
37. Духанин А.С. Симптом-модифицирующие препараты замедленного действия в лечении остеоартрита: от молекулы к клиническому эффекту (взгляд фармаколога) / А.С. Духанин // *Современная ревматология.* - 2018. - №12 (2). - С.79-87.
38. Relative efficacy of hyaluronic acid in comparison with NSAIDs for knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis / R.R. Bannuru [et al.] // *Semin Arthritis Rheum.* - 2014. - № 43 (5). - P. 593-599.
39. Combined chondroitin sulfate and glucosamine for painful knee osteoarthritis: a multicentre, randomised, double-blind, non-inferiority trial versus celecoxib / M.C. Hochberg [et al.] // *Ann. Rheum. Dis.* - 2016. - № 75. - P. 37-44.
40. Оценка эффективности препарата Терафлекс в лечении начальных стадий остеоартрита и его влияния на структуру и метаболизм хрящевой ткани / С.Н. Лунева [и др.] // *Consilium Medicum.* - 2018. - №20 (9). - С. 3-11.
41. Изучение эффективности локальной инъекционной терапии препаратами гиалуроновой кислоты различной молекулярной массы у больных остеоартритом коленного сустава / В.Е. Бялик [и др.] // *Научно-практическая ревматология.* - 2019. - № 57 (2) - С. 235-242.
42. Сравнение эффективности препаратов гиалуроновой кислоты различной молекулярной массы и в сочетании с хондроитина сульфата в лечении пациентов с остеоартритом коленного сустава I-III стадии / В.Е. Бялик [и др.] // *Научно-практическая ревматология.* - 2020. - №5 (58). - С.560-569

**ПЕРВИЧНЫЙ ОСТЕОАРТРИТ: ВОПРОСЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ,
ВОЗМОЖНЫЕ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ДИАГНОСТИКИ,
ФАКТОРОВ РИСКА, КОМОРБИДНОСТИ И ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ -
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ**

Давлатзода А.Д., Саидов Ё.У., Зубайдов Р.Н., Назаров Б.Дж.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, ТГМУ имени Абуали ибни Сино,
Душанбе, Республика Таджикистан

Согласно современным представлениям на первичный остеоартрит (ОА) как на системный процесс, а не изолированное поражение суставного хряща, в обзоре представлены распространенность, факторы риска развития и медико-социальное значение заболевания, рассмотрены новые данные, касающиеся патогенеза ОА, с акцентом на мультифакторный характер процесса и существенный вклад поражения субхондральной кости (СХК), хроническое низкоинтенсивное ("low-grade") воспаление и системные метаболические нарушения в рамках метаболического синдрома (МС). Освещены, вопросы ранней диагностики первичного ОА, классификационные критерии, спектр и частота встречаемости коморбидных заболева-

ний и консервативного лечения заболевания в виде поэтапного мультимодального алгоритма, основанной на принципах современной терапевтической стратегии заболевания. Показано, что, несмотря на достигнутые большие успехи в фундаментальных вопросах ОА, гетерогенность патогенетических механизмов и клиническо-инструментальных проявлений заболевания, сложность ранней диагностики диктуют необходимость дальнейшего исследования, направленного на решение существующих вопросов в проблеме ОА и кардинальное улучшение терапевтической стратегии заболевания в целом.

Ключевые слова: первичный остеоартрит, факторы риска, патогенетические аспекты, коморбидность, вопросы терапии.



PRIMARY OSTEOARTHRITIS: ISSUES OF PREVALENCE, CLASSIFICATION, POSSIBLE ETIOPATHOGENETIC ASPECTS, DIAGNOSIS, RISK FACTORS, COMORBIDITY AND MANAGEMENT OF PATIENTS-THE CURRENT STATE OF THE PROBLEM

Mirzoev A.D., Saidov Yo.U., Zubaidov R.N., Nazarov B.J.

Department of Propaedeutic of Internal Diseases, Tajik State Medical University after Abuali Ibni Sino, Dushanbe, Republic of Tajikistan

According to current views on primary osteoarthritis (OA) as a systemic process, rather than an isolated lesion of articular cartilage, the review presents the prevalence, risk factors for the development and medical and social significance of the disease, new data on the pathogenesis of OA, with an emphasis on the multifactorial nature of the process and the significant contribution of subchondral bone damage (SCB), chronic low-intensity ("low-grade") inflammation and systemic metabolic disorders within the metabolic syndrome (MS). The issues of early diagnosis of primary OA, classification criteria, spectrum and frequency of occurrence of comorbid diseases

and conservative treatment of the disease in the form of a step-by-step multimodal algorithm based on the principles of modern therapeutic strategy of the disease are highlighted. It is shown that, despite the great progress achieved in the fundamental issues of OA, the heterogeneity of the pathogenetic mechanisms and clinical and instrumental manifestations of the disease, the complexity of early diagnosis dictates the need for further research aimed at solving the existing issues in the problem of OA and radically improving the therapeutic strategy of the disease as a whole.

Keywords: primary osteoarthritis, risk factors, pathogenetic aspects, comorbidity, therapy issues.

Саидов Ёр Умарович, д.м.н., заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Saidov Yo.U., Department of Propaedeutic of Internal Diseases, Tajik State Medical University after Abuali Ibni Sino

БЕМОРИИ ПАРКИНСОН, МЕЪЁРҲОИ ТАШҲИС ВА ТАШҲИСИ ТАФРИҚАВӢ Н.А. Зарипов

Кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муҳиммӣ. Соли 1817 табиби англис Ҷейм Паркинсон (Parkinson J. 1755-1824) китоби худро, ки аз 66 саҳифа иборат буд, бо номи "Эссе о дрожателъом параличе" ба таърифи расонид. Дар ин китоб бори аввал доир ба шаш нафар беморон, ан ҷумла худи муаллиф, ки ба дарди номаълум гирифтӣ шуда буд, маълумоти муфасссал оварда шуда буд. Тибқи мушоҳидаҳои муаллиф ҳамаи гирифтӣ-ронии ин дард алоҳимҳои сустии мушакҳо ва дар қисматҳои гуногуни бадан ларзиш доштанд. Ҳамзамон, қайд карда шудааст, ки беморӣ бе ягон сабаби муайян оғоз гардида, бо мурури вақт авҷ мегирад. Муаллиф пешгӯӣ мекард, ки бемории номаълум - фа-

лачи ларзишӣ оилавӣ буда, бар асари осеби органикии мағзи сар пайдо мешавад.

Соли 1874 Жан Шарко баъди омӯзиши пайдарҳамии ин бемории номаълум ба хулосае омад, ки номи ин беморӣ - фалаҷи ларзишӣ ба ҳислатҳои хоси ин дард мувофиқат намекунад ва ҳамзамон пешниҳод кард, ки минбаъд ин дарди номаълум бемории Паркинсон номида шавад [1].

Дарди Паркинсон - бемории музминӣ авҷгирандаи мағзи сар буда, дар асари таъназули торҳои асаби (нейронҳои) маҷмӯи моддаҳои сийҳи ҷисми мухаттат (substantia nigra) пайдо мешавад. Нишонаҳои асосии пайдоиши беморӣ ин ҳамбастагии камҳара-



катӣ/душворҳаракатӣ (гипокинезия/ брадикинезия), шахшавии мушакҳо, ларзиши оромӣ, вайроншавии мувозинати постуралӣ ва пайдоиши алоими вегетативӣ мебошад [2]. Тавофути бемории паркинсон аз алоими Паркинсонизм дар он аст, ки сабабҳои муайяни пайдоиши бемории Паркинсон номуайян аст [3].

Эпидемиология. Бемории Паркинсон - яке аз бемориҳои паҳнгардидаи риштаи асабшиносӣ ба ҳисоб меравад. Тадқиқотҳои эпидемиологӣ нишон доданд, ки бемории Паркинсонновобаста аз ғуруҳҳои этникӣ, дар байни занон ва мардон баробар во меҳӯрад. Дар байни аҳолии аз 60 сола боло ғирифтورشавӣ ба ин беморӣ 1% - ро ташкил медиҳад, яъне 20 нафар ғирифтронии ин беморӣ аз байни 100 000 нафар. Дар байни аҳолии аз 70 то 79 сола басомади вохӯрии ин беморӣ аз 300 то 1800 нафарро аз байни 100 000 нафар ташкил медиҳад [4].

Бемории Паркинсон асосан дар синни кушансолӣ во меҳӯрад, синну соли миёнаи оғози ин беморӣ $65,3 \pm 12,6$ -ро ташкил медиҳад [5]. Дар асоси омӯзиши олимони аз кишварҳои гуногун (Британияи Кабир, Олмон, Италия, Канада, Чин, ИМА, Фаронса, Шветсия) сарфаи маблағ барои як нафар ғирифтори бемории Паркинсон дар як сол аз 468 то 13 804 доллари ИМА -ро ташкил медиҳад [6].

Дар мувофиқа бо маълумотҳои Донишқадаи асабшиносии Академияи Русиявии илмҳои тиб (АЗИТ/ РАМН) дар байни аҳолии синну соли то 65 сола ғирифтورشавӣ ба бемории Паркинсон 1%, аҳолии синну соли аз 65 то 75 сола 2% ва синну соли аз он боло 3-4%-ро ташкил медиҳад [1].

Патогенез. Олими машҳури англис Чейм Паркинсон сабаби пайдоиши бемории Паркинсонро осеби мағзи сар пешниҳод карда буд, аммо дар асоси тадқиқотҳои олимони англис (солҳои 60 - уми асри XX) таҳти роҳбарии Р. Хисслер ва тадқиқотҳои К.П. Третьяков, ки дар кафедраи бемориҳои асаби Донишқадаи Париж гузаронида шуда буд, муайян гардид, ки асоси пайдоиши бемории Паркинсон вайроншавӣ ва таназзули моддаҳои сиёҳи кишрҳои мағзи сар мебошад,

яъне вайроншавии мувозинати пигменти дофамин мебошад.

Қайд кардан ба маврид аст, ки вайроншавии синтез ва мувозинати пигменти дофамин на танҳо дар моддаи сиёҳ (*substantia nigra*), балки бо мурури вақт аксар мавзёҳои мағзи сарро фаро мегирад [1,7].

Ташҳиси БП. Новобаста аз он ки бемории Паркинсон бемории паҳнгардида мебошад, тасдиқи ташҳиси бармаҳали он як қатор мушкилиҳоро пеш меорад. Усули "тиллоӣ"-и ташҳиси бемории Паркинсон ин муоинаи клиникӣ ва назорати клиникӣ мебошад. Усулҳои дигари ташҳис, аз он ҷумла ташҳиси лабораторӣ ва нейровизуализатсионӣ (ТК, ТМР-и мағзи сар) на барои тасдиқи ташҳиси асосӣ, балки барои инкор кардани дигар бемориҳое, ки алоимҳои паркинсониро ба вуқӯ меоваранд, истифода карда мешаванд. Яке аз усулҳое, ки дар умум истифода мешавад, ин усули "се марҳила"-и ташҳис мебошад, ки дар Ҷамъияти Паркинсоншиносони Шохигарии Британияи Кабир (*United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank Clinical Diagnostic Criteria*) пешниҳод ва тасдиқ гардидааст [8].

Дар марҳилаи якум (I-ум) мавҷудияти алоимҳои асосӣ, ки пайдоиши онҳо ҳатмист, яъне камҳаракатӣ/душворҳаракатӣ (гипокинезия/ брадикинезия), шахшавии мушакҳо, ларзиши оромӣ ва ноустувории постуралӣ тасдиқ карда мешаванд.

Дар марҳилаи дуюм (II - юм) бемории Паркинсон аз дигар бемориҳое, ки ба он шабоҳат доранд ва алоимҳои монандро доро мебошанд, тафриқа карда мешавад, аз он ҷумла бо:

- хунрезии такрории мағзи сар;
- осебҳои гуногуни мағзи сар;
- энсефалитҳо;
- алоими Бабинск;
- омосҳои гуногуни мағзи сар ва ғайра.

Дар марҳилаи сеюм (III - юм) мавҷудияти алоимҳои иловагӣ, ки баъди чанд муддати оғозшавии бемории Паркинсон пайдо мешаванд, муайян ва тасдиқ карда мешаванд, ки инҳоянд

-оғози алоимҳои беморӣ аз як паҳлуи бадан;



- мавҷудияти ларзиши оромӣ;
- авҷгирии беморӣ;
- ассиметрияи алоимҳои мавҷудаи бемории Паркинсон;
- таъсири мусбии маводҳои леводопа;
- мавҷудияти алоимҳои асосии бемории Паркинсон тӯли 5 сол ва зиёда аз он.

Одатан бемории Паркинсон дар синни аз 50 сола боло ва дар баъзе мавридҳо дар синни то 30 сола низ ба назар мерасад. Мушоҳидаҳо нишон медиҳанд, ки давраи то клиникии бемории Паркинсон аз 5 то 20 солро метавонад дар бар гирад. Нишонаҳои давраи латентӣ ва ё "пӯшида"инҳо ба шумор мераванд:

- бе сабабҳои муайян вайроншавии бўйхискуни;
- хобдиданҳои таъсирнок ва ҳаяҷонomez;
- изтироб;
- қабзият ва ғайраҳо.

Ҳамаи ин алоимҳо дар маҷмӯъ алоимҳои ғайрҳаракатиро дар бар мегиранд, ки пайдоиши онҳо барои ташҳиси бармаҳали бемории Паркинсон дар давраи то ҳаракатӣ (премоторӣ) кӯмак мерасонанд. Чуноне, ки дар боло қайд кардем, бемории мазкур дар асари осеби торҳои асаби моддаҳои сиёҳ ва вайроншавии тавозуни синтези дофамин пайдо мешавад ва нишонаҳои аввалини он баъди осеби 60-70% торҳои асаби моддаи сиёҳ ба чашм аён мегардад. Ҳангоми осеби торҳои асаби моддаи сиёҳ, синтези дофамин ба андозае, яъне то 80% метавонад кам гардад, аз ин лиҳоз равшанӣ ё аёнии нишонаҳои беморӣ бо шумораи осебидидаи торҳои асаби моддаи сиёҳ мутаносиб роста ба ҳисоб меравад, аз ин бармеояд, ки он қадаре шумораи торҳои асаби моддаи сиёҳ зиёдтар осеб бинанд, нишонаҳои беморӣ низ бештар аёнтар мешаванд.

Нишонаҳои аввалини бемории Паркинсон аввал дар як паҳлуи бадан ва баъди 2-5 сол дар паҳлуи дигари бадан низ пайдо мешаванд, ки яке аз меъёрҳои бозътимоди тасдиқи ташҳис ба ҳисоб меравад. Бо дарназардошти он ки нишонаҳои ғайриҳаракатӣ муҳимияти худро доро мебошанд, нишонаҳои ҳаракатӣ асосӣ ба ҳисоб мераванд, ки инҳоянд:

- камҳаракатӣ/душворҳаракатӣ (гипокинезия/брадикинезия);
- ларзиши ором (тремор покоя);
- шахшавии мушакҳо;
- вайроншавии мувозинати постуралӣ.

Душворҳаракатӣ ҳамчун сусти ҳаракат, бар асари мушкилии кату росткунии мушакҳо зоҳир мегардад. Дар ҳолати дар муддат ва мунтазам табобат накардани душворҳаракатӣ, метавонад ба камҳаракатӣ ва ҳатто то беҳаракатӣ (акинезия) низ мубтало гардонад. Дар ин маврид фаъолияти умумии мушакҳо суст гардида, ташаббуси ҳаракаткунӣ кам мегардад (падидаи часпиш), ҳамбастагии ҳаракат дар мушакҳои чанбари боло ва поён ва дақиқияти ҳаракатҳо низ аз байн меравад. Омехташавии ҳаракатҳо, ба монанди қадамзании кӯтоҳ - кӯтоҳ, канда нашудани пой аз фарш ҳангоми ҳаракат ва падидаи дигари ҳаракатӣ, ки он чунин шарҳ дода мешавад: бемор бо душворӣ ҳаракатро оғоз менамояд, бозистодан низ душворӣ пеш меорад (падидаи пропульсия), ба ғайр аз ин бемор ҳангоми ҳаракат ҳама вақт ба ақиб майл мекунад (падидаи ретропульсия).

Камҳаракатӣ якчоя бо баландшавии тонуси мушакҳо ба амимия (рухсорай лӯхтак), яъне мижазании кам - кам тағйирёбии ҳусни хат ва ҳарфзанӣ оварда мерасонад.

Ларзиш ҳангоми бемории Паркинсон дар 75% беморон дида мешавад, ки басомади ларзиши он 4-7 Ҳерс/сония ташкил медиҳад. Ларзиш одатан аз як паҳлу аз ангуштон оғоз гардида, дар ҳолати оромии умумӣ зиёдшавии он ба назар мерасад. Ларзиши ангушти калон ва ангуштони боқимонда гуногун буда, "ҳисоби танга"-ро ба ёд меоварад. Бо мурури вақт ларзиш чанбарҳо ва ҳатто манаҳ ва мушакҳои лабро низ фаро мегирад. Аммо ларзиши сар дар бемории Паркинсон ҳислатнок нест.

Шахшавии мушакҳои скелетӣ бо баландшавии баробари тонуси мушакҳо ҳангоми ҳаракатҳои пассивӣ шарҳ дода мешавад, яъне падидаи "чархи дандонадор", ки дар он баландшавии тонуси мушакҳои қатқунанда баланд шуда, ҳолати бемор "ҳолати талбанд"-ро ба ёд меоварад.



Ноустувории постуралӣ бо дошта натавонистани мувозинат ҳангоми ҳаракат ва ҳолатҳои муайян зоҳир мешавад, бо авҷгирӣ беморӣ вайроншавӣ тавозун зиёдтар аён мегардад. Дар ин ҳолат, ҳангоми ҳаракат кардан танаи бемор аз ҷанбарҳои поён пештар ҷунбиш карда, боиси аз пой афтодани бемор мегардад.

Дар нишонаҳои клиникӣ беморӣ, ки тавре ки дар боло зикр кардем, дар баробари аломатҳои ҳаракатӣ, як қатор алоимҳои ғайриҳаракатӣ низ ба назар мерасанд, ки на танҳо аҳамияти тиббӣ, балки аҳамияти иҷтимоӣ доранд, аз қабилӣ:

- вайроншавӣ когнитивӣ (зеҳнӣ);
- вайроншавӣ гуногуни эҳсосот;
- алоимҳои вегетативӣ (қабзият, диспепсия);
- хушкшавӣ ва шӯразадани пӯст ва ғ.

Бемории паркинсон аз рӯи якҷанд нишона тасниф/гуруҳбандӣ карда мешавад:

Таснифи бемории Паркинсон аз рӯи нишонаҳои клиникӣ.

1. Шакли омехта, ки дар он алоимҳои камҳаракатӣ, шахшавӣ мушакҳо ва ларзиш дар баробарӣ дучор мешаванд;

2. Шакли беҳаракату шахшавӣ мушакҳо, ки дар 15-20% -и беморон дида мешавад;

3. Шакли ларзишӣ, ки он дар 5-10%-и беморон дучор мешавад ва дар ин шакл ба ғайр аз ларзиш боқимонда нишонаҳои ҳаракатии ин беморӣ кам дучор мешавад.

Ғайр аз ин тасниф, бемории мазкур аз рӯи авҷгирӣ беморӣ ва дараҷаи вазнинии он тасниф карда мешавад. Дараҷаи вазнинии бемории Паркинсон аз рӯи таснифоти пешниҳодкардаи Hoehn ва Yahr тибқи меъёри "5-хол" баҳогузорӣ карда мешавад, ки шарҳи васеъи он соли 1967 дар маҷаллаи

Neurology аз тарафи Hoehn ва Yahr ба таърифи расонида шудааст [9].

Ташҳиси тафриқавӣ бемории Паркинсон бояд бо як қатор бемориҳои ба он шабеҳ гузаронида шавад. Бемории Паркинсон дар мадди аввал бояд бо алоими Паркинсонизм ва ларзиши эссенсиалӣ тафриқа карда шавад.

Нишонаҳое, ки алоими Паркинсонизм ва дигар беморони ба он монанд аз бемории Паркинсон тафриқа карда шаванд, инҳоянд:

- зуд авҷгирӣ;
- чараёни номусоиди беморӣ;
- давомнокии кӯтоҳ;
- таъсири манфӣ ва ё набудани таъсири маводҳои леводопа ва ғ.

Ба ғайр аз ин гуруҳи бемориҳо боз як қатор омилҳои ҳастанд, ки боиси пайдоиши алоимҳои ба бемории Паркинсон тааллуқдошта гардад, ки инҳоянд:

- бар асари истеъмоли маводҳои доруворӣ;
- заҳролудшавӣ;
- вайроншавӣ мубодилаи моддаҳо ва ғ.

Хулоса. Бемории Паркинсон на танҳо муаммои риштаи асабшиносӣ, балки муаммои иҷтимоӣ ба ҳисоб меравад, зеро табиб ҳангоми ташҳис ва ташҳиси тафриқавӣ саривақта ва табобати бармаҳал метавонад чараён ва авҷгирӣ ин бемориро назорат намояд, ки боиси беҳшавӣ сатҳи зиндагии беморон мегардад. Барои ин моро зарур аст, ки бемориро дар марҳилаи аввал, ки ҳанӯз нишонаҳои клиникӣ ноаён аст, дар асоси усулҳои муносири ташҳис муайян созем ва бемории Паркинсонро аз дигар бемориҳои шабеҳ дуруст тафриқа намуда, бар асари табобати дуруст ба натиҷаи дилхоҳ ноил гардем.

АДАБИЁТ

1. Никифиров А.С., Гусев Е.И. Частная неврология. 2-е издание, исправленное и дополненное. Москва, РФ: ГЭОТАР-Медиа; 2013. 768 с.
2. Global Parkinson's Disease Survey Steering Committee. Factors impacting on quality of life in Parkinson's disease: results from an international survey // MovDisord. - 2002. - №17(1). - P. 60-67.
3. Пулатов А.М., Раҳмонов Р.А. Асабшиносӣ. Душанбе; 20 ғғ с.
4. Шток В.Н., Федорова Н.В. Заболевания экстрапирамидной нервной системы (номенклатура синдромов и нозологических форм): учеб.пособие. - М.:РМАПО, 1994 - 40 с.



5. Байрамукова АМ, Ажахметова АК, Карпов СМ. Эпидемиология болезни Паркинсона в различных странах мира. Успехи современного естествознания. 2013;9:20-21.
6. Parkinson Disease / W. Martin, O. Suchowersky, K.K. Burns, E. Jonsson. - Weinheim:WILEY - VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, 2010. - 336 p.
7. Труфанов ЕА. Стандарты диагностики и лечения болезни Паркинсона. East European Journal of Parkinson's Disease and Movement Disorders. 2015;1:20-36.
8. Hughes AJ., Daniel SE., Kilford L., Lees AJ et al. Accuracy of clinical diagnosis of Idiopathic Parkinson's Disease: a clinico-pathological study of 100 cases // Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry. - 1992. - Vol. 55, No. 3. - P. 181-184.
9. Wang CY, Chan L, Wu D, Chi WC, Yen CF, Liao HF, Hong CT, Liou TH. Effect of Cognitive Disability and Ambulation Status on Functioning in Moderate-to-Advanced Parkinson Disease. Front Neurol. 2020;10:1360.
10. Rutten S, Vriend C, Berendse HW, Van der Werf YD, van den Heuvel OA. Anxiety, depression and sleep disorders in Parkinson's disease: a complex interaction between body and mind. Tijdschr Psychiatr. 2020;62(1):62-72.
11. Cholerton B, Poston KL, Tian L, Quinn JF, Chung KA, Hiller AL [et al]. Participant and Study Partner Reported Impact of Cognition on Functional Activities in Parkinson's Disease. Mov Disord Clin Pract. 2019;7(1):61-69.
12. Grimes D, Gordon J, Snelgrove B, Lim-Carter I, Fon E, Martin W. [et al.]. Canadian Guidelines on Parkinson's Disease. Can. J. Neurol. Sci. 2012;39(4): 1-30.
13. Карабань ИН. Леводопа/карбидопа пролонгированного высвобождения в лечении болезни Паркинсона. Международный неврологический журнал. 2018;3(97):48-58.
14. Игнатъева ОИ, Чибирякова ЕО. Особенности течения болезни Паркинсона у мужчин. Огарёв-Online. 2019;2(123):9.
15. Lees AJ. Drugs for Parkinson's disease. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. - 2015;11:607.

БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Н.А. Зарипов

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики, ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", Душанбе, Республика Таджикистан

Резюме

Болезнь Паркинсона - прогрессирующее неврологическое заболевание, возникающее вследствие гибели пигментированных допаминергических нейронов черной субстанции и множества других нейродегенеративных изменений в различных областях головного мозга. БП является одним из самых распространенных нейродегенеративных заболеваний. Диагностика заболевания основывается на общепризнанных международных клинических критериях. Дегенеративные заболевания, на ранних стадиях могут имитировать

БП, однако некоторые методы исследования могут помочь распознать различные формы паркинсонизма. Длительное наблюдение и тщательная оценка - важнейшие методы для постановки правильного диагноза. В статье представлены классификация паркинсонизма, современные критерии диагностики БП. Показано последовательность постановки диагноза и дифференциального диагноза согласно международным стандартам.

Ключевые слова. Болезнь Паркинсона, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика.



PARKINSON'S DISEASE, DIAGNOSTIC CRITERIA AND DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS

N.A. Zaripov

Department of Neurology and Basics of Medical Genetics, SEI "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Republic of Tajikistan.

Summary

Parkinson's Disease - is a progressive neurological disease that occurs due to the death of pigmented dopaminergic neurons of the substantia nigra and many other neurodegenerative changes in various areas of the brain. PD (Parkinson's disease) is one of the most common neurodegenerative diseases. Disease diagnosis is based on internationally recognized clinical criteria. Degenerative diseases, in the early stages, can mimic PD (Parkinson's disease), however,

some research methods can help to recognize various forms of parkinsonism. Long-term observation and careful evaluation are the most important methods for making a correct diagnosis. The article presents the classification of parkinsonism, current criteria for PD (Parkinson's disease), diagnosis. Shows the sequence of diagnosis and differential diagnosis according to international standards.

Keywords. Parkinson's disease, clinical picture, diagnosis, differential diagnosis.

Зарипов Н. А., докторант PhD кафедры неврологии и основ медицинской генетики, ГОУ "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуалиибни Сино", ORCID: 0000-0001-5494-1218, Author ID: SPIN-код: E-mail: nur.tj-94@mail.ru

Zaripov Nurali Abdurakibovich, PhD Student, Department of Neurology and Basics of Medical Genetics, Avicenna Tajik State Medical University, ORCID: 0000-0001-5494-1218, Author ID: SPIN-код: E-mail: nur.tj-94@mail.ru

ЧАШНВОРА



Чаҳон Азоновичи мухтарам,

Раёсат ва созмонҳои ҷамъиятии Кумитаи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ҷашни фархунда ва табарруки 70-солагиатонро ба Шумо самимона муборакбод мегӯянд.

Шумо соли 1979 Донишгоҳи давлатии тиббии ба номи Абӯалӣ ибни Синоро хатм намуда, чанд муддат ҳамчун табиб ба халқу Ватан хизмати содиқона анҷом додаед. Сипас, фаъолияти минбаъдаи касбиатонро дар ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба тарбияи мутахассисони ҷавон бахшида,

тӯли солҳо ҳамчун ассистенти кафедраи таърихи тиб ва беҳдошти иҷтимоӣ дар тарбияи табибони оянда саҳмгузори намудаед. Ҳамчун ходими илмӣ ва мудири шуъбаи физиологияи эътилолӣ ва фармакотерапияи Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерологияи АИ ҚТ (1979-1999), директор (1999-2015) ва сармушовири илмии пажӯҳишгоҳи давлатии "Ғизо" аз худ қобилияти баланди ташкилотчиӣ зоҳир намуда, дар пешрафти соҳаи дорусозии ватанӣ саҳми босазо гузоштаед.

Шумо ҳамчун олими соҳа низ шахси муваффақед ва беш аз 290 таълифоти илмӣ, 4 монография ва дастурҳои методиадон нишонаи фаъолияти пурсамаратон дар ҷодаи илм маҳсуб меёбанд. Дар асоси корҳои илмии Шумо дар ҳамкорӣ бо заводи дорусозии Санкт-Петербург дорухои "Геранол", "Гераноретинол", "Согд" истеҳсол гардида, бо иштироки бевоситаатон истеҳсоли нӯшобаҳои "Шохона", "Нозгул", "Чаман", марҳамҳои "Марҳами Сомонӣ", "Авчи Зухал", "Роҳи абрешим" роҳандозӣ гардидааст.

Роҳбарияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии "Авчи Зухал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориву муолиҷавиро таманно доранд.



Намуна Иброҳимовнаи мухтарам,

Роҳбарият ва созмонҳои ҷамъиятии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино Шуморо ба муносибати ҷашни фархундаи 60-солагии содрӯзатон самимона муборакбод менамоянд.

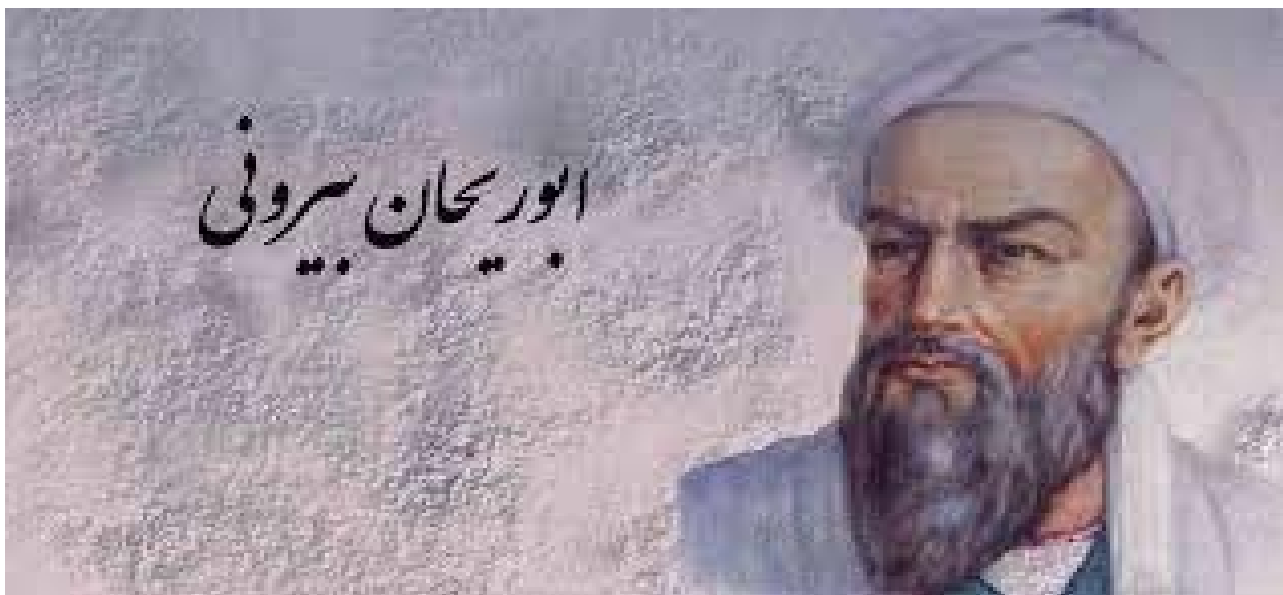
Фаъолияти Шумо ба сифати як мутахассиси варзидае, ки дар марҳилаҳои камолоти касбиятон самтҳои табибӣ, омӯзгорӣ ва

илмро тавҷам карда тавонистаед, қобили тавҷух ва пайравии дигарон мебошед. Мо ифтихор дорем, ки Шумо тақдирӣ худро тӯли солҳо бо Донишгоҳи тиббӣ пайвастаед ва ин пайванд ҳамеша қавию мустаҳкам ва сермаҳсулу пурсамар будааст.

Шумо солҳои зиёд вазифаи ассистентӣ (1997-2006), дотсентӣ (аз соли 2006 инҷониб) ва мудири кафедраи бемориҳои дарунии №3-ро (аз соли 2015) бошарафона иҷро намуда, дар миёни аҳли кафедра ҳамчун шахси ҳалиму меҳрубон, омӯзгори серталабу ғамхор шинохта шуда, соҳиби эҳтироми самимӣ гаштаед. Ба ҳайси олими варзидаи соҳа дар таълиф ва таҳияи якчанд китобҳои дарсӣ, дастурҳои таълимӣ фаъолона ширкат варзида, бештар аз 155 мақолаи илмӣ-таълимӣ оид ба масъалаҳои мубрами соҳа дар нашрияҳои гуногуни илмӣ-ҷумҳурӣ ва берун аз он ба таъби расидаанд, ки ҳар кадоми онҳо дар кушодани гиреҳҳои нозуки соҳаи тиб нақши босазо гузоштаанд.

Роҳбарияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии "Авҷи Зухал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориву муолиҷавиро таманно доранд.

АЗ ҲАЁТИ ОЛИМОНИ МАЪРУФ



АБҶҮРАЙҲОНИ БЕРУНӢ

Абӯрайҳони Берунӣ дар 14 шаҳривари соли 352 хуршедӣ (баробар бо 6 сентябри соли 973 мелодӣ) дар Коси Хоразм дар оилаи тоҷик зода шудааст. Зодгоҳи ӯ, ки дар он замон рустои кӯчаке буд, баъдан ба ифтихори ӯ ба "Берунӣ" таҷдиди ном дода шуд. Аз падару модар дар айёми тифлӣ бенасиб монда буд. Маълумоти ибтидоиро дар мухити наздикон касб кард. Асосҳои илмро дар зодгоҳаш назди Абунасири Мансур шогирди Абулвафои Бузгонӣ омӯхт. Берунӣ дар яке аз ноҳияҳои Хоразм дар байни аҳли касбу ҳунар ба воя расид ва мувофиқи маълумоти ибни Якут, таҳаллуси "Берунӣ"-ро аз номи ҳамин ноҳия гирифтааст.

Забони модарии Берунӣ хоразмӣ буд, онро дӯст медошт ва дар "Китоб-ус-сайда-на" навиштааст, ки агар пурсанд, ки "...ба кадом забон афзалият бидиҳам, ман ҳатман забони хоразмиро интиҳоб мекунам". Забони дуҷуми Берунӣ форсӣ буд, вале бештари асарҳои илмӣ худро ба забони арабӣ - забони илмӣ роиҷ дар ҳамон замон менавишт.

Вазъи солҳои 90-уми асри X дар Осиёи Марказӣ дар натиҷаи ба сари ҳокимият омадани Қарахониён дар Хоразм тағйир ёфт ва Берунӣ маҷбур шуд, ки зодгоҳашро тарк кунад. Берунӣ ба Рай омад ва дар он

ҷо бо Абумаҳмуди Хучандӣ мулоқот намуд. "Дар шаҳри Рай, менависад ӯ, дар асараш "Минералогия", ("Китобу-л-ҷамоҳир фӣ маърифат-ил-ҷавоҳир") дӯсте доштам аз тоҷирони Исфаҳон, дар хонаи ӯ будубош мекардам". Берунӣ боз ба Гургон омад ва ҳангоми ҳанӯз дар ватан буданаш бо Ибни Сино ба мукотибаи илмӣ пардохт. Берунӣ дар ин давра дар Гургон асари машҳури худ "Осору-л-боқия" (Китоби осору-л-боқия ани-л-қурун-ал-халийя)"-ро таълиф намуд.

Берунӣ дар Гургон ба ҳисоб кардани дараҷаи хатти тӯли замин ё нисфуннаҳор (меридиан) пардохт ва дар ин кор ӯро аз ҷиҳати молӣ амири Гургон Қобуси Вушмгир дастгирӣ мекард. Амир Қобус ба Берунӣ вазифаи вазириро пешниҳод намуд, вале ӯ ин пешниҳодро рад кард. Дар Ғазна Султон Маҳмуд ба ӯ ва олимони дигар шароити кор омода намуд. Берунӣ ба навиштани китоби наваш "Таърихи Хоразм", асари "Таҳдиду ниҳоят-ил-амокин ли тасхеҳи масофат-ил-масокин", "Андар муайян кардани ҳадд ба рои мушаххас кардани масофаи байни маҳалҳои зисти мардум" ("Геодезия") шурӯъ намуд. Дар Ғазна ӯ инчунин асари "илал-Қонун-ил-Масъуди фи-л ҳайат ва-н-нучум"-ро ба анҷом расонд. Соли 1029 Берунӣ дар Ғазна китоби "ат-Тафҳим ли авоили сано-



ат-ит-танчим"-ро навишт, ки бо номи "Китоб-ут-тафҳим" машҳур аст ва он бо забони арабиву форсӣ то ба замони мо расидааст. Вазъи саломатии Берунӣ пас аз ин бадгардид ва ӯ дар ҳолати беморӣ "Китоб-ус-сайдана" ("Китоб дар бораи маводди табобатӣ" - "Фармакогнозия")-ро ба охир расонд. Китоби мазкур дар бораи гиёҳҳои шифобахш ва тарзу тариқаи истифодаи онҳо дар табобат иншо шудааст. То фарҷоми умри бобаракати худ Берунӣ дар Ғазна дар манзили писари Масъуд - Мавдуд умр ба сар бурд ва дар ҳамаи ҷо 09.12. соли 1048 оламро падруд гуфт.

Абу Рейхан Мухаммед ибн Аҳмед аль-Бируни (Дата и место рождения: 5 сентября 973 г. от Рождества Христова, Бируни, таджик, Хорезм. Дата и место смерти: 13 декабря 1048 г., Газни, Афганистан) - средневековый таджикский учёный-энциклопедист и мыслитель, автор многочисленных капитальных трудов по истории, географии,

филологии, астрономии, математике, механике, геодезии, минералогии, фармакологии, геологии и др. Бируни владел почти всеми науками своего времени.

Аль-Бируни - великий учёный из Хорезма, автор многочисленных капитальных трудов по истории, географии, филологии, астрономии, математике, геодезии, минералогии, фармакологии, геологии и др. Впервые на Среднем Востоке Бируни высказал мнение о возможности движения Земли вокруг Солнца, определил длину окружности Земли.

Бируни по праву можно называть триумфатором науки средневекового Востока. Американский историк Дж. Сартон так сказал об этом выдающемся ученом-энциклопедисте: "История астрономии и математики, астрологии и географии, антропологии и этнографии и философии, археологии и философии, ботаники и минералогии осиротела бы без его великого имени".

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 ҷарағ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электронии мақола пешниҳод гардад.
2. Мақолаҳои оригинали, ки ба мушоҳидаҳои ҷудогонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 12 саҳифа зиёд набоянд.
3. Пешниҳод кардани Шохиси УДК (индекси мазкурро аз дилхоҳ китобхонаи илмӣ дастрас намудан мумкин аст).
4. Мақолаҳои хулосавӣ бояд муфассал, фаҳмо ва мушаххас бошанд. Маълумотномаи адабиёт бояд маълумотҳои танҳо ба ҳамин мақолаи баррасишаванда марбутро дар бар гирад. Ҳаҷми мақола бояд аз 12 саҳифа зиёд набояд. Иқтибосҳои библиографӣ на бештар аз 50 номгӯ бошанд, дар матн рақамҳо дар қавсайни квадратӣ □ оварда мешаванд.
5. Мақолаҳои илмӣ бе тақриз қбул карда намешаванд. Дар тақриз аслият, муҳиммият, мубрамият ва қаблан чоп нашудани мақола бояд зикр шавад.
6. Дар аввали мақола унвони он (бо хуруфи Caps Lock сиёҳ), ному насаби муаллиф (ним-сиёҳ), номи ҳукуки муассиса оварда шавад. Дар охири мақола бо ду забон (русӣ ва англисӣ) маълумот дода шавад. Агар шумораи муаллифон аз 4 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.
7. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, муҳиммият (дар ҳаҷми на бештар аз 1 саҳифа), мақсад, мавод ва усули таҳқиқ, натиҷаҳо ва баррасии онҳо, хулоса, номгӯи адабиёт, суроға барои мукотибот. Аннотатсия (резюме) бояд мазмунӣ мақоларо дар шакли фишурда ифода кунад. Дар асоси аннотатсия калимаҳои калидӣ на камтар аз 7 то 10 калима ё ибора нишон дода шаванд.
8. Ҳамаи формулаҳо бояд ба таври ҷиддӣ санҷида шуда ва дуруст бошанд. Агар маълумотҳои бо рақам ифодакардашуда зиёд бошанд, онҳоро дар шакли ҷадвал ворид кардан зарур аст. Ҷадвалҳо, диаграммаҳо ва расмҳо бояд мӯъҷаз, ифодаҳо возеҳу равшан, бе ихтисора ва ба забони тоҷикӣ бошанд.
9. Иллюстратсия (оройш) -ҳо бояд дақиқу возеҳ ва мушаххас бошанд, овардани шарҳ ва ифодаҳои тартибӣ (бо ҳарф ё рақам) ва навиштаҷоти зери расмҳо ҳатмист.
10. Номгӯи адабиёт дар мақолаҳои оригиналӣ бояд аз 20 адад бештар набояд, рақамгузори сарчашмаи адабиёт мувофиқи тартиби дар матн иқтибосшудани онҳо оварда шавад. Рӯйхати адабиёти истифодашуда бояд дар асоси талаботи ГОСТ 7.1-2003 ва ГОСТ 7.0.5-2008 таҳия гардад. Масъулияти дуруст будани маълумот танҳо ба уҳдаи муаллиф вогузор мешавад.
11. Маълумот дар бораи муаллиф ё муаллифони мақола (қойи қор ва вазифаи муаллиф, суроға, телефонҳо барои тамос, почтаи электронӣ) дар шакли пурра бо се забон (тоҷикӣ, русӣ, англисӣ) оварда шавад. Ҳаммуаллифӣ бояд аз се нафар зиёд набояд.
12. Талаботи имлои забони тоҷикӣ ба таври қатъӣ риоя карда шавад.
13. Мақолаҳои қаблан дар нашрияҳои дигар чопшуда қабул карда намешаванд.
14. Идораи маҷалла ҳукуки тақриз ва таҳрири мақоларо дорад.

**Мақоларо ба суроғаи зерин фиристонед: 734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон,
ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ-139, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»,**

Идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"