

ISSN: 2616-5252

АВЧИ ЗУҲАЛ

№ 3 - 2023



МАҶАЛЛАИ ИЛМӢ-АМАЛӢ



САРДАБИР

д.и.т.

Мухаббатов Чиёнхон Курбонович

Чонишини сардабир ва

мухаррири масъул

н.и.ф., дотсент

Юсуфов Абдулло Исмоилович

АВҶИ ЗУҲАЛ

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

Маҷаллаи илмӣ - амалӣ

Ҳар се моҳ чоп мешавад.

21 юни соли 2010 таъсис ёфтааст.

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Ибодов С.Т.	- д.и.т., профессор
Ҳақназарова М.А.	- д.и.т., профессор
Исмоилов К.И.	- д.и.т., профессор
Холбеков М.Ё.	- д.и.б., профессор
Раҳмонов Э.Р.	- д.и.т., дотсент
Саидов Ё.У.	- д.и.т., дотсент
Миралиев С.Р.	- д.и.т., дотсент
Азизов Г.Ҷ.	- д.и.т.
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

Нашри ҷорӣ: № 3 (52) 2023

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

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

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

ШҶҶҶҶҶ ТАҲРИРИЯ

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

СУРОҶАИ ТАҲРИРИЯ:

734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон,
ш.Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139.

МТД "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Тел.: (+992) 44 600 36 17; (+992) 37 224 45 83

E-mail: avjizuh@tajmedun.tj

Сомона: www.avji-zuh.tj



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Д.м.н.
Мухаббатов Джиёнхон Курбанович

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

AVÇI ZUHAL

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

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

Текущее издание:
№ 3 (52) 2023

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

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

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



МУНДАРИЧА

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

АКУШЕРИ ВА ГИНЕКОЛОГИ

Гафурова Н.Г.

Чанбаҳои тиббӣ- биологии
осебҳои шадиди гурдаҳо дар
занҳои ҳомила

9

**Юлдошева М.У.,
Юлдошева М.У.**

Таъсири сатҳи пасти витамини
D ба статуси соматикӣ ва
функсияи репродуктивии занҳо

17

БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

Маҷонова М.М.

Таҳлили комплексӣ ва баҳо-
гузории ҳолати функционалӣ,
сифати ҳаёт ва сатҳи изтиро-
би беморони дорои артрити
ревматоидии тӯлонӣ дар
заминаи табобати фаъоли
назоратшавандаи зиддиинф-
лоятӣ дар доираи стратегияи
«treat to target - T2T» - «табо-
бат то расидан ба ҳадаф»

21

Холиқова Н.А.

Ислоҳи ҳолатҳои афсурдаҳо-
лии беморони гирифтори
фишорбаландии шараёни

29

БЕМОРИҲОИ КӯДАКОН

Кузибоева Н. К.

Меъёрҳои баҳодихӣ ба маъ-
ҷубшавии кӯдакони дорои
нуқсонҳои модарзодии дил

35

**Муҳаммаднабиева Ф.А.,
Исмоилов К.И., Давлатова С.Н.**

Истифодаи якҷояи тромбопо-
этин бо сиклоспорин дар
ҳолатҳои гипо-апластии
хунофарӣ дар кӯдакон

39

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Гафурова Н.Г.

Медико-биологические и клини-
ко-лабораторные аспекты остро-
го поражения почек у беременных

9

**Юлдошева М.У.,
Юлдошева М.У.**

Влияние низкого уровня витамина
D на соматический статус и
репродуктивной функции женщин

17

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

Маджоннова М.М.

Комплексный анализ и оценка
функционального состояния,
качества жизни и уровня
тревожности у пациентов с
развернутым ревматоидным
артритом на фоне активной
контролируемой противовос-
палительной терапии в рамках
стратегии «treat to target - T2T»
- «лечение до достижения цели

21

Халикова Н.А.

Коррекция депрессивных
состояний у больных гиперто-
нической болезнью

29

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

Кузибоева Н. К.

Критерии оценки инвалидно-
сти у детей с ВПС

35

**Муҳаммаднабиева Ф.А.,
Исмоилов К.И., Давлатова С.Н.**

Комбинированное применение
тромбопоэтина с циклоспорином
при гипо-апластических состоя-
ниях кроветворения у детей

39

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Gafurova N.G.

Medical-biological and clinical-
laboratory aspects of acute
kidney injury in pregnant women

9

**Yuldosheva M.U.,
Yuldosheva M.U.**

Impact of low vitamin D on
women's somatic status and
reproductive function

17

INTERNAL DISEASES

Madzhonova M.M

Comprehensive analysis and
assessment of the functional
state, quality of life and level of
anxiety in patients with
advanced rheumatoid arthritis
against the background of active
controlled anti-inflammatory
therapy in the framework of the
strategy “treat to target”-t2t-
“treatment to achieve the goal”

21

Khalikova N.A.

Correction of depressive
conditions in hypertensive
patients

29

CHILDHOOD DISEASES

Kuzibaeva N.K.

Criteria for assessing disability
in children with congenital
heart diseases

35

**Muhammadnabieva F.A.,
Ismoilov K.I., Davlatova S.N.**

Combined use of thrombopoitin
with cyclosporine in hypo-
aplastic conditions of
hematopoiesis in children

39



**Хусенова М.С.,
Исмоилов К.И.**

Ҳолати функсияи нафаскашии
беруна ва таркиби газҳои хун
дар кӯдакони гирифтори
камхунии гемолитикии ирсӣ

44

**Хусенова М.С.,
Исмаилов К.И.**

Состояние функции внешнего
дыхания и газового состава
крови у детей с наследственны-
ми гемолитическими анемиями

44

**Khusenova M.S.,
Ismoilov K.I.**

Function of external respiration
and blood gas composition in
children with hereditary
hemolytic anemia

44

БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

**Пулотзода И.П., Юсуфӣ
С.Ҷ., Рузиев М.М.,
Саидова. М. Н.**

Динамикаи бемориҳои инфек-
сионӣ дар Ҷумҳурии
Тоҷикистон

49

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

**Пулотзода И.П., Юсуфи
С..Дж., Рузиев М.М.,
Саидова М.Н.**

Динамика инфекционных
заболеваний в Республики
Таджикистан

49

INFECTIOUS DISEASES

**Pulotzoda I.P., Ysufi S.Dj.,
Ruziev M.M., Saidova M.N.**
Dynamics of infectious diseases
in the Republic of
Tajikistan

49

НЕВРОЛОГИЯ

**Исоева М.Б., Точиддинов
Т.Б., Рабоева Ш.Р.,
Зарипов Н.А.**

Хусусиятҳои нишонаҳои
манбавии сактаҳои пахншу-
даи камхунӣ дар кӯдакон

53

НЕВРОЛОГИЯ

**Исоева М.Б., Точиддинов
Т.Б., Рабоева Ш.Р.,
Зарипов Н.А.**

Особенности очаговой сим-
томатики обширных ишеми-
ческих инсультов у детей.

53

NEUROLOGY

**Isoeva M.B., Tojiddinov T.B.,
Raboeva Sh.R., Zaripov N.A.**
Features of focal symptoms of
extensive ischemic strokes in
children

53

ОНКОЛОГИЯ

Ҷамшедов Ҷ.Ш.

Оғози марҳалаи амалиётҳои
ҷарроҳии гибридӣ дар беморо-
ни гирифтори саратони сурхр-
ӯда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон

57

ОНКОЛОГИЯ

Джамшедов Д.Ш.

Начало эпохи гибридных
оперативных вмешательств у
больных раком пищевода в
Республике Таджикистан.

57

ONCOLOGY

Jamshedov D.Sh.

The beginning of the era of
hybrid surgical interventions in
esophageal cancer patients in
the republic of tajikistan.

57

ОФТАЛМОЛОГИЯ

Рачабова А.Б.

Таъсири омилҳои гуногун ба
патологияи узви босира дар
тифлони навзод

64

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Раждабова А.Б.

Влияние различных факторов
на патологию органа зрения у
новорожденных

64

OPHTHALMOLOGY

Rajabova A.B.

The influence of various factors
on the pathology of organ of
vision in newborn infants

64

ТИББИ ОИЛАВӢ

**Баротов И.И., Қаюмов Х.Б.,
Бандаев И.С.**

Гирифторшавӣ ба беморӣ
миёни аҳолии деҳот ҳамчун
омили муайянкунандаи самти
беҳтаргардонии кӯмаки авва-
лияти тиббӣ санитарӣ

71

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА

**Баротов И.И., Қаюмов Х.Б.,
Бандаев И.С.**

Заболеваемость среди сель-
ского населения как фактор,
определяющий направлен-
ность улучшению первичной
медико-санитарной помощи

71

FAMILY MEDICINE

**Barotov I.I., Qayumomov
Kh.B., Bandaev I.S.**

Morbidity among the rural
population as a factor
determining the direction of
improving primary
health care

71



**Носирова М.П., Ёдгорова
М.Ч., Иномзода Д.И.,
Мирзокалонова М.Ч.**

Хусусиятҳои бемориҳои дилу
рағҳо дар звенои якуми ҳифзи
тандурустӣ, ки боиси маъҷубӣ
мегарданд

78

**Носирова М.П., Ёдгорова
М.Ч., Иномзода Д.И.,
Мирзокалонова М.Ч.**

Особенности сердечно-сосудис-
той патологии на первичном звене
здравоохранения, приведшей к
инвалидизации больных

78

**Nosirova M.P., Yodgorova
M.J., Inomzoda D.I.,
Mirzokalonova M.J.,**

Features of cardiovascular
pathology at the primary level
of health care, which led to the
disability of patients

78

ТРВМАТОЛОГИЯ

Сафаров Д.М., Амонӣ М.М.
Натиҷаҳои остеосинтези
интрамедуллярӣ шикаста-
гиҳои вертелӣ

83

ТРАВМАТОЛОГИЯ

Сафаров Д.М., Амони М.М.
Результаты интрамедуллярно-
го остеосинтеза вертельных
переломов

83

TRAUMATOLOGY

Safarov D. M., Amoni M. M.
Results of intramedullary
osteosynthesis of trochanteric
fractures

83

ФАРМАКОЛОГИЯ

Азонов Ҷ.А. Ганиев Н.Х.
Омӯзиши фармакологии маво-
ди растанигии “гепатрил”

89

ФАРМАКОЛОГИЯ

Азонов Дж.А. Ганиев Н.Х.
Фармакологическое исследование
растительных веществ “гепатрил”

89

PHARMACOLOGY

Azonov J.A. Ganiev N.Kh.
Pharmacological study of plant
substances “hepatril”

89

Қаландарзода Ё.Қ.
Таъсири талхаронии қиёми
«Рамит» дар ҳайвоноти ги-
рифтор ба гепатити зершади-
ди захрогин

93

Қаландарзода Ё.Қ.
Желчегонное влияние настой-
ки «Рамит» у животных с
подострым токсическим
гепатитом

93

Y.K. Kalandarzoda
Choleretic effect of «Ramit»
tincture in animals with
subacute toxic hepatitis

93

Нидоев С.
Усулҳои таҳхиси фармакоик-
тисодӣ барои истифодаи
оқилонаи воситаҳои пулии
бучети Ҷумҳурии Тоҷикистон
дар таъминоти маводи дору-
вории аҳоли

96

Нидоев С.
Методы фармакоэкономичес-
кого анализа для рациональ-
ного использования средств
бюджета Республики Таджи-
кистан при обеспечении насе-
ления лекарствами

96

Nidoev S.
Methods of pharmacoeconomic
analysis for the rational use of
budget funds of the Republic of
Tajikistan in providing the
population with medicines

96

**Сабурова А.М., Урунова
М.В., Носирҷонова Х.Р.,
Қурбонова М.Б.,
Махсудова М.С.**

Хусусиятҳои антиоксидантии
барги ангур ва бихӣ ҳангоми
вайроншавии мубодилаи
липидҳо

103

**Сабурова А.М., Урунова
М.В., Носирджонова Х.Р.,
Қурбонова М.Б.,
Махсудова М.С.**

Антиоксидантные свойства
виноградных и айвовых листь-
ев при нарушениях липидного
обмена

103

**A.M. Saburova, M.V.
Urunova, Kh.R. Nasirjanova,
M.B. Kurbanova, M.S.
Makhsudova**

Antioxidant properties of grape
and quince leaves in disorders
of lipid metabolism

103

**ҶАРОҲӢ****ХИРУРГИЯ****SURGERY****Бобочонов М.Н.**Краниография дар таъхиси
эхинококкози майнаи сар
108**Бобожонов М.Н.**Краниография в диагностике
эхинококкоза головного мозга
108**Bobozhonov M. N.**Craniography in diagnosis
echinococcosis of the brain
108**Бокиев Ф.Б.**Тарзи тармими девори пеши
шикам ҳангоми ҷурраҳои
вентралӣ ва норасоии қабати
мушакӣ-апоневротикӣ
113**Бакиев Ф.Б.**Способ пластики передней
брюшной стенки при вен-
тральных грыжах и недоста-
точности мышечно-апоневро-
тического слоя
113**Bakiev F.B.**Method of plastic surgery of
the anterior abdominal wall for
ventral hernias and
insufficiency of the muscular
aponeurotic layer
113**Емельянова А.М.,
Стяжкина С.Н.**Хусусиятҳои таъхис ва
табобати ҷароҳатҳои фасод-
нок ҳангоми дисплазии
бофтаҳои нарма
117**Емельянова А.М.,
Стяжкина С.Н.**Особенности диагностики и
лечения гнойных ран при
дисплазии соединительной
ткани
117**Emelyanova A.M.,
Styazhkina S.N.**Features of diagnosis and
treatment of purulent wounds
in connective tissue dysplasia
117**Хокироев Д.С., Бердиев Р.Н.**Гипоксияи дохилибатнӣ -
прединктори осебҳои антената-
лии майнаи сари ҷанин
122**Хокироев д. С., Бердиев Р. Н.**Внутриутробная гипоксия -
прединктор антенатального
повреждения головного мозга
плода
122**Khokiroev D.S., Berdiev R.N.**Intrauterine hypoxia predictor
of antenatal fetal brain damage
122**ЭНДОКРИНОЛОГИЯ****ЭНДОКРИНОЛОГИЯ****ENDOCRINOLOGY****Самиева Ш.Т.**Маълумотҳои умумии нишондо-
дҳои фарбеҳӣ миёни занони
Ҷумҳурии Тоҷикистон
131**Самиева Ш.Т.**Сводные данные показателей
ожирения среди женщин
Республики Таджикистан
131**Samieva Sh. T.**Summary of obesity rates
among women of the republic
of Tajikistan
131**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ****ЭПИДЕМИОЛОГИЯ****EPIDEMIOLOGY****Абдуллозода С.М.,
Усманова Г.М.,
Қобилзода Қ.Қ.**Арзёбии муқоисавии сатҳи
тестостерон дар шахсони
дорой массаи муътадили
бадан ва фарбеҳӣ
138**Абдуллозода С.А.,
Усмонова Г.М.,
Қобилзода Қ.Қ.**Сравнительная оценка уровня
тестостерона у лиц с нор-
мальной массой тела и ожире-
нием
138**Abdullozoda S. M.,
Usmanova G.M.,
Kobilov K.K.**Comparative assessment of the
level of testosterone in persons
with normal body weight and
obesity
138



**Абдуллозода С.М.,
Усманова Г.М.**

Натиҷаҳои таҳқиқоти сатҳи
витамины D дар аҳолии дорои
массаи муътадил бадан ва фар-
беҳӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон
142

**Абдуллозода С.М.,
Усмонова Г. М.**

Результаты исследования уровня
витамина d у населения Респуб-
лики Таджикистан с нормальной
массой тела и ожирением
142

**Abdullozoda S.M.,
Usmanova G. M.**

Results of the study of the level of
vitamin d in the population of the
Republic of Tajikistan with normal
body weight and obes besity
142

**Нидоев С.Н., Рачабзода Ф.К.,
Юсуфзода А.Ч.**

Омӯзиши тамоюли бемории
сили фаъол дар Ҷумҳурии
Тоҷикистон
149

**Нидоев С.Н., Раджабзода
Ф.К., Юсуфзода А.Дж.**

Исследование тенденции
активного туберкулеза в
Республике Таджикистан
149

**Nidoev S.N., Rajabzoda F.K.,
Yusufzoda A.J.**

Study of the trend of active
tuberculosis in the Republic of
Tajikistan
149

**Рӯзиев М.М., Усмонова Г.М.,
Мирзоалиев Ю.Ю., Чаъфаров
Н.Ч., Воҳидов С.Д.**

Арзёбии муносибати аҳоли ба
ҷорӣ намудани вакцинагуза-
ронӣ зидди уфунати нави
коронавирусии COVID-19
155

**Рузиев М.М., Усманова Г.М.,
Мирзоалиев Ю.Ю., Джафаров
Н.Дж., Воҳидов С.Д.**

Оценка восприятия населени-
ем внедрения вакцинации
против новой коронавирусной
инфекции COVID-19
155

**Ruziev M.M., Usmanova G.M.,
Mirzoaliev Y.Y., Jafarov N.J.,
Vohidov S.D.**

Assessment of the population's
perception of the introduction of
vaccination against the new
coronavirus infection covid-19
155

Шарипов С.Ф.

Фарбеҳӣ дар байни пиронсо-
лони шаҳри Душанбе ва
ноҳияҳои тобегӣ маркази
Ҷумҳурии Тоҷикистон
161

Шарипов С.Ф.

Ожирение среди пожилых
людей города Душанбе и райо-
нов республиканского подчине-
ния Республики Таджикистан
161

Sharipov S.F.

Obesity among elderly people
of Dushanbe and regions of
republican subjection of the
Republic of Tajikistan
161

ШАРҲИ АДАБИЁТ

Масляков В.В., Ким Л.М.

Истифодани табобати лазерӣ
ва фотодинамикӣ ҳангоми
омосҳои бадфарҷоми пӯст
165

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Масляков В.В., Ким Л.М.

Применение лазерной и фотоди-
намической терапии при злока-
чественных опухолях кожи
165

LITERATURE REVIEW

Maslyakov V.V., Kim L.M.

laser and photodynamic
therapy in skin malignancies
165

**Махмудзода Х.Р., Талабова
М.М., Охонова О.Д.,
Саидов Ё.У.**

Таҳлили комплексӣ ва арзё-
бии самаранокии истифодаи
якҷояи метотрексат дар
шаклҳои гуногуни доругӣ ва
этанерсепт дар речаи интен-
сивӣ, ки ба принципҳои стра-
тегияи «treat to target» дар
беморони гирифтори шакли
фаъоли барвактии артрити
ревматоидӣ асос ёфтааст
173

**Махмудзода Х.Р., Талабова
М.М., Маджонова М.М.,
Охонова О.Д., Саидов Ё.У.**

Комплексный анализ и оценка
эффективности комбинирован-
ного применение метотрексата
в различных лекарственных
формах и этанерцепта в ин-
тенсивном режиме, основан-
ной на принципах стратегии
«treattotarget» у пациентов с
активным ранним ревматоид-
ным артритом
173

**Makhmudzoda Kh.R., Talabova
M.M., Madzhonova M.M.,
Okhonova O.D., Saidov E.U.**

Comprehensive analysis and
evaluation of the effectiveness
of combined use of
methotrexate in various dosage
forms and etanercept in
intensive mode, based on the
principles of the “treattotarget”
strategy in patients with active
early rheumatoid arthritis
173

**Саидов И.С.**

Чанбаҳои муосири табобати
чарроҳии скарҳои пас аз
сӯхтагиву хадшаноки гар-
дан ва қафаси сина

182

Саидов И.С.

К вопросу о хирургическом
лечении послеожоговых
рубцовых деформаций шеи
и передней поверхности
грудной клетки

182

Saidov I.S.

On the issue of surgical
treatment of post-burn scar
deformities of the neck and
anterior surface of the chest

182

**Талабзода М.С., Ахмедова
С.С., Назарова Ф.Х.**

Микроэкология рӯдаҳо дар
кӯдакон

190

**Талабзода М.С., Ахмедова
С.С., Назарова Ф.Х.**

Микроэкология кишечника у
детей

190

**Talabzoda M.S., Akhmedova
S.S., Nazarova F.Kh.**

Microecology of the intestinal
in children

190

Шукурова Ф.Ш.

Усулҳои муосири табобати
симптомокомплекс
постакне

196

Шукурова Ф.Ш.

Современные методы
терапии симптомокомплекс
са постакне

196

Shukurova F..Sh.

Modern methods of
treatment of post-acne
symptom complex

196

ТИББИ НАЗАРИЯВӢ**ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ
МЕДИЦИНА****THEORETICAL MEDICINE****Обидов Ч.М.**

Синтез ва омӯзиши сохти
структуравии 1-алкокси-3-
(фенокси)-2-атсилоксипропан

206

Обидов Дж.М.

Синтез и изучение строения
структурных 1-алкокси-3-
(фенокси)-2-ацилоксипропан

206

Obidov J.M.

Synthesis and study of the
structure of structural 1-
alkoxy-3-(phenoxy)-2-
atsiloxopropane

206

ИЛМҲОИ ГУМАНИТАРӢ**ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ****HUMANITARIAN SCIENCES****Юсуфов А.И.**

Баъзе вижаҳои услубии
«Донишнома»-и Ҳаким
Майсарӣ

211

Юсуфов А.И.

Некоторые стилистические
особенности терминологии
образования в «Данишнаме» Хаки-
ма Майсари

211

Yusupov A.I.

Some stylistic features of the
term formation in
“Danishname” by Hakim
Maysari

211



АКУШЕРӢ ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

ЧАНБАҲОИ ТИББӢ-БИОЛОГИИ ОСЕБҲОИ ШАДИДИ ГУРДАҲО ДАР ЗАНҲОИ ҲОМИЛА

Ғафурова Н.Г.

Кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Муқаддима. Дар доираи ноилшавӣ ба «Ҳадафҳои рушди устувор», ки аз 1-уми январ соли 2016 татбиқ мегардад, дар давраи то 31-уми декабри соли 2030 вазифаҳо барои кам кардани омори фавти пешгиришавандаи модарон тарҳрезӣ шудаанд [1].

А. Vinturacheetal (2019) чунин меҳисобад, ки беҳтар кардани сифати ёрии акушерӣ ба кам шудани осебҳои шадиди гурдаҳо (ОШГ) ва ФМ мусоидат мекунад [2].

Захираи кам кардани ФМ фаъолона ошкор ва идора намудани омилҳои хатари (ОХ) шароити буҳронӣ, аз ҷумла ОШГ ба ҳисоб меравад. Бемориҳои гурдаҳо, ба қавли ҷамъияти нефрологҳои аҳон, омили калидии вазнинии бемориҳои ғайрисироятӣ ва потенциали кам кардани фавтияти пешгиришавандаи модарон аст [3].

Афзудани таваҷҷуҳи нефрологҳо ба проблемаи осеби гурдаҳо ҳангоми презклампсия ва ба таври густарда паҳн ёфтани он, ки аз 2% то 14% аст, ба мушоҳида мерасад [4].

Таҳқиқот нишон дод, ки ОШГ-и ба ҳомилагӣ ҳамроҳ 1%, дар кишварҳои дорои даромади паст ва миёна то 3,1%, дар кишварҳои дорои даромади баланд то 0,3%-ро аз миқдори умумӣ ташкил медиҳад [5].

Таҳқиқотҳои дар гузаштаи наздик доиргардида нишон доданд, ки дар кишварҳои мутараққӣ болоравии омори ОСШ-и ба ҳомилагӣ алоқаманд ба қайд гирифта мешавад. Дар байни 42 190 170 зани бистаришуда дар давраи байни солҳои 2006-2015 дар беморхонаҳои ИМА тадриҷан то 3 маротиба зиёд шудани ОСШ ба қайд гирифта мешавад, ки аз раванди гестатсионӣ вобаста аст: аз 0,04% то 0,12% бо зиёд шудани ФМ [6].

Яке аз сабабҳои афзудани ҳолатҳои ОСШ зиёд шудани бемориҳои музминии гурдаҳо мебошад, ки хатари пайдо шудани ОСШ-ро ҳангоми ҳомилагӣ ва дар давраи пас аз валодат дучанд месозад. Cockwell P. etal (2020) дар натиҷаи таҳлили глобалии вазнинии

БМГ муқаррар кард, ки дар солҳои 1990-2017 паҳншавии он 29,3% ва сатҳи фавт аз он то 41,5% вуҷуд ёфтааст [7].

Мувофиқи LiP.K-T.etal (2020), рушди босуръати БМГ боиси он мегардад, ки дар соли 2040 он дар сохтори умумии фавтият аз бемориҳо пас аз бемориҳои дилу рағҳо (БДР), саратон, диабет, бемориҳои музминии роҳҳои нафаскашӣ дар мавқеи 5-ум ҷой хоҳад гирифт. БМГ-ро тавассути озод кардани воситаҳои барои ташҳиси муосири табобат сарфшаванда, аз ҷумла диализ, ки 3,5%-и буҷети нигоҳдории тандурустиро дар кишварҳои мутараққӣ ташкил медиҳад, пешгирӣ намудан мумкин аст [8].

Айни замон се самти асосии нефрологияи акушерӣ арзи вучуд дорад: ҳомилагии занҳои дорои БМГ бидуни ОШГ, БМГ бо ОШГ, презклампсия ва ОШГ ҳангоми беморӣ. Миқдори ОШГ дар замони ҳомилагӣ низ дар ҳоли афзоиш мебошад [9].

Бо мақсади ба роҳ мондани муносибати ягона ба мушкилоти афзоиандаи БМГ дар соли 2003 Кумитаи KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes)– ташаббус оид ба беҳтарсозии оқибатҳои глобалӣ ҳангоми бемориҳои гурдаҳо, расонидани ёрӣ ва натиҷаҳои табобат дар тамоми ҷаҳон тавассути ба роҳ мондани ҳамроҳсозӣ, ҳамкорӣ ва ҳамгиронамоии ташаббусҳо таъсис дода шуд.

Комитети KDIGO чунин меҳисобад, ки ОШГ ихтилолҳои шадидан пайдошудаи функцияи гурдаҳо мебошад, ки ҳангоми мавҷуд будани ҳадди ақал яке аз ин меъерҳо муайян карда мешавад: баландшавии мутлақи консентратсияи креатинини серум то 0,3 мг/л (26,5 мкмол/л) ё зиёда аз он дар давоми 48 соат, ё 1,5 маротиба баланд шудани он аз натиҷаи ибтидоӣ дар давоми 7 рӯзи минбаъда, ё паст шудани суръати хориҷшавии пешоб камтар аз 0,5 мл/кг/с дар давоми 6 соат. ОШГ ба 3 марҳала ҷудо ме-

шавад: марҳалаи I – баланд шудани сатҳи креатинин то 1,5 -1,9; марҳалаи II – то 2,0-2,9; марҳалаи III – то 3 маротиба баланд шудан аз сатҳи ибтидоӣ.

Бақайдгирии анбаҳои эпидемиологии ОШГ барои соҳаи акушерӣ вазифаи муш-кил аст, шакли сохтори гузоришнависии ин беморӣ мавҷуд нест, аз ин рӯ басомади пайдошавӣ ва пешгӯӣ қисман маълум мебошад. Дар соли 2016 ҷамъияти байналмилалӣ нефрологҳо лоиҳаи «Сифр ба 25» -ро таҳия намуд, ки ҳадафаш комилан аз байн бурдани марг аз ОШГ дар кишварҳои қашшоқ аст [5].

Дар истилоҳоти вобаста ба ин ориза то имрӯз ягонагӣ вуҷуд надорад. Ташхиси «но-расоии музмини гурдаҳо» муносиб аст, ки ба сифати синоними ОШГ истифода шавад. Натиҷаҳои клиникӣ ва ёрии акушерӣ ҳангоми ОШГ, ки бар асари раванди гестатсионӣ ба вучуд омадаанд, ба қадри кофӣ омӯхта нашудаанд.

ОШГ ҳангоми ҳомилагӣ бинобар баланд будани сатҳи беморшавӣ ва фавти модарон ва фавтҳои перинаталӣ мушкилоти мубрами ҷомеа маҳсуб меёбад.

Таҳлили 11 873 нафар зани ғайриҳомила ва 10 920 нафар зани ҳомила дар Чин нишон дод, ки хатари ОШГ дар ҳомилаҳо назар ба занҳои ғайриҳомила то 51% бештар аст, миқдори ОШГ бошад, 7,3%-ро ташкил дод (аз ҷумла 3,7% дар занҳои ҳомила). Омилҳои хатар иборат буданд аз гипертензия, ки аз ҳомилагӣ вобаста аст (21,1%), бемории шадиди ҷарбсорӣ чигар (13,5%) ва БМГ (6,2%) [10].

Gautam, M. et al. (2022) оид ба сабабҳои ОШГ дар Ҳиндустон дар солҳои 2010-2021 муқаррар намуд, ки дар се моҳи аввал сепсис (41,9%), хунравӣ (22,1%) ва гипертензия бо ҳомилагӣ алоқаманд буданд (20,9%) [11].

Дар таҳқиқоте, ки дар таваллудхонаи сатҳи сеюми Бразилия гузаронида шудааст, аз 619 зан, ки дар шӯъбаи табобати интенсивӣ бистарӣ шуда буданд, ҳиссаи ҳолиси ОШГ-и бо ҳомилагӣ 27,8% (172 ҳолат)-ро ташкил дод, ки аз онҳо дар 7,6% зарурати гузаронидани гемодиализ ба вучуд омад, 8,7% (15 нафар) фавтиданд [12].

Тағйироти физиологӣ дар гурдаҳо ҳангоми ҳомилагӣ

Тағйироти физиологӣ дар равиши раванди гестатсионӣ, ки ба нигоҳ доштани ҳомилагӣ ва пешгирӣ намудани оризаҳо ҳангоми валодат равона шудааст, ба интиқолёбг ба системаи пешоббарор мусоидат намуда, ташхиси барвақти ОШГ-ро дар ҳомилаҳо душвор мегардонад.

Тағйироти системаи пешоббарор ҳангоми ҷараёни физиологии ҳомилагӣ дучори тағйироти системавӣ, мутаносибан гемодинамикаи гурдаҳо ва ба тағйирёбии таносуби кислотаву ишқор ва электролитҳо мегардад [13,14].

Андозаи гурдаҳо то 1-1,5 см ва ҳаҷми гурдаҳо то 30% калон мешавад. Тағйиротҳои анатомӣ асосан ба системаи ҷамъоварӣ дахл дорад. Пешоброҳа ва ҳавзак васеъ мешаванд, ки ин метавонад ба рукуди пешоб ва баланд шудани хатари пайдошавии сироят дар роҳҳои пешоброн оварда расонад. Дар натиҷаи системаи вазодилататсия, ки бар асари таъсири прогестерон ва то 50-70% зиёд шудани ҳаҷми ҷараёни плазма ба вучуд омадааст, суръати полоиши калобаҷаҳо 40-50% меафзояд, дар ҳафтаи 13-ум то ба 150%-и меъёр ва дар давраи перинаталӣ ба 180 мл/дақиқа мерасад. Клиренси креатинин 40-50% зиёд мешавад, барои ҳамин ҳам муҳтавои он дар хун коҳиш меёбад. Ғайр аз ин, сатҳи мочевина (urea) низ паст мешавад. Маъмулан, тағйиротҳои физиологӣ дар охири семоҳаи дуюм ба қуллаи худ мерасанд ва баъдан ба сатҳи то ҳомилагӣ бармегарданд. Тағйиротҳои анатомӣ дар се моҳи валодат барқарор мешаванд. Азбаски тамоми таснифҳои ОШГ барои ҳомилаҳо муайян кардани сатҳи креатининро пешбинӣ мекунанд, пастшавии физиологии он ҳангоми ҳомилагӣ ташхиси барвақтро ноаён месозад. Креатинини аз 75 мкмол/л ва мочевинаи (urea) аз 4,5 ммол/л баланд нишондиҳанда барои таҳқиқоти минбаъда мебошанд, баҳодиҳии суръати полоиши гломерулаҳо ҳангоми ҳомилагӣ тавсия дода намешавад.

Дар мақолаи J.Szczepaniskiet al. (2020) нишон дода мешавад, ки дар занҳои ҳомила меъёрҳои ОШГ барои занҳои ғайриҳомила истифода намешаванд [15].



Пастшавии физиологии креатинин, ки барои ташхиси ОШГ нақши калидӣ дорад, ба ташхиси таъхиркардаи оризаи вазнин оварда мерасонад. Ғайр аз ин, ҳангоми чараёни муътадил доштани ҳомилагӣ экскретсия бо пешоб мочевино (*urea*), глюкоза, сафеда ва албумин зиёд мешавад. Реабсорбсияи аминокислотаҳо ва бета микроглобулин паст мешавад. Ҳама далелҳои зикршуда ташхиси осеби гурдахоро душвор месозанд.

Меса, D-C.etal (2023) натиҷаҳои таҳқиқоти сесолаи ретроспективии чараёни ҳомилагиро дар беморони дорои ОШГ дар муқоиса аз ихтилолҳои сабуки функцияи гурдаҳо ҳангоми 0,8-1 мг/дл. будани креатинини бемороне, ки дар статсионари сатҳи 3 бистарӣ шуда буданд, нашр кард. Дар байни 6707 таваллуд дар занҳо хатари баланд дар 50 нафар зани ҳомилаи дорои ОШГ ва БМГ ба қайд гирифта шуд, дар 42 нафар нишондоди сарҳадии креатинин дар ҳудуди $0,87 \pm 0,05$ мг/дл. Ба қайд гирифта шуд. Синну соли миёнаи онҳое, ки нишондоди сарҳадии креатинин доштанд, $31,2 \pm 5,88$ буда, синни миёнаи гестатсияи – $35,5 \pm 4,2$ солро ташкил дод, вазни ҳолиси презклампсия – 78,6%, ҳамаи занҳо бо усули абдоминалӣ таваллуд карданд, ҳар навзоди сеюм нора-сид буд, тақрибан нисфи онҳо ба бистарӣ кардан дар шуъбаи табобати интенсивӣ (ТИ) ниёз доштанд [14].

ACOG низ ОШГ-ро ҳангоми ихтилолҳои гипертензивӣ дар ҳомилаҳо дар ҳолати зиёда аз 1,1 мг/дл будани сатҳи креатинин, дар мавриди вучуд надоштани бемориҳои гурдаҳо паст шудани гипертензияи шарёӣ муайян кард.

Проблеми ОШГ дар як қатор монографияҳо ва дастуралҳои клиникӣ ҷиддӣ инъикос ёфтааст, ки тағйирпазирии тақрибан ҳама ҷанбаҳои ин оризаро нишон медиҳад. Масалан, дар муқаддимаи дастури амалӣ оид ба ҳолати таъҷилий ZibarL. ва K. Vince (2023), ё дар китоби бахшида ба бемориҳои гурдаҳо ҳангоми ҳомилагӣ TidyC. ва K. Vakhariga (2022) ва дигар маълумотҳо оид ба идора кардани оризаҳои пайдошавандаи гурдаҳо тавсияҳои муфассал дода шудааст [17,18].

J.Szczepaniskietal. (2020) чунин меҳисобад, ки ОШГ дар ҳама муҳлатҳои ҳомилагӣ пайдо шуда метавонад, аммо бештар дар триместри дуюм ба назар мерасад. Ҳамин тавр, исқоти ҳамли септикӣ метавонад, ки ОШГ-ро дар триместри якум, ихтилолҳои гипертензивиро дар охири триместрҳои дуюм – сеюм ба вучуд биёрад [15].

Айни замон далели бебаҳс таъсири манфии байниҳамдигарии бемориҳои гурда ва ҳомилагӣ ва баръакс мебошад.

Ҳомилагӣ чараёни бемории гурдахоро бад месозад ва ба ин восита барои дар онҳо пайдо шудани равандҳои ҷуброннашаванда ва ба вучуд омадани нокифоягии функцияҳо мусоидат менамояд [14,19].

Сабабҳои ОШГ ҳангоми ҳомилагӣ гетерогенҳо мебошанд, онҳо бемориҳои аввалияи гурдаҳо ва оризаҳои ҳомилагиро дар бар мегиранд.

Бемориҳои аввалияи асосӣ, ки боиси ОШГ мешаванд, инҳо мебошанд: сироятҳои тақрорёбандаи роҳҳои пешоббарор, СКВ, диабет ва бемориҳои фишорбаландӣ. Бемориҳои номбаршуда тақрибан нисфи ҳамаи ЭГЗ-и ҳомилахоро ташкил медиҳанд. БМГ-и марҳалаҳои 1-2 дар 3%-и ҳомилаҳо, марҳалаҳои 3-5-ум 0,5% ҷой доранд. Миқдори бемориҳои системаи пешоб аз 10% зиёд аст.

Ҳамин тавр, дар таҳқиқотҳои дар ш. Кемеровои ФР гузаронидашуда дар асоси таҳлили 15480 таваллудкунанда дар давраи солҳои 2019-2022 нишон доданд, ки дар сохтори ЭГЗ бемориҳои дилу рағҳо, камхунӣ, ДҚ ва дигар бемориҳои эндокринӣ бартарӣ доранд, ки миқдори онҳо мутаносибан 27,9%; 25%; 19,3%; 22,1% -ро ташкил медиҳанд, бемориҳои роҳҳои пешобро 10,6% -ро ташкил дод [20].

Оризаҳои раванди гестатсиологӣ ҳангоми бемориҳои гурдаҳо аз презклампсия, беихтиёр қатъ шудани ҳомилагӣ, таваккуфи инкишофи ҷанин, валодати пеш аз муҳлат, тромбоэмболияи варидаӣ, ғавти модар ва перинаталӣ иборатанд.

Дар байни оризаҳои акушерӣ презклампсия бартарӣ дорад. ПЭ дорои номутаносибии омилҳои ангиогенӣ мебошад, ки дисфункцияи эндотелиалиро ба вучуд меорад.

БМГ ба ПЭ ва ОШГ майл доранд [22].

ОШГ оризаест, ки метавонад дар ҳама муҳлатҳои ҳомилагӣ рух диҳад. Мувофиқи натиҷаи бисёр таҳқиқотҳо сабаби ОШГ дар семоҳа (триместр)-и якум искоти септикии ҳамл мебошад, ки тақрибан 3%-и миқдори умумии норасоии функсияҳои гурдаҳои ташкил медиҳад. Дар қисми дуюми ҳомилагӣ тақрибан нисфи сабабҳои ОШГ-ро презклампсия ташкил медиҳад, вай сабаби асосии сар задани ин ориза буда, то 50% мерасад, пас аз таваллуд сепсис ба 9%; чудо шудани пласента ба 3%; ПРК ба 5% мерасад [23].

Ҳангоми аз таҳқиқот хориҷ кардани бемориҳои экстрагениталии ҳамроҳшуда бо ОШГ ва махсусан бемориҳои аутоиммунӣ, фишорбандӣ ва БМГ то ҳомилагӣ, бемориҳои санги пешоб, ҳадшабандӣ ё пуч шудани гурдаҳо, вазни ҳолиси презклампсия боз ҳам зиёд шуд. Таҳқиқоти дар Покистон, дар беморхонаи сатҳи сеюм гузаронидашуда бо ҷалби 205 ҳомила ва таваллудкунанда дар давоми ду сол алоқамандии оризаҳои акушериро бо ОШГ нишон дод. Аз ҳама паҳншудатарин ПЭ буд, ки 63,6% буд, ПРК-ПРК-18,2% [24].

Тибқи маълумоти дигар, вазни ҳолиси ПЭ, ҳамчун сабаби ОШГ камтар аст. Дар таҳқиқоте, ки 6512 ҳомила дар он иштирок карданд, ШПГ тибқи регламенти KDIGO дар 2,09% ва ихтилолҳои гипертензивӣ дар 35,3% ҳолат сабаб шудаанд [25].

ОШГ метавонад, ки дар давраи пас аз валодат пайдо шавад ва то 9% бо сепсис алоқаманд аст [23].

Ихтилолҳои гипертензивӣ дар ҳомилаҳо 8%-ро ташкил медиҳанд дар кишварҳои Африқо ба ҷануб аз Саҳара, фишорбандии музмин-0,9%; фишорбандии гестатсионӣ -4,1%; ПЭ-4,1%, эклампсия-1,5%-ро ташкил доданд. Ҳангоми нисбатан на чандон баланд будани басомади ихтилолҳои фишорбандӣ сохтори ФМ (фавти модар) чандин маротиба меафзояд [26]. Сабаби ФМ ҳангоми ихтилолҳои гипертензивӣ ОШГ ҳангоми HELLP –синдром ба ҳисоб мераванд. Ҳолатҳои пайдо шудани ОШГ ҳангоми HELLP синдром пас аз валодатҳои вагиналӣ дар давоми аз якчанд рӯз то тақрибан

10 ҳафта зикр шудаанд. Вай аз ОШГ ҳангоми триметри сеюми ҳомилагӣ ё 48 соати авали пас аз валодат фарқ мекунад [27].

HELLP синдром то андозаи зиёд бо ОШГ алоқаманд мебошад. Дар метатаҳлили Q. Luietal (2020) нишон дода шудааст, ки дар 556 ҳомилаи дорои HELLP синдром 79 ҳолати ОШГ ва 11 ҳолати фавт дар 280 ҳомила пайдо шуданд.

Huand.H. etal(2022) таҳлили 55 ҳолати HELLP синдроми синфҳои гуногунро гузарониданд ва алоқаи байни синну соли занҳо, нишондиҳандаҳои лабораторӣ, муҳлати гестатсия муайян карда нашуд [30].

Олимони Донишгоҳи Прага (2023) потенциали баланди пешгӯикунандаи байни микрорНК БДР ва HELLP синдромро муайян карда, пешниҳод мекунад, ки онро барои ташҳиси HELLP синдром дар триметри якуми ҳомилагӣ истифода кунанд.

Т.В.Кирсанова ва ҳаммуаллифон (2021) дар 313 зани ҳомила HELLP синдромро дар 124 нафар муайян карданд, аз онҳо да 39% ОШГ пайдо шудааст. Онҳо чунин меҳисобанд, ки саривақт муайян кардани ОШГ имконият медиҳад, ки хатар барои модару кӯдак кам карда шавад [32].

Сатҳи баланди протеинурия метавонад, ки хатари тромбэмболии варидро баланд карда, метавонад, ки баргузориҳои тромбопрофилактика ҳангоми ҳомилагӣ талаб карда шавад.

Ҳангоми таҳлили муқоисавии натиҷаҳои ҳомилагӣ дар 109 нафар зоянда гузаронида шуд, ки чароғи раванди гестатсионии онҳо аз ОШГ оризанок шудаанд ва ихтилолҳои гипертензивии ҳангоми ҳомилагӣ 20 ҳафта ва бештар, муқаррар намуд, ки валодати қабл аз муҳлат дар 27,3%; фавти перинаталӣ -15,5%; миқдори валодати кӯдакони дорои массаи кам ҳангоми ОШГ - 22% ҳангоми ихтилолҳои гипертензивӣ -37,8%; ТИЧ-10,9% ва 25%; бистарӣ кунонидан ва табобати интенсивӣ -14,5% ва 22% [25].

Tripathy S.S.et.al.(2022) меҳисобанд, ки ҳангоми ПР ва ОШГ 2 маротиба камтар - 14%; ТИЧ-24%, бистарӣ кунонидан-23% аст [23].

Тибқи маълумоти Меса, D-C .etal.(2023) дар байни 6707 валодат дар занҳо хатари



баланд дар 50 ҳомилаи дорои ОШГ ва БМГ, 42 нафари дорои ифодаҳои сарҳадии креатинини ҳар як кӯдаки сеюм норасид таваллуд шудааст, тақрибан нисфи онҳо ба бистарӣ кунонидан дар шӯъбаи табobati интенсивӣ зарурат доранд [14].

Дар бештари занҳое, ки ОШГ-ро аз саргузаронидаанд барқароршавии функсияҳои гурдаҳо ба амал омад. Тибқи маълумотҳои Li.X .etal., функсияи гурдаҳо (2022) ба вучуд омад ва танҳо 13,8%-и беморон рухсат шуданд [24].

Дар байни натиҷаҳои неонаталӣ ихтилоли нафаскашӣ дар 24%, дисстреси чанин дар 13% ва мурда таваллуд шудан дар 5%-и ҳолатҳо дида шуд [23].

Дар байни зухуроти клиники ОШГ дар ҳомилаҳо варам ва олигоурия 81% ва 30% буданд.

Дар табobati бештари беморони дорои ОШГ инфузия бо диуретикҳо (87%) гузаронида шуда, бо инфузияи дохиливаридӣ ва диуретикҳо, трансфузияи хун ва СЗП- дар 23% табобат шуданд, дар ҳар як ҳолати сеюм ИВЛ (30%- ICU) иҷро карда шуд. Диализ танҳо дар 13% истифода шуд [23].

Фавт аз ОШГ тибқи маълумоти муаллифони гуногун фарқ мекард. Масалан, мувофиқи маълумоти Tripathy S.S. et al. 13% ва фот карданд. Taj, I. et al (2022) - 4,5% [23, 24].

Ҳангоми таҳлил кардани 149 ҳолати ФМ дар давоми 5 сол (2013-2017) Ш.Д. Бобочонов ва ҳаммуал. (2021) муайян карданд, ки 24,1%-ро ПЭ ташкил дод ва дар байни онҳо дар ҳар як ҳолати панҷум (22,1%) фавт дар натиҷаи ОШГ рух додаст [35].

ОШГ оризаи нодирӣ ҳомилагӣ ба ҳисоб меравад, аммо аксар вақт онро HELLP-синдром ҳамроҳӣ мекунад, дар ин маврид доираи тағйирёбии инкишофи норасоии функсияи гурдаҳо аз 7,7 то 60% аст.

Wangl. et al. (2021) таҳқиқоти муқоисавии ретроспективиро барои муайян кардани омилҳои хатар ва пешгӯии ОШГ дар 110 бемори дорои HELLP-синдром, ки онҳоро ОШГ ҳамроҳӣ мекард ва ё бидуни он буд, анҷом дод. Онҳо ОШГ-ро дар 110 бемори дорои HELLP-синдром ошкор карданд. Омори фавти модар 4,5% буд, яъне 5 нафар

аз 110 бемор, ки аз онҳо 4 нафар клиникаи ОШГ-ро доштанд [36].

Сирояти доимии табобатнашавандаи роҳҳои пешоброн барои пайдо шудани ПЭ ва HELLP-синдром мусоидат мекунад [37].

Симптомҳои ОШГ, ки ба ҳомилагӣ алоқаманд мебошанд, бештар бо варамҳои бузург ва олигоурия зоҳир мешаванд - 81% ва 30% [25].

Shah S. et al. (2023) менависанд, ки барои муайян кардани ОШГ-и алоқаманд бо ҳомилагӣ меъёрҳои стандартӣ вучуд надоранд, зеро меъёрҳои хатар, осебҳо, норасог, талафот, меъёрҳои марҳалаи терминалӣ дар занҳои ҳомила дида намешаванд [38].

Нишондиҳандаҳои пешниҳодшудаи ОШГ, липокалин, желатини нейтрофилӣ, омилҳои плацентарии хатар барои нигоҳдории тандурустии амалӣ ҳассосияти баланд нишон надоданд ва қобили қабул нестанд.

Нишондиҳандаи нисбатан самараноктар ва аз ҷиҳати иқтисодӣ манфиатноктар барои ташҳиси ОШГ дар замони ҳомилагӣ креатинини боқӣ мемонад.

Табobati махсуси ОШГ-и ба ҳомилагӣ алоқаманд, аз стероидҳо ва табobati иммуносупрессивӣ ҳангоми гломерулонефрит, таъҷилан зоёндан ҳангоми ПЭ ва дистрофияи шадиди ҷарбии ҷигари ҳомилаҳо, плазмафарез ҳангоми пурпураи тромбоцитопеникӣ, истифодаи экулизум ба ҳангоми синдроми атипӣ гемелитикӣ-уремикӣ иборат аст. Дар ҳолати хеле мураккаб будани мураккабати ОШГ бояд тими чандфаннг фаъолият кунад, ки аз нефролог, акушер ва неанатолог иборат аст [38].

Tripathy S.S. et al. (2022) чунин меҳисобад, ки таҳлили омилҳои сабабии ОШГ нишон медиҳанд, ки ОШГ-ро дар акушерӣ пешгирӣ намудан имконпазир аст. Онҳо муқаррар намуданд, ки дар триместри якум сабаби пайдо шудани ОШГ исқоти септикийи ҳамл аст (3%), саҳми бузургтаринро дар ин самт презклампсия дорад – 50%, ки дар триместри сеюм, пас аз таваллуд рух медиҳад, сепсиси пуэрпералӣ 9%-ро ташкил медиҳад; хунравиҳои акушерӣ – 8%-ро.

Ҳамин тавр, барои коркарди ҷорабиниҳои пешгирикунанда дар муайян кардани меъёрҳои ташҳиси барвақтӣ ва сар кардани табобат мувофиқа ҳосил кардан зарур аст.

Адабиёт

1. WHO U, UNFPA, World BANK Group, and the United Nations Population Division (2019) Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: executive summary
2. Vinturache, A., Popoola, J., Walt-Coote, I. The changing landscape of acute kidney injury in pregnancy from an obstetrics perspective. // J. Clin. Med. – 2019. – V. 8, №9. – P.1396.
3. Kidney health for everyone everywhere: from prevention to detection and equitable access to care. Li, P.K-T., Garcia-Garcia, G., Lui, S-F., Andreoli, S., Ung, W.W. et al. // World J. Nephrol. Urol. – V.9, №1. – P.1-10.
4. Меркушева, Л.И., Козловская, Н.Л. Поражение почек при преэклампсии: взгляд нефролога. // Нефрология. – 2018. – Т. 22, №2. – С.30-38.
5. Pregnancy-associated acute kidney injury in low-resource setting: progress over the last decade. Davidson B., Bajpai, D., Shan, S., Gumber, R., Saxena, N. et al. // Seminar in nephrology. – 2023. – V.42, №5. – P.151317.
6. Pregnancy-related acute kidney injury in the United States: clinical outcomes and health care utilization. Shah, S., Meganathan, K., Christianson, A.L., Harrison, K., Leonard, A.C et al. // Am. J. Nephrol. – 2020. – V.51, №3. – P.216-226.
7. Cockwell, P., Fisher, L.A. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. – 2020. – V.395, №10225. – P.709-733.
8. Kidney health for everyone everywhere: from prevention to detection and equitable access to care. Li, P.K-T., Garcia-Garcia, G., Lui, S-F., Andreoli, S., Ung, W.W. et al. // World J. Nephrol. Urol. – V.9, №1. – P.1-10.
9. Taber-Hight, E., Shan, S. Acute kidney injury in pregnancy. // In. Adv. Chronic Kidney Dis. – 2020. – V.27, №6. – P.455-460.
10. Epidemiology of acute kidney injury in hospitalized pregnant women in China. Liu, D., He, W., Xiong, M., Wang, L., Huang, J. et al. // BMC Nephrol. – 2019. – V.20, №1. – P.67.
11. Etiology of pregnancy-related acute kidney injury among obstetrics patients in India: a systematic review obstetrics Gautam, M., Saxena, S., Saran, S., Ahmed, A., Pandey A. // Indian J. Crit. Care Med. – 2022. – V. 26, №10. – P.1141-1151.
12. Pregnancy-related acute kidney injury: mortality and survival of patients treated at a maternal intensive care. Ferreira, D.P., Amorim, F.F., Matsuura, A.J., de Sousa, J.A. et al. // J. Nephrol. – 2020. – V.33, №6. – P.1361-1367.
13. Krane, N.K. Kidney disease and pregnancy // Drug and diseases. Obstetrics and Gynecology. – 2023. – Online Open Access
14. Correlations between Maternal and Fetal Outcomes in Pregnant Women with Kidney Failure. Meca, D-C., Varlas, N.V., Mehedintu, C., Cirstoiu, M.M. // J. Clin. Med. – 2023. – V.12, №3. – P.832.
15. Szczepaniski J., Griffin A., Novothy S., Wallace K. Acute kidney injury in pregnancies complicated with preeclampsia or HELLP syndrome // Front Med. Sec. Nephrol. – 2020. – V.7.
16. Maternal serum uric acid, creatinine and blood urea levels in the prediction of preeclampsia among pregnant women attending ANC and delivery services at Bahir Dar city public hospitals, northwest Ethiopia: a case-cohort study. Tesfa, E., Munchea, A., Nibret, E., Mekonnen, D., Sinishaw, M.A. et al. // Heliyon, 2022. – V.8, №10. – P.e11098.
17. Zibar, L., Vince, K. Renal failure in pregnancy. In: Cinnela, G., Beck, R., Malvasi, A. (eds) Practical Guide to simulation in delivery room emergencies. Springer, Cham. – 2023. – P.133-140.
18. Tidy C., Vakharia K. “Renal disease in pregnancy” 2022. // Arun J. Critical Care Medicine AKI during pregnancy
19. Asselin-Miller, N., Patient, C. Renal disease in pregnancy // Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine. – 2022. – V.32, №3. – P.27-31.



20. Частота встречаемости, основные факторы риска и эффективность лечения пациентов с послеродовыми кровотечениями Артымук, Н.В., Марочко, Т.Ю., Апресян. С.В., Артымук, Д.А., Шибельгут, Н.М. // Доктор.Ру. –2023.– Т. 22, №5.– С.14-19.
21. Kattah A. Preeclampsia and kidney disease: Deciphering cause and effect. *Curr.Hypertens rep.* –2020. – V.22, №11.– P.91.
22. Incidence and predictors of acute kidney injury among women with severe pre-eclampsia at Mbarara regional referral hospital. Hassan, M., Mayanja,R., Ssalongo, W.G., Robert, N., Henry, L. et al. // *BMC Nephrol.* – 2022.– V. 353.
23. Acute renal Failure in Pregnancy: A Prospective Cohort Study. Tripathy S.S., Ghade R., Monanty S., Mahapatra T., Behera K. // *J.Clin.Diagn.Researh.* –2022.–V.16, №2.– P.Qc 15-QC18.
24. Acute kidney injury during pregnancy and puerperium. Taj, I., Bakhtawar, Naqvi, K.Z., Mushtag, N., Adilatahir et al. // *Pakistan J. Med. health Sci.* –2022.– V.16, №07.
25. Pregnancy –related acute kidney injury it high altitude: a retrospective observational study in a single center Li, X., Wu, X., Zhang, M., Xu, L., Li, G. et al. // *BMC Nephrol.* –2021.– V. 22, № 215.
26. Барановская, Е.И. Материнская смертность в современном мире. // *Акуш.гинекол.репродукция.* – 2022. – Т.16, №3. – С.296-305
27. Preeclampsia, HELLP syndrome, and postpartum renal failure with thin basement membrane nephropathy: case report and a brief review of postpartum renal failure. Janga, K.S., Chitamanni, P., Raghavan, S., Kumar, K. et al. // *Hindawi Case reports in Obstetrics and Gynecoljgy.* - 2020. - V. 2020, ID 3198728. – P. 1-7.
28. Effect of HELLP syndrome on acute kidney injure in pregnancy and pregnancy outcomes : a systematic review and meta-analysis. Liu, Q., Ling, G-j., Zhang, S-q., Zhai, W-q., et al. // *BMC Pregnancy and Childbirth.* – 2020. – V.20, №1.– P. 657.
29. HELLP синдром в акушерской практике. Балмагамбетова, Г.Н., Шалкарбекова, Ф.Т., Абильмажинова, Б.Р., Ахмедияр, Ж.Т. и др. // *Акт.пробл.теорет.клин.мед. Ж.Казах.Росс.-мед.универ.* – 2022. – Т. 2, №36.– С.52-57.
30. Huang,H., Liu, B., Gao, X., Wang Y. Clinical classification, pregnancy outcomes and risk factors analysis of severe preeclampsia complicated with HELLP syndrome. // *Front.Surg.* –2022. – V.9 – P.859180.
31. Hromadnikova, I., Kotlabova,K., Krofta L. First-trimester screening for HELLP syndrome - prediction model based on microRNA biomarkers and maternal clinical characteristics // *Int.J.Mol.Sci.*– 2023. –V. 2496 – P.517.
32. Кирсанова, Т.В., Балакирева А.И., Федорова, Т.А. Особенности нефропатии при различных вариантах тромботических микроангиопатий в акушерской практике // *eLibraryID 46686475.* – 2021. – №13 – С.128-137.
33. HELLP syndrome, intracerebral hemorrhage, and hemophagocytic syndrome after cesarean section in a pregnant patients with severe preeclampsia: case report .Tan, M., Wang,S., Li,Q., Zhao, M., Cao,J. // *BMC Prehnancy Childbirth.* – 2023.–V 23, №1.–P.129.
34. Shu,H., Nie, F. Clinical characteristics and prognosis of postpartum acute kidney injury. // *J.Int.Med.Res.* –2021. – V.49, №.2. – CD 300060520988388.
35. Бабажанова, Ш.Д., Любич, А.С., Джаббарова, Ю.К. Факторы, способствовавшие неблагоприятному исходу при преэклампсии. // *Фундаментальная и клин.мед.*– 2021.– Т.6, №1.– С.27-31
36. Wang L., Tang,D., Zhao,H., Lian,M. Evaluation of risk and prognosis factors of acute kidney injury in patients with HELLP syndrome during pregnancy. // *Front Physiol.* – 2021. –V.12.–P.650826.
37. Тяжёлаяпреэклампсия с развитием тяжёлого HELLP- синдрома в послеродовом периоде. Хрулёва, Ю.В., Козловская, Н.Л., Ефремовцева, М.А., Авдошина, С.В. // *Трудный пациент.*– 2021– Т. 19, №1.– С.31-35.
38. Shah, S., Verma,P. Pregnancy-related acutte kidney injury: do We know to do? // *Nephron.* – 2023. – V.147, №1. – P.35-38.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ (обзор литературы)

Гафурова Н.Г.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 Таджикского государственного
медицинского университета им. Абуали ибн Сино

Резюме: Проблема острого повреждения почек является актуальной проблемой современного акушерства, обусловленного высоким уровнем материнской и перинатальной заболеваемости и смертности при данной патологии.

Физиологические изменения в почках способствуют поздней диагностике ОПП.

Клинические исходы и акушерская помощь при ОПП, обусловленные гестационным процессом, изучены недостаточно.

Причины ОПП во время беременности гетерогены, они включают первичные заболевания почек и осложнения беременности. Причиной ОПП в первом триместре является септический аборт, который занимает около 3% от общего числа недостаточности функции почек. Во второй половине бе-

ременности около половины причин ОПП занимает преэклампсия, которая является самой частой причиной данного осложнения и достигает 50%, а после родов - сепсис - 9%; отслойка плаценты - 3%; послеродовое кровотечение (ПРК) - 5%.

В связи с высокой сложностью ведение ОПП должно осуществляться мультидисциплинарной командой, состоящей из нефролога, акушера и неонатолога.

Для разработки превентивных мер необходим консенсус в определении, диагностических критериях для ранней диагностики и начала терапии.

Ключевые слова: Материнская смертность (МС), острое повреждение почек (ОПП), беременность, пре/эклампсия, HELLP-синдром, акушерское кровотечение, сепсис.

MEDICAL-BIOLOGICAL AND CLINICAL-LABORATORY ASPECTS OF ACUTE KIDNEY INJURY IN PREGNANT WOMEN (LITERATURE REVIEW)

Gafurova N.G.

Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 Tajik State Medical University named after.
Abualiibn Sino

Abstract: The problem of acute kidney injury is an urgent problem in modern obstetrics, due to the high level of maternal and perinatal morbidity and mortality in this pathology.

Physiological changes in the kidneys contribute to late diagnosis of AKI. Clinical outcomes and obstetric care for gestational-related AKI have not been well studied. The causes of AKI during pregnancy are heterogeneous and include primary kidney diseases and pregnancy complications. The cause of AKI in the first trimester is septic abortion, which accounts for about 3% of the total renal failure. In the second half of pregnancy, about half of the causes of AKI are

preeclampsia, which is the most common cause of this complication and reaches 50%, and after childbirth - sepsis - 9%; placental abruption - 3%; PRK - 5%.

. Due to its high complexity, the management of AKI should be carried out by a multidisciplinary team consisting of a nephrologist, obstetrician and neonatologist. To develop preventive measures, consensus is needed on the definition, diagnostic criteria for early diagnosis and initiation of therapy.

Key words: Maternal mortality (MM), acute kidney injury (AKI), pregnancy, pre/eclampsia, HELLP syndrome, obstetric hemorrhage, sepsis.



Гафурова Нозанин Ганиевна, аспиранти рӯзонаи кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1 «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». E-mail: nozanin.gafurova.93@bk.ru Тел: +992988870501

Гафурова Нозанин Ганиевна, очный аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, E-mail: nozanin.gafurova.93@bk.ru Тел: +992988870501

Gafurova Nozanin Ganievna, postgraduate student of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 1, Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: nozanin.gafurova.93@bk.ru Call number: +992988870501

ТАЪСИРИ САТҲИ ПАСТИ ВИТАМИНИ D БА МАҚОМИ СОМАТИКӢ ВА ФУНКСИЯИ РЕПРОДУКТИВИИ ЗАНҲО Юлдошева М.У., Юлдошева М.У.

Кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1 ва кафедраи эндокринологияи
МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Мухимият. Витамини D гормони стероидии барои таъмин кардани доираи васеи равандҳои физиологии ҳамаи узвҳо зарурӣ мебошад [2]. Норасоии витамини D, тибқи маълумоти тавсияҳои клиникии Ассотсиатсияи эндокринологҳои Федератсияи Россия, дар патогенези бемориҳои музминии аз лиҳози иҷтимоӣ муҳим нақши асосиро иҷро мекунад [5]. Витамини D ба ҳифзи бутунии монеаи эпителиалӣ ва қобилияти регенератории рӯдаи ғафс мусоидат мекунад, ки ин дар пешгирии бемориҳои роҳи ҳозима нақши муҳим дорад [1]. Витамини D дар танзими генҳое, ки синтези гормонҳои ҷинсиро танзим мекунад, танзими мубодилаи карбогидратҳо сахм дорад, аз ин сабаб сатҳи пасти он ҳамчун пешхабари ташаккули ва рушди фарбеҳӣ баррасӣ мешавад. Ибтот шудааст, ки камбудии витамини D хассосияти бофтаҳоро нисбат ба инсулин паст мекунад ва ба ин васила барои пайдо шудани муқовимат ба инсулин мусоидат менамояд. Витамини D дар танзими қобилияти репродуктивии занҳо аз ҳисоби таъсири расонӣ ба узвҳои репродуктивӣ ҳам мустақиман- тавассути бо ретсептори худ алоқа пайдо кардан (дар бофтаҳои тухмдон, эндометрия, найчаҳои фаллопӣ, ҳамчунин пардаи детсидуалӣ ва пласента), ҳам бавосита – аз тариқи ангиғиш додан ба синтези гормонҳои стероидӣ (эстрогенҳо, прогестерон, тестостерон), ки барои мукамал пухта расидани фолликулҳо ва эндометрия заруранд, муҳим арзёбӣ мешаванд. Маълумотиҳои сарчашмаҳои илмӣ иртиботи мутақобилаи камбудии витамини D ва бемориҳои ҷудогонаи музминии аз ҷиҳати иҷтимоӣ муҳимми одамро инъикос мекунад [3,5], дар ин маврид омӯзиши таъсири сатҳи пасти витамини D ба статуси соматикӣ ва функцияи репродуктивии занҳо муҳим ба ҳисоб меравад.

Мақсади таҳқиқот омӯзиши таъсири сатҳи пасти витамини D ба статуси соматикӣ ва функцияи репродуктивии занҳо мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Омӯзиши паҳншавии муҳтавои витамини D дар зардобӣ (серуми) хуни 73 зан аз ҷиҳати синну сол сураат гирифт, ки синну соли миёнаи онҳо $33,2 \pm 0,2$ солро ташкил дод (аз 18 то 45-сола), нишондиҳандаи миёнаи витамини D дар зардобӣ (серуми) хун “ $27,6 \pm 4,3$ нг/мл буд. Гурӯҳи асосии таҳқиқотро 42 нафар зани дорои камбудии витамини D зардобӣ (серуми) хун ташкил дод (нишондиҳандаи миёнаи $21,4 \pm 1,0$ нг/мл). Ба гурӯҳи муқоисавӣ занҳои бо сатҳи муносиби витамини D дохил шуданд (нишондиҳандаи миёнаи $39,0 \pm 1,4$ нг/мл). Синну соли миёнаи беморон фарқ намекард ва мутаносибан $31,2 \pm 2,6$ и $33,0 \pm 1,9$ солро ташкил медод. Гурӯҳи занҳо аз ҷиҳати макони зист, синну сол ва паритет тақрибан як хел буданд.

Усулҳои таҳқиқот инҳоро дар бар мегиранд: пурсиш, муоинаи умумӣ, таҳқиқоти ги-

некологӣ, микроскопӣ, бактериологӣ ва ПТСП-ташҳиси ифрозоти сервикалӣ аз хусуси сирояти бо роҳи алокаи чинсӣ интиқолифта (*Trichomonas vaginalis*, *Herpes-1, 2*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*), сканеркунии ултрасадоии узвҳои коси хурд бо истифода аз ҳисобкунакҳои 3,5–5 МГц ва трансвагиналӣ 3,5–5 МГц тибқи усулҳои аз тарафи умум қабулшуда, машварати терапевт ва эндокринолог. Сатҳи витамини D бо усули таҳлили иммуноферментӣ (ТИФ) муайян карда шуд.

Коркарди омории маълумотҳо бо ёрии меёри параметрии (критерияи Студент) ва критерияи ғайрипараметрии (χ^2) бо истифода аз системаи интегралӣ барои таҳлили комплекси омории ва коркарди маълумотҳои Statistica 6.0. анҷом дода шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Паст шудани сатҳи витамини D бо дараҷаҳои гуногуни возеҳӣ дар ҳар як нафари дуюм (48,9%) таҳҳис карда шуд. Сатҳи нокифояи витамини D дар хуни 29,9% зан дар доираи аз 20,3 то 29,8 нг/мл: дар синну соли репродуктивӣ (аз 18 то 45-сола) ба мушоҳида расид, ин нишондиҳанда ба ҳисоби миёна $24,6 \pm 0,4$ нг/мл-ро ташкил кард.

Сатҳи нокифояи витамини D дар хуни 29,9%-и занҳо дар диапазони аз 20,3 то 29,8 нг/мл дида шуд: дар синну соли репродуктивӣ (аз 18 то 45-сола) ин нишондиҳанда ба ҳисоби миёна $24,6 \pm 0,4$ нг/мл. Дефисити витамини D дар 18,8%-и занҳои таҳқиқшуда ба қайд гирифта шуд, ки дар доираи аз 9,3 то 20,5 нг/мл қарор дошта, ба ҳисоби миёна чунин буд: дар синну соли репродуктивӣ “ $16,2 \pm 0,6$ нг/мл, дар қабл аз ҳайзбинӣ “ $14,3 \pm 1,8$ нг/мл. Сатҳи муносиби витамини D дар 31,3% ба даст оварда шуд: дар синну соли репродуктивӣ, нишондиҳандаи миёнаи он ба $40,4 \pm 0,9$ нг/мл, дар қабл аз ҳайзбинӣ ба “ $39,5 \pm 3,4$ нг/мл баробар буд.

Ҳангоми нокифоя будани витамини D саҳеҳан зиёд шудани миқдори бемориҳои роҳи ҳозима ба қайд расид (ҷадвали 1). Натиҷаҳои ба даст овардашуда нишон медиҳанд, ки бемориҳои системаи гастроинтестиналӣ хеле паҳн гардидаанд, ки ин аз ихтилоли имконпазири гомеостази пардаи лдубирии рӯдаи ғафс, осеб دیدани бутунии монаи эпителиалӣ ва қобилияти регенератории эпители вобаста аст. Аз тарафи дигар, ҳангоми ҳолатҳои зикршудаи патологӣ роҳи ҳозима дефисити витамини D мумкин аст, ки аз ихтилоли ҷаббиши он вобаста бошад [10].

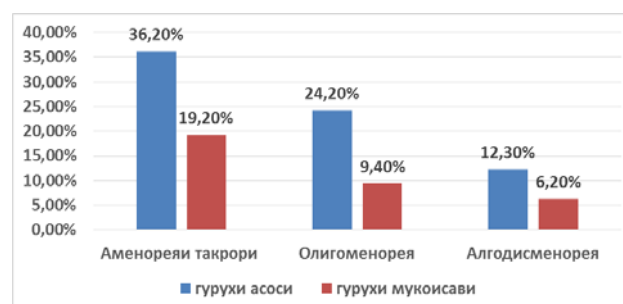
Ҷадвали 1. Миқдори бемориҳои роҳи ҳозима дар занҳои дорои дефисити витамини D.

Шакли беморӣ	Гурӯҳи асосӣ (n = 42)	Гурӯҳи назоратӣ (n = 31)	P
Гастрити музмин	$28,5 \pm 5,2$	$15,2 \pm 4,3$	$p < 0,05$
Колити музмин	$33,3 \pm 4,1$	$11,3 \pm 2,1$	$p < 0,05$
Панкреатити музмин	$19,0 \pm 3,2$	$10,2 \pm 2,0$	$p < 0,05$
Решмараз	$21,4 \pm 3,9$	$14,5 \pm 3,2$	$p < 0,1$

Дар баробари таъсир расонидан ба равандҳои ҳаётан муҳими организми одам, витамини D дар танзими функцияи ҳайзбинии занҳо нақши олии дорад (диаграммаи 1). Маълумотҳои аз диаграммаи 1 ҳосилшуда аҳамияти сатҳи пасти витамини D-ро дар танзими даври ҳайзбинӣ нишон медиҳанд, ки ин имкон дорад ҳам бо иртиботи мутақобилаву бевоситаи витамини D бо ретсепторҳои махсус, ки дар системаи репродуктивӣ ба таври густурда паҳн шудаанд, ҳам бо таъсири он ба стимулятсияи тавлиди гормонҳои стероидӣ (эстроген, прогестерон, тестостерон) алоқаманд бошанд [6,8]. Таҳлили бемориҳои гинекологӣ нишон доданд, ки дар занҳои дучор ба норасоии витамини

D равандҳои гиперпластикии системаи таъносул бештар ба қайд гирифта мешаванд.

Диаграммаи 1. Басомади ихтилоли даври ҳайзбинӣ дар занон бо норасоии витамини D (%)



Таҳлили бемориҳои гинекологӣ нишон дод, ки дар занҳои дорои камбудии витамини



ни D саҳеҳан равандҳои гиперпластикии системаи репродуктивӣ бештар ба қайд гирифта шуданд.

Диаграммаи 2. Басомади равандҳои гиперпластикӣ дар занҳои дучор ба норасоии витамини D



Натиҷаҳои дар диаграммаи 2 овардашуда, зиёдшавии бозътимоди басомади миомаи бачадонро аз ҳисоби таъсири зиддипролиферативии витамини D нишон медиҳанд, ки имкон дорад бо таъсири зиддиитихобии он ва иштироқаш дар танзими неонангиогенез вобаста бошад [9].

Ба ин тариқ, сатҳи пасти витамини D дар занҳои синну соли репродуктивӣ яке аз механизмҳои калидии пайдо шудани ихтилолҳои соматикӣ ва репродуктивӣ ба ҳисоб меравад, ки бо мақсади солимгардонии занҳо зарурати андешидани чорабиниҳои табобатӣ-пешгирикунандаро талаб мекунад.

Адабиёт

1. Бахарева И.В. Витамин D и эндометриоз: в поиске новых возможностей. Российский-вестник акушера-гинеколога. 2018;18(4):35- 43. doi: 10.17116/rosakush201818435.
2. Герасимова Л.И., Денисов М.С., Денисова Т.Г. Генетические аспекты физиологического метаболизма витамина D в функционировании репродуктивной системы. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2016;18(9):1-5. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26944135>.
3. Зайдиева Я.З., Балан В.Е. Витамин D и репродуктивное здоровье женщин (обзор литературы). Медицинский совет. 2018;(12):164-172. doi: 10.21518/2079-701X2018-12-164-172.
4. Каронова Т.Л., Михеева Е.П., Красильникова Е.И., Беляева О.Д., Буданова М.В., Галкина О.В. и др. Дефицит витамина D – фактор риска развития ожирения и сахарного диабета 2-го типа у женщин репродуктивного возраста. Артериальная гипертензия. 2012;18(1):25-31. doi: 0.18705/1607-419X2012-18-1-25-31.
5. Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Носенко Е.Н., Духин А.О., Токаева Э.С. и др. Витамин D3 (Холекальциферол) и тазовая боль, индуцированная эндометриозом яичников. Трудный пациент. 2018;16(4):34-39. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=35076884>.
6. Пигарова Е.А., Плещева А.В., Дзеранова Л.К. Влияние витамина D на иммунную систему. Иммунология. 2015;36(1):62–66.
7. Степанова А.П., Каронова Т.Л., Быстрова А.А., Бреговский В.Б. Роль дефицита витамина D в развитии сахарного диабета 2 типа и диабетической нейропатии. Сахарный диабет. 2018;21(4):301-306. doi: 10.14341/DM9583.
8. Феофилова М.А., Томарева Е.И., Евдокимова Д.В. Этиология и патогенез миомы матки, ее взаимосвязь с состоянием здоровья и репродуктивной функцией женщин (обзор литературы). Вестник новых медицинских технологий. 2017;24(4):249-260. doi: 112737/article_5a38ffb036e579.1142186.
9. Baird D.D., Hill M.C., Schectman J.M., Hollis B.W. Vitamin D and the risk of uterine fibroids. Epidemiology. 2013;24(3):447–453. doi: 10.1097/EDE.0b013e31828acca0
10. Krela-Kaumierczak I., Szymczak A., Lykowska-Szuber L. et al. The importance of vitamin D in the pathology of bone metabolism in inflammatory bowel diseases. Arch Med Sci. 2015;11(5):1028–1032. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624748>.



ВЛИЯНИЕ НИЗКОГО УРОВНЯ ВИТАМИНА D НА СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС И РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН

Кафедра акушерства и гинекологии №1 и кафедра эндокринологии
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

В статье представлены результаты изучения влияния недостаточности витамина D на состояние здоровья женщин. Негативное воздействие недостаточности витамина D на состояние здоровья женщин не вызывает сомнений. Именно в основной группе по сравнению с контрольной группой достоверно выше частота соматической патологии: язвенной болезни желудка (21,4% и 14,5%; $p < 0,05$), хронического панкреатита (19,0 и 10,2%; $p < 0,05$), хронического гастрита (28,5% и 15,2%; $p < 0,1$). Взаимосвязь

сниженного уровня витамина D и заболеваний репродуктивной системы подтверждена значительным увеличением распространенности вторичной аменореи ($36,2 \pm 9,0\%$ и $19,20 \pm 9,4\%$; $p < 0,01$), вторичной олигоменореи ($24,20 \pm 9,4\%$; $p < 0,01$), гиперпластических процессов “миомы матки” ($39,2 \pm 20,3\%$; $p < 0,01$) и аденомиоза ($28,10 \pm 18,2\%$; $p < 0,05$).

Ключевые слова: дефицит витамина D, репродуктивное здоровье женщин, соматический статус.

IMPACT OF LOW VITAMIN D ON WOMEN'S SOMATIC STATUS AND REPRODUCTIVE FUNCTION

Yuldosheva M.U., Yuldosheva M.U.

Department of obstetrics and gynecology №1 GOU «Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino».

The article presents the results of studying the effect of vitamin D deficiency on women's health. The negative impact of vitamin D deficiency on women's health is undeniable. It is in the main group compared with the control group that the incidence of somatic pathology is significantly higher: gastric ulcer (21,4% and 14,5%; $p < 0,05$), chronic pancreatitis (19,0 and 10,2%; $p < 0,05$), chronic gastritis (28,5% and 15,2%; $p < 0,1$). The relationship between a

reduced level of vitamin D and diseases of the reproductive system was confirmed by a significant increase in the prevalence of secondary amenorrhea (36,2 and 19,20% $p < 0,01$), secondary oligomenorrhea ($24,20 \pm 9,4\%$; $p < 0,01$), hyperplastic processes - uterine fibroids ($39,2 \pm 20,3\%$; $p < 0,01$) and adenomyosis ($28,10 \pm 18,2\%$; $p < 0,05$).

Key words: vitamin D deficiency, women's reproductive health, somatic status.

Юлдошева Манижа Умарҷоновна, ассистенти кафедраи акушерг ва гинекологии № 1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалг ибни Сино», н.и.т., тел: 985675625, Email: manizhayuldosheva88@mail.ru

Юлдошева Манижа Умарҷоновна, ассистент кафедраи акушерства и гинекологии № 1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», к.м.н. 985675625, manizhayuldosheva88@mail.ru

Yuldosheva Manija Umarchonovna, assistant of Department of obstetrics and gynecology №1 GOU «Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino», 985675625», к.м.н., 985675625, manizhayuldosheva88@mail.ru

Юлдошева Муниса Умарҷоновна, ассистенти кафедраи эндокринологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалг ибни Сино», с.т.с. Email: munisau2202@mail.ru 989185665

Юлдошева Муниса Умарҷоновна, ассистент кафедраи эндокринологияи ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», с.т.с. Email: munisau2202@mail.ru 989185665

Yuldosheva Munisa Umarchonovna, assistant of Department of obstetrics and gynecology №1 SEG «Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino», Email: munisau2202@mail.ru 989185665.



БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

ТАҲЛИЛИ КОМПЛЕКСӢ ВА БАҲОГУЗОРИИ ҲОЛАТИ ФУНКЦИОНАЛӢ, СИФАТИ ҲАЁТ ВА САТҲИ ИЗТИРОБИ БЕМОРОНИ ДОРОИ АРТРИТИ РЕВМАТОИДИИ ТӢЛОНӢ ДАР ЗАМИНАИ ТАБОБАТИ ФАӢОЛИ НАЗОРАТШАВАНДАИ ЗИДДИИЛТИҲОБӢ ДАР ДОИРАИ СТРАТЕГИЯИ «TREATTOTARGET - T2T» - «ТАБОБАТ TO РАСИДАН БА ҲАДАФ»

Мачонова М.М.

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунӣ, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мубрамияти мавзӯ. Дар рушди инқилобии концепсияи инноватсионии «табобати ҳадафмандона» РА дар доираи стратегияи фармакотерапевтии беморӣ Т2Т ва дигар бемориҳои аутоиммунӣ соҳаи ревматикӣ коркард ва татбиқи васеи воситаҳои муҳандисии гении биологӣ дар тибби амалӣ мебошад, ки метавонанд ба таври селективӣ ситокинҳои муҳимми зиддиинфлюэнца ва ё роҳҳои сигналҳои дохилиҳуҷайравиро маҳдуд созанд [1-6].

Дар байни бемориҳои музминӣ илтиҳоби ревматикӣ РА, ки асосан дар синну соли ҷавонӣ ва қобиляти корӣ ошкор карда мешавад, бемории нисбатан пахншуда-тар ба шумор меравад, ки дар миқёси ҷаҳонӣ дар охир ба маъҷубшавии миллионҳо нафар оварда мерасонад [7-11]. Нишон дода шудааст, ки ҳангоми РА синдроми вазнину эрозиявӣ-деструктивӣ ва мунтазам пешравандаи буғумҳо ва тақрибан доимо мавҷуд будани синдроми музминӣ дард ва зухуроти виссералии беморӣ, махсусан бо рейтингӣ баланди пешгӯишаванда (ба истилоҳ «Малма-критерия») шаклҳое мебошанд, ки онҳо аз як тараф, ба таври максималӣ қобиляти кориро маҳдуд месозанд ва сифати ҳаётро шадидан бад месозанд, аз тарафи дигар барои вайрон шудани алоқаҳои (иртиботи) иҷтимоии беморон мусоидат менамоянд, ҳамчунин ба вайрон шудани ҳаёти оилавӣ ва дар доираи ихтилолҳои изтиробиву депрессивӣ (ИИД) ба пайдо шудани ихтилолҳои равонӣ-эмотсионалӣ оварда мерасонанд. [12-16].

Вобаста аз ин, аксари муҳаққиқони муосир дар пажӯҳишҳои худ қайд мекунанд, ки дар беморони дорои бемориҳои гуногуни музминӣ соҳаи ревматикӣ бо мақсади нис-

батан дақиқ ва комплексӣ баҳогузори намудан ба самаранокии табобати гузаронидашуда, дар баробари василаҳои маъмулӣ, ба худбаҳодиҳии беморон ба вазъи умумии саломатии худ, ки ба параметрҳои инъикоскунандаи сифати ҳаёти вай вобастаанд, нақши муҳимдоранд [9,17-20].

Нишон дода шудааст, ки агар ҳадафи ниҳонии фармакотерапияи РА дар доираи стратегияи Т2Т ва концепсияи «табобати ҳадафманд» барои табиб ба даст овардани ремиссияи клиникӣ бошад, барои бемор беҳтар кардани СҲ ва ҳолати функционалӣ параметри асосӣ баҳодиҳии табобати гузаронидашуда ба ҳисоб меравад [21-26]. Вобаста аз ин, имрӯзҳо эксперт-ревматолоҳи зиёде ҳангоми мониторинг ва баҳодиҳии самаранокии стратегияи фармакотерапевтии РА дар амалияи воқеии клиникӣ тавсия карда мешавад, ки ба динамикаи он нишондиҳандаҳое диққат дода шавад, ки онҳо ҳамчун «ба андешаи бемор вазъи саломатӣ» номида мешаванд (patient-reported outcome – PRO) [25,27-30]. Таҳлили маълумотҳои дар адабиётҳои солҳои охир сабтшуда аз он дарак медиҳанд, ки таҳлили PRO бо мақсади самаранокии табобати РА мумкин аст, ки ба таври иловагӣ ҳисоби шохисҳои байналмилалӣ фаъолнокии бемориро пурқувват кардан лозим меояд, ба монанди DAS28, CDAI ва SDAI, ки барои баҳодиҳии самаранокии табобат ва муайян кардани чараҳои беморӣ ва пешравии беморӣ аҳамияти принсипалӣ доранд [25,31-35]. Азбаски дар амалияи воқеии клиникӣ маҳз PRO-дард, ҳастагӣ, ТДР, ҳолати умумӣ, таъб ва ғайра, дар ниҳояти кор омилҳои калидӣ ба шумор мераванд, ки паст шудани СҲ-ро ва дар натиҷа аз даст додани фаъолнокии функцио-

налӣ ва иҷтимоии беморро муайян меку-
нанд. Аз ҳамин сабаб, бисёри беморони до-
рои «анамнези ревматоидӣ»-и тӯлонӣ назо-
рати самаранок ва аз рӯйи имконият пурра
бартараф шудани ихтилолҳои зикршударо
ба сифати таъсирҳои нисбатан муҳимтари-
ни табобат арзёбӣ мекунанд [7,13,36-39].

Вобаста аз ин, дар беморони дорои РА
таҳлили муфасссал ва мониторинги парамет-
рҳое, ки аз як тараф, ҳолати функционалӣ
ва психоэмотсионалии беморонро инъикос
мекунад, аз тарафи дигар, ба таври манфӣ
СХ-ро модификатсия мекунад, дар баҳогу-
зории комплекси самаранокии табобати
самараноки гузаронидашудаи илтиҳобӣ,
махсусан дар доираи стратегияи Т2Т чузъи
муҳимми таркибӣ шуморида мешавад.

Мақсади таҳқиқот ба таври комплексӣ
омӯхтан ва баҳогузорӣ намудани ҳолати бу-
зургӣ (параметрҳо)-и инъикоскунандаи СХ
ва изтиробҳои беморони дорои РА-и фаъоли ва
тӯлонӣ дар заминаи табобати фаъоли идора-
шаванда дар доираи стратегияи Т2Т.

Мавод ва усулҳо. Дар раванди иҷро на-
мудани таҳқиқоти мазкур ҳамагӣ 77 бемо-
ри дорои РА-и фаъол ва тӯлонӣ (тибқи кри-
терияҳои АCR, с.1987) дар синну соли 29-
66-солагӣ (синну соли миёна $53,8 \pm 4,3$), ки
тадричан таҳқиқоти статсионарӣ ва табо-
батро дар шуъбаи кардиоревматологии
Маркази шаҳрии тиббӣ №2 (МТШ №2) ба
номи академик К.А. Тоҷиев, ш. Душанбе
(пойгоҳи клиникии кафедраи таълими ассо-
сҳои бемориҳои дарунӣ, МДТ Донишгоҳи
давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абу-
алӣ ибни Сино) дар давраи солҳои 2019- 2022
гузаштаанд, иҷро карда шуд.

Бештари беморон зан буданд, ки синну
соли миёна доштанд, мувофиқи омили рев-
матоидӣ серопозитив буданд, «анамнези
ревматоидӣ» ба ҳисоби миёна то 10 сол,
раванди фаъоли илтиҳобӣ, марҳалаи II ва
III-и рентгенологӣ, синфи II ва III-и функ-
сионалӣ, ҳамчунин зухуроти доимии беморӣ
(аз ҷумла рейтинги пешгӯикунандаи олий –
ба истилоҳ «Малма-критерия») ва бемо-
риҳои ҳамроҳи коморбидӣ (асосан бемо-
риҳои кардиоваскулярӣ ва синдроми мета-
боликӣ) доштанд.

Бо мақсади баҳогузории объективӣ ва
миқдорӣ хусусиятҳо ва дараҷаи ихтило-
лҳои функционалӣ дар ҳаёти рӯзмарра, СХ
сатҳи изтироб ва баҳогузории комплекси
вазнинии ҳолати беморони дорои РА-и фаъ-
оли тӯлонӣ варианти русии чунин восита-
хоро мавриди истифода қарор додем: а)
шоҳиси НАQ; б) саволномаи RAQoL, ки
махсусан барои беморони дорои РА сохта
ва таъйид шудааст; в) тести Тейлор дар мо-
дификатсияи Норакидзе В.Г. [8,40,41].

Вобаста аз хусусиятҳо ва самаранокии
табобати гузаронидашуда ҳамаи беморони
дорои РА-и фаъоли тӯлонӣ ($n=77$) ба 2 гурӯҳ
ҷудо карда шуданд: гурӯҳи I ($n=39$) – гурӯҳи
муоинаи пуршиддат; в) гурӯҳи II ($n=38$) –
муоинаи анъанавӣ. Беморони гурӯҳи I, дар
баробари препаратҳои қатори симптоматӣ
ба сифати препарати пойгоҳии зиддиилти-
ҳобӣ аз метотрексат (МТ) ба таври перо-
ралӣ (38,7%) ва методжект (МТЖ) дар шак-
ли тазриқи зерипӯстии ҳарҳафтаина (61,3%)
истифода карда шуд. Баъди 3 моҳи табоба-
ти фаъол барои миқдори муайяни бемо-
ри гурӯҳи I – 52,5% (ки ба монотерапияи МТ/
МТЖ) ҷавоб нагуфтанд, препаратҳо аз гур-
ӯҳи ГИБП – энбрел бо дозаи 50 мг зерипӯ-
стии ҳарҳафтаина таъйин карда шуд. Айни
замон дар ҳамаи беморони гурӯҳи II, дар
баробари препаратҳои қатори симпто-
маткӣ ба сифати БПВП аз МТ пероралӣ
(100%) истифода карда шуд. Беморони гур-
ӯҳи II (65,8%), дар моҳи 3-юми муоина ба
монотерапияи МТ ҷавоб надодаанд, ба си-
фати БПВП 2 плаквенил бо дозаи 200 мг ҳа-
марӯза таъйин карда шуд.

Дар гурӯҳи назоратӣ 40 нафари солим (28
зан ва 12 мард) буд, ки дар онҳо бемориҳои
узвҳои дарунӣ дида намешуд, синну солшон
- 48 сол (34-66 сол) буд.

Натиҷаҳо бо ёрии барномаи компютери
«Statiatica-10» ширкати StatSoft Inc. Соли
1984-2012 коркард шуданд.

Натиҷаҳо ва баррасӣ. Нишондиҳандаҳои
ибтидоӣ ва динамикаи шиддатнокии синдро-
ми музмини дард тибқи шкалаи визуалии
мушобех (ВАШ) ва нишондиҳандаҳои аз та-
рафи умум қабулшудаи РА-и фаъол (баъди
3,6 ва 12 моҳ) дар беморони гурӯҳи I (дар за-



минаи табобати фаъоли назоратшавандаи табобати зиддиилтиҳобӣ дар режими анъа-зиддиилтиҳобӣ) ва гурӯҳи II (дар заминаи навий) дар чадвалҳои 1 ва 2 оварда шудаанд.

Чадвали 1. -Динамикаи шиддатнокии синдроми музмини дард ва нишондиҳандаҳои маъмулии клиникӣ-лаборатории РА-и фаъол дар беморони гурӯҳи I (n=39).

Нишондиҳанда	Ибтидоӣ	Баъди 6 моҳ	Баъди 12 моҳ	P
ВАШ, мм	85,0 [60,0;90,0]	30,0 [20,0;40,0]	15,0 [5,0;20,0]	<0,001
УС, дак	90,0 [60,0;180,0]	45,0 [30,0;90,0]	30,0 [15,0;60,0]	<0,001
ЧПС	16,0 [10,0; 20,0]	8,0 [4,0; 6,0]	1,0 [1,0; 2,0]	<0,001
ЧБС	22,0 [16,0;28,0]	10,0 [6,0; 12,0]	2,0 [1,0; 3,0]	<0,001
СОЭ, мм/соат	46,8 [34,0; 54,6]	25,0 [20,0;30,4]	18,0[14,0;25,4]	<0,001
DAS28, балл (%)	>4,1 (100)	<2,6 (33,4)	<2,6 (43,7)	

Эзоҳ: ВАШ - шкалаи визуалии мушобех, ЧБС – миқдори бугумҳои дарднок, ЧВС – миқдори бугумҳои илтиҳобӣ, УС – қарахтии субҳона.

Аз маълумотҳои чадвалҳои 1 ва 2 бармеояд, ки баъди 3 моҳи табобати фаъол дар қисми бештари беморони дорои РА-и фаъоли тӯлонӣ гурӯҳи I ва ҳам гурӯҳи II, дар ҳама параметрҳои клиникӣ-лабораторӣ, ки фаъолнокии умумии илтиҳобии бемориро инъикос мекунанд, динамикаи мусбат мушоҳида карда шуд. Ҳамин гуна натиҷаҳо қаблан дар паҷуҳишҳои дигар муҳаққиқон нишон дода шуда буд [16,21,33].

Чадвали 2. - Динамикаи шиддатнокии синдроми музмини дард ва нишондиҳандаҳои маъмулии клиникӣ-лаборатории РА-и фаъол дар беморони гурӯҳи II (n=38).

	Ибтидоӣ	Баъди 6 моҳ	Баъди 12 моҳ	P
ВАШ, мм	75,0 [60,0;80,0]	30,0 [25,0;35,0]	20,0 [15,0;25,0]	<0,001
УС, мин	90,0 [60,0;160,0]	45[30,0;60,0]	30[20,0;45,0]	<0,01
ЧПС	14,0 [12,0; 18,0]	8,0 [4,0; 6,0]	4,0 [2,0; 6,0]	<0,01
ЧБС	24,0 [16,0;28,0]	10,0 [6,0; 12,0]	6,0 [4,0; 8,0]	<0,01
СОЭ, мм/час	42,6 [34,0; 52,0]	25,0 [20,0;34,0]	22,0[18,0;28,0]	<0,001
DAS28, балли (%)	>4,1 (100)	< 2,6 (15,8)	< 2,6 (21,1)	<0,01

Эзоҳ: ВАШ - шкалаи визуалии мушобех, ЧБС – миқдори бугумҳои дарднок, ЧВС – миқдори бугумҳои илтиҳобӣ, УС – қарахтии субҳона.

Дар маҷмӯъ дар лаҳзаи анҷом додани ин таҳқиқот (баъди 12 моҳи сар шудани табобати фаъоли зиддиилтиҳобӣ) дар бештари беморони гурӯҳи I (84,8%) ва қисми бештари беморони гурӯҳи II (65,7%) нишондиҳандаи шиддатнокии синдроми музмини дард (тибқи ВАШ) ҳама параметрҳои омӯхташавандаи клиникӣ-лабораторӣ, ки фаъолнокии умумии илтиҳобии РА-ро инъикос мекунанд, аз ҷиҳати оморӣ ($p<0,05-0,001$) аз нишондиҳандаҳои ибтидоӣ фарқ мекарданд.

Чадвали 3.- Динамикаи параметрҳои омӯхташаванда, ки фаъолнокии функционалӣ, СХ, сатҳи изтироб ва вазнинии умумии бемории беморони гурӯҳи I -ро инъикос мекунанд (n=39)

Нишондиҳанда	Ибтидоӣ	Баъди 6 моҳ	Баъди 12 моҳ	p
HAQ, балл	2,2±0,8	1,3±0,5	0,8±0,3	P<0,01
RAQoL, балл	24,3±1,8	13,4±1,3	9,6±0,8	P<0,001
Сатҳи изтироб, балл	32,4±2,7	21,6±1,8	10,2±0,7	P<0,001
ШВ РА, балл	8,6±0,8	5,2±0,4	2,2±0,2	P<0,01

Эзоҳ: ШВ – шохиси вазнинии РА.

Ҳамзамон бо таҳлил ва баҳодиҳии табобати фаъоли зиддиилтиҳобӣ дар сатҳи параметрҳои клиникӣ-лаборатории аз тарафи умум қабулшуда, ки фаъолнокии дараҷаи илтиҳобии РА-ро инъикос мекунанд, мо дар гурӯҳҳои I ва II –и беморон динамикаи

ифаълнокии функционалии беморонро тибқи саволномаи НАQ, нишондиҳандаҳои СХ-ро тибқи саволномаи RAQoL, сатҳи изтиробро тибқи тести Тейлор дар модификасияи Норакидзе ва шохиси вазнинии РА-ро дар заминаи табобати зиддиилтиҳобӣ дар режими интенсивӣ дар доираи стратегияи омӯхтем T2T (чадвали 3 ва 4).

Ҳангоми таҳлил кардан ва баҳогузори динамикаи параметрое, ки фаълнокии функционалӣ, СХ, сатҳи изтироб ва вазнинии умумии бемориро дар беморони гурӯҳҳои I ва II мувофиқи саволномаи НАQ ва RAQoL, тести Тейлор ва ШВ-ро дар зами-

наи табобати фаъоли зиддиилтиҳобӣ ва режими интенсивӣ мо низ мисли муҳаққиқони дигар тамоюли возеҳи мусбати беҳтаршавии фаълнокии функционалӣ ва сифати ҳаёти беморон, сатҳи изтироб ва нишондодҳои ШВ-ро муайян кардем. Из маълумотҳои чадвали 4.8- ва 4.9- дида мешавад, ки тағйироти мусбат дар ҳама параметрҳои омӯхташаванда, ки фаълнокии функционалӣ, СХ, дараҷаи изтиробро дар беморони дорои РА-и фаъоли тӯлонӣ ва вазнинии умумии бемориро инъикос мекунанд, асосан дар беморони гурӯҳи I дида шуданд (гурӯҳи муоинаи муфассал).

Чадвали 4.- Динамикаи параметрҳои омӯхташаванда, ки фаълнокии функционалӣ, СХ, сатҳи изтироб ва вазнинии умумии бемории беморони гурӯҳи II)-ро инъикос мекунанд (n=38).

Нишондиҳанда	Ибтидоӣ	Баъди 6 моҳ	Баъди 12 моҳ	p
НАQ, балл	1,6±0,9	1,4±0,5	1,1±0,4	P<0,05
RAQoL, балл	22,5±1,7	16,5±1,3	12,4±0,8	P<0,01
Сатҳи изтироб, балл	28,7±2,3	21,4±1,6	16,5±1,3	P<0,01
ШВ РА, балл	7,2±0,6	5,4±0,4	4,2±0,3	P<0,05

Эзоҳ: ШВ – шохиси вазнинии РА.

Маълумотҳое, ки дар адабиётҳои солои охир оварда шудаанд, аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки воситаҳои байналмилалӣ аз тарафи умум қабулшудаи баҳодиҳии «ҳолати саломатӣ аз нуқтаи назари бемор» (PRO) ҳангоми РА нисбат ба тағйироти ҳолати саломатии беморон ҳелел ҳассосанд ва онҳоро метавон ба сифати параметрҳои иловагии баҳодиҳӣ ба самаранокии табобати фаъоли зиддиилтиҳобӣ, махсусан дар доираи стратегияи T2T [7,25,26,34,42] истифода намуд. Дар робита бо гуфтаҳои боло, мо

таҳлили муқоисавӣ ва баҳодиҳии комплексии динамикаи фаълнокии функционалии беморонро мувофиқи саволномаи НАQ, нишондиҳандаҳои СХ-ро мувофиқи саволномаи RAQoL, дараҷаи изтиробро мувофиқи тести Тейлор ва шохиси вазнинии РА-ро дар беморони гирифтори РА-и фаъоли тӯлонӣ (n=23), ки дар лаҳзаи анҷом додани таҳқиқот (баъди 12 моҳ пас аз саршавии табобат) ҳадафи ниҳии стратегияи T2T – ҳолати ремиссияи клиникаро ба даст овардаанд, анҷом додем. (чадвали №5).

Чадвали 5.- Динамикаи параметрҳои омӯхташаванда, ки фаълнокии функционалӣ, СХ, сатҳи изтироб ва вазнинии умумии бемории беморони гурӯҳи I-ро (n=23) – ки ҳолати ремиссияи клиникаро ба даст овардаанд, инъикос мекунанд (n=38)

Показатель	Исходно	Через 6 мес	Через 12 мес	p
НАQ, баллы	2,0±0,8	0,8±0,3	0,3±0,1	P<0,001
RAQoL, баллы	23,6±2,1	10,6±1,1	5,6±0,5	P<0,001
Уровень тревожности, баллы	29,8±2,6	14,2±1,8	5,4±0,4	P<0,001
ИТ РА, баллы	8,6±0,7	4,2±0,6	1,8±0,2	P<0,001

Натиҷаҳои дар чадвали 5 овардашуда ба маълумотҳои муаллифони дигар мувофиқат мекунанд [25-27,34,42] ва инҳоро нишон медиҳанд: дар бемороне, ки дар моҳи 12-уми табобат ҳадафи ниҳии стратегияи муосири фар-

макотерапевтии РА (стратегияи T2T)-ро ба даст овардаанд – ҳолати ремиссияи клиникӣ аз ҷиҳати омӯрӣ беҳтаршавии саҳеҳи ҳамаи параметрҳои инъикоскунандаи фаълнокии функционалӣ, СХ, сатҳи изтироб ва вазнинии уму-



мии беморӣ мувофиқи саволномаи НАQ ва RAQoL, тести Тейлор ва ШВ ба назар расид.

Хамин тавр, маълумотҳои ба даст овардаи мо аз як тараф, нишон медиҳанд, ки ҳилл бад шудани фаъолнокии функционалӣ ва СХ-и беморон ва афзудани изтироб, ҳамчунин доимо вучуд доштани синдроми музмин дард хусусиятҳои махсус ва фарқкунандаи беморони дорои РА-и фаъоли тӯлонӣ

мебошанд, аз тарафи дигар, ба даст овардани ҳадафи ниҳоии стратегияи Т2Т – ҳолати ремиссияи клиникӣ дар беморони дорои РА-и фаъоли тӯлонӣ ба таври радикалӣ параметрҳои PRO-ро мусбат модификатсия мекунад ва тақрибан синдроми музмини ҳузурдоштаи дардро то қадри ақал кам мекунад ва талабот ба воситаҳои зиддиинфлюмматорӣ “айристероидиро коҳиш медиҳад.

Адабиётҳо

1. Каратеев Д.Е. Современные принципы ведения больных с ревматоидным артритом / Д.Е. Каратеев, Е.Л. Лучихина // Медицинский совет. - 2017. - №17. - С. 92-101.
2. Насонов Е.Л. Проблемы иммунопатологии ревматоидного артрита: эволюция болезни / Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. – 2017. - № 55 (3). – С. 277-294.
3. Насонов Е.Л. Перспективы применения уретапидина при ревматоидном артрите и других иммуновоспалительных ревматических заболеваниях / Е.Л. Насонов, А.М. Лиля / Научно-практическая ревматология. – 2020. – №58(5). – С.532-543.
4. Wijbrandts C.A. Prediction of Response to Targeted Treatment in Rheumatoid Arthritis / C.F. Wijbrandts, P.P. Tak // *Mayo Clin Proc.* - 2017. - V.92(7). - P. 1129-1143.
5. Genetic Polymorphisms Associated with Rheumatoid Arthritis Development and Antirheumatic Therapy Response / D.S. Mikhaylenko [et al.] // *Int J. Mol. Sci.* - 2020 Jul 11;21(14):4911.
6. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update / J.S. Smolen [et al.] // *Ann Rheum. Dis.* - 2020. – V. 79(6). – P. 685-699.
7. Каратеев А.Е. Проблемы боли и качества жизни при ревматоидном артрите: фокус на барицитиниб / А.Е. Каратеев // Научно-практическая ревматология. – 2020. – №58 (4). – С.420-427.
8. Клиническая ревматология: третье издание, переработанное и дополненное (руководство для врачей) / Под ред. академика В.И. Мазурова // М: Е-нот. – 2021. – 696с.
9. Лиля А.М. Здоровая и полноценная семья пациента с иммуновоспалительным заболеванием: актуальные вопросы и пути их решения – что может предложить современная медицина? / А.М. Лиля // Современная ревматология. – 2018. – № 1. – С. 93-100.
10. Ревматология: российские клинические рекомендации / Под ред. академика РАН Е.Л. Насонова // Издательская группа «Геотар – Медиа». – 2019. – 461 с.
11. An J. Prevalence of comorbidities and their associations with health-related quality of life and healthcare expenditures in patients with rheumatoid arthritis / J. An, E. Nyarko, M.A. Hamad // *Clin. Rheumatol.* – 2019. – V. 38(10). – P. 2717–2726.
12. Каратеев А.Е. Хроническая боль и центральная сенситизация при иммуновоспалительных ревматических заболеваниях: патогенез, клинические проявления, возможность применения таргетных базисных противовоспалительных препаратов / А.Е. Каратеев, Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. - 2019. - № 57(2). – С. 197-209.
13. Pfau M.L. Peripheral and central mechanisms of stress resilience / M.L. Pfau, S.J. Russo // *Neurobiol Stress.* - 2015. – V. 1. – P. 66–79. DOI: 10.1016/j.ynstr.2014.09.004.
14. Severe extra-articular disease manifestations are associated with an increased risk of first ever cardiovascular events in patients with rheumatoid arthritis / C.Turreson [et al.] // *Ann. Rheum. Dis.* – 2007. – V.66. – P.70-75.
15. Муравьев Ю.В. Внесуставные проявления ревматоидного артрита / Ю.В. Муравьев // Научно-практическая ревматология. – 2018. - № 56(3). – С. 356-362.

16. Назаров Б.Д. Ревматоидный артрит с системными проявлениями: диагностика, клинико-иммунологические особенности, оценка прогноза, оптимизация терапии. Дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Б.Д. Назаров // Душанбе. – 2013. – 160 с.
17. Влияние адекватной психофармакотерапии на эффективность лечения больных ревматоидным артритом / А.А. Абрамкин [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2018. – №56 (3). – С.173-183.
18. Воробьева Л.Д. Факторы, влияющие на качество жизни, связанное со здоровьем, у пациентов с системной красной волчанкой / Л.Д. Воробьева // Научно-практическая ревматология. – 2019. – №57 (4). – С.462-467.
19. Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial / F. Matcham [et al.] // *Rheumatology (Oxford)*. - 2016. - 55 (2). – P. 268- 278.
20. Radner H. Multimorbidity in rheumatic conditions /H. Radner // *Wien KlinWochenschr.* - 2016 Nov. – V. 128(21-22). – P. 786-790.
21. Махмудов Х.Р. Стратегия «Лечение до достижения цели» в терапии ревматоидного артрита / Х.Р. Махмудов, Ё.У. Саидов // *Вестник Авиценны*. – 2015. – № 4 (65). –С. 126-132.
22. Smolen J.S. Rheumatoid arthritis / J.S. Smolen, D. Aletaha, I.B. McInnes // *Lancet*. -2016. – V. 388(10055). – P. 2023–2038.
23. Показатели активности ревматоидного артрита: связь с психологическим статусом пациента / В.В. Рыбакова [и др.] // *Современная ревматология*. - 2020. - №14(2). С. 27-34.
24. Психологический стресс и ревматоидный артрит – интерференция патогенетических механизмов / Н.О. Туаева // *Научно-практическая ревматология*. – 2019. – №57 (1). – С.83-90.
25. Van Tuyl L.H. Patient-Reported Outcomes in Rheumatoid Arthritis / L. H. Van Tuyl, K. Michaud // *Rheum. Dis. Clin. North Am.*- 2016. – V. 42(2). – P. 219-237.
26. The use of routinely collected patient-reported outcome measures in rheumatoid arthritis/ M.Hilgsmann [et al.] // *Semin. Arthritis. Rheum.* – 2018. – V. 48(3).
27. Аронова Е.С. Переносимость инфликсимаба у пациентов с ревматоидным артритом в реальной клинической практике значительное ухудшении функциональной активности и КЖ больных и повышенная тревожность, а также постоянное присутствие хронического болевого синдрома являются достаточно характерной и отличительной чертой пациентов с активным развернутым РА / Е.С. Аронова, Г.В. Лукина, Я.А. Сигидин // *Научно-практическая ревматология*. – 2020. – №58(1). – С.31-36.
28. Выраженность тревоги и депрессии у женщин с ревматоидным артритом в зависимости от наличия традиционных факторов кардиоваскулярного риска и характера болевого синдрома / Е.В. Егорова [и др.] // *Научно-практическая ревматология*. – 2018. – №56 (3, прил. 2). – С.36-37.
29. Efficacy of biological disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the 2016 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis / J.L. Nam [et al.] // *Ann Rheum Dis.*- 2017. - V.76(6). - P. 1113-1136.
30. Factors Associated With Sustained Remission in Rheumatoid Arthritis in Patients Treated With Anti-Tumor Necrosis Factor / P. Hamann [et al.] // *Arthritis Care Res (Hoboken)*. - 2017. - V. 69 (6). - P. 783-93.
31. Влияние олокизумаба на исходы, оцениваемые пациентом с ревматоидным артритом: результаты двойного слепого рандомизированного плацебо- контролируемого многоцентрового исследования III фазы (GREDO 1) / Е.Л. Насонов [и др.] // *Научно-практическая ревматология*. – 2021. – №59(1). – С.62-69.
32. Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита: новая стратегия, новые мишени /Е.Л. Насонов // *Научно-практическая ревматология*. - 2017. - № 55(4). – С. 409-419. (Революц. Успехи в проблеме РА + T2T).



33. Применение подкожной формы метотрексата для лечения больных активным ревматоидным артритом (исследование РЕМАРКА) / Д.Е. Каратеев [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2017. – № 55 (прил. 1). – С.1-13.
34. Функциональная способность и качество жизни больных ревматоидным артритом на фоне терапии тоцилизумабом / А.С. Старкова [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2013. – №51 (6). – С. 680-685
35. Насонов Е.Л. Ревматоидный артрит: проблемы ремиссии и резистентности / Е.Л. Насонов, Ю.А. Олюнин, А.М. Лиля // Научно-практическая ревматология. – 2018. – 56 (№3). – С.263-271.
36. Олюнин Ю.А. Оценка боли при ревматоидном артрите: практическая значимость / Ю.А. Олюнин // Современная ревматология. – 2019. - №13(1). – С. 121-128.
37. Сравнительный анализ расстройств тревожно-депрессивного спектра у больных ревматическими заболеваниями / Т.А. Лисицына [и др.] // Терапевтический архив. – 2018. - №5. – С. 30-37.
38. Чичасова НВ. Этанерцепт и его биоаналог в лечении ревматоидного артрита: эффективность и безопасность / Н.В. Чичасова, А.М. Лила // Русский медицинский журнал - 2021. - № 7. – С. 44-49.
39. Lee C.H. The Role of Inflammation in Depression and Fatigue / C.H. Lee, F. Giuliani // Front Immunol. - 2019 Jul. – V. 19. – P. 10:1696.
40. Амирджанова В.Н. Инструменты оценки качества жизни больных ревматоидным артритом / В.Н. Амирджанова // Международные индексы оценки активности, функционального статуса и качества жизни больных ревматическими заболеваниями. –М. – 2007. – 88 с.
41. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика – методы и тесты: учебное пособие / Д.Я. Райгородский // – Самара: Изд-во дом бахрах. – 1998. – 248с.
42. Ajeganova S. Sustained remission in rheumatoid arthritis: latest evidence and clinical considerations / S. Ajeganova, T. Huizinga // *Ther Adv Musculoskelet Dis.* - 2017. - V. 9(10). - P. 249-262.

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ АКТИВНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РАМКАХ СТРАТЕГИИ «TREATTOTARGET - T2T» - «ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ»

Маджонova М.М.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: комплексно изучить и оценить состояние параметров, отражающих функциональное состояние, качество жизни (КЖ), уровень тревожности и интенсивности хронического болевого синдрома у пациентов с развернутым ревматоидным артритом (РА) на фоне активной контролируемой терапии в рамках стратегии T2T.

Материал и методы: всего обследовано 77 больных с достоверным активным развернутым РА (по критериям ACR, 1987 г.) в возрасте 29-66 лет (средний возраст

53,8±4,3), последовательно проходивших стационарное обследование и лечение в кардиоревматологическом отделении Городского медицинского центра №2 (ГМЦ №2) им. академика К.А. Таджиева, г. Душанбе в период с 2019 по 2022 гг. В зависимости от характера и интенсивности проводимой терапии все обследованные пациенты с развернутым РА (n=77) были распределены на две группы: I группа (n=39) – группа тщательного наблюдения; II группа (n=38) – группа традиционного наблюдения.

С целью объективной и количественной оценки характера и степени функциональных нарушений в повседневной жизни, КЖ, уровня тревожности и комплексной оценки тяжести состояния пациентов с активным развернутым РА применялись русские версии таких международных инструментов как: а) Стэнфордской шкалы оценки здоровья (StanfordHealthAssessmentQuestionnaire - HAQ) – индекс функциональной недостаточности (индекс HAQ); б) опросник RAQoL(RheumatoidArthritisQualityofLife), который специально сконструирован и апробирован для пациентов с РА; в) тест Тейлора в модификации Норакидзе В.Г. [8,40,41].

Результаты: на фоне активной противовоспалительной терапии в интенсивном режиме нами была установлена явная положительная тенденция к улучшению функциональной активности и КЖ пациентов, а также заметное снижение уровня тревожности, интенсивности болевого синдрома у пациентов I и II группы по опросникам HAQ и RAQoL, теста Тейлора. Однако было установлено, что положительные сдвиги изучаемых параметров на всех этапах исследования наиболее ярко были представлены у пациентов I группы (группа тщательного наблюдения). При этом у пациентов, которые к 12 мес. терапии достигали конечной

цели современной фармакотерапевтической стратегии РА (стратегии T2T) – состоянию клинической ремиссии (n=23), зарегистрировано статистически высоко достоверное улучшение всех параметров, отражающих функциональную активность, КЖ, уровень тревожности и общей тяжести заболевания по опросникам HAQ и RAQoL, теста Тейлора и интенсивности хронического болевого синдрома.

Заключение: полученные нами итоги свидетельствуют, с одной стороны о том, что значительное ухудшение функциональной активности и КЖ больных и повышенная тревожность, а также постоянное присутствие хронического болевого синдрома являются достаточно характерной и отличительной чертой пациентов с активным развернутым РА, а с другой - достижение конечной цели стратегии T2T – состояние клинической ремиссии у пациентов с активным развернутым РА радикальным образом положительно модифицирует параметры «состояние здоровья по мнению пациента» (patient-reported outcome – PRO) и практически ликвидирует наличие хронического болевого синдрома

Ключевые слова: ревматоидный артрит, функциональное состояние, качество жизни, уровень тревожности, хронический болевой синдром, стратегия T2T

COMPREHENSIVE ANALYSIS AND ASSESSMENT OF THE FUNCTIONAL STATE, QUALITY OF LIFE AND LEVEL OF ANXIETY IN PATIENTS WITH ADVANCED RHEUMATOID ARTHRITIS AGAINST THE BACKGROUND OF ACTIVE CONTROLLED ANTI-INFLAMMATORY THERAPY IN THE FRAMEWORK OF THE STRATEGY “TREAT TO TARGET”-T2T-“TREATMENT TO ACHIEVE THE GOAL”

Madzhonova M.M

Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Avicenna Tajik State Medical University
Abuali Ibn Sino, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Purpose: to comprehensively study and evaluate the state of parameters reflecting the functional state, quality of life (QOL), anxiety level and intensity of chronic pain syndrome in patients with advanced rheumatoid arthritis (RA) against the background of active controlled therapy as part of the T2T strategy.

Material and methods: a total of 77 patients

with significant active advanced RA (according to the criteria of ACR, 1987), aged 29-66 years (mean age 53.8 ± 4.3), who consecutively underwent inpatient examination and treatment in the cardio-rheumatology department, were examined. City Medical Center No. 2 (GMTs No. 2) named after Academician K.A. Tajieva, Dushanbe in the period from 2019 to



2022. Depending on the nature and intensity of the therapy, all the examined patients with advanced RA (n=77) were divided into two groups: Group I (n=39) - a group of careful observation; c) Group II (n=38) – traditional observation group. For the purpose of an objective and quantitative assessment of the nature and degree of functional disorders in everyday life, quality of life, the level of anxiety and a comprehensive assessment of the severity of the condition of patients with active advanced RA, Russian versions of such international tools as: a) Stanford Health Assessment Questionnaire - HAQ) - index of functional insufficiency (HAQ index); c) Taylor test modified by Norakidze V.G. [8,40,41].

Results: against the background of active anti-inflammatory therapy in intensive mode, we found a clear positive trend towards improvement in the functional activity and QoL of patients, as well as a noticeable decrease in the level of anxiety, the intensity of pain in patients of groups I and II according to the HAQ and RAQoL questionnaires, Taylor test. However, it was found that positive shifts in the studied parameters at all stages of the study were most clearly presented in patients of group I (the group of careful observation). At

the same time, in patients who, by 12 months of therapy, achieved the final goal of the modern pharmacotherapeutic strategy for RA (T2T strategy) - the state of clinical remission (n=23), a statistically highly significant improvement in all parameters reflecting functional activity, QoL, anxiety level and overall severity of the disease was registered. According to the HAQ and RAQoL questionnaires, the Taylor test and the intensity of chronic pain syndrome.

Conclusion: the final results obtained by us indicate, on the one hand, that a significant deterioration in the functional activity and QoL of patients and increased anxiety, as well as the constant presence of chronic pain syndrome, are quite characteristic and distinctive features of patients with active advanced RA, and on the other hand, the achievement of the final the goals of the T2T strategy - the state of clinical remission in patients with active, advanced RA radically positively modifies the patient-reported outcome (PRO) parameters and practically eliminates the presence of chronic pain syndrome.

Keywords: rheumatoid arthritis, functional state, quality of life, anxiety level, chronic pain syndrome, T2T strategy.

Маҷонова М.М. - Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунӣ, МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон. Тел. 985 68 15 15

Мадҷонова М.М. - Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан. Тел. 985 68 15 15

Madzhonova M.M - Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan. Tel. 985 68 15 15

ИСЛОҲИ ҲОЛАТҲОИ АФСУРДАҲОЛИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРАЁН

Холиқова Н.А.

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

Муҳиммият. Таҳқиқотҳои сершуморе, ки дар охири солҳои 90-уми асри гузашта анҷом дода шудаанд, имконият доданд, ки аз нуқтаи назари тибби исботшуда тасдиқ карда шавад, ки стресс ва ҳолатҳои аз стресс ба вучудодада, пеш аз ҳама таҳлука

(изтироб) ва депрессия омилҳои мустақили хатари бемориҳои дилу рағҳо (БДР) мебошанд [1–4].

Дар конгресси Ҷамъияти аврупоии кардиологҳо дар Мюнхен (соли 2004) натиҷаҳои яке аз бузургтарин таҳқиқоти бай-

налмилалии эпидемиологӣ оид ба омӯзиши омилҳои хатари бемориҳои дилу рағҳо (БДР) пешниҳод гардиданд. Дар асоси таҳқиқот дар 27000 бемор муайян карда шуд, ки депрессия дар байни 9 омили асосии пайдошавии хатари бемориҳои дилу рағҳо дар ҷои сеюм меистад.

Дар солҳои 2001-2009 натиҷаҳои ду таҳқиқоти дигари бузург - «КОМПАС» ва «КООРДИНАТА», ки дар Федератсияи Россия бо ҷалби 15.000 бемор анҷом дода шудаанд, нашр гардиданд. Нишон дода шудааст, ки ихтилолҳои изтиробӣ ва депрессия тақрибан дар 50%-и беморони мубтало ба БДР дида мешавад. Дар ин маврид нишондиҳандаҳои баландтарин ҳангоми норасоии музмини дил 61%, бемории ишемиявии дил (БИД) (57%) ва фишорбаландии шарёӣ (52%) буд [7,8].

Сар карда аз даҳсолаҳои охири асри гузашта антидепрессантҳои трисиклии анъанавӣ на танҳо дар психиатрия, балки барои табобати як қатор бемориҳои соматикӣ бо депрессияи коморбидӣ низ истифода мешавад. Аммо аз сабаби доштани таъсири кардиотоксикӣ истифода намудани препаратҳои доругии зикршуда дар амалияи кардиологӣ, махсусан дар гурӯҳи шахсони калонсол маҳдуд буданд [5,6].

Антидепрессантҳои насли нав – ингибиторҳои селективии гирифтани баръакси серотонин (СИОЗС) доираи истифодаи антидепрессантҳоро ҳангоми БДР хеле васеъ кардаанд. Акуламалҳои манфӣ ҳангоми таъйин кардани СИОЗС хеле кам ба вуқӯ мепаиванданд, возеҳиашон суст аст ва ҳангоми кам кардани дозаи препарат, нест мешаванд. он чиз низ муҳим аст, ки препаратҳои ин гурӯҳро бо воситаҳои гипотензивӣ, зиддидиабетӣ ва ғайра, ки барои беморон иттиҳомли якумрии онҳо зарур аст, омезиш додан мумкин аст [8,9].

Айни замон натиҷаҳои бисёр таҳқиқоти илмӣ ба даст оварда шудаанд, ки дар онҳо самаранокии истифодаи СИОЗС дар табобати БДР исбот карда шудааст [10,11]. Аммо пажӯҳишҳои махсус, ки ба омӯзиши таъсири СИОЗС ба нишондиҳандаҳои функционалии дил ва ремоделизатсияи онҳо дар

беморони пиронсоли дорои БДР бахшида шудаанд, хеле кам аст ва натиҷаҳои онҳо низ ғуноғунанд [9,12] Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон чунин таҳқиқотҳои илмӣ, умуман, ғузарида нашудааст.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши динамикаи параметрҳои функционалии дил дар беморони гирифтори бемориҳои фишорбаландӣ дар ашхоси мирионсоли дорои депрессияи коморбидӣ ҳангоми таъйин кардани СИОЗС – рексетина (пароксетин).

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба таҳқиқот 42 беморони гирифтори фишорбаландӣ (ФБ) дараҷаҳои I – III (таснифи ВНОК, с.2004) дар синну соли аз 60 то 74-сола. Дар ҳамаи беморон дар баробари бемориҳои асосӣ ихтилолҳои коморбидии изтиробӣ-депрессивиро низ ташхис кардем: дар 6 бемор фишорбаландии сабук, дар 29 нафар миёна ва дар 7 нафар вазнин. Дар байни занҳои таҳқиқшуда занҳо 23 нафар ва мардҳо – 13 нафар буданд. Давомнокии беморӣ ба ҳисоби миёна $11,2 \pm 5,9$ солро ташкил дод.

Барои муайян кардан ва баҳо додан ба ихтилолҳои депрессивӣ аз саволномаи депрессияи Бека (Beck Depression Inventory – BDI) истифода шуд. Дараҷаи вазнинии онҳо аз рӯи маҷмуи баллҳо баҳогуздорӣ карда шуд: камтар аз 19 балл – вучуд надоштани ихтилолҳои депрессивӣ, 19 – 24 балл – аломатҳои сабуки ҳолати зикршуда, зиёда аз 24 балл – депрессияи ҳақиқӣ.

Барои баҳо додан ба симптоматикаи ҳамроҳшудаи изтироб аз саволномаи изтиробии Спилбергер (State Trait Anxiety Inventory – STAI) истифода шуд.

Меъёрҳои ба таҳқиқот дохил кардан инҳо буданд: фишори шарёнии систоликӣ (ФШС) > 140 мм. сут. сим. Фишори шарёнии диастоликӣ (ФШД) > 90 мм. сут. сим. Маҷмуи баллҳо BDI > 19, синну сол аз 60 – сола боло.

Меъёрҳои хориҷкунӣ: шаклҳои такрории ФШ, синдроми шадиди коронарӣ ва ихтилоли гардиши хуни майнаи сар, ихтилолҳои возеҳи ритми дил ва гузаронандагӣ, норасоии дил дараҷаҳои II – III мувофиқи таснифи РОССН, диабети қанди ҷуброннаша-



ванда, ихтилолҳои возеҳи функсияи чигар ва гурдаҳо; депрессияи эндогенӣ. Ҳамаи беморон ба таври тасодуфӣ ба 2 ғурӯҳ ҷудо карда шуданд: ғурӯҳи асосӣ-аз 22 бемор ва ғурӯҳи назорати аз 20 бемор иборат буданд. Дар ин ғурӯҳҳо аз ҷиҳати синну сол, давонокӣ ва дараҷаи вазнинии ФШ фарқияти ҷиддӣ ба назар нарасид.

Барои ҳамаи беморон дар давоми 8 ҳафта бо липразид 10 табобати базисии гипотензивӣ (лизиноприл 10 мг + гидрохлортиазид 25мг) бо дозаи ибтидоии 1 ҳабб дар як рӯз гузаронида шуд.

Ҳангоми сатҳи мақсадноки ФШ-ро ба даст наовардан дозаро то 2 ҳабб дар як шабонарӯз тир карданд. Беморони ғурӯҳи асосӣ, ба ғайр аз табобати гипотензивӣ, антидепрессант рексетин (пароксетин) – ингибитори селективии бозпасгирии серотонинро низ бо дозаи ибтидоии 10 мг қабул карданд, дозаи миёнаи шабонарӯзӣ 15 мг. Липразид 10 – препарати омехтаи антигипертензивӣ истеҳсоли заводи химиявии Боршаговский (Украина). Препарат дар таркиби худ ингибитори ферменти ангиотензин-табдилдиҳандаи насли III -ро (лизиноприл дигидрат 10 мг ва диуретики тиазидовии гидрохлортиазид – 12,5 мг) дорад. Лизиноприл ҳосилшавии ангиотензини II –ро маҳдуд месозад, ки ин таъсири рагтангкунии онро паст месозад, ҳамчунин ба маҳсулоти минералокортикостероид – алдестерон дар ҷавқулгурдаҳо таъсири стимулятсионӣ мерасонад. Гипотиазид таъсири диуретикӣ ва натрийуретикӣ мерасонад ва таъсири гипотензивии лизиноприлро тақвият мебахшад. Рексетин (пароксетин) –антидепрессанти муносири насли нав – ингибитори селективӣ

бозпас гирифтани нӣ серотонин, истеҳсоли ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия). Ба шарофати таъсири интиҳобии худ: надостани хатари пайдошавии вобастагӣ ба минималӣ будани таъсири манфии препарат ин препарат барои табобати беморони пиронсол низ тавсия карда шудааст.

Нишондиҳандаҳои функционалии дил мувофиқи маълумотҳои эхокардиография баҳогузорӣ карда шуданд. Чунин параметрҳо ҳисоб карда шуданд: андозаи ниҳой – диастоликии меъдачаи чап, андозаи ниҳой – систоликии меъдачаи чап, фраксияи партоб, андозаи ниҳой – систоликии меъдачаи чап ва андозаи ниҳой – диастоликии меъдачаи чап чараёни транзитралии доплерӣ(Е/А).

Коркарди омӯрӣ бо истифода аз барномаи компютери Statistica 5.0. ($p<0,05$) гузаронида шуд.

Натиҷаҳои ҳосилшуда. Дар ғурӯҳи асосии беморон нишондиҳандаи ибтидоии офисии ФШС ба ҳисоби миёна $158,6\pm 2,8$ мм сут. сим., ФШД $100,3\pm 2,7$ мм сут. сим. буд. Дар охири курси табобат саҳеҳан то $124,3\pm 2,9$ мм сут. сим. ($-21,6\%$) паст шудани ФШС ва то $76,3\pm 2,2$ мм сут. сим. ($-23,9\%$) паст шудани ФШД ба назар расид.

Дар ғурӯҳи назоратии беморон динамикаи ФШ низ саҳеҳан мусбат, аммо возеҳияш камтар гисбат ба аввалӣ буд. Ҳамин тавр, ФШС то $157,2\pm 3,4$ до $142,3\pm 4,3$ мм сут. сим. ($-9,5\%$), ФШД мутаносибан аз $98,5\pm 2,4$ мм сут. сим. то $89,3\pm 1,7$ мм сут. сим. ($-8,7\%$) паст шудааст.

Ҳангоми таҳлили нишондиҳандаҳои гемодинамикаи дил дар чараёни табобат тағйироти ғуногунсамти он ба қайд гирифта шуд.

Ҷадвал.- Динамикаи нишондиҳандаҳои эхокардиографӣ дар раванди табобат дар ғурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ.

Нишондиҳанда	Ғурӯҳи асосӣ		Ғурӯҳи назоратӣ	
	то баъд		то баъд	
АНД, см	$4,70\pm 0,5$	$4,69\pm 0,4$	$4,68\pm 0,4$	$4,84\pm 0,5^*$
АНС, см	$2,81\pm 0,4$	$2,79\pm 0,3$	$2,87\pm 0,4$	$2,94\pm 0,5$
ХНД, мл	$84,80\pm 19,5$	$81,66\pm 16,5^*$	$77,42\pm 15,8$	$78,31\pm 18,31^*$
ХНС, мл	$38,58\pm$	$34,69$	$37,01$	$35,82$
ФП, %	$54,5\pm$	$57,5^*$	$52,2$	$54,2^*$
Е/А, воҳид	$0,89\pm 0,07$	$1,09\pm 0,06$	$0,88\pm 0,06$	$0,98\pm 0,05$

Эзоҳ: * – Эътимоднокии нишондиҳандаҳои то табобат ($p<0,05$)

Агар дар гурӯҳи асосӣ тамоюли паст шудани АНД ва АНС дида шавад, пас дар гурӯҳи назоратӣ саҳеҳан зиёд шудани АНС ба мушоҳида мерасад. Ҳамин гуна қонунмандӣ нисбат ба нишондиҳандаҳои ҳаҷмии гемодинамикии дохили дил ба мушоҳида расид. Дар гурӯҳи асосӣ АНД ва АНС паст шуданд, дар гурӯҳи назоратӣ бошад, онҳо хеле баланд гаштаанд.

Ҳангоми баҳо додан ба нишондиҳандаҳои инъикоскунандаи ҳолати функсияҳои диастоликии МЧ (Е/А), то 22,4% бехтар шудани он дар гурӯҳи асосӣ ва то 11,3% дар гурӯҳи назоратӣ ба қайд гирифта шуд. Маълумотҳои ба даст овардашуда бо натиҷаҳои муҳаққиқони дигар мувофиқат мекунад, ки дар онҳо аз хусуси таъсири мусбати СИОЗС ба функсияи кашишхӯрии миокард дар беморони мубтало ба БДР бо бемориҳои ҳамроҳшудаи ихтилолҳои аффективӣ тавсиф шудаанд. [6,11]

Ҳангоми пурсиш кардан дар баробари шикоятҳои барои беморони гирифтори ФШ умумӣ хира шудани табъ, ба ҳолати саломатӣ ва ояндаи худ назари пессимистӣ доштан, ихтилоли хоб, мондашавии зиёд, суст шудани қобилияти ҳам ҷисмонӣ ва ҳам ақлонӣ, ихтилоли мутамарказонидани диққат, тағйир ёфтани иштиҳо ва массаи бадан низ иброз шудааст. Дар аксари беморон симптоматикаи изтироб дида мешуд: зиёд шудани ғазаболудӣ, интизориҳои ташвишвар, изтироби дарунӣ, ашк рехтан. Тавсифи зухуроти ихтилолҳои психоэмотсионалии беморро натиҷаи табиӣ бемориҳои соматикӣ меҳисобанд ва дар баъзе ҳолатҳои дигар аз хусуси онҳо ба табиб чизе намегӯянд. Ихтилолҳои аффективӣ тавассути анкетагузаронг тибқи саволнома

(STAI, BDI) муайян карда шуданд.

Пас аз курси табобати гузаронидашуда ҳолати психологӣ беморон, ки антидепрессант (рексетин) қабул кардаанд, хеле бехтар шуд, ки инро натиҷаи пурсишнома тасдиқ мекунад.

Дар ибтидо балли умумӣ BDI аз $24,3 \pm 1,8$ то $12,2 \pm 1,7$ (то 50,2%) паст шудааст. Симптоматикаи ҳамроҳшудаи изтироб аз $63,1 \pm 2,6$ балл (STAI) то $43,3 \pm 2,8$ (то 31,3%) паст шудааст.

Дар гурӯҳи назоратӣ балли умумӣ BDI то табобат $22,2 \pm 1,6$ буда, дар охири ҳафтаи 8-уми тпбобт то $16,65 \pm 1,4$ (-25%) паст шудааст; Сатҳи изтироб аз $62,2 \pm 2,2$ то $56,3 \pm 2,1$ (9,5%) паст шудааст.

Таҳаммулпазирии рексетинро қайд кардан лозим аст. Танҳо дар 2 бемор дар рӯзҳои аввали табобат сустии ночиз ва эҳсос кардани вазнинӣ дар эпигастрия ба мушоҳида расид, ки пас аз истеъмоли препарат ҳангоми хӯрокхӯрӣ нест шуд. Дар бештари беморони гурӯҳи асосӣ тамоюлноки ба табобат хеле зиёд шудааст.

Ҳамин тавр, натиҷаҳои таҳқиқоти мо аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки рексетин бо дозаи миёнаи табобатӣ воситаи самараноки табобати ихтилолҳои изтиробӣ - депрессиявии беморони пиронсоли гирифтори ФШ мебошад. Вай ба параметрҳои омӯхташудаи функционалии дил дар ин гурӯҳи беморон таъсири манфӣ намерасонад. Истеъмоли яқояи рексетин бо липразид ба нишондиҳандаҳои гемодинамики дохилидиль таъсири хуб боқӣ гузошта, равандҳои релаксацияро вайрон накарда, функсияи кашишхӯрии дилро бехтар месозад.

Адабиёт

1. Оганов Р.Г. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца /Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов, Л.В. Ромасенко, Л. Д. Деев, Ю. М. Юферева // Кардиология – 2011 – №2. – С. 59-66
2. Котов Н.М. Антидепрессанты в кардиологии /Н. М. Котов, А.Д. Стацкий, Д.Б. Колесников // Клиническая медицина – 2012 – №10. – С. 11-16
3. Иванов С.В. Депрессия и сердечнососудистая патология /С.В. Иванов// Кардиология – 2009 – №7-8. – С. 115-120
4. Васюк Ю.А. Депрессивные и тревожные расстройства в кардиологии /Ю.А. Васюк, Т.В. Довженко, Е.Л. Школеник, Е. Н. Ющук // 2-е изд. М.: Анахарсис – 2009.



5. Ларина В.Н. Тревожно-депрессивное состояние у больных пожилого возраста с ХСН / В.Н. Ларина, Б. Я. Барт // Кардиология – 2012 – №10. – С. 26-33
6. Васюк Ю.А. Хроническая сердечная недостаточность и депрессия / Ю.А. Васюк // М. ГЕОТАР – Медиа – 2010 – С. 128
7. Оганов Р.Г. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р.Г. Оганов, Л.И. Ольбинская, А.Б. Смулевич, А.М. Вейн и др. // Кардиология – 2004 – №1. – С. 48-54
8. Чазов Е.И. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца: первые результаты проспективного этапа российского многоцентрового исследования КООРДИНАТА / Е.И. Чазов, / Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова, А.Д. Деев, С.А. Шальнова и др. // Кардиология – 2007 – №10. – С. 24-30
9. Шангина Ю.А. Опыт применения различных антидепрессантов в гериатрической практике / Ю.А. Шангина, В.И. Костин // Клин, медицина – 2006 – №9. – С. 57-61
10. McCaffery J.M., Frasere-Smith N. et al. Common genetic vulnerability to depressive symptoms and coronary artery disease: a review and development of candidate genes related to inflammation and serotonin. *Psychosom Med* 2006 – 68:187-200
11. O'Connor C.M., Glassman A.H., Hazissson D.S. Pharmacoeconomic analysis of sertraline treatment of depression in patients with unstable angina or a recent myocardial infarction. *J.Clin. Psychiatry* 2005 – 66 (3): 346-352
12. Kamphuis M.H., Kalmijn S., Tijhuis M.A.R. et al. Depressive symptoms as risk factor of cardiovascular mortality in older European men: the Finland, Italy and Nederland's Elderly (Fine) study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13:199-206.

КОРРЕКЦИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Халикова Н.А.

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Влияние различных лекарственных средств на сократительную функцию миокарда является одним из важных показателей кардиогемодинамики при проведении лекарственной терапии, особенно у лиц старших возрастов. С целью изучения динамики показателей насосной функции сердца при назначении рексетина в сочетании с липразидом 10 обследованы 42 больных гипертонической болезнью пожилого возраста, у которых, наряду с основным заболеванием, констатирована коморбидная депрессия. Пациенты методом простой рандомизации разделены на две группы – основную составила 22 больных и контрольную – 20. Гипотензивная терапия в обеих группах проводилась липразидом 10 (лизиноприл 10 мг + гидрохлортиазид 12,5 мг). В основной группе больные наряду с антигипертензивной терапией получали антидепрессант нового поколения – рексетин (па-

роксетин), среднесуточная доза которой составляла 15 мг. Психологический статус и эхокардиографические параметры изучались до и после 8 недельного назначения препаратов. К концу курса лечения по результатам анкетирования по опросникам BDI и STAI, констатировали значительное снижение тревожно – депрессивных расстройств (на 50,2% и 31,3% соответственно). В основной группе больных, по сравнению с контрольной группой, динамика психологических тестов была менее выраженной (на 25% и 9,5% соответственно). Положительная динамика клинических проявлений патологического процесса сопровождалась и значительным улучшением показателей сократительной функции сердца.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, коморбидная депрессия, антидепрессанты, пожилой возраст, гипертоническая болезнь.

CORRECTION OF DEPRESSIVE CONDITIONS IN HYPERTENSIVE PATIENTS KHALIKOVA N.A.

Department of Internal Diseases No. 1 of Abuali ibni Sino TSMU

The impact of different medications on the myocardial contractile function is one of the key indicators of the cardio circulatory dynamics within medical therapy, especially, for the older persons. With the purpose of studying the indicators of pumping ability of the heart while having rexin in combination with liprazid-10, 42 patients with hypertensive disease of elderly age are examined. In addition to hypertensive disease, these patients found having comorbid depression. Patients through the method of simple randomization split into two groups – 22 patients constitute a main group, and control group constitute 20 patients. Antihypertensive therapy in both groups conducted with liprazid 10 (lisinopril 10mg + hydrochlorothiazide 12.5mg). Patients in the main group along with antihypertensive therapy had contemporary antidepressant medication – rexin (paroxetin)

average daily dosage of which included 15mg. Psychological status and echocardiographic parameters had been scrutinized before and after 8 weeks of medication. By the end of treatment as a result of questionnaire survey using the BDI and STAI questionnaires, the considerable reduction of anxiodepressive disorders were found (on 50.2% and 31.3% accordingly). In the main group, in comparison with control group, the dynamics of psychological tests were less evident (on 25% and 9.5% accordingly). A positive dynamics of the clinical implications of pathologic process had been accompanied by significant improvement of heart contractile function indicators.

Key words: hypertension, comorbid depression, antidepressants, elderly age, hypertensive disease.

Холиқова Н.А.- муаллими калони кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, 734058, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, Тел. +992 918 12 64 96, E.mail.Nargis.A.Khalikova.01@gmail.com

Халикова Н. А. – старший преподаватель кафедры внутренних болезней №1, ТГМУ им. Абуали ибни Сино; 734058, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. А. Рудаки, Тел. +992 918 12 64 96, эл.почта: Nargis.A.Khalikova.01@gmail.com.

Khalikova N. A. – senior lecturer, Department of Internal Medicine No. 1, Abuali ibni Sino TSMU; Dushanbe, 734058, Republic of Tajikistan. Tel.+992 918 12 64 96, email address: Nargis.A.Khalikova.01@gmail.com



БЕМОРИҲОИ КӮДАКОН

МЕЪЁРҲОИ БАҲОДИҲӢ БА МАЪЮБШАВИИ КӮДАКONI ДОРОИ НУҚСONI МОДАРЗОДИИ ДИЛ

Кузибоева Н. К.

Кафедраи педиатрияи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон”.

Мубрамият. Таҳлили маълумотҳои оморӣ солҳои охир дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз зиёд шудани нуқсонҳои модарзодии инкишофи кӯдакон гувоҳӣ медиҳанд, ки дар байни онҳо нуқсонҳои модарзодии дил ҷойи якумро ишғол мекунанд. Бар асари НМД зиёд шудани миқдори кӯдакони маъюб ба мушоҳида мерасад, ки дар байни онҳо ҷойи аввалро аномалияҳои модарзодии системаи гардиши хун ишғол мекунанд.

Тибқи маълумоти Ташкилоти Умумичахонии Тандурустӣ (ТУТ), тақрибан 20 %-и маъюбии кӯдакон ва бемориҳои онҳо ба нуқсонҳои инкишоф вобастаанд.

НМД (нуқсонҳои модарзодии дил) дар нишондиҳандаҳои маъюбии кӯдакон ва фавти онҳо, махсусан дар кӯдакони синну соли барвақт, сахми калон доранд, ки харочоти зиёди иқтисодӣ ва ислоҳкунии ҷарроҳиву расонидани ёрии илчтимоӣ ба кӯдакони маъюбро талаб мекунанд. Ба ихтилолҳои муътадил, возеҳ ва хеле возеҳи функсияҳои гардиши хун ва маҳдуд шудани категорияҳои асосии фаъолияти ҳаёти метавонанд аномалияҳои инкишофи системаи дилу рағҳои кӯдакон оварда расонанд. Бештар аз ҳама ин маҳдудиятҳо дар категорияҳои зоҳир мешаванд, ки қобилияти мустақилона ҳаракат кардан, омӯختан, худхизматрасонии (дараҷаҳои I, II ё III) маҳдуд доранд [1,2,3].

Маъюбшавӣ дараҷаи ниҳонии носолимии кӯдакон ва наврасонро инъикос мекунанд, айни замон сатҳи он дар байни ин категорияи аҳоли тамоюли зиёдшавиро нигоҳ медорад. Ихтилолҳои вазнини саломатии кӯдакон ҳам барои худ кӯдакон ва ҳам барои оилаҳои онҳо боиси пайдо шудани мушкилоти ҷиддии илчтимоӣ, иқтисодӣ ва ахлоқиву психологӣ мегарданд, ки ҷалб кардани воситаҳои иловагии давлатиро тақозо мекунанд. Маъюбшавӣ сифати ҳаёти аҳоли ва суръати инкишофи кишварро ҳам дар маҷ-

муъ ва ҳам дар минтақаҳои ҷудогона паст мекунад [3].

Айни замон бо шарофати мувафакиятҳо дар кардиология ва кардиоҷарроҳии кӯдакон аллакай дар соли аввали ҳаёти кӯдакон ҷарроҳии радикалӣ барои ислоҳ намудани нуқсонҳо анҷом дода мешавад, ин имконият медиҳад на танҳо ҳаёти кӯдак ҳифз гардад, балки дар бештари ҳолатҳо ихтилолҳои функсияи гардиши хун бартараф карда шавад [4,5,6].

Реабилитатсияи кӯдакони дорои НМД аз вазнинии ҷараёни норасоии музмини дил, имконпазир будани ислоҳи ҷарроҳии НМД ва оризаҳои он то ва пас аз ҷарроҳӣ вобаста аст [7,8,9,10].

Мақсади таҳқиқот – омӯختани сохтори НМД, таҳлили меъёрҳои баҳодиҳӣ ба маъюбшавии кӯдакони дорои НМД.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили таърихи бемории 180 кӯдаки дорои НМД аз давраи таваллуд то 18-сола, ки дар шӯъбаи кардиоревматологияи ММТ ҶТ таҳти таъбаботи статсионарӣ қарор доштанд, омӯхта шуд. Писарҳо – 58 % ва духтарҳо – 42 % буданд. Дар ҳамаи кӯдакон таҳқиқоти клиникӣ-инструменталӣ ва лабораторӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Таҳлили таърихи бемории кӯдакони дорои НМД нишон дод, ки дар кӯдакон нуқсони миёндевори байнимеъдаҷавӣ 43 (23%) дар ҷойи аввал меистад, дар ҷойи 2-юм нуқсони миёндевори байни пешдил – 29 (16%) қарор дорад, яқоя шудани НМБМ ва НМБП – 17 (9%), тетрадаи Фалло – 28 (15%), транспозитсияи рағҳои магистралӣ (ТРМ) – 18 (11%), стенози маҳдуди шарёи шушҳо – 13 (7,2 %), яқоя шудани стенози шарёи шушҳо бо НМБМ ва НМБП – 15 (8,3%), маҷрои кушодаи шарёи – 7 (3,8 %), дигар нуқсонҳо (атрезияи клапани сетана, меъдаҷаи ягона, коммуникатсияи атриовентрикулярӣ, коарктатсияи

аорта – 10 буданд, ки 5,5%-ро ташкил доданд. Дар 13 кӯдаки дорои НМД бо синдроми Даун якҷоя шудааст.

Ҳангоми таҳлил кардани мавҷудияти маъюбӣ дар кӯдакони гурӯҳи синну соли гуногун, муайян карда шуд, ки ҳиссаи бештари кӯдакони маъюб ба гурӯҳи синну соли 3-5-сола ва 10-14-сола (мутаносибан 35% ва 27%) тааллуқ доранд. Зиёда аз нисфи кӯдакони дорои НМД (56%), табобати ҷарроҳӣ гирифтаанд. Таҳлили статуси таълимӣ муайян кард, ки танҳо 25% -и кӯдакони дорои НМД (маъюбҳо) дар муассисаҳои таълимии умумӣ иштирок мекунанд.

Аз бемориҳои ҳамроҳшуда дар кӯдакони яксола осеби перинаталии СМА (95%), рахит (97%), гипотрофия (94%), анемия (95%), сирояти TORCH (65%)-ро ташкил доданд. Дар кӯдакони синну соли мактабӣ аз бемориҳои ҳамроҳшуда бештар дисфунксияи вегетативӣ, гастрит, таваккуфи инкишофи психомоторӣ (35%) ба ҷашм расид. Дар аксари кулли кӯдакон ташҳиси НМД (66,4%) то яксолагӣ гузошта шудааст. Дар 28% -и кӯдакон дар яксола то 3-сола, дар 5,6 % дар синну соли аз 3-сола то 8-сола муайян карда шуд.

Дар байни симптомҳои клиники НМД дар кӯдакони соли аввали ҳаёт (65,7 % аз миқдори умумии кӯдакон) инҳо бартарӣ доштанд: пайдо шудани сианози секунҷаи биниву лабҳо (90%), рангпаридагии қабатҳои пӯст (85%), нафастангӣ (45%), беқарорӣ (40%), ба қадри кофӣ зиёд нашудани массаи бадан (70%), сианози лабҳо (35%), нӯги ангиштон (30%), шиддат гирифтани набазони (пулсатсияи) рағҳои гардан (20%), хуруҷҳои нафастангӣ- сианотикӣ (20%), ки сустии возеҳ, нафаскашиҳои амиқӣ зуд-зуд, сианози умумӣ, баъзан беҳушшавӣ (ҳангоми тетрадаи Фалло ва дигар нуқсонҳо).

Дар кӯдакони нисбатан калонсолтар ва наврасон (34,3% аз миқдори умумии кӯдакон) асосан инҳо бартарӣ доштанд: мондашавии барзиёд (95%), ҳуб таҳаммул карда натавонистани сарбориҳои ҷисмонӣ (85%), нафастангӣ ҳангоми иҷро кардани хурдтарин кори ҷисмонӣ (75%), тахикардия (55%), дардҳо дар мавзеи дил (70%), сианоз (35%),

сари ду по нишастан (60%) (ҳангоми тетрадаи Фалло ва дигар «нуқсонҳои кабуд» ё дароз кашидан бо пойҳоро ба шикам ҷафс кардан), ҷафс дигар шудани шакли нохунҳо (55%) дар намуди «шишаи соат» ва фалангаҳои нохунҳо, «чӯбчаҳои нақора».

Ин гурӯҳи кӯдакон аз бозихҳои серҳаракат даст кашидаанд, бештар бозихҳои камҳаракат ва ё нишастану дароз кашиданро меписанданд.

Усулҳои инструменталӣ, ба монанди электрокардиография (ЭКГ) ва эхокардиография (ЭХОКГ) дар ҳамаи кӯдакони гирифтори НМД гузаронида шуд.

Ҳангоми бо усули ЭКГ таҳқиқ кардан дар аксари кӯдакон намудҳои гуногуни аритмия муайян карда шуд: брадиаритмия, тахикардия, тахикардияи пароксизмалӣ ва непароксизмалӣ, баъзан блокадаҳои атриовентрикулярӣ, ихтилоли равандҳои реполяризация, ҳамчунин аломатҳои сарбории қисмҳои гуногуни дил; гипертрофияи меъдачаҳои рост ва чап, гипертрофияи пешдили рост, сарбории қисмҳои рости дил, инхирофи (дуршавии) меҳвари электрикӣ дар дил дар тарафҳои рост ва чап.

Нишондиҳандаҳои ЭХО КГ ихтилолҳои гемодинамики дохилидилро муайян карданд; сусти шудани фраксияи партоб пасттар аз 60%, сусти шудани фраксияи кӯтоҳшавӣ зиёда аз 25-30%, баланд шудани фишори ниҳии диастоликии меъдачаи чап то 12-14 мм сут.сим., градиенти фишори баланд дар шарёни шушҳо (ҳангоми СЛА), партоби артериовенозӣ хун дар сатҳи пешдил (ҳангоми ДМПП), партоби хун ба сатҳи меъдачаҳо (ҳангоми ДМЖП), норасоии клапани трикуспидалӣ ва митралӣ бо регургитатсия.

Ҳангоми аускултатсия дар кӯдакони дорои НМД дар болои мавзеи дил шавшуви дағали систоликӣ шунида мешавад, аксенти лаҳни (тони) дар болои шарёнҳои шушҳо

Ҳангоми таҳқиқоти рентгенологӣ: пурқувват будани манзараи рағҳо ва зухуроти руқуд дар гардиши хурди хун ё сусти шудани манзараи рағҳо дар кӯдакони калон бо нуқсонҳои «кабуд»-и гардиши хаотикии манзараи рағҳо, ки вобаста аз шабакаи возеҳи коллатералии рағҳо ба амал меоянд. Калон



шудани андозаи дил: меъдачаҳои рост ва чап, варамидаи камони шарёни шушҳо ва ё баръакс, гарқ шудани онҳо дар тетрадаи Фалло (шакли дил дар намуди «кафши чӯбин»).

Ҳангоми НМД бо зиёд шудани маҷрои хун дар шушҳо меъёрҳои тиббӣ ҳангоми экспертизаи тиббӣ-ичтимоӣ дараҷаи норасоии дил, вучуд доштани гипертензияи шушҳо, зарурат барои таъйин кардани таъбобати базисии медикаментозӣ (гликозидҳои дил, диуретикҳо, ингибиторҳои АПФ), вучуд доштани оризаҳо (эндокардити сироятӣ, шушӣ, ихтилоли ритми дил) ва самаранокӣ ислоҳсоии ҷарроҳӣ.

Ба меъёрҳои муқаррар намудани маъҷубӣ, ҳангоми НМД намудм кабуд бо кам шудани маҷрои хуни шушҳо инҳо қабул шудаанд: вазнинии ҷараёни беморӣ (миқдор ва возеҳии хуруҷҳои нафастангиву сианозӣ), зарурати дорувории заминавг (бета-адреноблокаторҳо), вучуд доштани гипоксемияи музмин (ихтилоли функсияҳои СМА, дистрофияи узвҳои дарунӣ) ё оризаҳо (эндокардити сироятӣ, тромбоземболия), радикалӣ ва самаранокӣ амалиёти ҷарроҳӣ (давраи тӯлонии адаптатсия ба шароитҳои нави гемодинамикӣ ҳангоми НМД-и омехта).

Нишондиҳанда барои кӯдакро маъҷуб муқаррар намудан ҳангоми коарктатсияи аорта, стенози аорта, возеҳии НК, дараҷаи норасоии музмини майнаи сар ва гардиши хуни коронар, оризаҳо (инсулт, эндокардити сироятӣ, ташаккул ёфтани аневризмиҳои наздидевории аорта), самаранокӣ ва оризаҳо амалиёти ҷарроҳӣ мебошанд.

Ҳангоми гузаронидани тести стресс мувофиқи Шалков дар кӯдакони аз 3-сола болои гирифтори НМД тахикардия ва нафастангӣ, сарбории номуносиб (зиёд кардани миқдори кашишхӯриҳои дил зиёда аз 15%

ва миқдори нафаскашӣ зиёдтар аз 30 % аз ибтидоӣ), дароз шудани реститутсия то 5-10 дақ., хеле кам паст шудани фишори шарёнии систоликӣ, рангпаридагӣ ва араққунӣ пас аз кори ҷисмонӣ кардан ошкор гардид. Симптомҳои ишорашуда аз мавҷуд будани НК дараҷаҳои 1-2 А дар кӯдак дарак медиҳанд.

Дар 35%-и кӯдакон ихтилолҳои муҳимми гемодинамикӣ дида нашуд, ки ба норасоии музмини дил оварда расонанд, ихтилолҳои устувори гардиши хун чандон муҳим набуданд ва барои ин кӯдакон НК дараҷаи 1 муайян карда шуд. Кӯдакони ин гурӯҳ ба риоя намудани режими муҳофизатӣ, муоинаи диспансерии мутахассисон дар ҷойи зист ниёз доштанд, асос барои ба кӯдак муқаррар намудани категорияи кӯдаки маъҷуб мавҷуд набуд.

Ҳамин тавр, маводи дар боло овардашударо ҷамъбаст намуда, қайд кардан лозим аст, ки дар сохтори НМД дар кӯдакон ҷойи аввалро ДМЖП мегирад, дар ҷойи дуюм ДМПП, дар ҷойи сеюм тетрадаи Фалло меистанд, дар баробари усулҳои умумиклиники таҳқиқот (муоина, ЭКГ, ЭХОКГ таҳқиқот, рентгенографияи қафаси сина) гузаронидани озмоишҳои стандартӣ сарборг мувофиқи намунаи Шалков зарур аст, онҳо барои муайян кардани дараҷаҳои гуногуни аломатҳои норасоии дил барои муайян кардани маъҷубии кӯдакони дорои НМД, ҳамчунин ба нақша гирифтани ҷорабиниҳои муолиҷавӣ ва реабилитатсионӣ ёрӣ мерасонанд.

Баҳогузориҳои экспертиҳои тиббӣ-ичтимоӣ ва пешгӯии ихтилолҳои функционалии системаи дилу рағҳо дар кӯдакон тавассути меъёрҳои клиникӣ-функционалӣ муқаррар кардани маъҷубӣ ҳангоми НМД-и гемодинамикаҳои гуногунро осон кард.

Адабиёт

1. Альбицкий В. Ю., Зелинская Д. И., Терлецкая Р. Н. Заболеваемость детей инвалидов. - 2008, -№ 1, с. 22–25. Государственный доклад «О положении инвалидов в Российской Федерации». Администрация президента РФ, ГП Научный фонд содействия инвалидам РФ. М., 1998, 235 С.
2. Захаренко Ю. И., Чичерина Т. А., Попова А. В., Савельева Г. П. Анализ первичной инвалидности детского населения муниципального образования город-курорт Геленджик

Краснодарского края за 2001–2005 гг. Российский вестник перинатологии и педиатрии, - 2008, — № 1, с. 71–76.

4. Зелинская Д. И., Кобринский Б. А. Система учета и анализа детской инвалидности. — Российский медицинский журнал. -2000,- № 1, с. 7–9.

5. Зелинская И. Д., Вельтницев Ю. Е. Детская инвалидность. М.,-1995,-55с. Зелинская И. Д. Детская инвалидность как проблема здравоохранения Российской Федерации. -2008, № 2, с. 23–26.

6. Знобина Т. И., Азаров В. О., Бахадова Е. В. Профилактика детской инвалидности в России. — Российский вестник перинагиологии. -2008,- № 1, с. 71–76. Камаев И. А., Позднякова И. Я. Детская инвалидность –Н/нов-город-НГМА, 1999,156с. Косова С. А. Реабилитационная активность семей, как критерий эффективности медико-социальной помощи детям-инвалидам. -Педиатрическая фармакология. -2007, -т.4, № 5, -с. 34–36.

7. Землянова Е. В., Войцеховская Ж. И. Прогноз показателей инвалидности детского населения России на период до 2020 года / Е. В. Землянова, Ж. И. Войцеховская // Информационно-аналитический вестник. — 2009. — № 9. Т.16–23.

8. Кириченко Ю. Н. Медико-социальные проблемы совершенствования службы реабилитации детей-инвалидов / Ю. Н. Кириченко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2009. — № 3. Т. 37–40. Медик В. А. Общественное здоровье и здравоохранение / Москва: Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2013. Т. 116

9. Маховецкая Г. А., Мазур Л. И., Антимона М. Ю., Матеску Л. Г. Региональные особенности детской инвалидности.- Российский педиатрический журнал.- 2006, — № 3, с. 4–7.

10. Монахов М. В., Соколовская Т. А. Социальная характеристика семей в современной России и здоровье детей.- Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2008, — № 1, с. 77–82.

11. Павлова С. В. Медико-социальные причины и факторы риска первичной инвалидности детей от 0 до 3 лет вследствие болезней нервной системы и пути её профилактики /С. В. Павлова // Автореф. дисс. на соиск. ученой ст. к.м.н. — Санкт-Петербург.— 2010. Т. 40.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ С ВПС

Кузибаева Н. К.

Кафедра педиатрии, ХГМУ.

Резюме. В проведенном исследовании представлены особенности установления категории инвалидности детям, перенесшим хирургическое лечение по поводу ВПС. В показатели детской инвалидности и смертности ВПС вносят существенный вклад, особенно у детей раннего возраста. В свою очередь, ВПС требуют значительные экономические затраты на хирургическое лечение, на социальную помощь детям инвалидам. Ана-

лиз комплексного исследования показал, что хирургическое лечение ВПС не всегда позволяет полностью устранить нарушение функции кровообращения, уменьшить ограничения основных категорий жизнедеятельности детей.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, инвалидность, дети, недостаточность кровообращения, хроническая сердечная недостаточность, хирургическое лечение.

CRITERIA FOR ASSESSING DISABILITY IN CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASES

Kuzibaeva N.K.

Department of Pediatrics, Khatlon State Medical University

Summary. The study presents the features of establishing the disability category for children who underwent surgical treatment for congenital heart disease. CHD make a



significant contribution to child disability and mortality rates, especially in young children. In turn, CHD require significant economic costs for surgical treatment, for social assistance to children with disabilities. An analysis of a comprehensive study showed that surgical treatment of CHD does not always

make it possible to completely eliminate circulatory dysfunction and reduce the limitations of the main categories of children's vital activity.

Keywords: congenital heart disease, disability, children, circulatory failure, chronic heart failure, surgical treatment.

Кузубаева Наимахон Конбобоевна, н.и.т., дотсент, мудири кафедри педиатрии Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон. Тел. +992918829425; E mail: kuzibaeva.n@mail.ru

Кузубаева Наимахон Конбобоевна, кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой педиатрии Хатлонского государственного медицинского университета. Тел. +992918829425; E mail: kuzibaeva.n@mail.ru

Kuzibaeva Naimakhon Konboboieva, Associate Professor, Head of the Department of Pediatrics, Khatlon State Medical University. Тел. +992918829425; E mail: kuzibaeva.n@mail.ru

ИСТИФОДАИ ЯКЧОЯИ ТРОМБОПОЭТИН БО СИКЛОСПОРИН ДАР ҲОЛАТҲОИ ГИПО- ВА АПЛАСТИКИИ ХУНОФАРӢ ДАР КӢДАКОН

Муҳаммаднабиева Ф.А., Исмоилов К.И., Давлатова С.Н.

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 МТД «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муҳиммият. Камхунии апластикӣ (АА) як бемории нодир аст, ки бо панситопения, бо мағзи гипохуҷайравӣ бидуни далели инфилтратсияи ғайримуқаррарии ҳуҷайра ё фибрози мағзи устухон тавсиф мешавад. АА-и шадид ҳамчун коҳиши ҳуҷайравии мағзи устухон <25% (ё 25-50% бо сатҳи ҳуҷайраҳои боқимондаи гемопоэтикӣ <30%) дар сурати мавҷуд будани ҳадди аққал 2 меъёри зерин муайян карда мешавад: шумораи мутлақи нейтрофилҳо <0,5 Ч 10⁹ /л, шумори тромбоцитҳо <20Ч10⁹/л ва шумораи ретикулоцитҳо <20Ч10⁹/л. Гумон меравад, ки АА дар натиҷаи ҳамлаи иммунӣ ба ҳуҷайраҳои гемопоэтикӣ, ки тавассути лимфоситҳои ситотоксикӣ Т миёнаравӣ мекунад, ба вучуд омадааст [1,4]. Дар кӯдакони гирифтори АА, сатҳи муваффақияти трансплантатсияи ҳуҷайраҳои гемопоэтикӣ аллогенӣ аз донори мувофиқи HLA ба 90% мерасад. Зухуроти асосии клиникӣ беморӣ синдромҳои камхунӣ, геморрагӣ, инчунин мушкilotи шадиди сироятӣ мебошанд. Табобати кӯдакони бемор бо камхунии апластикӣ як табобати маҷмӯии имуносупрессивӣ бо истифода зиёда аз ду дозу асосие мебошад, ки таъсири намоёни имуносупрессивӣ доранд: глобулини анти-

тимоцитӣ (АТГ) ва сиклоспорин ё трансплантатсияи мағзи устухони аллогенӣ гистомувофик. Табобати муносири патогенетикии беморони камхунии апластикӣ метавонад ба ғайр аз доруҳои дорои таъсири имуносупрессивӣ (глобулиноиди антитимоцитӣ, сиклоспорин) доруҳоеро дар бар гиранд, ки ба фаъол кардани пролифератсияи ҳуҷайраҳои пешгузаштаи гемопоэтикӣ ва ҳамзамон рафъи фаъолшавии ҳуҷайраҳои ситотоксикӣ нигаронида шудаанд. Тадқиқотҳои сершумори клиникӣ беҳбудии назарраси параметрҳои гематологиро дар зери таъсири агонистҳои ретсепторҳои тромбопоэтин (Элтромбопаг) нишон доданд [1]. Элтромбопаг агонисти ретсепторҳо мебошад, ки на танҳо дар мегакариоситҳо, балки дар ҳуҷайраҳои бунёдии хун ҷойгир шудаанд, бидуни рақобат бо тромбопоэтин эндогенӣ ба домени трансмембрании ретсепторҳои тромбопоэтин мепайвандад ва тавассути фаъолсозии ҳуҷайраҳои танзимкунандаи Т ҳосиятҳои имуномодуляторӣ дорад [4]. Стандарти алтернативии терапия ин глобулини антитимоцитӣ (АТГ) дар якҷоягӣ бо сиклоспорин мебошад [3]. Пас аз табобати курси якум бо АТГ ва сиклоспорин, дар 30-40% ҳолатҳо тақрор

мешавад. Дар АА-и такроршаванда ё рефракторӣ, танҳо тақрибан 30-35% беморон ба курси дуҷоми манбаи алтернативии АТГ (харгӯш АТГ) дар якҷоягӣ бо сиклоспорин ҷавоб медиҳанд [2]. Ҳамин тариқ, қисми зиёди беморони гирифтори АА ба табобат тобовар боқӣ мемонанд, ки ба вобастагии трансфузия ва дигар мушкилиҳои панситопения оварда мерасонад.

Тромбопоэтин (ТРО) пурқувваттарин стимулятори тромбопоэз мебошад. Терапия бо ТРО-и экзогенӣ бо сабаби ташаккули антителоҳо, ки бо ТРО эндогенӣ ба ҳам мепайвандад, маҳдудиятҳо дорад. Элтромбопаг як молекулаи хурди ғайрипептидӣ ба таври шифоӣ фаъол аст, ки бо қисми трансмембрании ретсептори MPL ТРО ҳамкорӣ мекунад. Ҳангоми камхунӣ шадиди апластикӣ (ТАА), ки ба иммуносупрессия бо глобулини антитимотситӣ (АТГ) ва сиклоспорин тобовар аст, монотерапияи элтромбопаг дар 40-70% ҳолатҳо ба воқуниши умумӣ оварда расонд [5,6]. Тадқиқотҳои давомдор истифодаи сатри якуми элтромбопагро дар якҷоягӣ бо АТГ дар ТАА таҳқиқ мекунад [7].

Мақсади омӯзиш. Самаранокӣ ва таъсири тромбопоэтинро ба тромбопоэз дар табобати АА дар кӯдакон ошкор мекунад.

Усулҳои мавод ва таҳқиқот. Мо 30 кӯдаки гирифтори камхунӣ апластикӣ (АА) мушоҳида кардем. Гурӯҳи назоратӣ аз 10 кӯдаки солим иборат буд, ки аз рӯи синну сол ва ҷинс ба гурӯҳҳои таҳқиқотӣ наздиктар буданд. Таҳқиқоти ҳамаҷониба ташҳиси ҳамаҷонибаи клиникоиро дар бар мегирад.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Дар кӯдакони гирифтори камхунӣ гипоапластикӣ истехсоли зиёда аз 3 гемопоэз қатъ карда шуд ва он дар лаборатория дар шакли панситопения зоҳир шуд. Дар шакли клиникӣ дар шакли хунравӣ (бинӣ, даҳон, баҷадон), инчунин хунравиҳои пӯст (кӯфтаҳои петехия) зоҳир мешаванд. Дар ҳама 100% беморони гирифтори АА микробҳои мегакариотӣ пахш карда шуда, дар лаборатория дар шакли паст шудани сатҳи тромбоцитҳо то 10-17 ҳазор зуҳур намуд. Дар шакли клиникӣ дар шакли хунравӣ (бинӣ, даҳон, ба-

ҷадон), инчунин хунравиҳои пӯст (кӯфтаҳои петехия) зоҳир мешаванд. Тадқиқотҳои барвақти терапевтии ТРО ду доруро истифода бурданд: ТРО-и рекомбинатии инсон (rh-ТРО) ва омили афзоиш ва рушди мегакариоситҳои пегилишудаи инсон (Peg-rhGFRM). Дар кӯдакони бемори гирифтори лейкоз, ки химиотерапия мегиранд, табобат бо rh-ТРО ба дохили рағҳо аллакай дар рӯзи 5-ум боиси афзоиши шумораи тромбоцитҳо гардид, ки дар давоми 10-14 рӯз ба ҳадди аксар расид ва ба ин васила барқароршавии шумораи тромбоцитҳоро суръат мебахшид ва коҳиш зарурати интиқоли онҳо. Элтромбопаг, ки як молекулаи хурд аст, нисбат ба ТРО эндогенӣ ба мағзи устухон самараноктар ворид мешавад. Ин дору ба таври парентералӣ дода мешавад, ки истифодаи дарозмуддатро имконпазир мегардонад [8]. Дар таҳқиқот 25 бемори гирифтори АА, ки як ё якчанд курсҳои АТГ ва сиклоспоринро ноком карда буданд, элтромбопагро дар воқеаи ибтидоии 50 мг / рӯз гирифтанд, ки дар ҳар 2 ҳафта 25 мг зиёд карда, воқеаи максималии 150 мг дар як рӯзро ташкил дод.

Нақшаи истифодаи терапияи комплексӣ барои камхунӣ гипо-апластикӣ дар кӯдакон

Як ҳафта пеш аз оғози табобат

- Флуконазол № 50, як капсула барои 7 рӯз - Амикатсин 10 мг/кг вазни бадан дар ҳар 12 соат IV, барои 7 рӯз - Сиклоферон 10 мг/кг вазни бадан ҳар рӯз дар давоми 7 рӯз. -Преднизолон 2 мг/кг/шр, барои 7 рӯз - Колидан 1000IU, як капсула дар як рӯз як маротиба барои 1 моҳ

Дар муддати як моҳ

- Тромбопоэтин 25-50 мг / рӯз, 2 бор дар як рӯз барои 3 ҳафта. Се соат пас аз хӯрок ё пеш аз хӯрок. Сиклоспорин 10-14 мг/кг барои 6 моҳ. - АТГ 10-20 мг/кг дар як рӯз, қатрагӣ IV барои 15 рӯз. -(Ҳангоми омехта кардани АТГ бо маҳлули намак 200 мл, наларзонед, то кафкшавӣ ва денатуратсияи сафеда ба амал наояд) -Дексамитазон 0,02 мг/кг вазни бадан 2 бор дар як рӯз (пеш ва баъд аз АТГ) -Тавигил 0,03 мг/кг вазни бадан (пеш ва баъд аз АТГ).



Табоботи трансфузионӣ

-Тромбомасса - 1 воя ба 10 кг вазни бадан дар як шабонарӯз дар ҳолати синдроми геморрагӣ дар тӯли 10 рӯз, сипас ба 20 рӯз иваз карда мешавад. -Зардобӣ тезяхкардашуда вобаста ба нишондодҳои коагулограмма ва синдроми геморрагӣ 10-15 мл/кг дар давоми табобат гузаронида мешавад.

Нуқтаҳои ибтидоӣ посухи гематологӣ ва захролудшавӣ дар ҳафтаи 12-ро дар бар мегиранд. Ҷавоби тромбоситҳо ҳамчун афзоиши $20 \times 10^9/\text{л}$ аз сатҳи ибтидоӣ ё мустақилият аз интиқоли тромбоситҳо дар тӯли >8 ҳафта муайян карда шуд. Ҷавоби эритроидӣ ҳамчун афзоиши гемоглобин аз $>1,5 \text{ г/дл}$ дар беморони дорои сатҳи ибтидоӣ $<9 \text{ г/дл}$ ё коҳиши интиқоли e^{*4} воҳиди ҳуҷайраҳои сурхи хун дар давоми 8 ҳафтаи минбаъда муайян карда шуд. Ҷавоби нейтрофилҳо ҳамчун афзоиши шумораи мутлақи нейтрофилҳо то $0,5 \times 10^9/\text{л}$ ё 2 маротиба аз сатҳи ибтидоӣ муайян карда шуд, агар он $<0,5 \times 10^9/\text{л}$ бошад. Бемороне, ки ба табобат дар давоми 12 ҳафтаи аввал посух доданд, гирифтани элтромбопаг дар давоми 4 ҳафтаи иловагӣ идома доданд. Агар вокуниш устувор бошад, беморон то он даме, ки посух нигоҳ дошта мешуд, элтромбопаг гирифтанд. Ҳама ба ҷуз як бемор вояи максималии 150 мг дар як рӯз гирифтанд. Ҳамагӣ 3 бемор (44%) дар ҳафтаи 12 посухи гематологиро ба даст оварданд. Ҳамагӣ 9 бемор вокуниши тромбоситӣ доштанд (вокуниши ҳамзамон нейтрофилҳо, $n = 2$; аксуламали ҳамзамон эритроцитҳо, $n = 2$) ва 2 бемор вокуниши нейтрофилӣ доштанд. Ҳафт бемор қабули тромбопоэтинро ($50-150 \text{ мг/рӯз}$) идома доданд; Давомнокии миёнаи табобат 16 моҳ (8-32 моҳ) аст. Миқдори ибтидоии шабонарӯзии сиклоспорин 5-10 мг/кг аст. Дар се бемор, пас аз 3-6 моҳи оғози табоботи иммуносупрессивӣ, пас аз набудани динамикаи мусбати клиникӣ ва гематологӣ, курси дуҷуми табобат бо глобулини антимоноситҳои асп ба барномаи табобат дохил карда шуд. Дар шакли вазнини рефрактории беморӣ, ки вобастагии беморро аз интиқоли эритроцитҳои донорӣ ва тромбоситҳо нигоҳ дошт, мо курси сеҷуми АТГ гу-

заронидем, илова бар ин, мо терапияи хелационӣ (деферазирокс) ва агонистҳои рецепторҳои тромбопоэтинро (элтромбопаг) дохил кардем. барномаи табобат. Мо инчунин глюкокортикоидҳоро ҳамчун усули асосии табобат дар муолиҷаи беморони аплазияи мағзи устухон бо миқдори 2 мг/кг истифода бурдем. Азбаски ин тактикаи табобат имкон медиҳад, ки дар давоми як сол дар аксари беморон пурра ё қисман ремиссия ба даст ояд. Табоботи интенсивии маҷмӯии иммуносупрессивӣ, ки аз марҳилаҳои аввали беморӣ сар карда, имкон дод, ки мустақилият аз терапияи хунгузаронӣ ва ремиссияи устувор дар давоми 6-18 моҳ ба даст оварда мешавад. Ҷараёни терапияи АТГ ба протоколҳои ҷадвал мувофиқат мекунад [6,8]. Дар давоми 21-28 рӯзи аввали курс, ҳатто дар сурати мавҷуд набудани мушкилоти сироятӣ, бемор дар шароити асептикӣ қарор дорад. Тадқиқоти мағзи устухони беморони посухгӯянда мӯътадил шудани 3 хатти ҳуҷайраҳои гемопоэтикро бидуни афзоиши фиброз нишон дод. Ин маълумотҳо нишон медиҳанд, ки тромбопоэтин қодир аст, ки ремиссияи клиникаӣ ва лабораториро давомнокро дар беморони гирифтори АА ба вуҷуд орад [5].

Хулосаҳо. Ин маълумотҳо нишон доданд, ки элтромбопаг дар якҷоягӣ бо терапияи стандартии иммуносупрессивӣ метавонад шумораи боқимондаҳои HSC-ро нигоҳ дорад ва зиёд кунад, инчунин суръат ва сифати барқароршавии гемопоэтикро баланд бардорад. Самаранокии тромбопоэтин аз миқдори боқимондаи HSCs вобаста аст, ки он бояд дар табоботи беморони гирифтори АА истифода шавад. Речаи мувофиқи терапияи омехтаи иммуносупрессивӣ-(АТГ-equine), ки зина ба зина аз рӯи барномаи таҳияшуда вобаста ба вазнинии беморӣ, ҷавоб ба табобат гузаронида мешавад, ва он хеле самаранок мебошад, ба зинда мондани дарозмуддати аксарияти беморон мусоидат мекунад.

Дар асоси ин, нақши тромбопоэтон дар табоботи беморони гирифтори АА ва дигар ҳолатҳои тромбоситопенӣ меафзояд. Самаранокии тромбопоэтин дар якҷоягӣ бо

табобати камшудаи иммуносупрессивӣ бо АА омӯзиши минбаъдаро талаб мекунад.
сиклоспорин дар АА ё дар монотерапия дар

Адабиёт

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

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТРОМБОПОИТИНА С СИКЛОСПОРИНОМ ПРИ ГИПО-АПЛАСТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ КРОВЕТВОРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Мухаммаднабиева Ф.А., Исмоилов К.И., Давлатова С.Н.

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

Цель исследования. Выявить эффективность и влияние тромбопоитина на тромбопоэз при лечении АА у детей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 30 детей с апластической анемией (АА). Контрольная группа состояла из 10 здоровых детей, которые были ближе к исследуемым группам по возрасту и полу. Комплексное исследование включало в себя тщательное общеклиническое обследование.

Результаты исследования и их обсуждения. У детей с гипо – апластической анемией была угнетена выработка более 3-х ростков кроветворения и проявлялась она, лабораторно в виде панситопении. Клинически проявлялась в виде кровотечений (носа, ротовой полости, маточных), а также кожными геморрагиями (синяками петехиями). Стартовая суточная

доза сиклоспорина — 5-10 мг/кг. Интенсивная комбинированная иммуносупрессивная терапия, начинающаяся на ранних этапах болезни, позволила в течение 6—18 месяцев добиться независимости от гемотрансфузионной терапии и стабильной ремиссии.

Заключение. Эти данные показали, что тромбопоэтин в комбинации со стандартной иммуносупрессивной терапией может сохранить и увеличить количество остаточных ГСК, а также повысить скорость и качество восстановления гемопоэза и обладает высокой эффективностью и способствует длительной выживаемости большинства больных детей с аплазией костного мозга.

Ключевые слова. геморрагический синдром, панситопения, анемия, геморрагический синдром, аплазия костного мозга, тромбоцитопения.



COMBINED USE OF THROMBOPOITIN WITH CYCLOSPORINE IN HYPO-APLASTIC CONDITIONS OF HEMATOPOIISIS IN CHILDREN

Muhammadnabieva F.A., Ismoilov K.I., Davlatova S.N.

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

Purpose of the study. Will reveal the effectiveness and influence of thrombopoitin on thrombopoiesis in the treatment of AA in children.

Material and research methods. We observed 30 children with aplastic anemia (AA). The control group consisted of 10 healthy children who were closer to the study groups in age and gender. The comprehensive study included a thorough general clinical examination.

Results of the study and their discussions. In children with hypo-aplastic anemia, the production of more than 3 hematopoiesis was suppressed and it manifested itself in the laboratory in the form of pancytopenia. Clinically manifested in the form of bleeding (nose, oral cavity, uterine), as well as skin

hemorrhages (bruises of petechiae). The starting daily dose of cyclosporine is 5-10 mg/kg. Intensive combined immunosuppressive therapy, starting in the early stages of the disease, made it possible to achieve independence from blood transfusion therapy and stable remission within 6-18 months.

Conclusion. These data showed that thrombopoietin in combination with standard immunosuppressive therapy can preserve and increase the number of residual HSCs, as well as increase the speed and quality of hematopoietic restoration and is highly effective and promotes long-term survival of the majority of sick children with bone marrow aplasia.

Key words: hemorrhagic syndrome, pancytopenia, anemia, hemorrhagic syndrome, bone marrow aplasia, thrombocytopenia.

Муҳаммаднабиева Фариишта Абдулрахимовна – н.и.т., ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 МТД “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино” E-mail: farishta.am.86@mail.ru

Исмоилов Комилҷон Исроилович- д.и.т., профессори кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 МТД «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» isroil.ismoilov.52@mail.ru

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

Мухаммаднабиева Фариишта Абдулрахимовна – н.и.т., ассистент кафедры детских болезней №2 ГОУ “ДДТТ имени Абуали ибни Сино” E-mail: farishta.am.86@mail.ru

Исмоилов Комилджон Исроилович- д.м.н., профессор кафедры детских болезней №2, «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; isroil.ismoilov.52@mail.ru

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

Muhammadnabieva Farishta Abdulrahimovna – c.m.s., assistant department of children diseases №2 SEI «Tajik State University named after Abuali ibni Sino» E-mail: farishta.am.86@mail.ru

Ismoilov Komiljon Isroilovich -Doctor of medical Sciences, professor of the Department of children diseases №2 SEI «Tajik State University named after Abuali ibni Sino»; isroil.ismoilov.52@mail.ru

Davlatova Sohira Nazirovna- Candidate of medical Sciences, associate Professor of the Department of children diseases №2 SEI «Tajik State University named after Abuali ibni Sino»; sokhira@mail.ru

ҲОЛАТИ ФУНКСИЯИ НАФАСКАШИИ БЕРУНА ВА ТАРКИБИ ГАЗҲОИ ХУН ДАР КҶДАКОНИ ГИРИФТОРИ КАМХУНИИ ГЕМОЛИТИКИИ ИРСӢ

Хусенова М.С., Исмоилов К.И.

Кафедраи бемориҳои кӯдаконаи №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муҳиммият. Дар байни камхунии гемолитикии кӯдакон дар саросари ҷаҳон камхунии гемолитикии ирсӣ (КГИ) паҳн шудааст. Мувофиқи маълумоти охириномории баъзе муаллифон ва коршиносони Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ (ТУТ), камхунии гемолитикии ирсӣ 85%-и камхунии гемолитикиро ташкил медиҳад. Камхунии гемолитикии ирсӣ яке аз гурӯҳҳои бемориҳои хун мебошад, ки бо як аломат - гемолитизи эритроцитҳо, яъне бармаҳал шикастани эритроцитҳо ва кӯтоҳ шудани давомнокии умри онҳо (одатан 100-120 рӯз) муттаҳид мешавад. Маълум аст, ки гени ноқис ба кӯдак аз як ё ҳарду волидайн, инчунин дар натиҷаи мутатсия дар сатҳи генетикӣ ҳангоми инкишофёбӣ дар батни модар мегузарад, ки боиси рушди ин беморӣ мегардад. Вобаста ба ҷойгиршавии гени ноқис дар эритроцитҳо онҳоро ба се намуд: мембранопатияҳо, ферментопатияҳо ва гемоглобинопатияҳо тақсим мекунанд [4].

Мувофиқи маълумоти олимони ватанӣ, ин беморӣ дар байни кӯдакони аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон хеле паҳн шудааст. Тадқиқотҳои охир нишон доданд, ки гемоглобинопатияҳо дар кишвари мо бештар воমেҳӯранд, тақрибан 15%-и аҳоли интиқолдиҳандагони гени талассемия мебошанд. Дар байни ферментопатияҳо маъмултарин норасоии глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа (Г-6-ФДГ) мебошад. Мембранопатияҳо камтар маъмуланд, аз ҷумла микросфероцитози ирсӣ, ки бо номи бемории Минковски-Шоффар маълум аст. [2,3].

Маълум аст, ки гемоглобин оксигенро аз капиллярҳои шуш пайваست намуда, онро ба миқдори оптималӣ ба ҳуҷайраҳо ва бофтаҳо медиҳад. Дар натиҷаи гемолитизи пуршиддати эритроцитҳо камхунӣ инкишоф меёбад, яъне камшавии гемоглобин дар ҳаҷми воҳиди хун. Мавҷудияти камхунӣ ва вайрон шудани сохтори эритроцитҳо боиси паст шудани қобилияти пайваستшавӣ ва

интиқоли оксиген ба узвҳо ва бофтаҳо мегардад. Оқибатҳои дар боло зикршуда ба паст шудани қобилияти самараноки оксигени хун, инчунин функцияи интиқоли оксиген мусоидат мекунанд, ки боиси рушди гипоксияи гемикӣ мегардад [1,5].

Бояд қайд кард, ки дар чараёни гемолитизи миқдори зиёди оҳан ҷудо мешавад, ки дар шакли гемосидерин дар ҳуҷайраҳои эпителиалӣ ва эндотелиалӣ аз ҳад зиёд ҷаббида, ҳолигии алвеолаҳо ва бронхҳо пур мекунад, ки ба инкишофи гемосидерози шуш мусоидат мекунанд. Маълум аст, ки сафедаҳои фибриллярии интерстициалии бофтаи шуш устувории ҷаҳорҷӯбаи шуш, инчунин чандирӣ ва васеъшавии онро таъмин намуда, барои мубодилаи газ дар шуш шароити оптималро фароҳам меоранд. Дар заминаи азхудкунии миқдори зиёди гемосидерин дар бофтаи шуш, протеазаҳои лизосомалӣ фаъол мешаванд, ки боиси вайрон шудани протеинҳои интерстициалӣ мегардад, ки бо маҳдуд шудани ҳаракати паренхимайи шуш ва афзоиши эластикӣ зоҳир мешавад. [6,7].

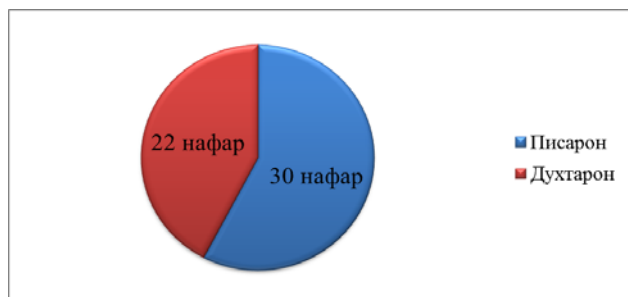
Ҳангоми КГИ, гипоксияи гемикӣ, гиперкапния, зиёдшавии миқдори оҳан қайд карда мешавад, ки ба фаъолияти бисёр системаҳои бадан, аз он ҷумла системаи нафаскашӣ, ки то ҳол бодикқат омӯхта нашудааст, таъсири манфӣ мерасонад.

Мақсади омӯзиш. Омӯзиши хусусиятҳои функцияи нафаскашии беруна ва таркиби газҳои хун дар кӯдакони гирифтори камхунии ирсии гемолитикӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Мо 52 нафар кӯдакони гирифтори КГИ аз синни 7 то 15 соларо, ки дар шӯъбаи бемориҳои хуни кӯдаконаи МД ММТ ҶТ «Шаҳраки Шифобахш» таъбаат гирифтаанд, муоина намудем. Вобаста ба ҷинс кӯдакон ба духтарон - 22 (42,4%) ва писарон - 30 (57,6%) тақсим карда шуданд. Кӯдакони мушоҳидашудаи гирифтори КГИ вобаста ба вазнинии камхунӣ ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Ба

гурӯҳи якум 20 (38,4%) кӯдакони гирифтори камхунии сабук, гурӯҳи дуюм 22 (42,4%) кӯдакони дараҷаи миёна ва ба гурӯҳи сеюм 10 (19,2%) кӯдакони гирифтори камхунии вазнин шомил буданд. Гурӯҳи назоратӣ аз 20 кӯдаки солим, ки аз рӯи чинс ва синну сол бо гурӯҳҳои муоинашуда шабеҳ буданд, иборат буд.

Чадвали 1. Таксим шудани беморони КГИ мувофиқи чинс



Ташхис дар асоси анамнези ҳаёти кӯдак, муоинаи объективӣ, арзёбии рушди ҷисмонӣ ва усулҳои тадқиқоти лабораторӣ муқаррар карда шуд. Ҳангоми қабул ба беморхона кӯдакони гирифтори КГИ ба ғайр аз усулҳои муқаррарии тадқиқот, функсияи нафаскашии беруна, pO_2 - қисман фишори оксиген ва pCO_2 - қисман фишори гази карбон, инчунин муайян кардани сатуратсияи хунро омӯхтанд (SpO_2).

Фишори парсиалии газҳои хун бо истифода аз дастгоҳ - анализатори гази хун Convergy's liquical BG Analyzer, дар лабораторияи МД ММТ ҶТ «Шаҳраки Шифобахш» муайян карда шуд. Маводи тадқиқот хуни капиллярии артериалӣ буд, ки бо истифода аз сӯзандоруҳои махсуси гепаринизатсия гирифта шудааст.

Омӯзиши функсияи нафаскашии беруна (ФНБ) бо усули спирография дар аппарати Метатест-1 (Россия) гузаронида шуд. Ҳамаи нишондодҳои ФНБ омӯхта шудаанд, аммо дар ин мақола танҳо нишондиҳандаҳои зерин нишон дода шудаанд: FEV1, VC, FVC, индекси (санҷиши) Тиффно (%) - таносуби FEV1 / FVC.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Ҳангоми ҷамъоварии анамнези ҳаётии кӯдакони КГИ маълум гашт, ки 32 (63,6%) кӯдакони гирифтори ин беморӣ аз изди-

вочҳои ҳешутаборӣ таваллуд шудаанд, дар 15 (28,3%) кӯдак, аъзои оила ё ҳешовандонашон камхунии гемолитикии ирсӣ ва дар 5 (10,4%) кӯдакони ин беморӣ дар натиҷаи мутатсияи ҳангоми инкишофёбии дар батни модар инкишоф ёфтааст. Бояд гуфт, ки аз ҷиҳати паҳншавӣ фоизи зиёдро ферментопатияҳо – норасоии глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа 28 (58,3%), пас аз он гомозиготаҳои в-таласемия (таласемияи калон) 14 (29,1%), гетерозиготаҳои в-таласемия (таласемияи хурд) 5 (10,4%), ва мембранопатияҳо – микросфероситози ирсӣ 1 (2,1%) нафарон ташкил медиҳанд.

Тавре зикр гардид, 20 (38,4%) нафар гирифтори камхунии сабук буданд. Ҳамаи кӯдакони гирифтори КГИ-и сабук дар муоинаи пуст ва луобпардаҳои намоён рангпарида буданд. Ҳангоми санҷиши хун: эритроцитҳо аз $3,9 \times 10^{12}/л$ то $2,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин аз 100 то 90 г/л, нишонҳои рангини хун аз 0,9 то 0,7, шумораи ретикулоцитҳо дар ҳудуди муқаррарӣ буд.

Гурӯҳи дуюмро 22 нафар (42,4%) беморони гирифтори камхунии миёна ташкил карданд. Объективӣ: ранги пӯсти беморон зардҷатоб буд, гепатоспленомегалия назаррас (васеъшавии испурҷ ва ҷигар аз 4 то 6 см) дида шуд. Гемограмма тағироти зеринро муайян кард: шумораи эритроцитҳо аз $2,8 \times 10^{12}/л$ - $1,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 89-71 г/л, нишонҳои рангини хун 0,75 - 0,69, ретикулоцитоз 1,5 - 2,1%.

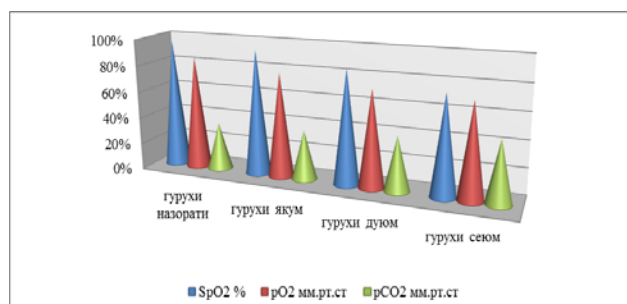
Дар гурӯҳи сеюм 10 нафар (19,7%) беморони гирифтори камхунии вазнин буданд. Дар 6 кӯдак гепатоспленомегалия (васеъшавии ҷигар ва испурҷ то қоси хурд) мушоҳида шуд. Бояд гуфт, ки ба 2 нафар беморон аз сабаби бесамар будани табobati консервативӣ ва зуд-зуд бӯҳронҳои гемолитикӣ спленэктомия гузаронида шуданд. Тағироти ҷидди дар гемограмма мушоҳида шуд: адади эритроцитҳо дар доираи $2,3 \times 10^{12}/л$ - $1,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 69-20 г/л, нишонҳои рангини хун 0,65-0,51, ретикулоцитоз 6,7-9%.

Таҳлили пункцияи мағзи устухон дар беморони гирифтори КГИ дараҷаи миёна ва вазнин гиперплазияи эритроцитҳоро муай-

ян кард. Шумораи хучайраҳои эритроидӣ ба 40%, митозҳои сурхи хун 1,4-4,3% расид. Натиҷаҳои таҳқиқоти биохимиявӣ дар 79,1% кӯдакони азназаргузаронидашуда аз ҳисоби фраксияи ғайримустақим зиёд шудани сатҳи билирубину умумиро муайян карданд. Дар 58,3% кӯдакони бемор аксуламали мусбӣ ба ферменти глюкоза-6-фосфат-дегидрогеназа пайдо шуд.

Маълумот оид ба омӯзиши таркиби газҳои хун дар кӯдакони гирифтори КГИ во-баста ба вазнинии камхунӣ тағироти зеринро ошкор кардаанд: дар кӯдакони гирифтори камхунӣ сабуқ камшавии pO_2 аз 85,7 то 78,2 мм.ст.см ва зиёдшавии pCO_2 аз 39,7 то 37,5 мм.ст.см дар муқоиса бо гурӯҳҳои назоратӣ. Кӯдакони гирифтори КГИ дараҷаи миёна ва вазнин дар муқоиса бо нишондодҳои якхелаи назорат ва яқум коҳиши назарраси pO_2 аз 69,3 то 77,3 ва аз 65,7 то 68,1 мм.ст.см афзоиши pCO_2 аз 40,8 то 45,7 ва аз 46,7 то 49,2 мм.ст.см мутаносибан гурӯҳ. Нишондиҳандаҳои шиддати қисман оксигени pO_2 ва қисман шиддати гази карбон pCO_2 хун дар беморони гирифтори камхунӣ шадид бо нишондиҳандаҳои шабеҳи камхунӣ дараҷаи миёна хеле паст буданд. (Ҷадвали 2).

Ҷадвали 2.



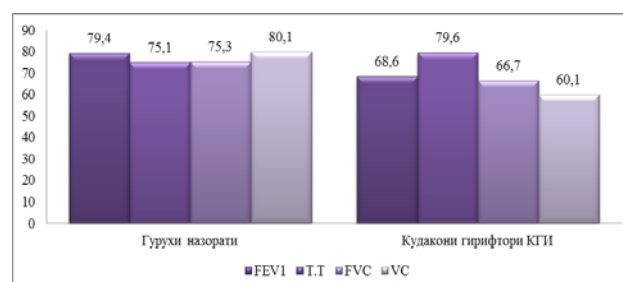
Бояд қайд кард, ки вайроншавии афзоишдаи эритроцитҳо боиси кам шудани микдори Hb (гемоглобин) дар як воҳиди хун мегардад, ки дар навбати худ боиси паст шудани қобилияти самараноки оксигени хун ва кам шудани функсияи интиқоли оксиген мегардад, ки ба инкишофи гипоксияи гемикӣ оварда мерасонад.

Дар байни шикоятҳое, ки беморони гирифтори КГИ пешниҳод кардаанд, аломатҳои марбут ба оқибатҳои гипоксияи ге-

микӣ ва гиперкапнияи бартарӣ доштанд. Шикоятҳо аз камқувватӣ (дар ҳама кӯдакон), ҳастагӣ ҳангоми машқ (75,1%), нафас-тангӣ (64,8%), сарчархзанӣ (57,8%), сустшавии иштиҳо (51,4%), тахикардия (46,2%), садо дар гӯшҳо (31,6%), мавҷзанӣ дар пеши чашм (24,6%) мекунанд.

Ҳангоми санҷиши функсияи нафаскашии беруна тағирот дар нишондодҳои ҳаҷмӣ-иктидорӣ он муайян карда шуданд, ки гуногунӣ ва вазнинии онҳо аз рӯи шиддат ва давомнокии беморӣ муайян карда мешаванд. Дар ҳамаи кӯдакони гирифтори КГИ спирография гузаронида шуд. Ҳангоми омӯзиши нишондодҳои спирографӣ дар 12 (28,5%) кӯдаконе, ки аз синни хурдсолӣ ва дар давоми 8-10 сол аз ин бемори азоб мекашанд, тағироти доимӣ пайдо кардаанд. Натиҷаҳои таҳқиқ дар кӯдакони гирифтори КГИ: ҳаҷми маҷбурии нафасбарорӣ дар 1 сония (FEV1), қобилияти ҳаётӣ (VC), қобилияти маҷбурии ҳаётии шуш (FVC) аз меъёр паст аст ва санҷиши Тиффно нисбат ба гурӯҳи назоратии нишондиҳандаҳои шабеҳ аз меъёр зиёдтар. (Ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. Нишондодҳои функсияи нафаскашии беруна дар кӯдакони гирифтори КГИ



Тағйироти дар боло зикршуда дар спирограмма боиси паст шудани чандирии бофтаи шуш ва инкишофи норасоии рестриктивии нафас мегардад.

Хулоса, маълумотҳои нишондиҳандаҳои спирографӣ нишон доданд, ки дар беморони гирифтори КГИ-и дараҷаи вазнинии ин беморӣ дар давоми 8-10 сол аз сабаби гемосидерози шуш, норасоии нафаскашии навъи рестриктивӣ, имконнопазирии васеъшавии пурраи алвеолаҳо ҳангоме, ки ҳаво дар заминаи гузариши озоди он қад-қад роҳҳои нафас ба онҳо ворид мешавад.



Адабиёт

1. Атрясан Т.Т. Клинико-лабораторный профиль наследственного сфероцитоза / Атрясан Т.Т // Вестник Северо-Западного государственного университета им.И.И Мечникова 2019. - Т 11. - №1. С. 65-79.
2. Давлатова С.Н. Морфофункциональные и цитохимические параллели при НГА у детей / Давлатова С.Н // Вестник Авиценны 2017. - №1 С. 68-72.
3. Исмаилов К.И. Состояние функции внешнего дыхания и кислотно-основного равновесия крови при наследственных гемолитических анемиях у детей / Исмаилов К.И // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана 2018. - №3 (39). С. 43-45.
4. Мицура Е.Ф. Наследственные гемолитические анемии у детей: принципы диагностики и лечения / Мицура Е.Ф, Волкова Л.И // Проблемы здоровья и экологии 2013. - С. 25-29.
5. Мещерякова Л.М. Лабораторные возможности дифференциальной диагностики анемий / Мещерякова Л.М. и соавт // Онкогематология 2. 2015. - Т10. С. 46-50.
6. Фирсова В.Н. Опыт иммунизации детей Краснодарского края с наследственными гемолитическими анемиями / Фирсова В.Н. и соавт // Кубанский научный медицинский вестник. 2017. - 24 (4) С. 139-145.
7. Donato H. Hereditary spherocytosis. Reviem. Part II. Symptomatology, outcome, complication and treatment / Donato H, Crisp RL, Rapetti MC et al // Arch Argent Pediatr. 2015. 113(2) pp.168-179.

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ГАЗОВОГО СОСТАВА КРОВИ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИМИ АНЕМИЯМИ

Хусенова М.С., Исмаилов К.И.

Кафедра детских болезней №2, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,
город Душанбе, Республика Таджикистан.

Для оценки состояния функции внешнего дыхания и газового состава крови, нами было обследовано 52 детей, страдающих наследственными гемолитическими анемиями, из них было 22 девочек и 30 мальчиков. Контрольную группу составили 20 здоровых детей. Исследование функции внешнего дыхания проводилась

методом спирографии. Анализ спирографических показателей выявил у данной категории больных детей дыхательную недостаточность по рестриктивному типу.

Ключевые слова: наследственные гемолитические анемии, функция внешнего дыхания, сатурация крови.

FUNCTION OF EXTERNAL RESPIRATION AND BLOOD GAS COMPOSITION IN CHILDREN WITH HEREDITARY HEMOLYTIC ANEMIA

Khusenova M.S., Ismoilov K.I.

Department of children's diseases № 2, SEI «Avicenna Tajik State Medical University»,
Dushanbe, Tajikistan.

To assess the state of the function of external respiration and blood gas composition, we examined 52 children suffering from hereditary hemolytic anemia, of which there were 22 girls and 30 boys. The control group consisted of 20 healthy children. The study of the function of external

respiration was carried out by spirometry. The analysis of spirometric parameters revealed restrictive respiratory failure in this category of sick children.

Key words: hereditary hemolytic anemia, function of external respiration, blood saturation.



Хусенова Манижа Сироҷиддиновна – унвонҷӯи кафедраи бемориҳои кӯдакони №2, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», E-mail: ms.kh0595@mail.ru; тел: (+992) 918-83-69-69

Исмоилов Комилҷон Исроилович - д.и.т., профессори кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 МДТ ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино, E-mail: ismoilov52@inbox.ru

Хусенова Манижа Сироджиддиновна - соискатель кафедры детских болезней №2, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», город Душанбе, Республика Таджикистан. E-mail: ms.kh0595@mail.ru; тел: (+992) 918-83-69-69

Исмаилов Комилджон Исроилович - д.м.н., профессор кафедры детских болезней №2 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», город Душанбе, Республика Таджикистан. E-mail: ismoilov52@inbox.ru

Khusenova Manizha Sirojiddinovna – Aspirant of the Department of children's diseases № 2, SEI «Avicenna Tajik State Medical University», Dushanbe, Tajikistan, E-mail: ms.kh0595@mail.ru; тел: (+992) 918-83-69-69

Ismoilov Komiljon Isroilovich – doctor of medical sciences, professor of the department of children's diseases № 2, SEI «Avicenna Tajik State Medical University», Dushanbe, Tajikistan. E-mail: ismoilov52@inbox.ru



БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

ДИНАМИКАИ БЕМОРИҲОИ ИНФЕКЦИОНӢ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Пулотзода И.П.¹, Юсуфӣ С. Ҷ.², Рӯзиев М.М.³, Саидова. М. Н.⁴

1. Коллеҷи тиббии Хучанд ба номи Исоҳқӣ Ю.Б., ш. Худжанд, Ҷумҳурии Тоҷикистон;

2. ВТ ва ҲИА ҚТ; 3. ПИТ тибби профилактикии Ҷумҳурии Тоҷикистон;

4. Донишгоҳи миллии Тоҷикистон.

То соли 2019 сабабҳои асосии марг дар ҷаҳон се гурӯҳи калони бемориҳо буданд: якум – бемориҳои дилу рағҳо, дуюм – бемориҳои сироятӣ, сеюм – патологияҳои навзодон ва ғайри ин. Пас аз хуруҷи COVID-19, ки тавассути вируси SARS-CoV-2, ки дар Вухани Чин дар охири моҳи декабри соли 2019 ба миён омад, бемориҳои сироятӣ аз ҳисоби ғавт аз мушкilot ба сатҳи аввал гузашт. Мутаассифона, чунон ки таҷриба нишон медиҳад, COVID-19 охири пандемия нест ва бемориҳои сироятӣ таҳдиди асосӣ ба инсоният боқӣ мемонанд. Тибқи иттилои ТАСС, бемориҳои сироятӣ хатарноктарин дар ҷаҳон имрӯз вабо, холера, гепатит, зукоми ҳук, СПИД ва коронавирус мебошанд.

Тибқи маълумоти Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ (минбаъд – ТУТ), дар Ҷумҳурии Тоҷикистон нишондиҳандаҳои бемориҳои хатарноки сироятӣ то соли 2019 чунин буданд: сирояти ВНМО; паҳншавии бемории сил; паҳншавии вараҷа; ҳодисаҳои гепатит.

Мутаассифона, дар давоми 9 сол сирояти ВНМО дар кишвар 23% афзудааст ва пешбинии ТУТ барои соли 2025 афзоиши онро нишон медиҳад [2,3]; Шумораи гирифтори нави сирояти ВНМО дар як соли миёна 6,0 ба 100 000 нафарро ташкил медиҳад.

Имрӯз Ҷумҳурии Тоҷикистон дар қатори 10 кишвари ҷаҳон бо сарбории бемории сил бо муқовимати гуногуни доруворӣ қарор дорад. Омили асосии паҳншавии бемории сил муҳоҷирати меҳнатии аҳоли дар кишвар мебошад. То имрӯз Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии кишвар бо лоиҳаи ҲОУП, Хазианаи Глобалӣ, USAID, ТУТ ҳамкориҳои зиҷ дорад. Вазорати тандурустӣ инчунин стратегияи мубориза бо бемории силро, ки аз ҷониби ТУТ тавсия шудааст, қарор додааст, ки аз як курси кӯтоҳи табобати мустақими мушоҳидашуда иборат аст. Сатҳи бе-

мории сил (ҳодисаҳои нав, нишондиҳандаи меёри синну сол) ба ҳисоби миёна дар ҷумҳурӣ барои ҳар сол – 107,7 ба 100 000 ҳазор нафар аҳоли рост меояд. [2,4];

Тавре маълум аст, дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соли 1997 аз ҳама бештар гирифтори бемории вараҷа ба қайд гирифта шуд. Он вақт дар кишвар 30 ҳазор гирифтори беморӣ сабт шуда буд. Ин ягона кишвар дар минтақаи аврупоии ТУТ буд, ки дар он сирояти бемории Plasmodium falciparum мавҷуд буд [2,5].

То соли 2009 Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҳадафи худ расид ва намуди дар боло зикргардидаи вараҷа аз байн рафт. Аз соли 2017 то соли 2021 омори гирифтормаҷмаи бемории вараҷа дар кишвар сифрро (0) ташкил дод. [2,6]. Бояд гуфт, ки ин барои кишвари мо дастоварди хубест, зеро дар Афғонистон, ки бо он сарҳади умумӣ дар тӯли зиёда аз 1200 километр дорем, ҳолатҳои гирифтормаҷмаи беморӣ то ҳанӯз мушоҳида мешаванд.

Бемориҳои вирусии гепатитӣ, махсусан гепатити В низ барои кишвар хатари зиёд дорад - шумораи гирифтормажмаи сироят дар як сол ба 100 000 ҳазор нафар аҳоли 2320 нафарро ташкил медиҳад. То имрӯз дар кишвар бо дастгирии ТУТ харитаи рафъи бемории гепатити В таҳия шуда истодааст. Тибқи пешгӯиҳои ТУТ, то соли 2025 аллакай коҳиш ёфтани домани ин беморӣ мушоҳида мешавад [2,3]. Он дар байни 10 сабаби асосии марг дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2007-2017 буд [2,7]. Фарқ кардани чунин омилҳо мумкин аст: сироятҳои роҳҳои поёнии нафас, бемориҳои дарунравӣ, менингит ва сил. Бояд таъкид кард, ки дар давраи пандемияи COVID-19 дар ҷумҳурӣ, чун дар тамоми кишварҳои дигар, болоравии омори ғавт аз бемориҳои сироятӣ роҳҳои поёнии нафас ба қайд гирифта шудааст.

Мақсади омӯзиш. Мақсади ин тадқиқот омӯзиши динамикаи бемориҳои сироятӣ, ки

дар онҳо доруҳои зиддибактериалӣ ва зиддимикробӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон истифода мешаванд, иборат буд.

Мавод ва методҳо. Мавод маълумоти омории Агентии оморӣ назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, инчунин маълумоти нашршудаи ТУТ буданд. Натиҷаҳо бо усули оморӣ тавсифӣ бо истифода аз барномаҳои MS Office EXCEL 2017 коркард карда шуданд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаҳо. Тибқи иттилои Кумитаи давлатии оморӣ ҚТ, таҳлили гурӯҳҳои бемориҳо гузаронида шуд, ки дар онҳомаводҳои дорувории антибактериалӣ ва антимиқробӣ аксаран истифода мешаванд. Мо якҷанд гурӯҳи нозологияро омӯхтаем, аз он ҷумла: якҷам – динамикаи бемориҳои нафаскашӣ, пневмония, бемориҳои музминӣ роҳҳои поёнии нафас, сироятӣ шадиди роҳҳои болоии нафас, илтиҳоби музминӣ бинӣ, синусит, фарингит, нозофарингит, грипп, илтиҳоби музминӣ бодомакҳо ва аденоидҳо; дуюм — касалии системаи ҳоziма, ки дар он динамикаи бемориҳои даҳон, ғадудҳои оби даҳон, захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта тадқиқ карда шудааст; сеюм, системаи репродуктивӣ мебошад, ки дар байни онҳо бемориҳои аз қабилӣ нефрит, синдроми нефротикӣ, нефроз, пиелонефрити шадид ва музмин, бемориҳои илтиҳобии ғадуди простата, аденомаи простата, бемориҳои илтиҳобии узвҳои косӣ хурд ва сироятҳои бо роҳи ҷинсӣ гузаранда муайян карда шудаанд.

Аз расми 1 дида мешавад, ки дар давраи солҳои 2017-2021 сатҳи гирифтормаи ба сироятҳои марбут ба гурӯҳи сироятҳои роҳи



Рас. 1. Динамикаи бемориҳои узвҳои нафаскашӣ

нафас хеле коҳиш ёфтааст. Ҳамин тариқ, гирифтормаи ба сироятҳои шадиди роҳҳои болоии нафас 55,39% кам шудааст, гарчанде дар соли 2019 нисбат ба соли қаблӣ каме афзоиш ёфта, 1,2% ба қайд гирифта шудааст. Бемориҳои гайморит, фарингит ва нозофарингит 38,96%, фарингит ва ларингит 50,02% кам шудааст. Паст шудани сатҳи бемориҳои роҳҳои поёнии нафас ва шуш дар ҳамин солҳо дар соли якҷам 43,94% ва дар соли дуюм 4,70% -ро ташкил дод.



Рас. 2. Бемориҳои системаи таносул

Таҳлили динамикаи бемориҳои системаи узвҳои таносул нишон дод, ки ин патология дар тӯли 5 соли охир 9,44% афзоиш ёфтааст. Афзоиши ҷунин патологияҳо ба монанди нефрит, синдроми нефротикӣ, нефроз 81,97%, пиелонефрити шадид 82,75%, пиелонефрити музмин 78,62%, аденома 88,32%, бемориҳои илтиҳобии ғадуди простата 86,9% дар занон. узвҳои косӣ хурд 81,93 ғоиз.



Рас.3 Динамикаи бемориҳои системаи ҳоziма



Танҳо дар чунин нозология ба монанди норасоии гурда 41,61% каме коҳиш ёфт, ҳарчанд тавре ки аз расми 2 дида мешавад, дар солҳои 2018 ва 2019 дар муқоиса бо соли 2017 афзоиши беморӣ мушоҳида шудааст.

Аз рӯи натиҷаҳои дар расми 3 овардашуда дида мешавад, ки умуман, басомади бемориҳои системаи ҳозима дар маҷмӯъ кам шудааст. Ҳамин тариқ, бемориҳои системаи ҳозима дар солҳои таҳлилшуда 31,15%, бемориҳои рӯдаи даҳон, ғадудҳои даҳон ва даҳон 28,77 фоиз, захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта 49,08%, илтиҳоби меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта 31,61% кам шудааст.

Ҳамин тариқ, талҳили паҳншавии бемориҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳиссаи зиёди

бемориҳои пайдоиши сироятиро, ки истифодаи АМФ-ро тақозо мекунанд, нишон дод, ки аҳамияти масъалаи омӯзиши оқилонаи истифодаи АБ ва АМФ-ро тасдиқ мекунад.

Хулосаҳо. Ҳамин тариқ, таҳлил нишон дод, ки истифодаи оқилонаи маводи дорувории антибактериали ва антимиқробӣ ҳанӯз аҳамияти худро дорад, зеро ба ғайр аз кам шудан, афзоиши беморӣ низ мушоҳида мешавад, ки бе таъбаоти АБ ва АМ имконнопазир аст. Дар ин росто истеъмоли дурусти маводи дорувории антибактериали ва антимиқробӣ муҳим аст, зеро маълум аст, ки истифодаи нодуруст ва аз ҳад зиёди ин гурӯҳҳо ба муқовимати антибиотикҳо оварда мерасонад, ки тамоми ҷаҳон бо он мубориза мебарад.

Адабиёт

1. Здравоохранение в Республике Таджикистан. Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан; 2022г.
2. Задачи ЦУР, связанные со здоровьем, в Таджикистане: реализация политики и мер в области здравоохранения и повышения благополучия населения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Health-related SDGs. In: Viz Hub [website]. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (<https://vizhub.healthdata.org/sdg/>, посостоянию на 20 декабря 2019 г.).
4. Отчет о ходе реализации Плана действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. // Шестдесят восьмая сессия Европейского регионального комитета ВОЗ, Рим, Италия. 17-20 сентября 2018. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (EUR/RC68/8(A); (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/378260/68wd08r_A_Progress_ReportTBAP_180412.pdf, по состоянию на 19 мая 2020 г.).
5. Kondrashin AV, Sharipov AS, Kadamov DS, Karimov SS, Gasimov E, Baranova AM et al. Elimination of Plasmodium falciparum malaria in Tajikistan. Malar J. 2017;16:226. doi: org/10.1186/s12936-017-1861-5.
6. World malaria report 2019. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/world-malaria-report-2019>, посостоянию на 29 мая 2020 г.).
7. Таджикистан // Данные по здравоохранению, страновые обзоры. Институт показателей измерения и оценки здоровья (ИПОЗ) [онлайновая база данных]. Сиэтл (округ Вашингтон): Институт показателей измерения и оценки здоровья; 2019 (<http://www.healthdata.org/tajikistan?language=134>, по состоянию на 19 апреля 2020 г.).

ДИНАМИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Пулотзода И.П., Юсуфи С.Дж., Рузиев М.М., Саидова М.Н.

Худжанский медицинский колледж им. Исмоили Ю.Б., г. Худжанд, Республика Таджикистан; Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины; Таджикский Национальный Университет,

При изучении динамик инфекционных заболеваний при которых часто используются антибактериальные и антимиқробные препара-

ты по Республике Таджикистан, было установлено, что среди трех изученных групп нозологий: респираторных заболеваний, заболеваний

органов пищеварения и мочеполовой системы большой рост заболеваний пришелся на последнюю группу. В целом заболевания мочеполовой системы по республике за 5 лет выросли на 9,44%. Рост заболеваний в нозологиях - нефрит, нефротический синдром, нефроз вырос на 81,97%, острый пиелонефрит на 82,75% хронический пиелонефрит на 78,62%, аденома простаты на 88,32%, воспалительные заболева-

ния предстательной железы на 86,49% воспалительные заболевания женских органов малого таза на 81,93%. Лишь среди нозологии почечной недостаточности произошёл спад на 41,61%.

Ключевые слова: инфекционные заболевания, Республика Таджикистан, COVID-19, инфекции нижних дыхательных путей, репродуктивная система.

DYNAMICS OF INFECTIOUS DISEASES IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Pulotzoda I., Ysufi S. Dj., Ruziev M. M., Saidova M. N.

Khujansk Medical College named after Iskhoki Yu. B., Khujand, Republic of Tajikistan; Tajik Research Institute of Preventive Medicine; Republic of Tajikistan; Tajik National University, Republic of Tajikistan.

When studying the dynamics of infectious diseases in the Republic of Tajikistan, in which antibacterial and antimicrobial drugs are often used, it was found that among the three studied groups of nosologies: respiratory diseases, diseases of the digestive system and the reproductive system, a large increase in diseases fell on the last group. In general, diseases of the reproductive system in the republic increased by 9,44% over 5 years. The growth of diseases in nosologies - nephritis, nephrotic syndrome,

nephrosis increased by 81,97%, acute pyelonephritis by 82,75%, chronic pyelonephritis by 78,62%, prostate adenoma by 88,32%, inflammatory diseases of the prostate gland by 86,49%, inflammatory diseases of the female pelvic organs by 81,93%. The only nosology of renal failure, there was a slight decline of 41,61%.

Key words: infectious disease, Republic of Tajikistan, COVID-19, lower respiratory infections, reproductive system.

Пулотзода И.П. - Коллеҷи тиббии Хуҷанд ба номи Исҳоқӣ Ю.Б., ш. Худжанд, Ҷумҳурии Тоҷикистон; E-mail: ilhom-23@inbox.ru

Юсуфӣ С. Ҷ. - ВТ ва ҲИА ҚТ;

Рузиев М.М. - ПИТ тибби профилактикии Ҷумҳурии Тоҷикистон;

Саидова. М. Н. - Донишгоҳи миллии Тоҷикистон. Ҷумҳурии Тоҷикистон;

Пулотзода И.П. Худжанский медицинский колледж им. Исхоки Ю.Б., г. Худжанд, Республика Таджикистан; E-mail: ilhom-23@inbox.ru

Юсуфи С. Дж., - Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан;

Рузиев М.М. - Tajik Research Institute of Preventive Medicine, Republic of Tajikistan

Саидова. М. Н. - Таджикский Национальный Университет, Республика Таджикистан

Pulotzoda I. P. Khujand Medical College named after V. A. Khudzhanov. Iskhoki Yu. B., Khujand, Republic of Tajikistan; E-mail: ilhom-23@inbox.ru

Yusufi S. J., - Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan;

Ruziev M. M. - Tajik Research Institute of Preventive Medicine, Republic of Tajikistan

Saidova, M. N. - Tajik National University, Republic of Tajikistan



НЕВРОЛОГИЯ

ХУСУСИЯТҲОИ НИШОНАҲОИ МАНБАВИИ САКТАҲОИ ПАҲНШУДАИ КАМХУНӢ ДАР КӢДАКОН

Исоева М.Б., Точиддинов Т.Б., Рабоева Ш.Р., Зарипов Н.А.

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

Муҳиммияти мавзӯ. Сактаи мағзӣ вайроншавии шадиди хунгардиши мағзӣ мебошад, ки бо яку якбора дар муддати якчанд дақиқа ё соат ба амал омадани нишонаҳои китъавӣ ва /ё умумимағзии асабӣ зоҳир мегардад ва зиёда аз 24 соат нигоҳ дошта мешавад ё ин ки дар муддати кӯтоҳ беморро ба марг мерасонад. Сактаҳои мағзӣ дар кӯдакон ҳам ба амал омада, аз 1-моҳагӣ то 18-солагӣ вомехӯрад. Муҳимияти омӯзиши сактаҳои мағзӣ дар кӯдакон бо он вобаста мебошад, ки атфоли сакта гузаронда маҷбур аст бо оризаи ба вучудодадаи асабӣ ташаккул ёбад ва таъмин кардани талаботи кӯдакони фаъолиятшон маҳдуд, ҳам аз ҷиҳати тиббӣ, педагогӣ ва ҳам иҷтимоӣ гарон аст [1, 2]. Айни замон беморшавӣ бо сакта 2 – 3 ҳолат ба 100 000 кӯдаконро дар як сол ташкил мекунад (дар калонсолон ин нишондод 1 – 5 ҳолат ба 1000 нафариро ҳафта ба ҳафта меорад). Паҳншавии сактаҳои камхунӣ 7,8 ба 100 000 кӯдаконро дар як сол ташкил менамояд, 40% ҳамаи сактаҳо дар кӯдакони то як сола ба амал меояд. Фавти умумӣ аз сактаҳои мағзӣ 12%-ро дар бар мегирад; хатари миёнаи сактаи такрорӣ қариб 20%-ро ташкил мекунад [3, 4]. Аз рӯи нишондодҳои ассосиатсияи зиддисактавии Амрико, қариб аз ним зиёд ҳамаи сактаҳои кӯдакон бо мавҷуд будани камхунӣ досхучайра ва нуқсонҳои модарзодии дил вобаста мебошанд. Дар байни дигар омилҳои хатар – бемориҳои сироятии гардан васар, лахташавии аномалии хун, осеби мағзу косахонаи сар, вайроншавии аутоиммунӣ қайд менамоянд. Безурриётии модар дар собиқа, пеш аз мӯҳлат рафтани оби назди чанин ҳангоми ҳомиладорӣ, презклампсия ва хориоамнионит аз ҳисоби уфунати бактериявӣ - омилҳои мебошанд, ки хатари сар задани сактаро баланд мекунад [2]. Қайд кардан бамаврид аст, ки ҳангоми сактаҳои мағзӣ

вобаста аз вайроншавии ҳавзаҳои шараёнҳои гуногуналоматҳои гуногуни манбавӣ ва инчунин нишонаҳои патологӣ ҳангоми тадқиқоти қариб чашм мушоҳида карда мешавад.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хусусияти нишонаҳои сактаи камхунӣ паҳншуда дар кӯдакон.

Мавод ва усули тадқиқот. Дар шӯъбаи асаби кӯдаконаи МД ММТ Ҷумҳурии Тоҷикистон аз моҳи январ то моҳи сентябри соли 2020 6 нафар кӯдакон бо сактаи камхунӣ ҳаҷми калондошта муоина карда шуд, ки аз онҳо 2 нафар духтар ва 4 нафар писаронро ташкил мекарданд. Синну соли беморон аз 1,5 то 4 солаю 8 моҳаро дар бар мегирифт. Ба ҳамаи беморон тадқиқоти собиқавӣ, клиникӣ, лабораторӣ (таҳлили лахташавии хун, таҳлили гематокрити хун), дастгоҳӣ (томографияи магнитӣ-резонансӣ, электрокардиограмма, ташҳиси ултрасадоии дил) гузаронида шуд. Беморонро духтури офталмолог, кардиолог кӯдакона ва духтури атфол муоина намудаанд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он. Дар натиҷаи тадқиқот дар кӯдакон омилҳои хатар ба назар гирифта шуд, аз он ҷумла дар 3 нафар нуқсонҳои модарзодии дил, дар 2 нафар кӯдакон баъди исҳол ҳолати гиповолемӣ ва дар як нафар бемории метгемоглобинемия муайян карда шуд. Вобаста аз иллатҳои ҳавзаҳои шараёнҳои мағзӣ сар: дар 4 нафар сактаи паҳншудаи камхунӣ дар ҳавзаҳои шараёнҳои миёна ва пешии мағзӣ сарӣ дар нимкураи чап; дар 2 нафар дар ҳавзаҳои шараёнҳои пеш, миёна ва ақибии мағзӣ нимкураи рост ва ноҳияи ақибии мағзӣ нимкураи чап ба қайд гирифта шуд. Дар 4 нафар фалаҷи нимтан аз тарафи рост, норасоии асабҳои VII ва XII ба таври марказӣ аз тарафи рост ва вайроншавии нутқи сенсомо-

торӣ зоҳир карда шуд. Дар ду нафар бошад фалаҷи нимтан аз ду тараф, бештартарафи чапро дар бар гирифтааст, норасоии аса-

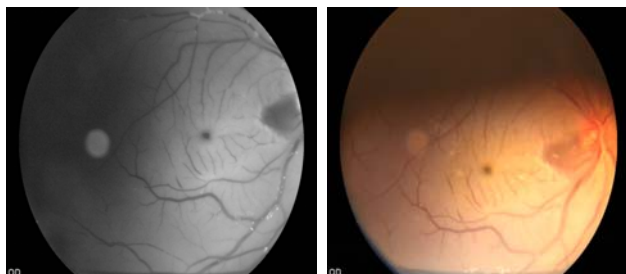
бҳои VII ва XII ба таври марказӣ ва вайроншавии нутқ, ҳолати сопорозӣ мушоҳида карда шуд (Расми 1).

Расми 1. Зоҳиршавии аломатҳои манбавӣ ва нишонаҳои қаъри чашм вобаста аз ҳавзаҳои вайроншавии гардиши хун.

Ҳавзаҳои вайроншавии гардиши хун	Аломатҳои манбавии невролоҷӣ	Вайроншавии хуш	Қаъри чашм
Шараёни пешии мағзи сар	• Фалаҷи нимтан	○ Ҳолати карахтии хуш	• Варами диски асаби босира
Шараёни миёнаи мағзи сар	• Норасоии асабҳои VII ва XII ба таври марказӣ	○ Ҳолати сопорозӣ	• Хунрезии тўрпарда
Шараёни пеш ва миёнаи мағзи сар	• Вайроншавии нутқи сенсомоторӣ	○ Ҳолати коматозӣ	• Аломати «Донаи олуболу» • Нейропатияи ишемикӣ
Шараёни ақибии мағзи сар	• Нутқи дизартриявӣ		• Тангшавии шараёнҳои қаъри чашм

Ҳангоми муоинаи офтальмолог дар қаъри чашми 2 нафар беморе, ки сактаи паҳншудаи ҳаҷми калондошта аломати «Донаи олуболу» мушоҳида карда шуд, ки ин аломат бештар дар бемориҳои ирсии мубодилавии системаи асаб зоҳир мешуд. Фарқияти зоҳиршавии ин аломат аз бемориҳои ирсии мубодилавии системаи асаб дар он аст, ки дар давраи шадиди сактаҳо ва инчунин дар сактаҳои паҳншуда, ки ду нимкураро дар бар мегирад, мушоҳида карда мешавад ва яктарафа мебошад (расми 2).

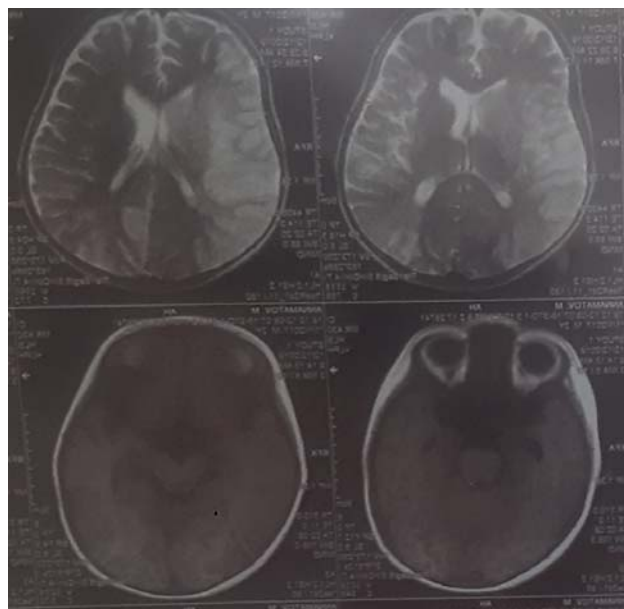
Расми 2. Акси қаъри чашми бемор бо сактаи камхунӣ дар ҳавзаҳои шараёнҳои пеш ва миёнаи мағзӣ аз рост ва ҳавзаҳои шараёни ақибии мағзӣ аз чап мебошад.



Дар натиҷаи табobati патогенетикӣ аломати «Донаи олуболу» оҳиста-оҳиста кам шуда ва ҳолати аввалаи диски асаби босира қисман барқарор шуд.

Хулоса. Дар кӯдакон сактаи камхунӣ ҳаҷми бештари қитъаи мағзи сарро дар бар

Дар томографияи магнитӣ-резонансии ин беморон сактаи камхунӣ паҳншудаи қисмҳои қишрӣ-зериқишрии ноҳияҳои пешонаю фарқу чаккаи нимкураи рост ва ноҳияи ақибии мағзӣ нимкураи чап ба қайд гирифта шуд, ки ҳавзаҳои шараёни мағзӣ: шараёнҳои пеш, миёна ва ақибии мағзӣ дар бар гирифта буд (Расми 3).



мегирад, ки боиси зоҳиршавии аломатҳои дағали невролоҷӣ мешавад ва дар ин ҳолат пайдошавии аломати «Донаи олуболу» аз имкон берун нест. Ин аломат фақат дар сактаҳои қитъаашон васеъ зоҳир мешавад ва асимметрикӣ мебошад.



Адабиёт

1. Зыков В.П. Диагностика и лечение артериального ишемического инсульта у детей в остром периоде /В.П. Зыков, И.Б. Комарова, Л.В. Ушакова // Вопросы современной педиатрии. – 2011. - №4. – С. 70-78.
2. Нейрофункциональное состояние головного мозга у детей с хронической церебральной ишемией /Е.В. Шевченко [и др] //Журнал Сибирское медицинское обозрение. – 2018.- №5. С. 31-40.
3. Распределение протромботических полиморфных вариантов генов у детей с ишемическим инсультом / М.А. Колесникова[и др] // Журнал SiberianMedicalSciences. – 2015.- №6. – С.2-12.
4. Эпидемиология и этиология инсультов у детей грудного возраста /О.А. Львова [и др] // Журнал Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. - №2. – С. 50-55.

ОСОБЕННОСТИ ОЧАГОВОЙ СИМПТОМАТИКИ ОБШИРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ У ДЕТЕЙ.

Исоева М.Б., Таджидинов Т.Б., Рабоева Ш.Р., Зарипов Н.А.

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

Целью данного исследования является изучение характеристик симптомов обширных ишемических инсультов у детей. Данное исследование проводилось в отделении детской неврологии Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» с января по сентябрь 2020 года. В этом исследовании приняли участие шесть детей с обширным ишемическим инсультом. В ходе исследования были выявлены факторы риска у детей, в том числе 3 врожденных порока сердца, 2 детей с гиповолемией после диареи и 1 ребенок с метгемоглобинемией. При осмотре офтальмологом глазного дна у двоих пациентов с об-

ширным ишемическим инсультом обнаружился признак «косточка сливы», который чаще встречается при наследственных заболеваниях нервной системы. В результате патогенетического лечения симптомы «косточки сливы» постепенно уменьшились и исходное состояние диска зрительного нерва частично восстановилось. У детей ишемия поражает большой объем вещества головного мозга, что приводит к появлению тяжелых неврологических симптомов, в этом случае и возможно появление симптома «косточка сливы».

Ключевые слова: инсульт, симптом «косточка сливы», факторы риска.

FEATURES OF FOCAL SYMPTOMS OF EXTENSIVE ISCHEMIC STROKES IN CHILDREN

Isoeva M.B., Tojidinov T.B., Raboeva Sh.R., Zaripov N.A.

Department of Neurology, Psychiatry and Medical Psychology named after M. G. Gulyamov
State Medical University named after Abuali ibn Sino

The aim of this study is to study the characteristics of symptoms of extensive ischemic strokes in children. This study was conducted in the Department of Pediatric Neurology of the National Medical Center of the Republic of Tajikistan "Shifobakhsh" from January to September 2020. This study involved six children with extensive ischemic

stroke. The study identified risk factors in children, including 3 congenital heart defects, 2 children with hypovolemia after diarrhea, and 1 child with methemoglobinemia. When an ophthalmologist examined the fundus of two patients with extensive ischemic stroke, a sign of "plum stone" was found, which is more common in hereditary diseases of the nervous

system. As a result of pathogenetic treatment, the symptoms of “plum seed” gradually decreased and the initial state of the optic nerve disk was partially restored. In children, ischemia affects a large volume of brain matter, which

leads to the appearance of severe neurological symptoms, in this case, the appearance of the “plum stone” symptom is possible.

Key words: stroke, plum seed symptom, risk factors.

Исоева Манижа Башировна -н. и. т., ассистент кафедры неврология, психиатрии и тиббӣ ва равониносоӣ ба номи М. Ғ. Ғуломов МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” Email: hamidullo_12@mail.ru, тел: 918-40-80-79

Тоҷиддинов Тодҷиддин Бахрулов – ассистент кафедры неврология, психиатрии и тиббӣ ва равониносоӣ ба номи М. Ғ. Ғуломов МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” Email: neyron-tj@mail.ru тел: 909-90-79-18

Рабоева Шоира Рашидовна - ассистент кафедры неврология, психиатрии и тиббӣ ва равониносоӣ ба номи М. Ғ. Ғуломов МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” Email: shoira.2315@mail.ru тел: 980-47-10-10

Зарипов Нуралӣ Абдуракибов - ассистент кафедры неврология, психиатрии и тиббӣ ва равониносоӣ ба номи М. Ғ. Ғуломов МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” Email: nur.tj-94@mail.ru тел: 987-32-90-15

Исоева Манижа Башировна – к.м.н., ассистент кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Email: hamidullo_12@mail.ru тел: 918-40-80-79

Тодҷиддинов Тодҷиддин Бахрулов – ассистент кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Email: neyron-tj@mail.ru тел: 909-90-79-18

Рабоева Шоира Рашидовна - ассистент кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Email: shoira.2315@mail.ru тел: 980-47-10-10

Зарипов Нуралӣ Абдуракибов - ассистент кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Email: nur.tj-94@mail.ru тел: 987-32-90-15

-Isoeva Manizha Bashirovna Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Neurology, Psychiatry and Medical Psychology named after M. G. Gulyamov State Medical University named after Abuali ibni Sino Email: hamidullo_12@mail.ru phone: 918-40-80-79

Tojiddinov Tojiddinbakhrolievich-Assistant of the Department of Neurology, Psychiatry and Medical Psychology named after M. G. Gulyamov State Medical University named after Abuali ibni Sino Email: neyron-tj@mail.ru phone: 909-90-79-18

Shoira Raboeva-Assistant of the Department of Neurology, Psychiatry and Medical Psychology named after M. G. Gulyamov State Medical University named after Abuali ibni Sino Email: shoira.2315@mail.ru phone: 980-47-10-10

Zaripov Nurali Abdurakibovich-Assistant of the Department of Neurology, Psychiatry and Medical Psychology named after M. G. Gulyamov State Medical University named after Abuali ibni Sino Email: nur.tj-94@mail.ru phone: 987-32-90-15



ОНКОЛОГИЯ

ОҒОЗИ МАРҲАЛАИ АМАЛИЁТҲОИ ҶАРРОҲИИ ГИБРИДӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ САРАТОНИ СУРХРӮДА ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Ҷамшедов Ҷ.Ш.

Кафедраи онкология, ташхиси шуӣ ва табобати шуӣи
МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Муҳимият. Саратои сурхрӯда имрӯзҳо вобаста ба дараҷаи шиддатнокӣ, потенсиали баланди метастазии лимфогенӣ ва пешгӯиҳои нохуш ба қатори даҳгонаи аввали ҷараёнҳои неопластикӣ дохил мешавад. Мувофиқи маълумотҳои Global Cancer statistics- 2020, ҳамасола дар тамоми ҷаҳон 604100 ҳолати саратои сурхрӯда ташхис мешавад, ки 3,1%-ро аз миқдори беморони гирифтори номияҳои бадсифат ва 544076 ҳолатҳои фавтро аз ин патология ташкил медиҳад ва ин рақам 5,5%-ро аз миқдори умумии ҳолатҳои фавти беморон аз номияҳои бадсифатро дар бар мегирад [1-7].

Ин беморӣ бештар дар музофоти Хенаи Ҷумҳурии Мардумии Чин ташхис карда мешавад - 250 ҳолатҳо ба 100 ҳазор мардон ва 160 ба 100 ҳолатҳои гирифтории занон рост меояд. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамасола аз 100 ҳазор нафар аҳоли 160 ҳолати беморӣ ташхис карда мешавад. Мувофиқи омили МД МСИЧ дар 67-70% патиентҳо шакли диагностируется генерализацияшудаи саратои сурхрӯда ташхис карда мешавад [1,8].

Табоати асосии саратои сурхрӯда усули ҷарроҳӣ ба ҳисоб меравад, дар ҳолате ки ҷараёни омории резектабелӣ ҷой дошта бошад. Айни замон ҳангоми табобати саратои сурхрӯда ҷарроҳии навӣ Люис стандарти аз ҳама афзалиятнок ба шумор меравад, ки он чунин сурат мегирад: давраи якуми ҷарроҳӣ – лапаротомия ревизияи ковокии шикам, лимфодиссекция Д-2, мобилизатсияи меъда бо нигоҳдории меъдаҷаи чап ва шараёни ростии меъдагию ҷарбуӣ. Ба таври субтоталӣ ҷарбуи калон резексия карда мешавад, то ки яклухтии рағҳои меъдагӣ-ҷарбугии рост нигоҳ дошта шавад. Мобилизатсияи ҷарбуи хурд аз канори болоии банди ҷигару дуоденалӣ сар карда, бо бури-

ши барқии ҷарбу аз ҷигар то диафрагма гузаронида мешавад, зимни он ба таври визуалӣ яклухтии шараёни меъдаҷаи чап ва варида назорат карда мешавад. Дуоденум бо усули Кохер то мобилизатсияи пурраи полюси пеши сегменти ҷигарии варида дарунҳолии поёни гузаронида шуда, банди дуоденӣ-ҳалқашакл бурида мешавад.

Давраи дигари ҷарроҳӣ – диафрагматомияи сагитталӣ бо дарозии 8-9 см, бо ҷудокунии минбаъдаи насчи диафрагмави-перикардӣ бо гирехҳои лимфавӣ ба сурхрӯда. Мобилизатсияи сегментҳои диафрагмави ва болои -диафрагмавии сурхрӯда бо насчи медиастиналии ин мавзӯ.

Ревизия, санатсия ва дренажгузории мавзеи зери ҷигар ва паси испурҷ. Барқароркунии қабатии ҷароҳати пасазҷарроҳӣ.

Давраи торакалӣ: торакотомия аз тарафи рост - миёни байниқабурғавии 6-7, ревизия, лимфодиссексия медиастиналӣ ва мобилизатсияи сурхрӯда аз омос.

Дар заминаи инкишофи босуръати технологияҳои имконияти истифодаи навтарин технологияҳо дар соҳаҳои гуногуни тиб, аз ҷумла дар соҳаи онкология, махсусан истифодаи он бо беморони саратои сурхрӯдаи мавзеи қафаси сина имконпазир гардид. Торакоскопия аз усули ташхисӣ ба усули табобатӣ табдил ёфт, ки ба таври назаррас ҷароҳатнокӣ амалиёти ҷарроҳӣ, миқдори оризаҳои интраҷарроҳӣ, ҳаҷми хунталафдиҳои интраҷарроҳӣ коҳиш меёбад ва натиҷаи бевоситаи амалиёти ҷарроҳӣ беҳтар мегардад.

Пайдоиши таҷҳизотҳои нави тиббӣ, ба монанди технологияҳои эндовидеҷарроҳӣ барои инкишофи ҷарроҳии эзофагеалӣ суръати нав бахшид. Методикаи мазкур бори нахуст соли 1991 аз тарафи В. Dallemagne ва ҳаммуаллиф ҷорӣ карда шуд,

ки дар ин чараён коллективи муаллифон дастрасии торакоскопии тарафи росто хангоми резексияи субтоталии сурхрӯдаро дар ҳолати гирифтори ба саратон истифода карданд, ки ин ба оғози марҳилаи нави инкишоф ва амалисозии технологияҳои нави миниинвазивӣ алоқаманд аст. Дастоварди мазкур аз тарафи D. Vatsonom соли 1999 бо усули эзофагогастроанастомозомии дохилиплевралӣ истифода карда шуд [9].

Коллективи кормандони шуъбаи онкологияи торакоабдоминалии МСИЧ қарор доданд, ки натиҷаҳои табобати чарроҳии 20 нафар беморони гирифтори саратони мавзеи қафаси сина бо истифодаи технологияҳои дорои чароҳати минималиро дар давраи торакалӣ бо мақсади муқаррар намудани паҳншавӣ, резектабелнокии омос, мобилизатсияи мақсаднок ва иҷрои лимфаденодиссексияи комили медиастиналӣ мавриди таҳлил қарор диҳанд. Маводҳои клиникӣ қобили тавсиф нестанд, ҳамагӣ 20 мушоҳидаи клиникӣ, вале ҳуди ҳамин ҳам метавонад дар кишвари мо ҷавобгӯии бисёр саволҳо бошад, ба монанди зарурати ҷорӣ намудани усулҳои муносири чарроҳии сурхрӯда.

Мақсади таҳқиқот. Баҳодиҳии самаранокӣ усулҳои миниинвазивӣ – гибридӣ ҳангоми амалиёти чарроҳии саратони сурхрӯда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои амалӣ намудани таҳқиқоти мазкур аз тарафи мо маълумотҳои клиникӣ 40 нафар беморони гирифтори саратони сурхрӯда таҳлил карда шуданд, ки дар давраи солҳои 2018-2021 дар МД МСИЧ ВТ ҶИА, ки дар ҳамкорӣ бо кафедраи онкология, ташхиси шуӣ ва терапияи шуӣи МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино фаъолият менамояд, таҳлил карда шуданд. Вобаста ба мақсади таҳқиқот беморон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи 1 (гурӯҳи асосӣ) 20 нафар беморон (50%)-ро ташкил меод, к ибӯ онҳо дар давраи солҳои 2020-2021 бо усули миниинвазивӣ – гибридӣ чарроҳӣ аанҷом дода шуд. Гурӯҳи 2 (гурӯҳи муқоисавӣ) 20 нафар беморон (50%)-ро ташкил меод, к ибӯ онҳо бо усули муқаррарӣ аз рӯи методикаи

Люис дар давраи солҳои 2018-2019 чарроҳӣ гузаронида шуд. Синни миёнаи беморон 60,6 соларо ташкил меод. Дар гурӯҳи таҳлилӣ мардон 25 нафар (62,5%), занон бошанд, 15 нафар (37,5%)-ро ташкил меод. Дар давраи пешазчарроҳӣ ҳамаи беморон бо таҳқиқи ҳаматарафа фаро гирифта шуданд. Аз миёни беморон верификатсияи морфологӣ дар 93% беморон, карсиномаи ҳамвори ҳуҷайрагӣ дар 87% беморон, аденокарсинома дар 13% беморон ба қайд гирифта шуд.

Маълумотҳои эндоскопӣ, рентгенографияи сурхрӯда, КТ-и қафаси сина бо контраст, натиҷаҳои таҳқиқотҳои морфологии биоптатҳоро таҳлил намуда, мо ба ҳулосае омадем, ки осеби сеяки мавзеи қафаси синаи сурхрӯда дар 21 нафар (52,0%) беморон муайян карда шуд. Ҷойгиршавии омос дар сеяки поёнии мавзеи қафаси синаи сурхрӯда дар 10 нафар (26,0%) беморон ташхис карда шуд. Осеби мавзеи болои қафаси сина дар 5 нафар беморон (12,0%), инчунин ҷойгиршавии омос дар сегменти абдомино-диафрагмалӣ дар 4 нафар (10,0%) беморон ба қайд гирифта шуд. Давомнокии канали саратонӣ аз 3 то 11 см буд. Васеъшавии супрастеникии сурхрӯда дар 18 нафар (45,0%) то 4 см расида буд. Дар асоси натиҷаи маълумотҳои воситаҳои иловагии таҳқиқот меъёрҳои зерини TNM марҳилавӣ муқаррар карда шуд: $T_2N_0M_0$ – 5 нафар беморон, $T_3N_1M_0$ – 11 нафар, $T_3N_2M_0$ – 18 нафар патсиентҳо, $T_4N_2M_0$ – 6 нафар беморон. Хатари чарроҳӣ-анестезиологӣ II-III дараҷа мувофиқи ASA-ро ташкил меод.

Дар ҳамаи беморон натиҷаҳои усули чарроҳии табобати саратони сурхрӯда, давомнокии даҳолати чарроҳӣ, ҳаҷми хунталафдиҳии интрачарроҳӣ, давомнокии давраи мобилизатсияи сурхрӯда, лимфодиссексия, миқдори оризаҳои интрачарроҳӣ, муҳлати фаъолнокии бемор дар давраи пасазчарроҳӣ, оризаҳои чарроҳӣ ва ғайричарроҳӣ, қатъӣ будани чарроҳӣ, миқдори гирехҳои лимфавии буридашуда, зарурати лимфодиссексия, аналгетикҳои мадхушкунанда, ҳаҷми терапияи инфузионӣ, трансфузияи препаратҳои хун, терапияи пасазчарроҳии

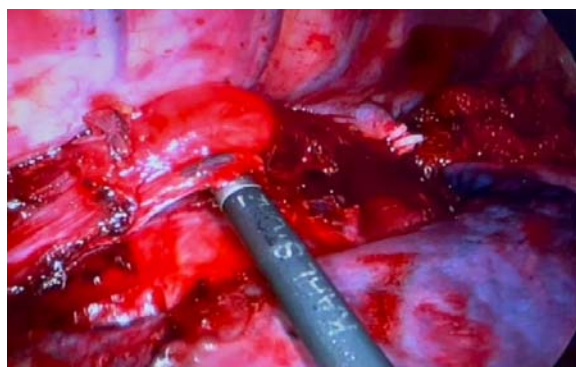
инфузионӣ-трансфузионӣ, бедардкунии пасазчарроҳӣ, муҳлати бистаришавӣ мавриди омӯзиш қарор дода шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Таҳлили натиҷаҳои 2 варианти табобати чарроҳии саратони сурхрӯда самаранокии гуногунро собит намуд. Дар беморони гурӯҳи 1 – ум дар муқоиса бо беморони гурӯҳи 2-юм дар табобати чарроҳии саратони сурхрӯда самаранокии нисбатан беҳтар ба назар мерасад.

Мо методикаи иваз кардани қисми резексияшудаи сурхрӯдаро пас аз буридан оил ба саратон таҳлил намудем. Муайян карда шуд, ки аз 40 нафар беморон дар 25 нафари онҳо ба сифати трансплантат меъдаи пурра истифода карда шуд. Дар 10 нафар пациентҳо бо ҷойгиршавии неораванд дар мавзеи миёни қафаси сина ба сифати трансплантат шохчаи аз хамии калони меъда гирифташуда истифода карда шуд, дарозии шохча 30-35см ва бар 6-7см мебошад.



Расми 1. Насби портҳои торакалӣ

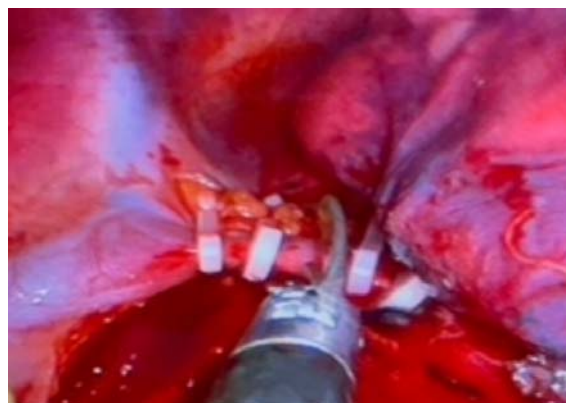


Расми 2. Мобилизатсияи сурхрӯдаи омосдор

Навъи инкишофи омос ва мавзеи ҷойгиршавӣ дар интиҳоби роста опухоли и локализиция в выборе трансплантат аҳамияти калон дорад ва ҳангоми осеби мавзеи бо-

лоии қафаси сина дар 5 нафар беморон қисми резексияшудаи сурхрӯда бо рӯдаи ҳалқашакл дар пояи гизобахш бо эзофаго-коло- ва эзофаго-фарингоанастомоз иваз карда шуд.

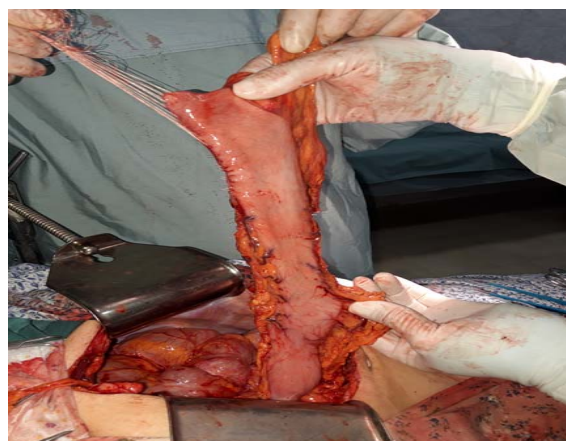
Давраҳои насби потрҳо, ревизияи тора-коскопӣ ва мобилизатсияи омоси сурхрӯда бо лимфодиссексияи медиастиналӣ.



Расми 3. Клипсгузорӣ v. Azigus.



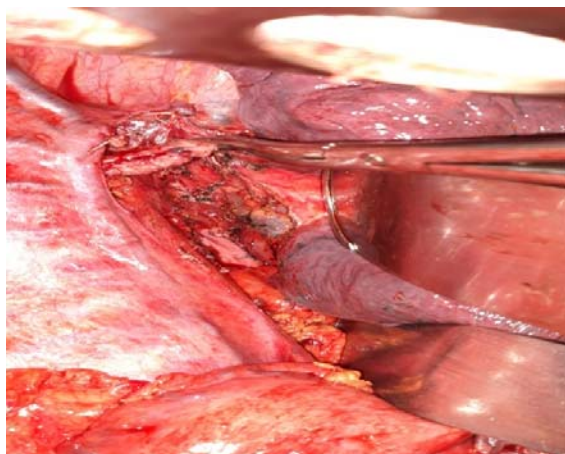
Расми 4. Истифодаи меъдаи пурра барои иваз кардани қисми буридашудаи сурхрӯда



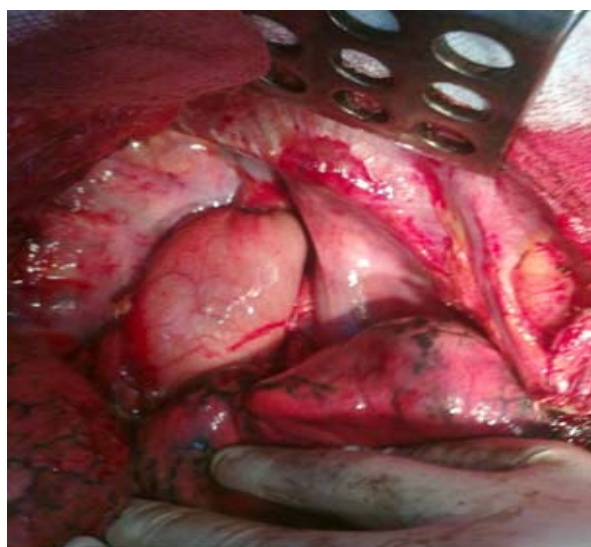
Расми 5. Омода намудани шохчаи меъдагӣ аз хамии меъда



Расми 6. Омода кардани трансплантат аз ҳисоби нимаи чапи рӯдаи ҳалқашакл.



Расми 7. Резексияи сурхрӯдаи дорон лимфодиссексияи медиастиналӣ.



Расми 8. Намуди ниҳони эзофагогастроанастомоз.



Расми 9. Рентгенографияи эзофаго-гастроанастомоз дар шабонарӯзи 7-уми пас аз ҷарроҳӣ.

Ҳангоми таҳлили муқоисавии давомнокии даҳлати ҷарроҳии беморони ҷи гурӯҳи асосӣ ва ҷи гурӯҳи назоратӣ муқаррар карда шуд, ки ҳангоми амалӣ намудани даҳлати гибридӣ давомнокии ҷарроҳӣ нисбат ба усули маъмулии ҷарроҳӣ 9,3% зиёд аст.

Барои иҷрои мақсадноки ҳамаи давраҳои амалиёти ҷарроҳии гибридии миниинвазивӣ ҳангоми бемории саратон ҷарроҳ бояд таҷрибаи иҷрои 30-30 ҷарроҳҳои сурхрӯдаро дошта бошад.

Ҳангоми омӯзиши ҳаҷми хунталафдиҳии интраҷарроҳӣ бо роҳи баҳисобгирии муҳтавои резервуари электроотсос, массаи фатила ва салфеткахои истифодашуда муқаррар гардид, ки ҳолатҳои хунталафдиҳии профузионӣ мушоҳида карда нашуд. Ҳаҷми хунталафдиҳӣ дар беморони гурӯҳи 2-юм нисбат ба беморони гурӯҳи 1-ум 23,3% зиёд аст (ҷадвал).

Саволе ба миён меояд, ки ҳаҷми ками хунталафдиҳии интраҷарроҳӣ дар ҳолати амалиёти ҷарроҳии давомнок, ба таври кофӣ осебнок бо ҷи алоқаманд аст? Дар заминаи инкишофи динамикии технологияҳои тиббӣ, анестезиология – реаниматсия, инчунин модернизатсияи самтҳои техникӣ ҳангоми иҷрои давраҳои гуногуни ҷарроҳии сурхрӯда миқдори осебҳои ятрогенӣ дар сохторҳои анатомии паҳлӯӣ, рағҳои калон якбора коҳиш ёфт ва ин ба минимизатсияи ҳаҷми хунталафдиҳии интраҷарроҳӣ сабаб гардид.



Чадвал Натиҷаҳои табобати ғаврии саратони сурхрӯда бо усули миниинвазивии гибриди ва усули муқаррарӣ (методикаи Люис)

Нишондодҳо	Гурӯҳи 1 (асосӣ) n = 20	Гурӯҳи 2 (назоратӣ) n = 20
Давомнокии амалиёти ҷарроҳӣ (дақиқа)	410	375
Ҳаҷми хунталафдиҳои интраҷарроҳӣ (мл)	220	280
Давомнокии давраи мобилизатсияи сурхрӯда ва лимфодиссексияи медиастиналӣ (дақиқа)	60	40
Ҳаҷми лимфодиссексия	D-II,2S,2F	D-II,2S,2F
Дарозии дастрасии ҷарроҳӣ (дастрасии лапародиафрагматомӣ ва торакотомӣ. см)	40	53
Миқдори оризаҳои интраҷарроҳӣ	2 (10%)	3 (15%)
Муҳлати ғайлонокии бемор дар давраи пасазҷарроҳӣ	2	4
Миқдори оризаҳои пасазҷарроҳӣ:	3 (15%)	5 (25%)
Хунравӣ	1	2
Несостоятельность-----???????????	2	2
Хилоторакс		1
Миқдори оризаҳои соматикӣ пасазҷарроҳӣ	3 (15%)	6 (30%)
Зарурати даҳолати ҷарроҳӣ	R ₀ -18, R ₁ - 2	R ₀ - 16, R ₁ - 2, R ₂ - 1
Миқдори гирехҳои лимфавӣ буридашуда (ба миқдори миёна)	24	18
Мақсаднокии лимфодиссексия	+	+
Ҳароҷоти шабонарӯзии аналгетикҳои наркотикӣ	4	5
Ҳаҷми терапияи инфузионӣ (мл/кг/шабонарӯз)	40,0	50,0
Трансфузияи препаратҳои хун	2 воя СЗП	3 воя СЗП 1 воя
Терапияи трансфузионӣ-инфузионӣ пасазҷарроҳӣ	40,0	50,0
Муҳлати қатъ намудани аналгетикҳои наркотикӣ дар давраи пасазҷарроҳӣ (шабонарӯз)	3	5
Муҳлати бистарӣ	12	14

Ҳангоми мобилизатсияи сурхрӯдаи омосдор ва лимфоаденоэктоми медиастиналӣ бо истифодаи технологияи миниинвазивӣ – гибриди давомнокии давраи ҷарроҳӣ 60 дақиқаро ташкил медиҳад, дар гурӯҳи назоратӣ бошад, он 40 дақиқа аст ва ин 50 % зиёдтар мебошад.

Чунин далел ба он алоқаманд аст, ки ҳангоми мобилизатсияи сурхрӯда бо роҳи маъмулӣ дастрасӣ ба сурхрӯда осонтар, вале осебнокӣ зиёд аст.

Яке аз давраҳои асосӣ, ки бевосита ба марҳилаҳои беморӣ, қатъияти даҳолати ҷарроҳӣ таъсир мерасонад, ин лимфодиссексия бо риояи ҳамаи принципҳои радикализми онкологӣ ба ҳисоб меравад. Дар ҳолати истифодаи усули маъмулии ҷарроҳӣ миқдори гирехҳои лимфавӣ 18 адад буда, ҳангоми истифодаи усули лимфодиссексияи миниинвазивӣ он 25 адад мебошад.

Аз тарафи мо дарозии умумии буриши дастрасии ҷарроҳӣ ҳангоми амалӣ намудани ҷарроҳӣ бо усули стандартӣ навъи Люис ва бо истифодаи технологияҳои миниинвазивии гибриди гузаронида шуданд. Ҳангоми гузаронидани ҷарроҳии маъмулӣ бо усули Люис

дарозии дастрасии лапара-диафрагмалӣ – торакалӣ ба таври миёна 55см (дарозии лапаратомӣ - 22см, диафрагматомия - 8см, торакотомия - 25см)-ро ташкил медиҳад. Дар беморони гурӯҳи асосӣ дарозии дастрасии торакотомӣ 12 см буда, дарозии умумии дастрасӣ 39 см мебошад. Ин нишондод ба чараёни давраи пасазҷарроҳӣ вобаста ба нақшаи кохишдиҳии миқдори оризаҳои пасазҷарроҳӣ ва коррексияи таъйиноти аналгетикҳои наркотикӣ таъсири мусбат мерасонад.

Ҳангоми омӯзиши миқдори оризаҳои интраҷарроҳӣ муқаррар карда шуд, ки дар раванди ҷарроҳии маъмулӣ бо усули Люис дар се нафар беморон 15,0% оризаҳои интраҷарроҳӣ ба қайд гирифта шуданд, аз қабилӣ қисми мембранозии трахея, ҳалалёбии яклухтии пардаи медиастиналӣ ва осеби бронхи асосии чап. Дар чараёни ҷарроҳии миниинвазивии гибриди дар 2 нафар беморон - 10,0% оризаҳои интраҷарроҳӣ, аз қабилӣ осеби пардаи медиастиналӣ ва осеби яклухтии v. Azygos, аз ҳисоби клипсгузорӣ мушоҳида карда шуд.

Чунин оризаҳои пуршиддати барои ҳаёт хатарнок ба монанди дегерметизатсияи ана-

стомоз дар 3 нафар беморони гурӯҳи назоратӣ ва дар 2 нафар беморони гурӯҳи асосӣ муқаррар карда шуд. Хилоторакс дар як нафар бемори гурӯҳи назоратӣ ҷой дошт, ҳол он ки дар гурӯҳи асосӣ ин ҳолат ба қайд гирифта нашуд. Хунравии давраи пасазчарроҳӣ дар 1 нафар бемори гурӯҳи асосӣ ва дар 2 нафар бемори гурӯҳи назоратӣ ба қайд гирифта шуд. Зарурати ҷарроҳии такрорӣ дар 2 нафар беморон ба амал омад, манбаи геморрагия шараёни рости бронхиалӣ (дар 2 нафар) ва шараёни меъдагию ҷарбуии рост дар як нафар бемор ба ҳисоб мерафт.

Ҳамин тавр, таҷрибаи начандон зиёди иҷрои эзофагэктомиаи миниинвазивӣ ни-

шон медиҳад, ки дастрасии видеоторакоскопӣ тавассути натиҷаҳои мусбати ба дастовардашуда талаботи замон мебошад:

- имконияти иҷрои даҳолати ҷарроҳӣ бо риояи ҳамаи принципҳои радикализи онкологии мавҷуда;

- минимализатсияи осеббӯӣ ҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ;

- коҳишдиҳии миқдори оризаҳои интрава пасазчарроҳӣ;

Барои баҳодиҳии боз ҳам мушаххаси самаранокии МИЭ ба мо лозим меояд, ки гузаронидани чунин амалиётҳои ҷарроҳӣ бо муайян намудани ҳамаи ҷузъиётҳои он бештар ба роҳ монда шавад.

Адабиёт

1. Юлдошев Р.З. Онкология. Учебник / Р.З. Юлдошев, Д.З. Зикириёходжаев, М. Б. Сайфутдинова // Душанбе -2021. 416с.
2. Джамshedов Д.Ш. Современные аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения рака пищевода (Обзор литературы) / Д.Ш. Джамshedов, Х.Б. Абдулло, Д.З. Зикрияходжаев, Р.З. Юлдошев, Н.Г. Рахимов, Т.З. Хокиров // Проблемы гастроэнтерологии 2022. №1(80). Стр. 32-37.
3. Дворецкий С. Ю. Минимально-инвазивная эзофагэктомия в хирургическом лечении рака пищевода / С. Ю. Дворецкий, Е. В. Левченко, А. М. Карачун, Н. В. Хандогин // Вестник Хирургии 2015. Том 174. №5. Стр. 108-114.
4. Марийко В.А., П.В. Кузнецов. Современные тенденции видеоторакоскопической хирургии рака пищевода (Обзор литературы)/ Вестник новых медицинских технологий. 2016. Т. 23, №3. Стр. 253-264.
5. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. [Online]// International Agency for Research on Cancer. 2012. <http://globocan.iarg.fr>.
6. Деньгина Н.В. Современные терапевтические возможности при раке пищевода // Практическая онкология. 2012. Т.13, №4. С. 47–56.
7. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. – CA CANCER // J CLIN 2021;71:209-249.
8. Расулов С.Р. Заболеваемость раком пищевода в республике Таджикистан // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2014. №4.
9. Левченко Е.В. Миниинвазия
10. новые технологии в комплексном лечении рака пищевода / Е.В. Левченко, С.Ю. Дворецкий, А.М. Карачун, А.М. Шербаков, И.В. Комаров, Ю.В. Пелипась, А.А. Аванесян // Хирургия 2015, №2. Стр. 30-36.

НАЧАЛО ЭПОХИ ГИБРИДНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.

Джамshedов Д.Ш.

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии
ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель. Оценка эффективности миниинвазивно- гибридных методов в хирургическом лечении рака пищевода.

Материалы и методы. Исследованы и изучены результатов 60 радикальных операций по поводу рака грудного отдела пищевода,



выполненных с 2017 по 2022 гг. в ГУ РОНЦ СЗН РТ (кафедра онкологии и хирургии ТГМУ им. Абуали Ибни Сина). Все пациенты подверглись полноценному обследованию и различным вариантам хирургического вмешательства. Из них у 30(50%) пациентов (I-основная- проспективная группа), которым была проведена гибридная-операция типа Люис использованием торакоскопических-миниинвазивных технологии. В сравнительном аспекте анализировано клинические данные 30 пациентов (50%, II-контрольная-ретроспективная группа), которым была выполнено стандартный объем операции типа Льюиса традиционным способом. Проанализированы длительность операции и

отдельно торакоскопического этапа, количество удаленных лимфатических узлов, частота осложнений, летальность и продолжительность пребывания в стационаре.

Заключение. Внедрение минимально-инвазивных технологий в хирургию рака пищевода относительно безопасно и возможно в условиях регионального онкологического стационара. При этом первая половина кривой обучения в региональной больнице сопоставима с данными, представленными в международных литературных источниках.

Ключевые слова: рак пищевода, торакоскопия, кривая обучения, оперативная техника, предоперационная подготовка.

THE BEGINNING OF THE ERA OF HYBRID SURGICAL INTERVENTIONS IN ESOPHAGAL CANCER PATIENTS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN.

Jamshedov D.Sh.

Department of Oncology, Radiation Diagnostics and Radiation Therapy, TSMU named after Abuali ibni Sino.

Objective. Evaluation of the effectiveness of minimally invasive-hybrid methods in the surgical treatment of esophageal cancer.

Materials and methods. The clinical data of 60 radical operations for cancer of the thoracic esophagus treated between January 2017 and December 2022 were derived from the National Research Center of Oncology in Dushanbe (Department of Oncology and Surgery of the Tajik State Medical University named of Abuali Ibni Sina). All patients underwent a full examination and various options for surgical intervention. Of these, 30 (50%) patients (I-main-prospective group) who underwent a hybrid operation of the Lewis type using thoracoscopic-minimally invasive technologies. In a comparative aspect, the clinical data of 30

patients were analyzed (50%, II-control-retrospective group), which performed a standard volume of Lewis-type surgery in the traditional way. The duration of the operation, the number of removed lymph nodes, the frequency of complications, mortality and length of hospital stay were analyzed.

Conclusion. The introduction of minimally invasive technologies in esophageal cancer surgery is relatively safe and possible in a regional oncology hospital. Moreover, the first half of the learning curve in a regional hospital is comparable to the data presented in the international literature.

Key words: esophageal cancer, thoracoscopy, learning curve, surgical technique, preoperative preparation.

Чамшедов Ҷовид Шодиёвич- мудири шуъбаи ҷарроҳии қафаси сина-абдоминалии МД МҶИС ВТ ва ҲМА ҶТ, Тел: +(992) 903 87 2222 E-mail: jovid.jamshed@gmail.com

Джамшедов Джовид Шодиёнович, - зав. отделением торако-абдоминальной хирургии ГУ РОНЦ СЗН РТ. Тел: +(992) 903 87 2222 E-mail: jovid.jamshed@gmail.com

Jamshedov Jovid — M.D., Chief Head of Department of Thoracic and Abdominal Surgery, Republican Clinical Center of Oncology (RCCO). Dushanbe, 734026, Tajikistan. Tel: +(992) 903 87 22 22 Tel.: +992 77 11

ОФТАЛМОЛОГИЯ

ТАЪСИРИ ОМИЛҲОИ ГУНОГУН БА ПАТОЛОГИЯИ УЗВИ БОСИРА ДАР ТИФЛОНИ НАВЗОД

Рачабова А.Б.

Кафедраи офталмологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муҳиммият. Аксарият биноиро муҳимтарин узви ҳиссиётӣ медонанд. Аз даст додани биноиш метавонад барои сифати зиндагии минбаъдаи кӯдак оқибатҳои чиддӣ дошта бошад. Дар ҳоле, ки шумораи зиёди бемориҳои модарзодӣ ва чашм метавонад ба кӯдакони навзод рост ояд [1].

Қариб дар нисфи беморони дорои нуқсонҳои биноӣ, омилҳои модарзодӣ ё ирсӣ дар таърихи беморӣ нишон дода шудаанд. Нисфи дигар бо ихтилоли инкишофи дохили бачадон дар асоси таъсири муҳити зист, гипоксия, осеби равонӣ ва ғайра мебошанд. Ташҳиси дер на танҳо ба маҳдуд шудани функсияҳои ин узвҳои муҳим, бо маъюбии минбаъда, балки ба таъхир дар рушди умумии кӯдак оварда мерасонад. Нуқтаи хеле муҳим дар ташҳиси нобиноӣ дар кӯдакӣ скрининги оммавӣ мебошад [9].

Скрининги универсалии кӯдакони навзод ҳатто дар кишварҳои пешрафта стандарти нигоҳубин нест. Дар Иёлоти Муттаҳидаи Амрико (Академияи амрикоии педиатрия, шуъбаи офталмология, Ассотсиатсияи амрикоии офталмологияи педиатрӣ ва страбизм, Академияи амрикоии офталмология, Ассотсиатсияи амрикоии ортоптикаҳо. 2008) [8], санҷиши рефлексии сурх (СРС) ҳангоми ё баъди таваллуд тавсия мешавад [9]. Саломатии чашмони навзод аксар вақт бо скрининги ретинопатияи норасид (РН) маҳдуд аст ва ҳатто ин дар ҷанд марказҳои табобатии сеюм дар шаҳрҳои калон анҷом дода мешавад [4]. Сабабҳои зиёданд ва онҳо норасидани мутахассисон, дастрасии сусти ба хизматрасонии тиббӣ, паст шудани огоҳӣ ва ғайраро дар бар мегиранд [9]. Дар Тоҷикистон низ вазъият ҳамин аст.

Дар ҳоле ки як қатор кишварҳои муоинаи пурраи барвақти баъди таваллуди кӯдакони навзодро мегузаронанд, дар Британияи

Кабир, масалан, волидайнӣ ҳамаи кӯдакони навзод дар давоми 72 соати таваллуд аз назаргузаронии ҷисмонии кӯдакони навзодро ба амал меоранд [2]. Инчунин муоинаи чашмро дар кӯдакони навзод дар бар мегирад, ки ташҳиси ҳамаҷонибаи аномалиҳои чашмро аз сохторҳои берунӣ то сохторҳои дохилӣ дар назар дорад [3]. Ҳама гуна инҳирофҳо, аз ҷумла вайрон кардани симметрияи рӯй, инчунин аномалияҳои пилкҳо қайд карда мешаванд. Муоинаи минбаъдаи кушодани пилкон ва муоинаи симметрия ва нуқсонҳои сохториро дар бар мегирад. Барои санҷидани рефлексии рӯшноӣ ва сурх офтальмоскопияи мустаким анҷом дода мешавад. Ин ташҳиси скринингӣ муҳим аст, зеро пешгӯии баъзе бемориҳои чашм аз ташҳиси барвақт ва мудохила барои пешгирии мушкилиҳои дарозмуддат вобаста аст [1].

Дар таҳқиқоти бисёре аз муаллифони рус ва хориҷӣ таъсири омилҳои гуногун, аз қабили, ҳомилагӣ, вазни таваллуд, ҷинс, патологияи модарон дар давраи ҳомилагӣ ба рушди патологияҳои узви биноӣ дар кӯдаки навзод баррасӣ карда мешаванд. Дар аксари ҳолатҳо ба ҳомилагӣ ва вазни кӯдакони навзод [6,] эътибор дода мешавад. Ҳамин тариқ, дар кӯдакони норасид, ки вазни онҳо аз 1500 грамм камтар аст, дар муқоиса бо кӯдакони расида [5] ташаққули патологияҳои соматикӣ бештар ошкор карда шудааст.

Дар қоре, ки муаллифони хориҷӣ Озен Тунай З. ва диг. анҷом додаанд, ки ҳадафи он омӯзиши сабабҳои нуқсонҳои шадиди биноӣ дар кӯдакони то 2-сола ва баррасии усулҳои табобат буд, маълумотҳо, аз ҷумла синну сол, ҷинс, макони анатомияи зарардида, ташҳис, мавҷудияти ҳама гуна камбудии неовфальмикӣ ва усулҳои табобат. Дар натиҷа маълум гардид, ки сабаби маъ-

мултарин дар кӯдакони бармаҳал ва кӯдакони синни томақтабӣ нуқсони визуалии мағзи сар, ҳамчун омили дорой сатҳи баланди маъюбии чандкарата [9] таҳхис шудааст.

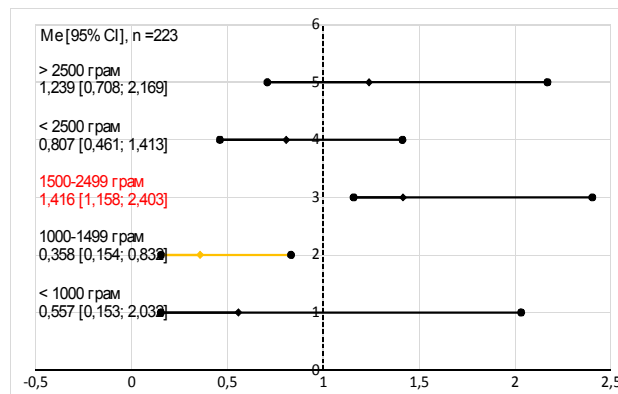
Дар Тоҷикистон этиологияи инкишофи патологияҳои узвҳои биноиш дар тифло-ни навзод, чи пурра ва ҳам бармаҳал, суст омӯхта шудааст, ки моро водор кард, ки ин мушкилотро омӯзем.

Мақсади таҳқиқот. Муайян кардани таъсири омилҳои гуногун, аз қабилӣ, синну соли ҳомилагӣ ва вазни кӯдаки навзод ҳангоми таваллуд, патологияи модар ҳангоми ҳомилагӣ, ҷинси кӯдак, усули таваллуд ва шумораи ҳомилагӣ, ба рушди патологияи узви босира дар навзодон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар заминаи чаҳор таваллудхонаи шаҳри Душанбе ва шӯъбаи неонатологияи МД МММТ ҚТ «Шифобахш» анҷом дода шуда. 223 тифли навзод муоина карда шуд, ки аз онҳо: тифлони мукамал – 67 ва бармаҳал – 148 нафар, инчунин гуруҳи иловагии тифлони норасид, ки вазни онҳо аз вазни тифлони бармаал зиёд – 8 нафар вобаста ба патологияи узви биноиш муоина карда шуданд.

Ҳамаи кӯдакони навзод аз усулҳои офтальмологӣ (муоинаи берунӣ, муоина бо нури гузаранда, муайян кардани аксуламали мардумак, офтальмоскопияи мустақим ва баръакс), фотохуҷҷати қисмати пеш (дар ҳолати зарурӣ) ва қафои чашм бо истифода аз камераи дастии Smart score PRO гузаронида шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Маълум аст, ки вазни кӯдаки навзод ҳангоми таваллуд нишондиҳандаи инкишофи дохили бачадон ва аз ин рӯ, нишондиҳандаи камолоти кӯдак мебошад. Илова бар ин, кӯдак ҳар қадар бармаҳал таваллуд шавад, эҳтимоли пайдоиши синдроми дистрессии респираторӣ ва дар натиҷа, басомади баланди истифодаи оксиген дар терапия зиёд мешавад. Дар робита ба ин, тасмим гирифта шуд, ки таъсири вазнро ба басомади патологияи узви биноиш дида барорем (расми 1.).



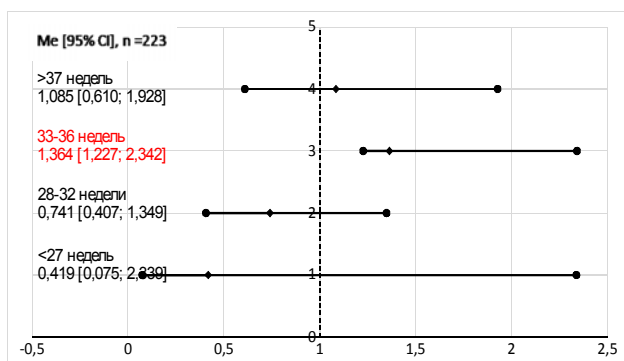
Расми. 1. Хавфи инкишофи патологияи узви биноӣ, вобаста ба категорияи вазни тифли навзод (таносуби Odds)

Тавре ки аз расм дида мешавад, хавфи инкишофи патологияи узвҳои биноиш бештар дар кӯдакони камвазни таваллуд (1500-2500) ба амал меояд ($p < 0,05$). Дар баробари ин, дар кӯдакони вазни баданашон хеле кам (1000-1499) ва кӯдакони вазни бадан ниҳоят кам (< 1000) ин нишондиҳанда камтар аз як буд, ки ин нишон медиҳад, ки патологияи узвҳои биноиш дар ин кӯдакон назар ба кӯдакон бо вазни муқаррарӣ бештар аст.

Ин рақамҳоро ба таври зерин шарҳ додан мумкин аст. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи аз соли 2013 то соли 2015, ки ҷамъовариҳои мавод як чанд дармонгоҳ таҷҳизоти нафаскашӣ (вентиляторҳо ва СПАП) доштанд. Ҳама клиникаҳои дигар дар арсенали худ танҳо генераторҳои оксиген доштанд. Зеро барои зинда мондани кӯдакони вазнашон аз 1500 камтар истифодабарии дастгоҳҳо талаб мекунанд, ки дар онҳо оксиген ҷен карда мешавад ва дар ин тоифаи кӯдакон мушкилиҳо дар шакли патологияи узвҳои биноиш кам ба назар мерасанд. Бояд таъкид кард, ки набудани сурфактант зиндамони кӯдакони вазни хеле паст (1000-1499) ва вазни ниҳоят паст таваллудро (< 1000) коҳиш медиҳад. Аз ин рӯ, танҳо он навзодоне, ки дар баробари таваллуди бармаҳал, сустшавии инкишофи дохили бачадон доштанд бештар зинда мемонанд. Дар ин ҳолат, чун қоида, шуши кӯдакони навзод бештар пухта мешаванд ва аз ин рӯ, дар баробари назорати консентратсияи оксиген тавассути дастгоҳҳо, давомнокии истифодаи он низ кам карда шуд.

Дар кӯдакони дорои вазни ками бадан (1500-2499) истифодаи дастгоҳҳо лозим нест, бинобар ин онҳо оксигенро дар чараёни озод аз генераторҳои оксиген мегиранд, аз ин рӯ, концентратсияи он маълум набуд ва он на ҳамеша гарм ва нам карда мешавад, зеро оби зарфи Бобров зуд хунук мешавад ва унсурҳои гармкунанда надорад. Яъне дар мавриди кӯдаконе, ки вазни бадани кам доранд, барои таъсири зараровари оксиген ба узвҳои биноиш тамоми шароитҳо мавҷуд буданд ва таҳлили хатар ин ҳолатро ошкор кард.

Аз сабаби он, ки вазни таваллуд синну соли ҳомилагиро дақиқ инъикос намекунад, қарор дода шуд, ки таъсири давраи ҳомилагӣ ба ҳодисаҳои патологияи визуалӣ омӯхта шавад. Бояд ба назар гирифт, ки дар сурати набудани ақибмонӣ дар инкишофи дохили бачадон вазни хеле паст ва вазни ниҳоят паст таваллуд дар кӯдаконе, ки синни гестатсиониашон аз 27 ҳафта камтар аст, ба амал меояд. Аз ин рӯ, мо тасмим гирифтем, ки дар кадом синну соли ҳомилагӣ дар кӯдаконе, ки бо вазни кам таваллуд шудаанд, осеби узвҳои биноиш бештар мушоҳида мешавад (расми 2.).



Расми 2. Хатари инкишофи патологияи узви биноӣ дар кӯдакони наврод вобаста ба синну соли ҳомилагии онҳо (таносуби Odds)

Тавре ки аз расми 2. дида мешавад, дар байни кӯдакони вазни баданашон кам (1500-2499) ҳавфи пайдоиши патологияи чашм бештар дар синни 33-36 ҳафтаи ҳомилагӣ ба вуҷуд меояд. Ин контингенти кӯдаконе, ки аксар вақт худро дар терапия бо чараёни озоди оксиген аз генераторҳои оксиген пайдо мекарданд.

Тибқи маълумоти дар кори муаллифони Филкина О.М. ва дигарон овардашуда, дар кӯдакони бармаҳал, ки вазни онҳо камтар аз 1500 грамм аст, нисбат ба кӯдакони пурравакт [2] ташаккули патологияҳои соматикӣ бештар ошкор карда шудааст. Шояд ин аз он сабаб бошад, ки муаллифони дар пажӯҳиши худ танҳо кӯдаконе, ки вазни таваллудашон аз 1500 грамм камтар бо VLBW ва ELBW истифода кардаанд ва тифлоии бармаҳал бо LBW ҳангоми таваллуд ба омӯзиши онҳо дохил карда нашудаанд.

Дар кори Авилов О.В. ва дигарон, ки дар он таъсири вазни таваллуди навродон ба рушди умумии онҳо низ арзёбӣ шудааст, дар 146 кӯдаки гирифтори ВЛБВ ва ЭЛБВ дар ҳарду гурӯҳ патологияҳои сершумор, аз ҷумла патологияҳои чашм, аз қабили: ретинопатияи бармаҳал дар 14 ҳолат, страбизми конвергенӣ - 8,9%, склераи кабуд - 6,8%, пахноии гуногуни пальпебралӣ - 1,4%, нистагм - 3,4% кӯдакон ва дигарон [5]. Дар ин тадқиқот, мисли пештара, таъсир ба рушди патологияҳои наврод танҳо аз ҷониби VLBW ва ELBW арзёбӣ карда шуд.

Дар тадқиқоте, ки дар заминаи таваллудхонаҳо ва беморхонаи клиникаи кӯдакони шаҳри Владивосток гузаронида шуд, ки ба он 172 кӯдаки бармаҳал, ки аз онҳо ВЛБВ 134 кӯдак (гурӯҳи 1), ENMT 38 кӯдак (гурӯҳи 2) буданд, таъсири таваллуд ба вазъияти инкишофи патологияҳои системаҳои гуногун, аз ҷумла узви биноиш баҳо дода шуд. Тадқиқотҳои мазкур нишон доданд, ки шумораи патологияҳои узвҳои биноиш дар гурӯҳи дорои ВЛБВ - 19 ҳолат ($14,2 \pm 2,6\%$) буд, дар гурӯҳи 2-юм бо ELBW ин нишондод 16 ҳолатро ($42,1 \pm 8,0\%$) ташкил медиҳад, дар ҳоле ки шумораи гирифтори ретинопатия дар гурӯҳи 2-юм 9 ҳолат ($23,7 \pm 6,7\%$) ва дар гурӯҳи 1-ум ҳамагӣ 3 ҳолати ретинопатия ($2,2 \pm 1,3\%$) зиёд аст. Дар ин тадқиқот, чун дар дуи пештара, таъсир ба рушди патологияҳои наврод танҳо аз ҷониби VLBW ва ELBW [3] баҳо дода шуд.

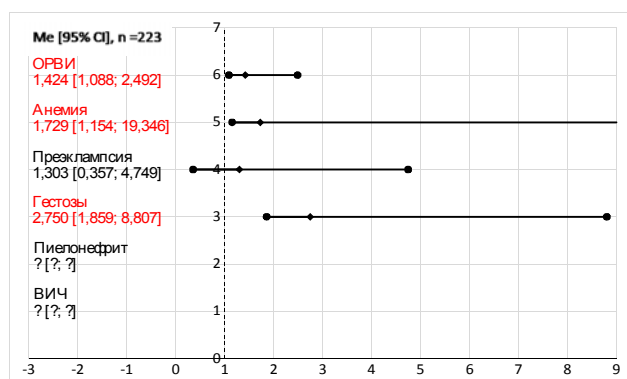
Тибқи маълумоти сарчашмаҳо дар таҳқиқоти муаллифони Ҳусейн Гурсой ва дигарон, дар ду гурӯҳи таҳқиқшуда: дар он гурӯҳи 1-ум навродони бармаҳал, ки вазни



миёнаи онҳо дар вақти таваллуд $2481,9 \pm 700,5$ ва давраи ҳомилагӣ бо кӯдакони пеш аз таваллуд бо вазни миёнаи таваллуд $1090,5 \pm 330,9$ ва синни ҳомилагӣ $28,2 \pm 2,4$. Сарфи назар аз параметрҳои гуногуни синну соли ҳомилагӣ ва вазн дар ҳарду гурӯҳ, дар ҳар кадом патологияи узвҳои биноиш мушоҳида карда шуд. Байни ҳарду гурӯҳ фарқияти назаррас вучуд дошт ($p < 0,001$) [7]. Ин ҳамчунин ҳулосаҳои моро тасдиқ мекунад, ки синну соли ҳомилагӣ ё вазни алоҳидаи кӯдакони навзод хангоми таваллуд ба рушди бемориҳои узвҳои биноиш таъсир намерасонад.

Дар баробари муайян кардани вобастагии басомади патологияи визуалӣ аз вазни таваллуд ва давраи ҳомилагӣ, омилҳои дигаре низ буданд, ки метавонанд ба дастгоҳи визуалии кӯдак зарар расонанд.

Аксар вақт сабаби ба камол расидани кӯдак, таваллуди бармаҳал ё сустшавии инкишофи дохили бачадон патологияи модар хангоми ҳомилагӣ мебошад. Дар робита ба ин, тасмим гирифта шуд, ки вобастагии басомади патологияи биноиш дар кӯдак вобаста ба патологияе, ки модар хангоми ҳомилагӣ азият мекашад (расми 3.), муайян карда шавад.



Расми 3. Хавфи инкишофи патологияи узвҳои биной, вобаста ба патологияи модар хангоми ҳомилагӣ (таносуби эхтималият).

Таҳлили хатар вобастагии аз ҷиҳати оморӣ муҳими рушди патологияи узви биной аз сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ, камхунӣ ва презклампсияро муайян кард. Дар айни замон, пиелонефрит ва ВНМО хатари инкишофи патологияи узви биноиро ба вучуд намеоранд. Бо назардош-

ти он, ки презклампсия омили дарозмуддат нест, хатари пайдоиши патологияи визуалӣ назаррас нест ва аз рӯи аҳамияти оморӣ фарқ намекунад ($p > 0,05$).

Андешаҳои муаллифони дигар дар бораи таъсири ҳамаи омилҳои дар боло зикршуда ба рушди патологияҳои чашм дар кӯдакон мушоҳида намешаванд, гарчанде ки як қатор таҳқиқотҳо оқибатҳои гуногуни таъсири омилҳои дар боло зикршударо қайд кардаанд. Чунончи, дар кори Шаряпова О.Ш. гуфта мешавад, ки патологияи маъмултарин дар давраи пеш аз таваллуд дар кӯдакони гирифтори презклампсияи шадид гипоксияи музмин дар 41,8%, қафомонии афзоиш дар 29,1% ё маҷмӯи онҳо мебошад, дар давраи баъди таваллуд - 43,5% бармаҳал, синдроми дистресси нафас дар 23,3%, асфиксия (20,9%), осеби мағзи сар ва системаи марказии асаб дараҷаҳои гуногун, аз қабили: сабук, миёна (38,3%) ва вазнин (1,4%). Дар гестозы шадид таъсири асосии манфӣ ба рушди кӯдакон дар синни барвақтӣ аз ҷониби ихтилоли неврологӣ (33,7%) дар шакли ихтилоли ҳадди ақали мағзи сар (32,3%), инчунин ихтилоли шадиди органикии мағзи сар, аз ҷумла фалаҷи мағзи сар таъсир мерасонад 1,4%) [6].

Дар кӯдаконе, ки аз модарони гирифтори камхунӣ сабук дар давраи ҳомилагӣ таваллуд шудаанд, аллақай дар давраи аввали неонаталӣ, афзоиши ҳолатҳои гузариш (28,4%) ва патологӣ (77,8%), вайроншавии инкишофи ҳамоҳанг (31,6%) мушоҳида мешавад. Камхунӣ занони ҳомила ба инкишофи гипоксияи дохилибачадонӣ мусоидат мекунад, ки майна ба он бештар ҳассос аст, ки бартарии осеби перинаталӣ МНС (49,4%) мефаҳмонад ва дар натиҷаи он: зиёдшавии бемориҳои асабӣ (59,3%) ва вегетативӣ (72,8%), ки зухуроти системаи дилу рағҳо (55,6%) ва меъдаю рӯда (59,3%) доранд, - дар давраи навзод. Тағйирот дар системаҳои вегетативии асаб ва дилу рағҳо на танҳо нишондиҳандаҳои ҳамаи равандҳои патологӣ мебошанд, балки ҳолати қобилиятҳои мутобиқшавӣ-резавии организмро инъикос мекунад. Хамин тариқ, дар 67,9% кӯдакон ихтилоли мутобиқшавӣ мушоҳида

шудааст. Баҳодиҳии мутобиқшавӣ аҳамияти калон дорад, зеро вайроншавии он, ки бо таъсири сабабҳои гуногун ба амал меояд, метавонад боиси инкишофи бемориҳои гуногун [2] шавад.

Таҳлили чунин омилҳо ба монанди чинси кӯдак, шумораи ҳомилаҳо ва усули таваллуд хатарҳои зеринро ошкор намуд (расми 2,3,4.). Ҳамин тавр, чинси ҳомила ва кӯдак, инчунин шумораи ҳомилаҳо хатари инки-

шофи патологияи узви биноишро ба вучуд намеоранд.

Аммо дар таҳқиқоти мо таваллуди кӯдак тавассути роҳҳои валодат омили хатари инкишофи патологияи узви биноӣ гардид, ки метавонад аз он гувоҳи диҳад, ки муттаҳасисон дар идоракунии таваллуд комилан мувофиқ нестанд. Ин омили номақбул аст, ки бояд ба тавачҷуҳи сардорони шӯъбаҳо расонида шавад.

Ҷадвали 4. Хавфи инкишофи патологияи узви биноӣ вобаста ба чинси кӯдак, усули таваллуд ва шумораи ҳомилагӣ (таносуби эҳтимолият).

	<1000 (n =5)	1000-1499 (n =7)	Quadraplet (n =12)	1500-2499 (n =12)	>2500 (n =10)	p
Tortuosity	1,067767 [1,032857; 1,078252	1,036452 [1,030283; 1,039141] p ₁ >0,05	1,092914 [1,073415; 1,117567] p ₁ >0,05 p ₂ <0,05	1,089825 [1,060229; 1,127151] p ₁ >0,05 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05	1,069057 [1,052717; 1,082593] p ₁ >0,05 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05 p ₄ >0,05	<0,05 (=0,0115; H =12,96

Маълумоти аксҳои бунёдии тифлони навзод, ки бо истифода аз дастгоҳи Smart Scope PRO дар ҳама гурӯҳҳои омӯзишӣ гирифта шудаанд, бо истифода аз барномаи компютери Matlab коркард ёфтаанд, ки дар он гардиши рағҳои ретиналии навзодҳо баҳогузорӣ карда шуд ва баъдан ҳама маълумоти бадастомада ба таври оморӣ коркард шуда, инҳоро нишон доданд: аҳамияти баландтарини оморӣ дар гурӯҳи ҳомилагии сершумор (чор ҳомилагӣ), инчунин дар кӯдакони дорои вазни кам таваллуд (1500-2500) мушоҳида мешавад, ки ба монанди расми 1, нишон медиҳад, ки аксар вақт хатари инкишофи патологияи узви биноӣ дар кӯдакони ин гурӯҳи вазн ба вучуд омадааст.

Хулоса. Ҳамин тариқ, дар асоси таҳқиқоти мо арзишҳои мутлақ синни гестатсионӣ ва вазни навзодон дар гурӯҳҳои таҳқиқот фарқи аз ҷиҳати оморӣ муҳимро нишон надоданд. Аксар вақт хатари пайдоиши патологияи узви биноӣ дар байни кӯдакони

дорои вазни ками бадан (1500-2499) дар ҳафтаи 33-36-уми ҳомилагӣ буд.

Таҳлили хатар вобастагии аз ҷиҳати оморӣ муҳими рушди патологияи узвҳои биноӣ аз сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ, камхунӣ ва презклампсияро муайян кард. Дар айни замон, пиелонефрит ва ВНМО хатари инкишофи патологияи узви биноиро ба вучуд намеоранд. Бо назардошти он, ки презклампсия омили дарозмуддат нест, хатари пайдоиши патологияи визуалӣ назаррас нест.

Ҳамин тавр, чинси ҳомила ва кӯдак, инчунин шумораи ҳомилаҳо хатари инкишофи патологияи узвҳои биноишро ба вучуд намеоранд. Дар баробари ин таваллуди кӯдак тавассути роҳҳои валодат омили хатари рушди патологияи узвҳои биноӣ гардид, ки он зарурати таҳияи системаи скринингро барои муоинаи чашмони навзодон дар Тоҷикистон талаб мекунад.

Адабиёт.

1. Mansoor, N. Eye pathologies in neonates / N. Mansoor [et al.] // International journal of ophthalmology – 2016. Vol. 9. – P. 1832-1838.
2. Litmanovitz, I. Red reflex examination in neonates: the need for early screening / I. Litmanovitz, T. Dolfon // Isr Med Assoc J. – 2010. – № 12(5). 301-302.
3. Davidson, S. The impact of pediatric vision disorders in adulthood. / S. Davidson, G.E. Quinn // Pediatrics. – 2011. – №127(2). – С. 334-339.



4. Заболевание недоношенных детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, к концу первого года жизни. Филькина О.М., Долотова Н.В., Андреюк О.Г., Воробьева Е.А. / Вестник Ивановской медицинской академии. / Т.15, №3.2010- (49-52)
5. Gursoy, H. The analysis of posterior segment findings in term and premature infants using RetCam images. / H. Gursoy [et al.] // Int Ophthalmol. – 2018. – №38(5). – P. 1879-1886.
6. Руденко, Н.В. Состояние здоровья недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой при рождении / Н.В. Руденко, С.Н. Бениова / Тихоокеанский медицинский журнал. – 2012. – №3. – С. 34-35.
7. Ozen Tunay, Z. Causes of severe visual impairment in infants and methods of management. / Z. Ozen Tunay, Z. Ustunyurt, A. Idil // Eye (Lond). – 2021. – № 35(4). – P. 1191-1197.
8. Universal ocular screening of 1021 term infants using wide-field digital imaging in a single public hospital in India – a pilot study / Anand Vinekar, Indu Govindaraj, Chaitra Jayadev, February 2015. 123 p.
9. Авилов, О.В. Факторы риска развития инвалидности у детей, рожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела. / О.В. Авилов [и др.] // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – № 12. – С. 12-19.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ПАТОЛОГИЮ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Раджабова А.Б.

Кафедра глазных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

В данной статье производится оценка влияния различных факторов, как: гестация, вес при рождении, патологии, перенесенные матерями во время беременности и родов, а также заболевания самих новорожденных и т.д. на развитие патологий органа зрения у новорожденных. Работа проводилась на базе четырех родильных домов города Душанбе, отделения неонатологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» города Душанбе, а также кафедры офтальмологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». Были обследованы 223 новорожденных, из которых: доношенные новорожденные - 67 и недоношенные новорожденные- 148, а также дополнительная

группа недоношенных с весом, превышающим показатели веса недоношенных - 8 в зависимости от выявленной патологии органа зрения. Таким образом, наиболее чаще риск развития патологии органов зрения приходился среди детей с низкой массой тела (1500-2499) на гестационный возраст 33-36 недель. Анализ рисков выявил статистически значимые зависимости развития патологии органов зрения от ОРВИ, анемии и гестозов, кроме того, роды через естественные родовые пути оказались фактором риска развития патологии органов зрения.

Ключевые слова: патологии органа зрения, новорожденные, недоношенные, гестация, факторы риска.

THE INFLUENCE OF VARIOUS FACTORS ON THE PATHOLOGY OF ORGAN OF VISION IN NEWBORN INFANTS

Rajabova A.B.

Department of Eye Diseases, Abuali Ibni Sino Tajik State Medical University

This article evaluates the influence of various factors, such as: gestation, weight at birth, pathologies of mothers during the pregnancy and childbirth, as well as diseases of the newborns

themselves etc. on the development of pathologies of the organ of vision in newborns. The work was carried out on the basis of four maternity hospitals in the city of Dushanbe, the



department of neonatology of the State Institution National Medical Center of the Republic of Tajikistan “Shifobakhsh” of the city of Dushanbe, as well as the Department of Ophthalmology of the State Educational Institution State Educational Institution “Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino”. There were 223 newborns examined, of which: full-term - 67 and premature newborns - 148, as well as an additional group of premature infants with a weight exceeding the weight of premature infants - 8, depending on the identified pathology of the organ of vision. Thus,

most often the risk of developing pathology of the organs of vision was among children with low body weight (1500-2499) at a gestational age of 33-36 weeks. Risk analysis revealed statistically significant dependence of acute respiratory viral infections, anemia and preeclampsia on the development of pathology of the organs of vision. In addition, childbirth through the natural deliveries turned out to be a risk factor for the development of pathology of eye.

Key words: pathology of the organ of vision, newborns, premature babies, gestation, risk factors.

Ражабова А.Б. - аспиранти кафедраи офталмологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» tel: (+992) 901005558; E-mail: a.rajabov@yahoo.com; a.rajabov@gmail.com

Раджабова А.Б. - аспирант кафедры глазных болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», tel: (+992) 901005558; E-mail: a.rajabov@yahoo.com; a.rajabov@gmail.com

Rajabova A. B. - Phd student of the eye department, State Educational Institution “Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino” tel: (+992) 901005558; E-mail: a.rajabov@yahoo.com; a.rajabov@gmail.com



ТИББИ ОИЛАВӢ

ГИРИФТОРШАВӢ БА БЕМОРИӢ МИЁНИ АҲОЛИИ ДЕҲОТ ҲАМЧУН ОМИЛИ МУАЙЯНКУНАНДАИ САМТИ БЕҲТАРГАРДОНИИ КӢМАКИ АВВАЛИЯИ ТИББИЮ САНИТАРӢ

Баротов И.И., Қайюмов Х.Б., Бандаев И.С.

Кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мақсад. Омӯзиши беморшавии умумӣ дар минтақаҳои оилавӣ дар давраи солҳои 2020–2022.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили амиқи ҳам беморшавии умумӣ ва ҳам ҳолатҳои бори аввал ошкоршудаи беморӣ дар аҳолии деҳот дар солҳои 2020-2022 гузаронида шуд. Бо ин мақсад маълумотҳои омории Агентии оморӣ назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон «Ҳисобот дар бораи беморшавӣ дар марказҳои тиббӣ» аз рӯйи шакли 12 ва 31 истифода карда шуданд. Инчунин аз 400 адад картаҳои амбулатории сокинони ноҳияи Ёвон маълумотҳо ҷамъ оварда шуданд. Миёни аҳолии таҳқиқшуда 30,3% -ро мардон ва 69,7% -ро занон ташкил медиҳанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Таҳқиқоте, ки дар асоси ҳуҷҷатҳои ҳисоботдиҳии оморӣ давлатии МТП-и ноҳияи Ёвон вилояти Хатлон дар давраи солҳои 2020-2022 (шакли №12, №31) гузаронида шуд, барои ошкор кардани қонуниятҳои зерин мусоидат намуданд.

Омӯзиш нишон дод, ки дараҷаи беморшавии умумӣ дар соли 2020 дар ҷумҳурӣ ҷараёни афзоиши беморию фаро мегирад. Соли 2021 коҳишёбии афзоиши умумии беморӣ 16,8% ва зиёдшавии гирифтотшавӣ ба беморӣ дар соли 2022 мутаносибан 4,6% мебошад. Дар вилояти Хатлон низ чунин ҷараён ба назар мерасад, соли 2021 коҳишёбии дараҷаи умумии гирифтотшавӣ ба беморӣ 18,6% буда, соли 2022 афзоиши беморшавии умумӣ 7,3%-ро ташкил медиҳад. Дар ноҳияи Ёвон соли 2021 дараҷаи беморшавӣ 12,8% коҳиш ёфт, вале дар соли 2022 дараҷаи афзоиши беморӣ 10,3%-ро ташкил дод. Ҷараёни афзоиши беморӣ миёни занон мушоҳида карда мешавад, яъне соли 2020 дар ноҳияи Ёвон гирифтотшавӣ ба беморӣ ми-

ёни занон аз миқдори умумӣ 70,7% ба қайд гирифта шуд, соли 2021 – 71,4 ва дар соли 2022 ин рақам мутаносибан 74,2% -ро ташкил дод. Дар вилояти Хатлон 70,8%; 71,5% ва 74,1% мутаносибан. Дар ҷумҳурӣ 69,6%; 70,7 ва 72,1% мутаносибан.

Таҳқиқот нишон медиҳад, ки сабаби афзоиши дучоршавӣ ба беморӣ миёни занон ин дараҷаи нокифояи фаъолияти хадамоти дармонгоҳӣ, яъне мушоҳидаи диспансерӣ миёни духтарон – наврасон, қонини синни репродуктивӣ ва шахсонӣ қалонсол; дастарсӣ надоштан ба хизматрасонии тиббӣ, яъне дар масофаи дур воқеъ будани муассисаҳои тиббӣ; норасонии мутахассисонӣ дараҷаи марказҳои саломатии деҳот; мавҷуд набудани таҷҳизотҳои аввалиндараҷаи тиббӣ ва ё мутахассисонӣ омӯзониданашуда барои қор бо таҷҳизотҳои нав мебошанд. Бешубҳа, муносибати ҷиддӣ зоҳир накардан ба саломатии худ аз тарафи аҳоли ҷойи асосиро ишғол менамояд.

Хулоса. Дар асоси маълумотҳои бадастомада ба чунин хулоса омадан мумкин аст, ки бо мақсади дастрасии аҳолии деҳот ба хизматрасонии тиббӣ ва иҷтимоӣ сиёсати мақсадноки кадрӣ ва мустаҳкамгардонии звенои аввалияи хизматрасонии деҳотро ба роҳ мондан зарур аст. Таъминот бо таҷҳизотҳои муосири тиббӣ ва инчунин қори қоллективӣ аҳамияти муҳим дорад.

Қалимаҳои қалидӣ: марказҳои саломатии деҳот, табиби оилавӣ, беморшавӣ, маъҷубӣ, оила.

Муҳимият. Солҳои охир дар Тоҷикистон динамикаи ҳолати саломатии аҳоли ва таъсири он ба дурнамои рушди ҷомеа дар солҳои минбаъда омӯхта нашудааст. Пас аз ба даст овардани Истиқлолият бухрони иқтисодию иҷтимоӣ як гурӯҳ бемориҳои гуногуни ғайрисироятиро дар мадди аввал гу-

зошт: бемориҳои дилу рағҳо, бемориҳои дигари узву системаҳо, онкология, диабети қанд ва ғ. Мувофиқи баҳодиҳии мутахассисони ҷаҳонӣ зиёда аз 70% аҳолии ҷаҳон дар ҳолати стресси иҷтимоӣ ва қарахтии психоэмотсионалӣ умр ба сар мебаранд, ки боиси коҳишёбии механизмҳои компенсаторӣ ва муқовиматии нигоҳдории саломатӣ ба ҳисоб меравад [3; 5].

Махсусан одамони калонсол, шахсони дорои бемориҳои музмин, маъҷубон, оилаҳои нопурра (носолим)-и дорои шахсони корношоям гирифтори ҳолатҳои вазнини иқтисодию иҷтимоӣ гаштанд. Мувофиқи андешаҳои як қатор муаллифон ҳангоми баҳодиҳии имкониятҳои терапевтӣ табиб бояд ғайр аз мақоми тиббӣ муносибати аҳолиро нисбат ба саломатии худ, бемориҳо ва омода будани оиларо барои масъулият барои таъмин, нигоҳубин ва муолиҷаи аъзоёни оила дар назар дошта бошад [5]. Маҳз табибони амалияи умумӣ (табибони оилавӣ) бо аҳоли вохӯрда, қорҳои профилактикиро вобаста ба баланд бардоштани мотиватсияи аҳоли нисбати мустаҳкамкунии саломатӣ ва профилактикаи бемориҳо амалӣ менамоянд, ки ин нақши муҳими самти тиббӣ-иҷтимоии тандурустиро собит месозад. Дар ин ҳолат табиби оилавӣ, бешубҳа, нисбат ба мутахассисони дигар афзалият дорад.

Тибби оилавии профилактикӣ дониши махсусиятҳои оиларо дар бар мегирад. Аз ҳамин сабаб масъалаи охир ҳангоми омӯзиши саломатии аҳоли ҳамеша предмети таҳлили иҷтимоӣ-беҳдоштӣ ба ҳисоб мерафт.

Табиби оилавӣ барои саломатии аҳли оила ҷавобгар буда, барои муолиҷаи бомуваффақияти бемориҳо бояд доир ба мушкилоти оилавӣ, ба монанди таъминоти нокифояи моддӣ, шароити зиндагии сатҳи паст, ғизои нокомил дониши амиқ дошта бошад. Дар баробари ҳамин пациентҳои калонсол ва солхӯрда бояд ба табиб на танҳо нисбати саломатии худ эътимод дошта бошанд, балки проблема ва сирри оилавино низ баён намоянд. Ошкор карда шудааст, ки дар Тоҷикистон зиёда аз 80% шахсони калонсол гирифтори ин ё он гуна бемориҳои музмин

мебошанд, ки аз миёни онҳо бемориҳои системаи дилу рағҳо мавқеи муҳимро ишғол менамояд ва аз ин бемориҳои ишемикии дил (БИД) 48,5%-ро ташкил медиҳад, бемориҳои сереброваскулярӣ 25,3% ва бемориҳои фишорбаландӣ 19,6%-ро фаро мегирад [2]. Дар баробари ҳамин барои шахсони ин синну сол сершумории патологияҳои комарбидӣ хос аст. Ҳамин тавр, мувофиқи маълумотҳои як қатор муаллифон аз ҳисоби беморони калонсоли зерини мушоҳида қарордошта танҳо 3,4% гирифтори як беморӣ буда, 18,5% - ду, 25,9% - се; 37,4% - чор ва 14,8% - панҷ ва аз он зиёдтар беморӣ доштанд [2; 3; 5]. Инчунин муқаррар карда шудааст, ки ҳамаи зиддиятҳои оилаи муосир бевосита ба тарзи зиндагии шахсони калонсол ва саломатии онҳо таъсиргуздор буда, аз ҳамин сабаб дастгирии оилавӣ ба саломатӣ ва сифати ҳаёти онҳо аҳамияти муҳим дорад.

Солимгардонӣ ва ҳифзи саломатии аҳоли, профилактикаи маъҷубӣ дар замони муосир самтҳои афзалиятноки сиёсати иҷтимоии давлатӣ ба ҳисоб мераванд. Таҳлили вазъи саломатии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон собит месозад, ки он бешубҳа, ҳамчун омили беҳатарии миллӣ ва мақсади асосии ҳифзи сиҳати аҳолии кишвар вазифаи аввалиндараҷа ба ҳисоб меравад. Мутобиқи нақшаи стратегияи ҷорабиниҳои рушди соҳаи тандурустӣ дар ҷумҳурӣ самтҳои қомилан нави фаъолият инкишоф меёбанд - гузаштан аз системаи ба муолиҷаи бемориҳо равонашуда ба системаи ҳифзи саломатии аҳоли асоснокшуда, ки афзалияти он тарзи ҳаёти солим ва профилактикаи бемориҳо ва маъҷубӣ ба ҳисоб меравад.

Вазъияти баамаломада, баҳусус коҳишёбии нишондодҳои саломатии аҳоли, бухрони системаи тандурустӣ амалигардонии бозсозии сохтори соҳа бо афзалиятҳои муайяни он, ҷустуҷӯи механизмҳои иқтисодӣ ва ташкилӣ, истифодаи оқилонаи захирахоро бо мақсади баланд бардоштани дастрасӣ ва сифати ёрии табобатӣ-ташхисотӣ ва профилактикӣ талаб менамояд.

Мақсад. Омӯзиши беморшавии умумӣ дар мавзёҳои территориявии аҳоли дар давраи солҳои 2020–2022.



Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили амиқи ҳам умумӣ ва ҳам бори аввал ошкоршудаи бемории аҳолии деҳот дар давраи солҳои 2020-2022 гузаронида шуд. Бо ин мақсад маълумотҳои омории Агентии оморӣ назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон «Ҳисобот дар бораи беморшавӣ дар марказҳои тиббӣ» аз рӯйи шакли 12 ва 31 истифода карда шуданд. Инчунин аз 400 адад картаи амбулатории сокинони ноҳияи Ёвон маълумотҳо ҷамъ

оварда шуданд. Миёни аҳолии таҳқиқшуда 30,3%-ро мардон ва 69,7%-ро занон мутаносибан ташкил медиҳанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Таҳқиқотҳое, ки дар асоси ҳуҷҷатҳои ҳисоботдиҳии омории давлатии МТП-и ноҳияи Ёвон вилояти Хатлон дар давраи солҳои 2022-2022 (шакли №12, №31) гузаронида шуданд, барои ошкор кардани қонуниятҳои зерин мусоидат намуданд. (ҷадв.1).

Ҷадвали 1.- Беморшавии умумӣ дар ноҳияи Ёвон, вилояти Хатлон ва Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2022 – 2022

	2020			2021			2022		
	Ҳамагӣ	мардон	занон	Ҳамагӣ	мард	зан	ҳамагӣ	мард	зан
Ноҳияи Ёвон	32669	9556	23113	28468	8143	20325	31396	8094	23302
Вилояти Хатлон	338158	98652	239506	275183	78323	196860	295287	76516	218771
Дар ҷумҳурӣ	1047873	318419	729454	872145	255127	617018	912302	254059	658243

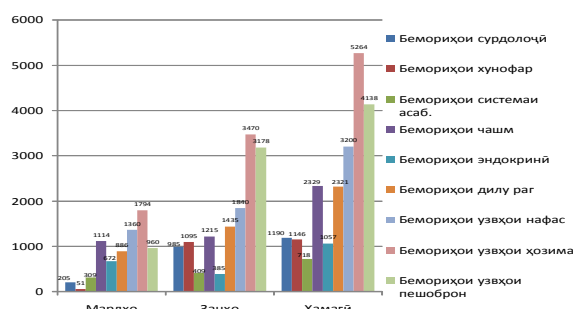
Тавре ки аз ҷадвал маълум аст, дараҷаи беморшавии умумӣ дар соли 2020 ҳам дар минтақаҳо ва ҳам дар ҷумҳурӣ аз чараёни афзоиши он шаҳодат медиҳад. Ҳол он ки соли 2021 дар ҷумҳурӣ коҳишёбии дараҷаи беморшавӣ 16,8% ба қайд гирифта шуда, соли 2022 мутаносибан 4,6% -ро ташкил медод.

Дар вилояти Хатлон чунин чараён ба назар мерасад, соли 2021 коҳишёбии дараҷаи беморшавӣ ба 18,6% ва соли 2022 7,3% ба қайд гирифта шудааст. Дар ноҳияи Ёвон соли 2021 коҳишёбии дараҷаи беморшавӣ 12,8% аст, вале соли 2022 зиёдшавии гирифтورشавӣ ба беморӣ 10,3%-ро ташкил медиҳад. Ба ақидаи мо яке аз сабабҳои афзоиши бемории соли 2020-ро бо пандемияи COVID-19 ва оризаҳои он алоқаманд кардан мумкин аст.

Афзоиши нисбатан бештари гирифтورشавӣ ба беморӣ дар тамоми минтақаҳои таҳқиқшаванда миёни занон бештар ба назар мерасад. Соли 2020 дар ноҳияи Ёвон гирифтورشавӣ ба беморӣ миёни занон дар дараҷаи 70,7% соли 2021 – 71,4% ва соли 2022 мутаносибан – 74,2% ба қайд гирифта шуд. Дар вилояти Хатлон бошад, ин рақам 70,8%; 71,5% ва 74,1% -ро мутаносибан нисбат ба солҳо ташкил медиҳад. Дар ҷумҳурӣ 69,6%; 70,7 ва 72,1% мутаносибан ба солҳо ташкил медиҳад.

Таҳқиқот нишон медиҳад, ки яке аз сабабҳои афзоиши беморӣ миёни занон ин ба таври нокифоя ба роҳ мондани фаъолияти дармонгоҳӣ, яъне назорати диспансерии ғайриқаноатбахш миёни духтарон-наврасон, занони синни репродуктивӣ ва шахсон калонсол ба ҳисоб меравад. Аксар вақт дастрасӣ надоштан ба хизматрасонии тиббӣ бо дар масофаи дур воқеъ будани муассисаҳои тиббӣ, норасонии мутахассисон дар дараҷаи Марказҳои саломатии деҳот; ба таври нокифоя мучахҳаз будан бо таҷҳизоти аввалияи зарурӣ ё маълумоти кофӣ надоштани мутахассисони таҷҳизотҳои нав алоқаманд аст. Аз тарафи дигар миёни аҳоли бепарвой нисбат ба саломатии худ мушоҳида карда мешавад.

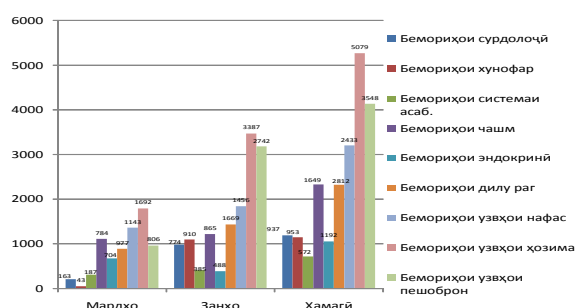
Диаграммаи 1.- Сохтори беморшавии аҳолии ноҳияи Ёвон дар соли 2020



Натиҷаҳои таҳқиқотҳои соли 2020 –ро таҳлил намуда, ҳаминро қайд кардан зарур аст, ки дар ноҳияи Ёвон аз ҳолати гирифт-

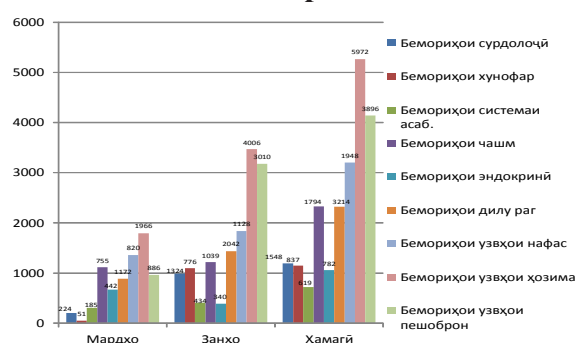
торшавӣ ба беморӣ ҷойи аввалро бемориҳои узвҳои ҳозима - 5264 (16,1%) аз миқдори умумии гирифтотшавӣ ба беморӣ ишғол менамояд, дар баробари ҳамин миқдори занҳо зиёд аст – 65,9%. Ҷойи дуюмро бемориҳои системаи пешоб ташкил медиҳанд – 4138 (12,6%), занон - 76,6% буда, ҷойи сеюмро бемориҳои аъзои нафаскашӣ ташкил медиҳад - 3200 (9,8%), дар баробари ҳамин беморшавии занон 57,5% буда, бемориҳои системаи хунгард ҷойи чорумро ишғол менамояд - 2321 ҳолат (7,1%), беморшавии занон 61,8% -ро ташкил медиҳад.

Диаграммаи 2.- Сохтори беморшавии аҳолии ноҳияи Ёвон дар соли 2021



Натиҷаи таҳқиқотҳои соли 2021-ро таҳлил намуда, ҳаминро қайд кардан зарур аст, ки аз ҳолати гирифтотшавӣ ба беморӣ ҷойи аввалро бемориҳои узвҳои ҳозима 5079 (17,8%) ишғол менамоянд ва занон – 66,7%-ро ташкил медиҳанд. Ҷойи дуюм ба бемориҳои системаи пешоб мансуб буд - 3548 (12,5%), занон 77,3% -ро ташкил медиҳанд, ҷойи сеюмро ба фарқ аз соли 2020 бемориҳои системаи хунгард ишғол менамоянд - 2812 (9,9%), занон мутаносибан 59,3% -ро ташкил медиҳанд.

Диаграммаи 3.- Сохтори беморшавии аҳолии ноҳияи Ёвон дар соли 2022



Шарҳу тафсири маълумотҳои ноҳияи Ёвон дар соли 2022 нишон медиҳад, ки аз миёни гирифтотҳои беморӣ дар ин минтақа ҷойи аввалро бемориҳои узвҳои ҳозима 5972 (19,0%) ишғол менамоянд, дар баробари ин занон дар ҷараёни мазкур афзалият дошта, 67,1%-ро ташкил медиҳанд. Ҷойи дуюмро бемориҳои системаи пешоб ишғол мекунанд – 3896 (12,4%), аз ин миқдор 77,3% занон мебошанд. Дар ҷойи сеюм бемориҳои системаи хунгардиш қарор доранд - 3214 (10,2%), 63,5%-ро занон ташкил медиҳанд.

Агар таносуби ҳарсола аз рӯи фоиз миёни шаклҳои нозологӣ таҳлил карда шавад (бемориҳои узвҳои ҳозима, системаҳои пешоб ва хунгардиш), афзоиши наҷданон зиёд - аз 3 то 5%-ро қайд кардан зарур аст.

Ба таври умум таҳқиқотҳо нишон медиҳанд, ки солҳои 2020, 2021 ва 2022 беморшавии умумии нисбатан зиёд миёни аҳолии ноҳия аз рӯи чунин таснифот сурат мегирад:

- Ҷойи 1-ум – бемориҳои узвҳои ҳозима;
- Ҷойи 2-юм - бемориҳои системаи пешоб;
- Ҷойи 3-юм – бемориҳои системаи хунгардиш, ҳол он ки соли 2020 бемориҳои системаи хунгардиш аз бемориҳои узвҳои нафаскашӣ камтар ба назар мерасиданд.

Миёни кӯдакон (К), дар муқоиса бо наврасон (Н) ва калонсолон (К), махсусан гирифтотшавӣ ба гурӯҳи зерини бемориҳодарчаи баланд доранд:

- Узвҳои нафаскашӣ (К-501; Н-390,1 ва К-214,5 таносуби ҳолатҳо ба 1000 нафар аҳоли);
- Бемориҳои сироятӣ ва паразитарӣ (К-105,4; Н-84,1 ва К-53,3 таносуби ҳолатҳо ба 1000 нафар аҳоли);
- Узвҳои ҳозима (К-56,1; Н- 33,8 ва К-20,7);
- Бемориҳои чашм ва узвҳои атрофи он (К-13,9; Н- 10,3 ва К-9,7);
- Бемориҳои гӯш ва шохчаи сесамойдӣ (К-10,3; Н-7,8 ва К-6,8);

Миёни наврасон дар муқоиса бо кӯдакон ва калонсолон гурӯҳи зерини бемориҳо афзалият доранд:

- Осебҳо, захролудшавӣ ва баъзе оқибатҳои таъсири сабабҳои беруна (Н-30,7; К-19,1 ва К-34,5 мутаносибан;



- Системаи пешоб (Н-20,6; К-12,9 ва К-17,1);
- Ихтилоли рӯҳӣ ва ҳалалёбии рафтор (Н-9,9; К-4,6 ва К-2,2);

- Системаи эндокринӣ, ҳалалёбии истеъмоли ғизо ва мубодилаи моддаҳо (Н-6,4; К-14,8 ва К-2,9);

Миёни калонсолон дар муқоиса бо кӯдакон ва наврасон гурӯҳи зерини бемориҳо афзалият доранд:

- Бемориҳои системаи ҳозима (К-39,2; К-23,5 ва Н-19,5);

- Бемориҳои системаи пешоб (23,2; 10,1 ва 9,9);

- Бемориҳои системаи хунгардиш (10,7; 2,3 ва 4,1).

Ҳамин тавр, бемориҳои нисбатан паҳншудае, ки миёни гурӯҳҳои гуногуни синнусолӣ диққати бештарро ҷалб менамоянд, инҳо ба ҳисоб мераванд:

- Миёни кӯдакон – бемориҳои узвҳои нафаскашӣ, бемориҳои сироятӣ ва паразитарӣ, бемориҳои узвҳои ҳозима, чашм ва узвҳои атрофи он, гӯш ва шохчаи сесамойдӣ;

- Миёни наврасон - осебҳо, захролудшавӣ ва баъзе оқибатҳои таъсири сабабҳои берунӣ, бемориҳои сироятӣ ва паразитарӣ, системаи пешоб, системаи эндокринӣ, ихтилоли рӯҳӣ ва ҳалалёбии рафтор,

- Миёни калонсолон – бемориҳои узвҳои ҳозима, системаи пешоб, системаи хунгардиш ва нафаскашӣ.

Хулосаҳо:

1. Ба ин тариқ, дар ҷумҳурӣ, вилояти Хатлон ва ноҳияи Ёвон дар 2021 коҳишёбии дараҷаи афзоиши беморӣ ба 16,8%; 18,6 ва 12,8 мутаносибан ба назар мерасад, ҳол он ки соли 2022 дараҷаи афзоиши беморӣ мутаносибан 4,6%; 7,3% ва 10,3% -ро ташкил меод.

2. Дар баробари ин, беморӣ бештар миёни занон афзалият дорад: соли 2020 дар

ноҳияи Ёвон аз миқдори умумӣ занони бемор 70,7% -ро ташкил дода, соли 2021 – 71,4% ва соли 2022 – 74,2% -ро мутаносибан фаро мегирифт. Дар вилояти Хатлон ин нишондод соли 2020 70,8%, соли 2021 - 71,5% ва соли 2022 74,1% -ро мутаносибан ташкил меод. Дар ҷумҳурӣ беморшавии умумӣ соли 2020 - 69,6%; соли 2021 - 70,7 ва соли 2022 году - 72,1% -ро мутаносибан ташкил меод.

3. Бемориҳои бештар паҳншуда, яъне беморӣ, ки се ҷойи аввалро ишғол менамоянд, инҳо мебошанд: бемориҳои узвҳои ҳозима, системаи пешоб, системаҳои хунгардиш ва нафаскашӣ.

4. Таҳқиқотҳо нишон медиҳанд, ки яке аз сабабҳои афзоиши беморӣ миёни занон ин ба таври зарурӣ ба роҳ монда нашудани фаъолияти хизматрасонии дармонгоҳӣ, яъне мушоҳидаи нокифояи диспансерӣ миёни духтарон-наврасон, занони синни репродуктивӣ ва шахсони калонсол ба ҳисоб меравад. Аксар вақт дастрасӣ надоштан ба хизматрасонии тиббӣ ба дурии ҷойгиршавии муассисаҳои тиббӣ; норасоии мутахассисон дар дараҷаи Марказҳои саломатии деҳот; ба таври зарурӣ мучахҳаз набудан бо таҷҳизоти аввалиндараҷа ва ё омода набудани мутахассисон барои кор бо таҷҳизоти нав вобастагӣ дорад. Аз тарафи дигар, миёни аҳоли бепарвой нисбат ба саломатии худ мушоҳида карда мешавад. Бо мақсади дастрасӣ доштани аҳолии деҳот ба хизматрасонии тиббӣ ва иҷтимоӣ муносибати мақсаднок ба сиёсати кадрӣ соҳаи тандурустӣ ва таҳкимбахшӣ ва васеъ гардонидани ин соҳа зарур аст. Инчунин мустаҳкамкунии звенои аввалияи тандурустии деҳот афзалият дорад. Дар ин самт таъминот бо таҷҳизоти муносири тиббӣ ва кадрҳои баландихтисоси дорои малақаҳои кор бо чунин таҷҳизотҳо ва ташкили фаъолияти гурӯҳи корӣ аҳамияти муҳим дорад.

Адабиёт

1. Азизов З.А. Медико-социальные аспекты охраны и укрепления здоровья лиц пенсионного возраста /З.А. Азизов, Ф.П.Магзумова // Здравоохранения Таджикистана. – 2021.- №4.- С. 16-19.
2. Ахунова Н.Т. Качество жизни у больных с различными ревматическими заболеваниями / Н.Т.Ахунова, З.У.Холова, М.Асрори, З.Ш.Сафаров //Здравоохранения Таджикистана. – 2021. - №4.- С.23-27.

3. Гоибов А.Г. Некоторые вопросы доступности и повышения качества медицинской помощи сельскому населению Республики Таджикистан / А.Г.Гоибов, Н.Т.Мирзоали, Х.К.Каримзода, Р.А.Турсунов // Вестник Авиценны. – 2019. Т.21. - №3. – С. 415-419.
4. Раджабзода С.Р. Анализ статуса и ресурсов вертикальных центров на уровне ПМСП в районах республиканского подчинения / С.Р.Раджабзода, Б.Ю.Джонова, Дж.Х.Дустов // Вестник медико-социального института Таджикистана. – 2022. - №4.- 14-15.
5. Раджабзода С.Р. Заболеваемость членов семей находящихся под наблюдением врачей общей практики (семейных врачей) / С.Р.Раджабзода, Ф.П. Магзумова // Здравоохранения Таджикистана. – 2008.-№1.- 3-4.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ НАПРАВЛЕННОСТЬ К УЛУЧШЕНИЮ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Баротов И.И., Каюмов Х.Б., Бандаев И.С.

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино»

Цель. Изучение общей заболеваемости на территориальных семейных участках за период 2020–2022 гг.

Материал и методы исследования. Нами проведен углубленный анализ как общей, так и впервые выявленной заболеваемости сельского населения за 2020-2022 годы. Для этого использовались статистические данные Агентства статистики при Президенте Республики Таджикистан «Отчет о заболеваемости в медицинских центрах» по форме 12 и 31. А также информация собрана из 400 амбулаторных карт жителей Яванского района. Среди обследуемого контингента населения мужчины составили 30,3% и 69,7% - женщины.

Результаты исследования и их обсуждения. Исследование, проведенное на основе государственной статистической отчетности документации ЛПУ Яванского района Хатлонской области за 2022-2022 годы (форма №12, №31), позволили выявить следующие закономерности.

Уровень общей заболеваемости в 2020 году дал тенденцию к росту заболеваемости в республике. В 2021 отметили снижение роста общей заболеваемости на 16,8% и рост заболеваемости в 2022 году на 4,6% соответственно. В Хатлонской области такая же тенденция, в 2021 году отмечается снижение уровня общей заболеваемости на 18,6%, в 2022 году отмечается рост общей заболеваемости на 7,3%. В Яванском районе в 2021 году снизился рост заболеваемости на 12,8%, но в 2022 году отмечается рост общей забо-

леваемости на 10,3%. Отмечается тенденция к росту среди женского пола, т.е. в 2020 году в Яванском районе заболеваемость среди женщин зарегистрирована на уровне 70,7% от общего число, в 2021 – 71,4 и в 2022 – 74,2% соответственно. В Хатлонской области 70,8%; 71,5% и 74,1% соответственно. В республике 69,6%; 70,7 и 72,1% соответственно.

Исследование показало такие причины роста, приводящие к заболеваемости среди женщин: недостаточный уровень поликлинической службы, т.е. диспансерного наблюдения среди девушек-подростков, женщин репродуктивного возраста и пожилых лиц; недоступность медицинских услуг, т.е. отдаленность медицинских учреждений; нехватка кадров на уровне сельских центров здоровья; неоснащенность медицинским оборудованием первой необходимости или же необученные работе с новым оборудованием специалисты. Естественно, важное место занимает несерьезное отношение населения к своему здоровью.

Заключение. На основании полученных данных можно сделать следующие заключения: с целью доступности медицинских и социальных услуг сельскому населению необходимо использовать рациональную кадровую политику, укрепить первичное звено сельского здравоохранения. Немаловажное значение имеет обеспечение современным медицинским оборудованием, а также командная работа.

Ключевые слова: сельские центры здоровья, семейный врач, заболеваемость, инвалидность, семья.



MORBIDITY AMONG THE RURAL POPULATION AS A FACTOR DETERMINING THE FOCUS TO IMPROVE PRIMARY HEALTH CARE

Barotov I.I., Qayumomov Kh.B., Bandaev I.S

State educational institution Avicenna Tajik State Medical University

Target. The study of general morbidity in territorial family plots for the periods of 2020–2022

Material and research methods. We have carried out an in-depth analysis of both the general and newly detected incidence of the rural population in 2020-2022. For this, statistical data of the Agency of Statistics under the President of the Republic of Tajikistan “Report on the incidence in medical centers” in the form 12 and 31 were used. And also information was collected from 400 outpatient cards of residents of the Yavan district. Among the surveyed contingent of the population, 30.3% are men and 69.7% are women.

Results of the study and their discussion. A study conducted on the basis of state statistical reporting of the documentation of health facilities of the Yavan district of Khatlon region for 2022-2022 (form No. 12, No. 31) revealed the following patterns.

The study showed that the level of general morbidity in 2020 gave a trend towards an increase in the incidence in the republic. In 2021, there was a decrease in the growth of the overall incidence by 16.8% and an increase in the incidence in 2022 by 4.6%, respectively. In the Khatlon region, the same trend is observed, in 2021 there is a decrease in the overall incidence by 18.6%, in 2022 there is an increase in the overall incidence by 7.3%. In the Yavan region, in 2021, the incidence rate decreased by 12.8%,

but in 2022, there is an increase in the overall incidence by 10.3%. There is an upward trend among females, ie. in 2020, in the Yavan region, the incidence among women was 70.7% of the total, in 2021 - 71.4 and in 2022 - 74.2%, respectively. In Khatlon region 70.8%; 71.5% and 74.1% respectively. In the republic, 69.6%; 70.7 and 72.1% respectively.

Studies have shown that the reasons for the growth leading to morbidity among women are the inadequate level of outpatient services, i.e. dispensary observation among adolescent girls, women of reproductive age and the elderly; inaccessibility to medical services i.e. remoteness of medical institutions; lack of personnel at the level of rural health centers; lack of equipment with the first necessary medical equipment or untrained specialists in working with new equipment. Naturally, an important place is occupied by the seriousness of the population towards their health.

Conclusions. On the basis of the data obtained, the following conclusions can be drawn that in order to make medical and social services available to the rural population, it is necessary to use a rational personnel policy and strengthen the primary link of rural health care. Equally important is the provision of modern medical equipment, as well as teamwork.

Keywords: rural health centers, family doctor, morbidity, disability, family.

Баротов И.И. - ассистент кафедры тибби оилави МДТ «ДДТТ Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел: 938637865, почтаи электронӣ: barotovimomali1993@gmail.com;

Баротов И.И. – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино», тел: 938637865, email: barotovimomali1993@gmail.com

Barotov I.I. - Assistant of the Department of Family Medicine, State educational institution Avicenna Tajik State Medical University. tel: 938637865, email: barotovimomali1993@gmail.com

ХУСУСИЯТҲОИ БЕМОРИҲОИ ДИЛУ РАҒҲО ДАР ЗВЕНОИ ЯКУМИ ҲИФЗИ ТАНДУРУСТӢ, КИ БОИСИ МАӢЮБӢ МЕГАРДАНД

Носирова М.П., Ёдгорова М.Ч., Иномзода Д.И., Мирзокалонова М.Ч.

Кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Муҳиммият. Бемориҳои системаи дилу рағҳо (БСДР) ба қатори бемориҳои музминӣ ғайрисироятӣ дохил мешаванд ва яке аз сабабҳои асосии маъюбшавӣ ва фавти бармаҳалли аҳоли мегарданд. Кам шудани фавт, аз ҷумла миёни аҳолии қобили меҳнат, аз бемориҳои системаи дилу рағҳо ва баланд бардоштани сатҳи сифат ва дастрасии ёрӣ ба беморони дорои бемориҳои системаи дилу рағҳо вазифаи аввалиндараҷаи бахши кӯмаки аввалияи тиббиву санитарӣ (КАТС) ба шумор меравад [1]. Як гурӯҳи омилҳои мавҷуданд, ки ба пайдошавии бемориҳои музмин сабаб мегарданд. Вусъат ёфтани шаҳрнӣ (урбанизатсия) ва пир шудани аҳоли ба ин гурӯҳ шомил мебошанд. Федератсияи умумиҷаҳонии дил (WHF) тасдиқ мекунад, ки шаҳрнӣ дар мамолики мутараққӣ сабаби зиёд шудани бемориҳои дилу рағҳо маҳсуб меёбад. Урбанизатсия дар натиҷаи зиёд шудани истифодаи сигор ва машрубот, маҳсулоти сернамак, баланд будани сатҳи ҷарб дар маҳсулоти ғизоӣ, ҳамчунин кам шудани корҳои ҷисмонӣ сабаби тарзи ҳаёти носолим мегардад. Урбанизатсия ба маҳсулоти ғизоӣ тайёр ва коркардшуда бар ивази пухтупазии анъанавӣ афзалият медиҳад, ки аксаран калория, намак ва ҷарби зиёд доранд [2]. Бемориҳои системаи дилу рағҳо вобаста аз шароити ҳаёти имрӯзӣ босуръат зиёд мешаванд, ки тадриҷан аз одамон сарбориҳои вазнини эмотсионалиро талаб мекунанд. Симптомҳои нисбатан сабуктари дилу рағҳо, дар заминаи шиддатҳои кӯтоҳмуддати эмотсионалӣ, тахикардияи гузаранда, аритмия, фишорбаландии шараёнӣ ё гипотензия пайдо мешаванд [3]. Патологияи дилу рағҳо на танҳо ҷанбаи тиббӣ, балки иҷтимоӣ низ дорад. Бар иловаи хароҷоти бузурги давлат барои ташхис ва табобати ин бемориҳо, сатҳи маъюбшавӣ низ баланд боқӣ мемонад. Ин он маъноро дорад, ки нафарони синну соли қобилияти корӣ бемор шуда, наметавонанд ухдадорҳои худро иҷро кунанд, вазни-

нии нигоҳубини онҳо ба бучаи ҳешовандони онҳо меафтад [4]. Кам шудани фавт аз БДР бо тағйир додани омилҳои хатар дар сатҳи аҳоли, дар навбати аввал аз паст шудани сатҳи холестерин (ХС) ва фишори шараёнӣ (ФШ), даст кашидан аз сигоркашӣ имконпазир аст. Бо назардошти серомил будани этиологияи БДР, иртиботи зич доштан бо омилҳои хатар (ОХ) ва таъсири мутақобилаи онҳо ба якдигар консепсияи хатари дилу рағҳо (ХДР) мурағбат сохта шудааст. Ҳамчунин дар назар бояд дошт, ки миқдори мутлақ натиҷаҳои фавтовар дар популятсия дар гурӯҳҳои дорои хатари паст ва миёна баланд аст, чунки онҳо сершуморанд [5]. Паҳншавии ОХ, ки масъули пайдошавӣ, пешравӣ ва бармаҳал фавт кардан аз БДР хеле баланд аст. Тақрибан 1/3 аҳоли дорои ХБР-и баланд ҳастанд. Консепсияи ХБР дар модификасияи омилҳои хатар муносибати мӯшикофоноро талаб мекунад: ашар бартараф ё кам кардани як ОХ имконнопазир бошад, то ҳадди имконпазир онро аз ҳисоби дигар ОХ паст бояд кард [6]. Ба омилҳои классикӣ хатари инкишофи бемории ишемикии дил (БИД), ки генези он хуб омӯхта шудааст, дар серуми хун баланд будани сатҳи муҳтавои холестерини умумӣ, холестерини липопротеиди зичиашон зиёд, фишорбаландии шараёнӣ, сигоркашӣ, гиподинамия, массаи барзиёди бадан ва ғ. дохил мешавад [7].

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани сохтори БДР дар беморони синну соли калон, ки дар звенои аввал бештар дучор мешаванд ва ба маъюбшавӣ оварда мерасонанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар пойгоҳи Маркази шаҳрии саломатӣ таҳлили ретроспективии қортҳои амбулаторӣ ва анкетаронии беморони калонсол, ки аз сабаби БДР гурӯҳи маъюбӣ доранд, анҷом дода шуд. Таҳқиқоти дескриптивӣ аз муайян кардани миқдори беморони дорои ин ё он беморӣ, сохтори нозологияи бемориҳо ва ҳисоб кардани ҳиссаи онҳо (%) иборат аст.



Натиҷаҳои таҳқиқ ва баррасии онҳо. Таҳти муоинаи мутахассисони тибби оилавии Маркази шаҳрии саломатӣ 52176 соҳибхоназанҳои солим қарор доштанд, ки 32895 (63,1%) нафари онҳоро беморони синну соли аз 18-сола боло ва боқимондаҳоро кӯдакон 16562(31,7%) ва наврасон – 2719 (5,2%). ташкил меоданд.

Ҳамагӣ дар қайди Маркази шаҳрии саломатӣ 66 бемор (0,2%) синну соли аз 18-сола боло ва калосолон бо гурӯҳҳои дуҷум ва сеюми маъҷубӣ, ки натиҷаи БДР мебошанд, гирифта шудаанд. Набудани беморони гурӯҳи якум ва бартарӣ доштани гурӯҳи дуҷуми маъҷубии беморон (49) таъкид карда мешавад (ҷадвали 1).

Ҷадвали1.- Сохтори БДР вобаста аз гурӯҳи маъҷубӣ.

	Гурӯҳи II маъҷубӣ		Гурӯҳи III маъҷубӣ		Ҳамагӣ	
	n	%	n	%	N	%
<i>БИД: стенокардия шиддат</i>	16	24,2	3	4,6	19	28,8
<i>Бемории фишорбаландӣ</i>	15	22,7	8	12,1	23	34,8
<i>Нуқсонҳои модарзодии дил</i>	10	15,2	5	7,6	15	22,8
<i>Кардиосклерози постинфарктӣ</i>	8	12,1	1	1,5	9	13,6
Ҳамагӣ	49	74,2	17	25,8	66	100

Тавре ки аз ҷадвал дида мешавад, зиёда аз сеяки беморон(34,8%), ки дорои гурӯҳи 2 ё 3-и маъҷубӣ ҳастанд, гирифтори бемории фишорбаландӣ низ мебошанд, дар 28,8 %-и ҳолатҳо БИД муқаррар карда шуд: стенокардияи шадид. Он чиз диққатҷалбкунанда ҳаст, ки миқдори зиёди беморон (22,8%) бемории модарзодии дил доранд. Вобаста аз ин беморӣ, ҳомилагӣ дар модарони ин беморон ва ё дар замонаш баргараф кардани он муайян карда нашуд.

Ҷамъовариҳои анамнези ҳаёт, анкетаронӣ, муоинаҳои динамикӣ ва таҳқиқотҳои клиникӣ чунин омилҳои хатари пайдошавии бемориҳоро дар ин гурӯҳи беморон муайян карданд: камҳаракатӣ(31,8%), баъзан ҳамчун оқибати мавҷуд будани бемориҳои системаи таъҷув ҳаракат ё нуқсонҳои модарзодӣ, фарбеҳӣ (массаи барзиёди бадан дар 31,2% ҳолат дида мешавад), диабет қанд (24,2%), одатҳои маза (зоиқавӣ) (муҳтавои зиёди холестерини умумӣ ва холестерини липопротеидҳои зичиашон паст дар серуми хун - 15,2%), ҳамчунин сигоркашӣ(15,1 %).

Ҳодисаҳои ба ҳолати равонӣ таъсиркунандаи иҷтимоӣ (аз даст додани одамони наздик, маҷбуран аз кор озод шудан, ногубии тӯлонии иқтисодӣ ва молиявӣ, аз даст додани макони зист), тавре ки худ беморон эътироф кардаанд, триггерҳои баланд шудани фишори шарёӣ, пайдо шудани дардҳои гуногун дар дил, баланд шудани миқдори қанд дар хун ва ғайра ба ҳисоб мераванд. Аммо нисфи (46,4%) гурӯҳи таҳқиқшудаи беморон дорои 2 ё зиёда омили хатар буданд.

Омӯзиши хусусиятҳои биологии гурӯҳи таҳқиқшуда бартарӣ доштани беморони синну соли нафақаро ҳам дар байни мардҳо ва ҳам занҳо муайян кард (ҷадвали 2), гарчанде занҳо (30,4%), нисбат ба мардҳо камтар (33,4%) буданд. Аз рӯи синну сол гурӯҳбандӣ кардан бо назардошти ҷавонон, то 30 –сола, одамон таҳсил карда, соҳиби маълумот ва ё ягон ихтисос мешаванд, баъдан қобилияти кори одамон меояд, дар ҷумҳурии мо занҳо то 58, мардҳо то 63-солагӣ аст. Категориҳои сеюм- беморони синну соли нафақа.

Ҷадвали 2.- Хусусиятҳои ҷинсӣ синнусолии беморони маъҷуби БДР

	≤ 30 -сола		>30-сола ≤58 сола		≥ 59 сола –з,		Ҳамагӣ	
			>30 сола ≤63 сола		≥ 63 сола - м			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Занҳо , аз онҳо маъҷубон аз кӯдакӣ	6	9,0	10	15,2	20	30,4	36	54,6
	4	6,0	4	6,0	-	-	8	-
Мардҳо , аз онҳо маъҷубон аз кӯдакӣ	2	3,0	6	9,0	22	33,4	30	45,4
	2	3,0	-	-	-	-	2	3,0
Ҳамагӣ	8	12,0	16	24,2	42	63,8	66	100

Синну соли миёнаи беморони маъюб дар байни занҳо 54,5 сол буда, дар байни мардҳо каме баланд буд - 67,6. Дар маҷмӯъ во-баста аз синну соли тонафақавии беморон занҳо (54,6%) назар ба мардҳо (45,4%) бартарӣ доранд. Қайд кардан мумкин аст, ки миқдори беморони дорои маъюбӣ, ки дар синну соли кӯдакӣ муқаррар карда шудаанд, дар байни гурӯҳи занҳо (6%) назар ба мардҳо (3%) бештар аст.

Таҳқиқоти бемориҳои ҳамроҳшуда бо бемории асосӣ бартарии дучоршавии миқдори зиёдии бемории фишорбаландии ша-

рениро ҳангоми БИД муайян кард: стенокардия дар беморони дорои гурӯҳи 2-и маъюбӣ (19,7%), андак камтар дар беморони дорои гурӯҳи 3-и маъюбӣ (15,2%) дида мешуд. Баръакс, бемории фишорбаландии шарёниро стенокардияҳои синфҳои гуногуни функционалӣ ҳамроҳӣ мекарданд (18,2% ва 13,6% ҳолат мутаносибан дар гурӯҳҳои 2 ва 3-и маъюбӣ). Маҷбуран кам шудани фаъолияти ҷисмонӣ, ҳамчунин нигоҳ дошта шудани моеъҳо дар организм боиси зиёд шудани вазни беморони гурӯҳи 2-юм (16,7%) ва 3-юм (15,2%) мегардад.

Ҷадвали 3.- Нозологияи бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморон-маъюбони дорои бемориҳои дилу рағҳо.

№	Бемориҳои ҳамроҳшуда	Мардҳо гурӯҳи солим		Занҳо гурӯҳи солим		Ҳамагӣ			
		II (n)	III(n)	II(n)	III(n)	II(n, %)		III	
	БИД: стенокардия	7	6	5	3	12	18,2	9	13,6
	Бемории фишорбаландӣ	5	4	8	6	13	19,7	10	15,2
	Фарбеҳӣ	2	4	9	6	11	16,7	10	15,2
	Артрити ревматоидӣ	1	-	3	-	4	6,1	-	-
	Диабети қанд	3	2	6	3	9	13,6	5	7,6
	Х/панкреатити музмин	-	1	2	1	2	3,0	2	3,0
	Астмаи бронхиялӣ	2	-	3	2	5	7,6	2	3,0
	Пиелонефрити музмин	1	1	3	2	4	6,1	3	4,5
	Ҳамагӣ	21	18	39	23	60	90,9	41	62,1

Зиёда аз 20%-и БДР дар беморони маъюб бо диабет қанд ҳамроҳ мешаванд. Тақрибан бемории асосиро астмаи бронхиялӣ (мутаносибан 7,6% ва 3,0% ҳолат дар нафарони дорои гурӯҳҳои 2 ва 3-и маъюбӣ) ва пиелонефрити музмин (6,1% ҳолат дар гурӯҳи 2 ва 4,5% дар гурӯҳи 3-и маъюбӣ) баробар ҳамроҳӣ мекунад, маъюбони дорои диабет қанд бештар дар занҳо ба назар мерасанд. Вазнини ҳолати беморонро мавҷуд будани ду ё се бемории ҳамроҳшуда муайян мекунад.

Хулосаҳо. 1. Зиёда аз сеяки беморон(34,8%), ки дорои гурӯҳи 2 ё 3-и маъюбӣ ҳастанд, гирифтори бемории фишорбаландӣ низ мебошанд, дар 28,8 %-и ҳолатҳо БИД муқаррар карда шуд: стенокардияи шадид. Тақрибан нисфи (46,4%) гурӯҳи таҳқиқшудаи бе-

морон дорои 2 ё зиёда омили хатар буданд. Бартарӣ доштани беморони синну соли нафақа ҳам дар байни мардҳо ва ҳам занҳо, муайян карда шуд (мутаносибан 30,4% ва 33,4%). 2. Серомил будани омилҳои хатари пайдошавии БДР, дараҷаи баланди возеҳии онҳо, тарзи носолими ҳаёт, омилҳои иҷтимоӣ –иқтисодӣ ва иҷтимоӣ-психологӣ ба бад шудани саломатӣ ва маъюбшавӣ оварда мерасонанд. Муқаррар карда шудааст, ки беморони гурӯҳи якуми маъюбӣ дида намешавад ва беморони гурӯҳи дуюм бартарӣ доранд (74,2%).

3. Дар байни чорабиниҳои, ки барои паст кардани сатҳи БДР ва маъюбшавӣ аз ин беморӣ мусоидат мекунад, ҷоннок кардани қорҳои мутахассисони звенои якуми ҳифзи тандурустӣ оид ба муайян ва ислоҳ кардани онҳо тавсия карда мешавад.



Адабиёт

- [1] Школа для пациентов с факторами риска сердечнососудистых заболеваний. Методические рекомендации для специалистов СПб ГКУЗ «Городской центр медицинской профилактики». – СПб. - 2018 г. – 12 с.
- [2] Von Bibra H, Paulus W, St John Sutton M. Cardiometabolic Syndrome and Increased Risk of Heart Failure. *Curr Heart Fail Rep.* 2016; 13, 5: 219-29.
- [3] Королёва Е. Г. Психосоматические заболевания и сердечно-сосудистая патология /Е. Г. Королёва, М. П. Мазалькова, Е. Н. Мойсёнок // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2022. Т. 20, № 4. С. 444-450. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2022-20-4-444-450>
- [4] Заболевания сердечнососудистой системы (ССЗ): обзор, проявления, принципы лечения. – Электронные данные. Режим доступа; beaten.ru/zabolevaniya-serdechno-sosudistoi-sistemy-ssz-obzor-proyavleniya. Html – свободный (дата обращения 03.09.2023)
- [5] Бойцов С.А. и др. Кардиоваскулярная профилактика 2022. Российские национальные рекомендации/С. А. Бойцов и др.// Российский кардиологический журнал. 2023;28(5):5452.
- [6] Бубнова М.Г. Современные возможности изменения образа жизни и терапии статинами в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. *CardioСоматика.* 2017; 8 (3): 39–48.
- [7] Бойцов С.А. Структура факторов сердечно-сосудистого риска и качество мер их профилактики в первичном звене здравоохранения в России и в Европейских странах (по результатам исследования EURICA) - Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2012; 11(1). С. 11-16.

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К ИНВАЛИДИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ

Носирова М.П., Ёдгорова М.Ч., Иномзода Д.И., Мирзокалонова М.Ч.

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Аннотация. В настоящей работе авторы обратили внимание на актуальную тему настоящего времени - сердечно-сосудистую патологию, которая часто встречается в амбулаторной практике как среди пациентов пожилого возраста, так и у детей. Проведённое на базе городского центра исследование включало анализ структуры сердечно-сосудистых заболеваний, явившихся причиной инвалидности у пациентов старшего возраста. Проведён ретроспективный анализ амбулаторных карт, анкетирование пациентов. Представлены факторы риска сердечно-со-

судистой патологии у больных, половозрастная характеристика, сопутствующие заболевания. Установлено отсутствие больных с первой группой и превалирование пациентов со второй группой инвалидности. В общем количестве пациентов преобладают женщины 54,6%, по сравнению с мужчинами 45,4%, за счёт пациентов допенсионного возраста.

Ключевые слова: сердечно-сосудистая патология, инвалидность, больные старшего возраста, факторы риска, первичное звено, сопутствующие заболевания, половозрастная характеристика.

FEATURES OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY AT THE PRIMARY LEVEL OF HEALTH CARE, WHICH LED TO THE DISABILITY OF PATIENTS

Nosirova M.P., Yodgorova M.J., Inomzoda D.I., Mirzokalonova M.J.,
Department of Family Medicine, SEI «TSMU named after Abuali Ibn Sino»,

Annotation. In this paper, the authors drew attention to an urgent topic of the present time, cardiovascular pathology, which is often

found in outpatient practice, both among elderly patients and in children. The study conducted on the basis of the city center

included an analysis of the structure of cardiovascular diseases that caused disability in older patients. A retrospective analysis of outpatient records and patient questionnaires were carried out. Risk factors of cardiovascular pathology in patients, age and gender characteristics, concomitant diseases are presented. The absence of patients with the first group and the prevalence of patients with

the second group of disability were established. In the total number of patients, 54.6% of women predominate, compared with 45.4% of men, at the expense of patients before retirement age.

Keywords: cardiovascular pathology, disability, elderly patients, structure of diseases, risk factors, primary link, concomitant diseases, age and gender characteristics.

Носирова М.П. – н.и.т., дотсенти кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Тел. 907 97 72 02

Ёдгорова М.Ҷ. — н.и.т., дотсент, мудири кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Иномзода Д. И. - н.и.т., дотсент, мудири кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Мирзокалонова М. Ҷ. - н.и.т., дотсент, мудири кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

М.П. Носирова - доц. кафедры семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», к.м.н., доц., 907 97 72 02

М.Дж. Ёдгорова— зав.кафедрой семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», к.м.н., доц.

Д.И.Иномзода- доц. кафедры семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» к.м.н.

М.Дж. Мирзокалонова- доц. кафедры семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», к.м.н.

M.P. Nosirova- Associate Professor of the Department of Family Medicine, SEI «TSMU named after Abuali Ibn Sino», c.m.s., Associate Professor,

M.J. Yodgorova- Head of the Department of Family Medicine SEI «TSMU named after Abuali Ibn Sino», c.m.s., Associate Professor,

D.I.Inomzoda- Associate Professor of the Department of Family Medicine SEI «TSMU named after Abuali Ibn Sino», c.m.s.,

M.J.Mirzokalonova - Associate Professor of the Department of Family Medicine SEI «TSMU named after Abuali Ibn Sino», c.m.s.



ТРАВМАТОЛОГИЯ

НАТИЧАҲОИ ОСТЕОСИНТЕЗИ ИНТРАМЕДУЛЛЯРИИ ШИКАСТАГИҲОИ ВЕРТЕЛӢ

Сафаров Д.М., Амони М.М.

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии
ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Мубрамият. Шикастагии дӯнгии устухони рон (вертелӣ, trochanteric fractura - шикастагии трохантерӣ) бештар дар одамони пиронсол ба назар мерасад. Дар ин гурӯҳ беморон дар 90%-и ҳолатҳо шикастагиҳо дар натиҷаи афтидан рух медиҳанд [1,7]. Мувофиқи баҳодиҳӣ, шикастагиҳои дӯнгии устухони рон ҳамаҷуз дар зиёда аз 24%-и бемори мубтало ба шикастагии рон ба мушоҳида мерасанд, дар ин маврид дар бораи аз 15% то 30%-и фавт маълумот дода шудааст [3,9].

Остеосинтези интрамедуллярӣ шикастагиҳои дӯнгии устухони рон тадбири ниҳии мувоҳида барои ноилшавӣ ба натиҷаҳои матлуб мебошад [2, 6,11]. Бартарии асосии ин амал расидани осеби камтар ба бофтаҳо ва натиҷаҳои беҳтари ҷарроҳӣ дар қиёс бо усулҳои дигар аст. Милаҳо (стерженҳо)-и насли сеюм дар назария нисбат ба сохторҳои кортикалии латералӣ бештар сарбориро бо қишри медиалии гарданаки устухони рон тақсим мекунанд. Аз сабаби ҷойгиршавии медиалии милаи интрамедуллярӣ назар ба лавҳи паҳлӯии винти компрессионии косу ронӣ моменти ҳамкунанда дар ҷойи пайваست шудани меҳу винт назар ба ҷойи пайвастшавии лавҳу винт пасттар аст [4, 8].

Бартариҳои дигари эҳтимолии устуворкунии интрамедуллярӣ дастрасии кам дар давраи пасачарроҳӣ ва муддати кӯтоҳтари амалиёти ҷарроҳӣ мебошад. Ҳамчунин аз сабаби камтар кӯтоҳ шудани андом, маҳсусан дар ҳолати шикастагии ноустувор ва резадори устухони андом, винти интрамедуллярӣ косу ронӣ феълан усули алтернативӣ аст. Дардро дар қисми миёнаи рон метавон қисман бо ёрии винтҳои блоккунанда танҳо ҳангоми шикастагиҳои резадор ва бартараф кардани ротатсия бартараф кард [5, 10,12].

Дар робита ба ин ҷорӣ кардани остеосинтези интрамедуллярӣ барои табобати шикастагиҳои дӯнгии сараки устухони рон дар амалияи Тоҷикистон самти замонавӣ ва ояндадори таҳқиқоти илмӣ мебошад.

Мақсади кор. Таҳлил кардани табобати ҷарроҳии шикастагиҳои вертелӣ бо усули остеосинтези интрамедуллярӣ бо милаҳои насли нав.

Мавод ва усули таҳқиқот. Таҳқиқоти мазкур ба натиҷаҳои табобати 69 бемор бо шикастагиҳои вертелии рон ва шикастагиҳои базалии гарданаки рон асос меёбад, ки дар давраи байни солҳои 2012-2023 дар клиникаи мо табобат гирифтанд. Ба беморони мазкур остеосинтез бо милаи интрамедуллярӣ насли сеюм иҷро карда шуд. Намудҳои муносири меҳҳои интрамедуллярӣ ба кор бурда шуданд: гамма 3; Targon-PF 6; PFN A и ChM.

Ба гурӯҳи муқоисавӣ 60 бемор дохил шуданд, ки ба гурӯҳи асосӣ ба таври рандомӣ мувофиқ буданд. Аз онҳо 20 бемор бо роҳи кашиши скелет, 20 бемор тариқи остеосинтез бо сихҳо, 20 бемор тариқи остеосинтез бо винтҳои гуногун табобат гирифтанд.

Шикастагиҳои проксималии устухони рон дар беморони мо мувофиқи таснифи АО/ASIF аз рӯи ҷойгиршавӣ ба навъҳои A1, A2, A3 и B3 мансуб буданд. Ҳар кадоми онҳо аз рӯи дараҷаи вазнинӣ ба се зергурӯҳ тақсим карда шуд. Ба гурӯҳи B3 шикастагиҳои базисервикалӣ дохил шуданд. Беморон бо шикастагиҳои A1-1, A1-2, A1-3 и A2-1 ба шикастагиҳои устувор нисбат дода мешуданд. Миқдори умумии шикастагиҳои устувор дар ҳарду гурӯҳ 30 (27) адад буд. Шикастагиҳои ноустувор ба гурӯҳҳои A2-2, A2-3 ва ҳамаи шикастагиҳои субтрохантери A3 (поёнтар аз дӯнгӣ) дохил шуданд, онҳо 36 (31)-то буданд.

Ба ҳамаи беморон рентгенографияи фарогир дар ду проексия ва таҳқиқи ТК гузаронда шуд. Арзёбии натиҷаҳои табобати беморон бо шикастагиҳои трохантерӣ мувофиқи усули СОИ-1 анҷом дода шуд [Миронов С.П. с соавт., 2008], ки 16 параметр дорад. Арзёбии сифати ҳаёти беморон бо саволномаи Освестри иҷро гардид. Арзёбии функционалӣ бо роҳи таҳлили ҷадвали Харрис, пешрафт дар роҳравӣ ва эволютсияи шкалаи дард гузаронда шуд.

Натиҷаҳо. Барои остеосинтези шикастагиҳои трохантерӣ мо аз намудҳои муосири меҳҳои интрамедуллярӣ истифода кардем: гамма 3 – дар 12; Targon-PF – дар 6; PFN A – дар 7 ва ChM – дар 44 бемор. Усул ва техникаи истифодаи ин намудҳо аз якдигар фарқ намекарданд. Дар ҳама ҳолатҳо сӯрох

кардани канали мағзиустухонӣ иҷро карда шуд.

Муоинаи назоратии беморон пас аз остеосинтези интрамедуллярӣ бо шикастагиҳои устувор дар натиҷаи гузарондани пурсиш (бо саволномаи Освестри) баъди 2 моҳи ҷарроҳӣ бузургии миёнаи ODI-ро дар ҳудуди $44,7 \pm 0,6$ балл, баъди 6 моҳ $45,7 \pm 1,1$ балл ва баъди 12 моҳ $48,4 \pm 1,8$ балл муайян намуд (ҷадв.1). Дар гурӯҳи назоратӣ ин нишондиҳандаҳо мутаносибан $23,4 \pm 0,6$ балл, $25,7 \pm 0,7$ балл ва $32,4 \pm 1,2$ -баллро ташкил доданд. Фисади барқароршавӣ ба ҳисоби миёна дар СОИ-1 бо гузашти 2, 6 ва 12 моҳ мутаносибан $81,7 \pm 0,9$, $85,0 \pm 1,6$ ва $90,6 \pm 4,9$ -ро ташкил дод. Дар гурӯҳи муқоисавӣ мутаносибан ба $41,7 \pm 0,9$, $45,0 \pm 1,6$ ва $49,6 \pm 1$ баробар буд.

Ҷадвали 1. Натиҷаҳои остеосинтези интрамедуллярӣ шикастагиҳои устувори вертелӣ

Давраи мушоҳида	Шикастагиҳои устувор (n= 33)		
	ODI, баллҳо	СОИ-1, %	P
2 моҳ пас аз ҷарроҳӣ	$44,7 \pm 0,6$	$81,7 \pm 0,9$	$<0,05$
6 моҳ пас аз ҷарроҳӣ	$45,7 \pm 1,1$	$85,0 \pm 1,6$	$<0,05$
12 моҳ пас аз ҷарроҳӣ	$48,4 \pm 1,8$	$90,6 \pm 4,9$	$<0,05$

Натиҷаҳои функционалӣ ва клиникӣ-рентгенологии муолиҷаи ҷарроҳии беморон бо шикастагиҳои устувор аз рӯйи ҳамаи нишондиҳандаҳои ODI ва СОИ-1 дар давраи мушоҳида хуб буданд. Лозим ба тавачҷуҳ аст, ки устуворшавии раванди барқарорсозии анатомӣ-функционалии андоми осебдида дар беморони ин гурӯҳ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ баъди 6 моҳ фаро мерасад.

Шикастагиҳои ноустувор дар 36 бемор дар гурӯҳи асосӣ ва дар 33 бемор дар гурӯҳи назоратӣ ҷой доштанд. Шикастагиҳои 31-A2.2 дар 6(5) нафар, 31-A2.3 дар 9(8) ҷой доштанд. Шикастагиҳои субтрохантери 31-A3 дар 21(19) бемор, аз ҷумла шикастагиҳои 31-A3.1 дар 6(5), 31-A3.2 дар 5(5) ва 31-A3.3 дар 10(9) беморон мушоҳида шуданд. Ҳангоми таҳқиқоти мо хобиши идеалии устухон ҳолате доништа мешуд, ки кунҷи гарданаки диафизӣ дар рентгенограмма дар ҳамворӣ (буриш)-и пешу пасӣ аз 130° то 135° бошад. Агар кунҷ хурдтар бошад, пас ҳамчун ҳолати редуксияи варусӣ ва агар калонтар бошад, чун ҳолати ҷошавии вал-

гусӣ баррасӣ мешуд. Ҷойгиркунии имплантат бо истифода аз индекси нӯг-апекс арзёбӣ мегардид.

Муоинаи назоратии беморон пас аз остеосинтези дохилимедулярӣ шикастаҳои ноустувор дар натиҷаи пурсиш (пурсишномаи Освестри), ки 2 моҳ пас аз ҷарроҳӣ анҷом дода шуд, арзиши миёнаи ODI -ро $41,7 \pm 0,7$ балл, пас аз 6 моҳ $44,7 \pm 1,3$ балл ва пас аз 12 моҳ $46,4 \pm 1,4$ балл муайян кард (ҷадвали 2). Дар гурӯҳи муқоисавӣ ин нишондодҳо мутаносибан $21,4 \pm 0,4$ балл, $23,7 \pm 0,8$ ва $29,4 \pm 1,2$ баллро ташкил доданд. Фоизи миёнаи барқароршавӣ тибқи СОИ-1 пас аз 2, 6 ва 12 моҳ мутаносибан $74,7 \pm 0,9$, $81,0 \pm 1,6$ ва $84,9 \pm 4,9$ -ро ташкил дод. Дар гурӯҳи муқоисавӣ натиҷа мутаносибан $36,7 \pm 0,8$, $41,0 \pm 1,4$ ва $41,6 \pm 1,5$ буд.

Ҳангоми муқоисаи натиҷаҳои остеосинтези интрамедулярӣ шикастагиҳои устувор ва ноустувор дар асоси саволномаҳои ODI ва SOI-1 мо фарқияти назаррасро мушоҳида накардем.

Шумораи оризаҳо дар гурӯҳи муқоисавӣ



Чадвали 2. Натиҷаҳои остеосинтези интрамедуллярӣ шикастагиҳои трохантериини ноустувор

Вақти мушоҳида	Шикастагиҳои ноустувор (n= 36)		
	ОДИ, баллҳо	СОИ-1, %	P
2 моҳ пас аз ҷарроҳӣ	41,7±0,7	74,7±0,9	<0,05
6 моҳ пас аз ҷарроҳӣ	44,7±1,3	81,0±1,6	<0,05
12 моҳ пас аз ҷарроҳӣ	46,4±1,4	84,9±4,9	<0,05

24-то (58,5%) буд, дар ҳоле дар гурӯҳи асосӣ оризаҳо 4-то (5,7%) буданд. Сабаб ин аст, ки дар гурӯҳи асосии беморон оризаҳои махсус ва ғайримахсус, аз қабилӣ пайвастшавӣ, остеомияелит ва контрактура ба назар нарасиданд.

Ҷойгиркунии имплантат дар ҳама ҳолатҳои мо ба принципі ҷорикардаи Baumgaertner et al мувофиқ буд, ки аз рӯйи он масофаи байни нӯги винти лағжанда ва маркази сараки устухони рон набояд аз 25 мм зиёд бошад (индекси нӯг-апекс <25 мм), ки ин хавфи буриданро коҳиш медиҳад. Дар таҳқиқот мо ошкор кардем, ки нишондиҳандаи миёнаи нӯг-апекс 22,8 (тафовути стандартӣ 8,3) буд. 48 бемор (69,5%) индекси = 25 мм ва 21 бемор (30,4%) индекси > 25 мм, вале на бештар аз 32 мм доштанд. Аз ин рӯ, мо ҳодисаҳои бурида гирифтани надостем.

Арзёбии функционалӣ тавассути таҳлили чадвал (шкала)-и Харрис, пешрафти роҳравӣ ва эволютсияи шкалаи дард анҷом дода шуд. Арзёбии дард бо мурури замон коҳиш ёфта, пас аз се моҳи ҷарроҳӣ хеле сабук ва ночиз шуд. Дард бо сатҳи дард пеш аз шикастан ё дараҷаи дарде муқоиса карда мешуд, ки дар баъзе беморон аз сабаби остеоартрит ва остеопороз вучуд дошт. 11 бемор (15,9%) ягон дард надостанд, 38 бемор (55,0%) дарди дафъавӣ ва нисбат ба сатҳи дарди пеш аз шикастан сабук ва 20 бемор (28,9%) дарди сабуки ба фаъолияти ҳаррӯза бетаъсир доштанд. Он асосан дар қисми миёнаи рон ба қайд мерасид. Дар гурӯҳи муқоисавӣ синдроми дард дар 37 бемор (61,7%) пас аз 6 моҳ ва дар 19 бемор (31,7%) пас аз 12 моҳ мушоҳида шуд.

Дар 44 бемор (63,7%) баъд аз шаш, дувоздаҳ моҳ лангии аён мушоҳида нашуд, дар ҳоле ки дар 15 бемор (21,7%) лангии сабуке дида мешуд, ки пеш аз шикастан ҷой надост, вале он ба фаъолияти ҳаррӯза онҳо

таъсир намерасонд. Инчунин, дар 10 бемор (14,5%) дар муқоиса бо ҳолати пеш аз шикастан лангии миёна мавҷуд буд. Дар гурӯҳи муқоисавӣ дар 29 бемор (48,3%) пас аз 6 моҳ ва дар 19 бемор (31,7 %) пас аз 12 моҳ лангии аён мушоҳида гардид.

Дар 44 бемор (63,7%) баъд аз шаш, дувоздаҳ моҳ лангии аён мушоҳида нашуд, дар ҳоле ки дар 15 бемор (21,7%) лангии сабуке дида мешуд, ки пеш аз шикастан ҷой надост, вале он ба фаъолияти ҳаррӯза онҳо таъсир намерасонд. Инчунин, дар 10 бемор (14,5%) дар муқоиса бо ҳолати пеш аз шикастан лангии миёна мавҷуд буд. Дар гурӯҳи муқоисавӣ дар 29 бемор (48,3%) пас аз 6 моҳ ва дар 19 бемор (31,7 %) пас аз 12 моҳ лангии аён мушоҳида шуд.

Ҳангоми роҳ рафтани ба масофаҳои дур 35 бемор (50,7%) аз воситаи тақия истифода мекард, дар ҳоле ки 21 бемор (30,4%) ҳангоми роҳравӣ ба масофаҳои кӯтоҳ аз онҳо истифода мекард. 13 бемор (18,8%) аз воситаҳои тақия (ВТ) истифода намекард. Дар гурӯҳи муқоисавӣ пас аз 12 моҳ ҳама беморон ҳангоми роҳ рафтани аз ВТ истифода мекарданд.

Дар 21 бемор (30,5%) масофаи пиёда тайкарда тағйир наёфт ва дар 48 бемори дигар (69,5%) каме коҳиш ёфт ва онҳо хабар доданд, ки он дар муқоиса бо масофае, ки онҳо то шикастан тай мекарданд, кам шудааст. Як бемор қобили ҳаракат набуд. Дар гурӯҳи муқоисавӣ ҳамаи беморон дар раҳгардӣ ба маҳдудиятҳо дучор буданд ва 12 бемор наметавонист ҳаракат кунад.

Тариқи зинаҳо бо қабидани дастаҳо 49 бемор (70%) муътадил баромада метавонист, ки ин барояшон такрори қобилияти пеш аз шикастан буд, дар ҳоле ки 20 бемор (28,9%) бе қабидани дастаҳо метавонистанд тариқи зинаҳо муътадил ба боло ҳаракат кунанд.

Дар мавриди 53 бемор (76,8%) ошкор гардид, ки онҳо метавонанд дар курсии одӣ бароҳат нишинанд ва танҳо ба 6 бемор (8,7%) барои нишастан курсии баландтар даркор буд.

Бо пойафзол гаштан барои 48 бемор (69,5%) осон буд, дар ҳоле 19 бемор (27,5%) хабар дод, ки бо пойафзол гаштан дар муқоиса бо ҳолати пеш аз шикастан мушкилӣ меорад. Бо пойафзол гаштан барои 48 бемор (69,5%) осон буд, дар ҳоле 19 бемор (27,5%) хабар дод, ки ин ҳолат барояшон дар муқоиса бо ҳолати пеш аз шикастан мушкилӣ меорад, 2 бемори дигар бо пойафзол гаштан наметавонистанд.

Ростшавӣ бо деформатсия ва мавҷуд набудани номувофиқати дарозии пойҳо дар 58 нафар (84%) дида мешуд, дар ҳоле ки 9 нафар (13%) шикоят аз нобаробарии тақрибан 1,5-сантиметраи дарозии пойҳо доштанд, ки он ба воситаи тағйир додани шакли пойафзол бартараф карда шуд. Дар 2 бемор (2,9%) деформатсияи сабуки хамкунӣ (қаткунӣ) ошкор карда шуд.

Дар гурӯҳи муқоисавӣ ҳеҷ як бемор пас аз ҷарроҳӣ наметавонист тариқи зинаҳо барояд ва дар курсии одӣ шинад, ба осонӣ бо пойафзол гардад. Деформатсияи хаму росткунӣ ва ҷой надоштани номувофиқати дарозии пойҳо дар 38 бемор (63,3%) мушоҳида гардид.

Диапазони ҳаракат. Ҳаҷми ҳаракатҳо (ҷамъи дараҷаҳои ҳамуростшавӣ, росткунӣ, хамкунӣ, ротатсияи беруна ва даруна) дар 12 бемор (17,4%) коҳиш наёфта, дар доираи ҳудуд буд (211-300°), ҳамзамон дар 48 бемор (69,5%) андак коҳиш ёфт ба назар расид (дар ҳудуди 161-210° буд) ва дар 9 бемор (13%) он то 100-160° коҳиш ёфт. Дар гурӯҳи муқоисавӣ дар ҳамаи беморон як сол пас аз ҷарроҳӣ ҳаҷми ҳаракот дар ҳудуди 100-180° коҳиш ёфт.

Ҳангоми муоинаи такрорӣ як сол пас аз ҷарроҳӣ арзёбии ниҳоии функционалӣ бо истифода аз ҷадвали Харрис анҷом дода шуд. Он нишон дод, ки баҳои миёна 89,2 – ро бо тафовути стандартии 9,3 ташкил медиҳад. Дар 66,5% беморон натиҷа аъло, дар 19% хуб, дар 28% қобили қабул ва дар 14,5% бад буд. Ба нишондиҳандаи Harris таснифи шикастагиҳо мувофиқи системаи АО/ASIF таъсир надошт. Дар гурӯҳи муқоисавӣ балли миёна 69,2 буд. Дар 8,3% пациеннатиҷаи ҳосилшуда аъло, дар 19,2% хуб, дар 28% қобили қабул ва дар 44,5% бад буд.

Арзёбии пешрафт дар роҳравӣ ошкор кард, ки сифати роҳравӣ тадриҷан дар давоми давраи арзёбӣ беҳтар мешуд. Сарфи назар аз тавсияи тадриҷан барвақттар, бо мурури таҳаммулкунӣ, ба роҳгардӣ шуруъ кардан, 15 бемор (21,7,6%) ба роҳгардии фаъолона дар давоми ҳафтаи аввал машғул намешуданд, танҳо сарбориро ба андом мегузаронданд.

Ба ин тариқ, ҳангоми остеосинтези интрамедуллярӣ шикастагиҳои устувор ва ноустувори трохантерӣ натиҷаҳои функционалӣ ва ғайрифункционалӣ начандон фарқ мекунанд. Остеосинтези интрамедуллярӣ усули бозътимоди устуворкунии ҳамаи шикастагиҳои трохантерӣ ва субтрохантерӣ мебошад. Дар ҳамаи ҳолатҳо устуворкунии раванд ва барқарорсозии анатомӣ-функционалии андоми осебдида ба ҳисоби миёна 6 моҳ пас аз ҷарроҳӣ ба қайд мерасид. Ду бемори гурӯҳи асосӣ бо гузашти 8 ва 10 моҳ пас аз ҷарроҳӣ аз бемориҳои соматикӣ фавтиданд. Аммо натиҷаҳои пайвастшавии устухонҳоро дар ҳолати онҳо мо хуб арзёбӣ мекардем, аз ин сабаб онҳо аз мушоҳида хориҷ карда нашуданд.

Адабиёт

1. Антониади Ю.В. Хирургическое лечение пострадавших с околосуставными переломами проксимального отдела бедренной кости (обзор литературы) [Текст] / Ю.В. Антониади // Уральский медицинский журнал. – 2018. – № 1. – С. 64-68.
2. Биомеханическое обоснование остеосинтеза вертельного перелома бедренной кости / Альходжаев С.С. [и др.] // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2020. – № 1. – С. 280-285.
3. Отдаленные последствия травмы и оперативного вмешательства при переломах проксимального отдела бедренной кости / М.В. Македонская, Д.П. Семикин, С.А. Мордовин,



- А.Н. Петрухин // Медицина и физическая культура: наука и практика. 2020;2(8):14- 9. DOI 10.20310/2658-7688-2020-2-4(8)-14-19.
4. Серяпина Ю.В. Заболеваемость переломами проксимального отдела бедренной кости пациентов в возрасте 60 лет и старше в Российской Федерации / Ю.В. Серяпина, Д.В. Федяев, Н.З. Мусина // Медицинские технологии. Оценка и выбор. — 2020. — Т. 40. — №. 2. — С. 59–66.
 5. Солодкий Х.Ч. Сравнительная эффективность вариантов хирургического лечения перелома проксимального отдела бедра / Х.Ч. Солодкий, И.Ф. Ахтямов, С.А. Ардашев // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. – 2022. – №. 5 (59). – С. 21-27.
 6. Ямщиков О.Н. Современный взгляд на лечение чрезвертельных переломов / О.Н. Ямщиков, С.А. Емельянов //Современные проблемы науки и образования. – 2020. – №. 4. – С. 162-162.
 7. A comparative prospective study of osteosynthesis in intertrochanteric fractures, using dynamic hip screw (DHS) and proximal femoral nailing (PFN) / Kamboj P. [et al.] // Int J Orthop Sci. – 2019. – Т. 5. – №. 2. – С. 954-960.
 8. Biomechanical comparison of screw vs. cerclagerefixation in orthogeriatric lesser trochanteric fractures: a cadaveric study / C. Linhart [et al.] // European Journal of Trauma and Emergency Surgery. – 2022. – С. 1-8.
 9. Does Early Surgical Fixation of Proximal Femoral Fractures in Elderly Patients Affect Mortality Rates? / I.P. Pinto [et al.] // Rev Bras Ortop (Sao Paulo). –2019. – Vol. 54, №4. – P. 392 – 395.
 10. In-Hospital Mortality following Proximal Femur Fractures in Elderly Population / G.G. Ram [et al.] // Surg J (N Y) –2019. –Vol.16, №3(2).–P. 53 –56.
 11. Khamraev B.U. Our experience of treatment of femor fractures by the method of intramedullar locking osteosynthesis / B.U. Khamraev, A.S. Sh //Asian journal of Pharmaceutical and biological research. – 2021. – Т. 10. – №. 2.
 12. Modified Candy-Package technique vsCerclage technique for refixation of the lesser trochanteric fragment in pertrochanteric femoral fractures. A biomechanical comparison of 10 specimens / C. Schopper [et al.] // Injury. – 2020. – Т. 51. – №. 8. – С. 1763-1768.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ

Сафаров Д.М., Амони М.М.

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии
ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Резюме. Вертельные и подвертельные переломы бедренной кости в 90% случаев встречаются у лиц пожилого и старческого возраста. Эти пациенты имеют сопутствующую патологию и с этим связана высокая смертность после операции. Хирургическое лечение вертельных переломов постоянно совершенствуется. В настоящее время повсеместно используется интрамедуллярный остеосинтез стержнями последнего поколения. В работе приводится анализ лечения 69 пациентов с вертельными переломами, которым было выполнен интрамедуллярный остеосинтез. Пациен-

ты были подразделены по классификации АО/ASIF. Была проведена комплексная оценка результатов лечения по методике СОИ-1, опроснику Освестри и анализа шкалы Харриса. Сравнительный анализ результатов лечения основной группы по отношению с группой сравнения показал хорошие и приемлемые результаты, превосходящие в три раза. Интрамедуллярный остеосинтез вертельных переломов является современным методом лечения и его необходимо широко внедрять в клиническую практику Таджикистана.

Ключевые слова:



RESULTS OF INTRAMEDULLARY OSTEOSYNTHESIS OF TROCHANTERIC FRACTURES

Safarov D. M., Amoni M. M.

Department of Traumatology, Orthopedics and Military Field Surgery, Abuali ibni Sino TSMU

Resume. Trochanteric and subtrochanteric fractures of the femur occur in 90% of cases in the elderly and senile. These patients have a concomitant pathology and this is associated with a high mortality rate after surgery. Surgical treatment of trochanteric fractures is constantly being improved. Currently, intramedullary osteosynthesis with the latest generation rods is widely used. The paper analyzes the treatment of 69 patients with trochanteric fractures who underwent intramedullary osteosynthesis. Patients were subdivided

according to the AO/ASIF classification. A comprehensive assessment of treatment outcomes was performed using the SOI-1 method, the Oswestry questionnaire, and Harris Scale analysis. A comparative analysis of the treatment results of the main group in relation to the comparison group showed good and acceptable results, exceeding three times. Intramedullary osteosynthesis of trochanteric fractures is a modern treatment method and it should be widely implemented in the clinical practice of Tajikistan.



ФАРМАКОЛОГИЯ

ОМУЗИШИ ФАРМАКОЛОГИИ МАВОДИ РАСТАНИГИИ “ГЕПАТРИЛ”

Азонов Ч.А. Ганиев Н.Х.

Маркази инноватсионӣ биология ва тибби АМИТ, Озмоишгоҳи марказии илмӣ-тадқиқотии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино”

Мухмийат. Барои дар амал чорӣ намурадани маводҳои нави доругӣ гузаронидани таҳқиқотҳои токсикологӣ токлиникӣ барои муайян кардани таъсири бехатарии токсикӣ ва фармакологӣ ба бадани ҳайвоноти озмоишӣ ҳатмист [1]. Ҳамин тариқ, тавасути гузаронидани тадқиқоти токсикологӣ доруҳо дар моделҳои гуногуни таҷрибавии ҳайвонот, на танҳо дар марҳилаи таҳқиқоти пеш аз клиникӣ, балки ҳангоми истифодаи доруҳо дар амалияи клиникӣ низ метавонад ба таври назаррас заҳролудшавии онҳоро кам кунанд ва таҳаммулпазириро беҳтар мекунад.

То имрӯз барномаи ҳатмӣ таҳқиқоти токлиникӣ дар ҳайвонот арзёбии хосиятҳои аллергени доруҳои навро дар лаборатория дар бар мегирад [1,5].

Масъалаҳои омӯзиши токсикологӣ доруҳои дар боло баррасишуда, чун қоида, ба омӯзиши монопрепаратҳо ё шаклҳои истифодабарии онҳо марбутанд. Бо вучуди ин, бояд қайд кард, ки дар амалияи тиббӣ, қабули танҳо як маводи доругӣ бениҳоят кам аст. Чун қоида, ба бемор дар як вақт чанд дору таъйин карда мешавад. Чунин маҷмуаҳои маводи доругӣ одатан дар асоси самаранокии фармакологӣ бидуни ба назар гирифтани таъсири заҳроноки онҳо интиҳоб карда мешаванд [6, 7, 8, 9].

Маводҳо ва услҳои таҳқиқот. Таҷрибаҳои амалӣ дар 49 калламуши зоти сафеди вазнашон 220-240 г ва 42 муши сафед бо вазни 18-23 г дар заминаи Озмоишгоҳи марказии илмӣ-тадқиқотии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» гузаронида шуданд. Ҳайвоноти таҷрибавӣ дар вивариум дар речаи сабуки 12-соата бо дастрасии озод ба об ва ғизои стандартӣ нигоҳ дошта мешуданд (ГОСТ Р 9.804-2006 ва RD-APK 3.10.07.0.2-09).

Арзёбии заҳролудшавии шадиди LD_{50} аз маводи «Гепатрил» бо усули “Кербер” гузаронида шуд [3]. Муайянсозии таъсири аллергенӣ ва ангежавии маводи «Гепатрил»-ро мустақилона мушоҳида намудем [2]. Омӯзиши ҳаббӣ этаминалии маводи “Гепатрил” бо истифодаи усули Гасура муайян карда шуд [4].

Натиҷаҳои бадастомада. Барои ба таври эътимодбахш арзёбӣ кардани бехатарии истифодаи маводи «Гепатрил» муайян кардани заҳронокии “шадид” мувофиқи усули Кербер бо назардошти тавсияҳои Кумитаи фармакологӣ оид ба омӯзиши таъсири умумии заҳрии воситаҳои фармакологӣ таҷрибаҳо гузаронида шуд, ки натиҷааш дар ҷадвали 1 нишон дода шудааст.

Ҷадвали 1. Дарёфти заҳронокии шадиди “Гепатрил” бо усули “Кербер”

Заҳронокии шадид	LD_0	LD_{16}	LD_{32}	LD_{50}	LD_{66}	LD_{84}	LD_{100}
Вояҳо, мг/мк	300	400	500	550	600	650	700
Зинда монд	6	5	4	3	2	1	0
фавтиш	0	1	2	3	4	5	6
z	0,5 1,5 2,5 3,5 4,5 5,5						
d	100 100 50 50 50 50						
zd	50 150 125 175 225 275						

Аз натиҷаи омӯзиши заҳронокии шадиди “Гепатрил” бо усули Кербер муайн карда шуд, ки меёри безарар будани заҳронокии шадиди

“Гепатрил” LD_0 300мл/кг буда, меёри фавти 50% 550мл/кг ва меёри фавти пурраи мушҳо LD_{100} дар 700мл/кг мушоҳида мешавад.

Бо мақсади омӯзиши таъсири ангезандаи маҳлулҳои 10%, 20%, 40%-и “Гепатрил” таҷриба дар 24 сар калламуши сафед бо вазни 200-220 г гузаронида шуд. Маводи “Гепатрил”-ро давоми 30 шабонарӯз бо миқдори 0,5-0,7 мл/кг 1-2-қатрагӣ ба ҷойҳои

муайяни бадан: конъюнктивҳои чашм, пардаи луобии бинӣ, милки дандонҳо ва минтақаҳои бемӯйӣ пӯст чаконида истифода намудем. Натиҷаҳои бадастомада дар ҷадвалҳои 2 ва 3 оварда шудаанд.

Ҷадвали 2. Мушоҳидаи визуалии таъсири ангезишовари маводи «Гепатрил» ба пӯст

Гурӯҳи хайвонот бо истифодаи:	Ранги пӯст	Тургор	Гиперемия	Варамнокӣ	Харошаҳо	Сағлесҳо	Эритемаҳо	Обилаҳо
			Пӯсти бадан					
гепатрили 10%	маъмулӣ	-	нест	нест	нест	нест	нест	пайдо нашуд
гепатрили 20%	маъмулӣ	-	нест	нест	нест	нест	нест	пайдо нашуд
гепатрили 40 %	маъмулӣ	-	нест	нест	нест	нест	нест	пайдо нашуд.

Тавре ки аз маълумоти дар ҷадвали 2 овардашуда дида мешавад, ба пӯст молида ни моддаҳои санҷишӣ дар ҳудуди 10-40%-и маҳлули “Гепатрил” дар давоми 30 шабонарӯз ягон тағйироти амрозиеро ба вучуд наовардааст. Ҳарорати пӯст дар ҳама ҳолатҳо ба ҳарорати пӯсти ҳайвоноти солим мувофиқат дошт. Шахшулшавӣ, пӯстхезӣ,

кафидан ва дигар нишонаҳои ангезиш мушоҳида нашуд.

Маводи “Гепатрил”-ро ҳангоми давоми 30 шабонарӯз бо меъёри 1-2 қатра ба конъюнктивҳои чашм, луобпардаи бинӣ, милки дандон чаконида, таъсирашро мустақилона мушоҳида намудем. Натиҷаҳои бадастоварда дар ҷадвали 3 ифода шудаанд.

Ҷадвали 3. Таъсири баангезишовари “Гепатрил” ба гаҳвараки чашм, пардаи луобии бинӣ ва милки дандонҳо

Гурӯҳи ҳайвонот бо истифодаи	Ҳолати мардумакӣ чашм	Гиперемияи конъюнктивҳо	Ҳолат	Вазн артой	Обравии чашм	Ихроҷи фасодӣ	Птоз	Пардаи луобии бинӣ	Милки дандонҳо
гепатрили 10%	Бетағйир	нест	маъмулӣ	Рӯй надод	нест	нест	нест	нест	нест
гепатрили 20%	Бетағйир	нест	маъмулӣ	Рӯй надод	нест	нест	нест	нест	нест
гепатрили 40 %	Бетағйир.	нест	маъмулӣ	Рӯй надод	нест	Каме тарашшӯхот	нест	нест	нест

Чуноне ки аз ҷадвали 3 бармеояд, ба гаҳвараки чашми калламушҳои сафед дар давоми 1 моҳ чаконидани моддаҳои санҷишӣ ягон таъсири ангезавие зоҳир намекунад. Ҳолати мардумакӣ чашм дар ҳайвоноти таҷрибавӣ ва солим дар ҳама ҳолатҳо яхела буд.

Воридкунии “Гепатрил” ба холигии бинӣ ангезиши он - атса задан, омос, тарашшӯхоти луобӣ ва фасодиро ба вучуд наовард. Ин натиҷаҳо нишон медиҳанд, ки маводи “Гепатрил” таъсири ангезавӣ надорад.

Таҳқиқотҳои гистологӣ тасдиқ намуданд, ки воридкунии “Гепатрил” дар вояи

0,5-0,7 мл/кг вазни бадан ҳама рӯза дар давоми 30 шабонарӯз ба дохили меъда ба пардаи луобии рӯдаю меъда таъсири ангезавӣ зоҳир накард.

Ҳамин тариқ, натиҷаи таҳқиқотҳои мо ба таври боварибахш нишон доданд, ки “Гепатрил” таъсири ангезаовари назаррас надорад.

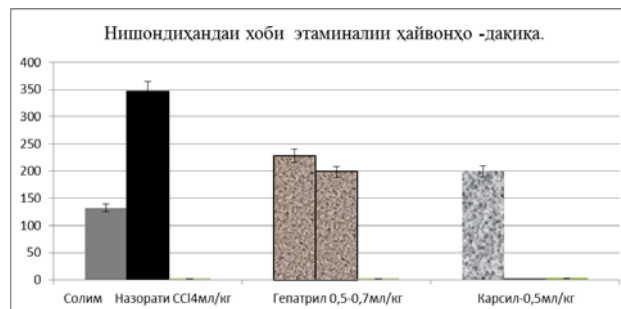
Омӯзиши ҳоби этаминалии маводи “Гепатрил”: Давомнокии ҳоби ҳайвонҳои таҷрибавӣ ба ҳисоби дақиқаҳо сабт карда шуд. Давомнокии хоҳро аз лаҳзаи оғози ба паҳлӯ ғалтидани ҳайвонҳо қайд намуда, охи-

ри хоб лаҳзаи барқароршавии рефлексии ростшавӣ баъди тобхӯрӣ ҳисобида мешуд. Натиҷаҳои бадастомада дар расми 1 оварда шудаанд.

Камшавии давомнокии хоби этаминалӣ дар заминаи ворид кардани таркибҳои омӯхташуда, мавҷудияти таъсири гепатопротекториро нишон медиҳад, ки боиси нигоҳ доштани фаъолнокии системаи микросомалии чигар гашта, реаксияҳои биотрансформатсионии ксенобиотикҳои бо иштироки ферментҳои тури эндоплазматикӣ ва ситохромҳо таҷзияшавандаро таъмин мекунад. Аз маълумоти овардашуда бармеояд, ки дар муқоиса бо гурӯҳи ҳайвоноти назоратӣ, воридкунии маводи «Гепатрил» дар ҳадди максималии 0,7 мл/кг боиси коҳиши назаррас то 42-43% ва дақиқи хоб мегардад.

Истифодаи маҷмуи дорувории гиёҳии «Гепатрил», ки ба миқдори 0,5 ва 0,7 мл/кг вазни бадан, инчунин аз ҷиҳати омӯрӣ ба таври эътимоднок ($P < 0,001$) вайроншавии системаи коагулятиви хунро, ки зери таъсири CCl_4 рух медиҳад.

Ҳамин тариқ, дар натиҷаи таҷрибаҳои анҷомдода маълум гардид, ки маҷмуи дорувории маводи «Гепатрил» дар воёи 0,5 ва 0,7 мл/кг (миллилитр ба ҳар килограмми



Расми 1. Таъсири «Гепатрил» ба динамикаи хоби ҳайвонҳои бо захри чигаркуши CCl_4 дар мудати 90 шабонарӯз захролудшуда.

вазни бадан) дорои таъсири возеҳи антиоксидантӣ ва гепатопротекторӣ буда, ҳангоми он осеби зершади токсикӣ чигарро CCl_4 хеле возеҳ зоҳир мегардад.

Маҷмуи дорувории гиёҳии «Гепатрил» ба барқароршавии функсияҳои зиддитоксикӣ, ихроҷкунандагӣ, секреторӣ ва ферментативии чигар, ки бо таъсири CCl_4 зиён ёфтаанд ва ихтилолҳое, ки аз системаи коагулятсияи хун бармеоянд, мусоидат кард.

Маълумотҳои натиҷавӣ нишон медиҳанд, ки маҷмуи дорувории гиёҳии «Гепатрил» дорои таъсири хеле фаъоли муътадилгардонии мембранаҳо мебошад. Сохторҳои мембранаи гепатоситҳоро аз таъсири CCl_4 эмин мегардонад.

Адабиёт

1. Миронов А.Н. Руководство по проведению доклинических исследований лекарственных средств. Часть первая. — М.: Гриф и К. Москва 2012. — 13с.
2. Адо А.Д. Общая аллергология. — М.: Медицина, 1978. — 462 с
3. Kerber G. Exper. Path. Farmak., 1931. — Vol. 162. — P. 480.
4. Гацура В. В. Методы первичных фармакологических исследований биологически активных веществ. — М. : Медицина, 1974. — 39 с.
5. Крышень К. Л., Кательникова А. Е., Мужикян А. А., Макарова М. Н., Макаров В. Г. Регуляторные и методические аспекты изучения алергизирующих свойств новых лекарственных средств на этапе доклинических исследований. Вестник Научного центра экспертизы средств медицинского применения 2018. Т. 8, № 1. С. 44-55.
6. Либерман С.С. и соавт. // Спиробромин - новый противоопухолевый препарат. - Томск, 1984. - С. 53-57.
7. Федеральный закон о лекарственных средствах, РФ, 1998. - Ст. 36.
8. Щепин О.П. и соавт. // Здоровоохранение Российской Федерации. - 2001.-№6. -С. 3-7.
9. Reimann J.D. et al. //J. Clin. Pharmacol. -2000. - V. 40, № 5. - P. 488- 495.



ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ “ГЕПАТРИЛ”

Азонов Дж.А. Ганиев Н.Х.

Центр инновационной биологии и медицины НАНТ, Центральная научно-исследовательская лаборатория ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино”

В этой важной статье определяется норма безвредности материала, а также средняя летальность и общая смертность животных в ходе эксперимента с материалом «Гепатрил». Показано изучение этиминально-

го сна и аллергического и стимулирующего действия препарата «Гепатрил» на подопытных крысах.

Ключевые слова: гепатрил, животных, летальность, аллергического.

PHARMACOLOGICAL STUDY OF PLANT SUBSTANCES “HEPATRIL”

Azonov J.A. Ganiev N.Kh.

Biology and medicine innovation center NAST, Central Research Laboratory of the State Educational Institution “Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino”

In this important article, the standard of harmlessness of the material is determined, as well as the average lethality and total mortality of animals during the experiment with “Hepatril” material. The study of etaminal sleep

and the allergic and stimulatory effects of the substance “Hepatril” was shown in experimental rats.

Key words: hepatril, animals, ledthality, allergic.

Азонов Чаҳон Азонович - Озмоишгоҳи марказии илмӣ-тадқиқотии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯали ибни Сино”, корманди калони илми. Сурога: 734039, Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139. E- mail: azonov_02@mail.ru

Азонов Джаҳон Азонович - Центральная научно-исследовательская лаборатория ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино”, старший научный сотрудник. Адрес: 734039, Таджикистан, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139 E- mail: azonov_02@mail.ru

Azonov Jahon Azonovich - Central Research Laboratory of the State Educational Institution “Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino” senior scientific officer. Address: 734039, Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Avenue, 139 E- mail: azonov_02@mail.ru

Ганиев Насриддин Хуршедович – Маркази инноватсионии биология ва тибби АМИТ, ходими илмӣ. Сурога 734017, Ҷумҳурии Тоҷикистон, шаҳри Душанбе, кӯчаи Карамов, 27. Почтаи электронӣ: nadzmidding@mail.ru

Ганиев Наджмиддин Хуршедович - Центр инновационной биологии и медицины НАНТ, научный сотрудник. Адрес: 734017 Республика Таджикистан, город Душанбе, улица Карамова, 27. E-mail: nadzmidding@mail.ru

Ganiev Najmiddin Khurshedovich - Biology and medicine innovation center, NAST researcher. Address: 734017 Republic of Tajikistan, Dushanbe city, Karamov street, 27. E-mail: nadzmidding@mail.ru



ТАЪСИРИ ТАЛҲАРОНИИ ҚИЁМИ «РАМИТ» ДАР ҲАЙВОНОТИ ГИРИФТОР БА ГЕПАТИТИ ЗЕРШАДИДИ ЗАҲРОГИН

Қаландарзода Ё. Қ.

Кафедераи фармакогнозия ва ТИФ-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Муҳиммият. Масъалаи химизми талхаи устувор ва ноустувор ба сифати як мушкилоти мубрам на танҳо дар соҳаи кимиё, биология ва физика боқӣ мондааст, балки тибби муосирро низ ба ташвиш гузоштааст, зеро то имрӯз манзараи механизмҳои нозуки сангҳосилшавӣ дар талха ҳанӯз пурра шарҳи худро пайдо накардааст. Рафтори компонентҳои талха дар марҳалаҳои гуногуни БСТ то ҳол ба таври бояду шояд рамзкушоӣ нагардидаанд. Нуктаи мазкур ба дараҷае ба он вобастагӣ дорад, ки ҳанӯз ҳам як зумра масъалаҳои химизми талха дар марҳалаҳои гуногуни инкишофи он ва механизми ҳосилшавии санги талха ҳалли худро наёфтааст, ки марҳалаи ниҳони ҳалалёбии стабилизатсияи талхаи устувор ба ҳисоб меравад. Гиппократ, Гален, Абуалӣ ибни Сино, Муҳаммад Закариёи Розӣ ва дигарон дар бораи сангҳо андешаҳои худро навиштаанд. Аммо кашфи холестерин дар таркиби санги талха, ки аз ҷониби Шеврей дар оғози садаи XIX анҷом дода шуд, барои фаҳмиши ҳосил шудани санги талхадон қадами устуворе буд. Хизмати шарҳи холестерин ҳамчун пайвастагии биологӣ ба ӯ тааллуқ дорад. Бушар соли 1882 аввалин шуда назарияи химиявии ҳосилшавии санги талхаро таҳия намуд. Баъдан Наунин дар соли 1892 назарияи худро пешниҳод намуд, ки мувофиқи он санги талха дар натиҷаи илтиҳоби талха пайдо мешавад, ки ба ҳосилшавии кристаллҳои холестерин мусоидат мекунад. Ин раванд “холестеринизатсия” номида шуд. Баъдан ба назарияи Наунин муқаррароте илова шуд, ки ба ҳосияти физикӣ-химиявии талха таваҷҷуҳ зоҳир менамуд, ки тағйирёбии он ба ҳосил шудани санг дар талха мусоидат мекард. Як силсила таҷрибаҳое, ки Эндрюс ва Шенгмер (1932) ба амсилаҳои иборат аз мембранаи пергаментии диализӣ гузарониданд, муайян карданд, ки ба воситаи мембрана кислотаи талха, на холестерин мегузарад. Муаллифон дар

ин амсила исбот карданд, ки талхадон ба монанди мембранаи диализ тибқи он нақшае таъсир мерасонад, ки кислотаи талха тавассути луобпардаи илтиҳобии тағйирёфтаи талхадон мегузарад ва холестеринбошад, мемонад. Қайд кардан зарур аст, ки маълумотҳои муаллифони ҳосил намуданд, муҳиммияти қатъии устуворияти физикӣ-химиявии талхаро дар ниҳоят тасдиқ менамояд, ки барои нигоҳ доштани холестерин дар шакли моеъ зарур аст.

Мавод ва усули таҳқиқ. Таҷрибаҳо дар 25 калламуши сафеди ҳар ду ҷинс бо вазни 180 – 200 г, ки ба панҷ гурӯҳ ҷудо карда шудаанд, гузаронида шуд: 1 – осебнадида (солим), 2 – ҳайвоноти муолиҷанашуда (санҷишӣ), ки ба онҳо карбони чорхлордор (CCl_4) омехта бо равғани офтобпарасти (1:1) ба воияи 2 мг/кг вазни бадан ба муддати 30 рӯз ба зерӣ пушт ворид карда шуда буд; силсилаи 3 ва 4 – калламушҳои таҳти таҷриба, ки ҳар рӯз аз рӯзи аввал сар карда, мулуҳи таркибаш карбони чорхлордор (CCl_4) ва ба дохили меъдаи онҳо ба воияи 10 ва 30 мг/кг вазни бадан қиёми «Рамит» ворид карда мешуд; силсилаи 5 – ҳайвоноте буданд, ки аз рӯи ҳамин нақша ба муддати 30 шабонарӯз ба воияи 30 мг/кг вазни бадан «Розанол» қабул мекарданд.

Заҳолудшавии зершадидаи калламушҳо бо карбони чорхлордор (CCl_4) (расми 3) сабаби якбора кам шудани ҳаҷми талхаи тарашшуҳшаванда ($P < 0,01$) ва дар калламушҳое, ки ба воситаи «Рамит» ба воияи 10 мг/кг вазни бадан муолиҷашудаанд, ҳаҷми талхаи тарашшуҳшаванда дар тамоми муҳлати таҳти пажӯҳишдар қиёс ба гурӯҳи санҷишӣ ($P < 0,05$) аз ҷиҳати омӯрӣ ($P < 0,01$) саҳеҳан зиёдтар буд. Дар мавриди ҳайвоноте, ки муддати 30 рӯз ба воияи 30 мг/кг вазни бадан қиёми «Рамит» қабул карданд, ҳаҷми талхаи тарашшуҳшаванда қариб ду баробар зиёд шуд ($P < 0,01$). Таъсири холестезиазии қиёми «Рамит» баъди 1 соати ворид

намудан фаъолона зоҳир шуда, муддати 4 соати таҳқиқ устуворона нигоҳ дошта мешуд.

Ҳаҷми талҳаи тараҷшуҳшаванда дар тамоми муддати таҳти паҷуҳиш дар муқоиса ба гурӯҳи санҷишӣ ($P < 0,05$) зиёдтар буд.

Ҳангоми масмумияти зершади калламушҳои аз карбони чорхлордор (CCl_4) дар баробари ба амал омадани ихтилоли тараҷшуҳи талҳа инчунин ҳалалёбии якбораи химизми он ба қайд гирифта шуд, ки дар баланд будани ғилзати холестерин то $3,00 \pm 0,01$ ммол/л муқобили $2,55 \pm 0,02$ ммол/л дар калламушҳои солим (ҷадвали 3) зоҳир гашта, ғилзати билирубини таркиби талҳа бошад, ду баробар афзуд ($P < 0,001$). Акси ҳол дар ҳайвоноти солими дар натиҷаи заҳролудшавӣ бо карбони чорхлордор (CCl_4) мушоҳида гардид, ки ҷамъи ғилзати кислотаи талҳа то $4,22 \pm 0,023$ муқобили $8,90 \pm 0,07$ г/л коҳиш ёфт. Микдори фосфолипид

ҳо таҳти таъсири карбони чорхлордор (CCl_4) қариб 50 % ($P < 0,001$) ва КХХ бошад, қариб то 2,5 баробар ($P < 0,001$) коҳиш ёфт, ки аз якбора боло рафтани дараҷаи санҷиш-силкунандагии талҳа дарак медиҳад.

Натиҷаҳои таҳқиқ. Ҳайвоноте, ки тӯли як моҳ бо вояҳои муҳталифи (10 ва 30 мг/кг вазни бадан) қиёми «Рамит» муолиҷа карда шуданд, дар қиёс ба калламушҳои муолиҷа нашуда консентратсияи билирубини талҳа дар ҳама ҳолатҳо аз ҷиҳати омори саҳеҳан ($P < 0,05 - 0,001$) поёнтар буд (ҷадвали 3). Таҳти таъсири қиёми «Рамит» СЖК, инчунин микдори фосфолипидҳои талҳа ($P < 0,01 - 0,001$) зиёд шуд. КХХ таҳти таъсири қиёми «Рамит» дар нисбати силсилаи санҷишӣ қариб ду баробар ($P < 0,01$) боло рафт. Таъсири қиёми «Рамит» ҳангоми ба вояи 30 мг/кг вазни бадан ворид кардани он нисбатан бештар зоҳир гашт. (Ҳолов Ё.Қ., Қадиров А.Х., Ҳайдаров К.Х.)

Ҷадвали 3. Нишондиҳандаҳои биохимиявӣ дар калламушҳои сафеди гирифта ба иллати масмумияти зершад аз CCl_4 муолиҷа тӯли як моҳ ба воситаи қиёми «Рамит» ва розанол

Силсилаи таҷриба ва вояҳо ба мг/кг (теъдоди ҳайвонҳо)	Нишондиҳандаи химизми талҳа ба ҳисоби миёна ба 5 – 6 калламуш дар ҳар силсила $\frac{m \pm m}{p <}$				
	Холестерини умумӣ, мол/л	Билирубини умумӣ мол/л	Ҷамъи кислотаҳои талҳа г/л	Фосфолипидҳои умумӣ г/л	Коэффитсиенти холато-холестеринӣ (КХХ)
Калламушҳои сафед					
1. Солим	$2,55 \pm 0,02$	$0,11 \pm 0,01$	$8,90 \pm 0,07$	$1,58 \pm 0,01$	$3,49 \pm 0,03$
2. CCl_4 – 2 мг/кг рӯздармиёнтаҳтипӯс	$\frac{3,00 \pm 0,01}{0,001}$	$\frac{0,25 \pm 0,02}{0,001}$	$\frac{4,22 \pm 0,023}{0,001}$	$\frac{1,11 \pm 0,024}{0,001}$	$\frac{1,39 \pm 0,012}{0,001}$
3. CCl_4 – 2мг/кг аз рӯи нақша + қиёми «Рамит» 10мг/кг ҳар рӯз ба муддати як моҳ	$\frac{2,20 \pm 0,001}{0,05}$	$\frac{0,18 \pm 0,02}{0,05}$	$\frac{7,12 \pm 0,061}{0,05}$	$\frac{1,54 \pm 0,02}{0,05}$	$\frac{3,23 \pm 0,049}{0,05}$
4. CCl_4 – 2мг/кг аз рӯи нақша+қиёми «Рамит» 30мг/кг ҳар рӯз ба муддати як моҳ	$\frac{2,04 \pm 0,019}{0,01}$	$\frac{0,13 \pm 0,02}{0,001}$	$\frac{8,30 \pm 0,07}{0,001}$	$\frac{1,71 \pm 0,009}{0,01}$	$\frac{4,06 \pm 0,003}{0,01}$
5. CCl_4 – 2мг/кг аз рӯи нақша+Розанол 30мг/кг ҳар рӯз ба муддати як моҳ.	$\frac{2,11 \pm 0,01}{0,01}$	$\frac{0,14 \pm 0,02}{0,001}$	$\frac{7,59 \pm 0,05}{0,001}$	$\frac{1,39 \pm 0,01}{0,01}$	$\frac{3,59 \pm 0,05}{0,01}$

Эзоҳ: Қимати Р барои CCl_4 маълумотҳои барои муқоиса бо солимҳо ва барои муолиҷаи як силсила нисбат ба силсилаи санҷишӣ.



Самтнокии таъсири розанол (ба вояи 30 мг/кг вази бадан ба муддати 30 шабонарӯз, тазриқи дохилимеъдагӣ) ба таъсири муолиҷавии қиёми “Рамит” мувофиқат намуд, вале қариб дар ҳама ҳолатҳои таъсираш сусттар буд.

Хулоса, таҷрибаҳои амалишуда нишон доданд, ки таъсири талхарони қиёми “Рамит” ва қобилияти муътадилгардонии ихтилолотии химизми талха доштани маводи мазкур ҳангоми иллати захролудшавии чигар аз карбони чорхлордор (CCl_4) воқеан мушоҳида мегардад.

Адабиёт

1. Мансуров Х.Х. Профилактика желчнокаменной болезни – клин. Мед., 1985 - №3 – С. 40-44.
2. Мансуров Х.Х., Джураев Х.Ш., Меркульева И.О. О плотности и химической растворимости холестериновых телчных камней холелитическими препаратами желчных кислот: Терархив. – 1986 - №6. с. 102-104.
3. Мансуров Х.Х., Мансуров Ф.Х. Опыты длительного применения хенодезоксихолевой кислоты у больных желчнокаменной болезнью. //Тер.архив, 1984, №1. С.43-47.
4. Мансуров Х.Х. Желчнокаменная болезнь. Душанбе: Ирфон, 1991. С.224.
5. Мансуров Х.Х. О химическом растворении холестериновых желчных камней и устранение литогенности желчи хенодезоксихолевой кислотой. И пробл. гастроэнтерологии; - Душанбе: Дониш 1999.с. 11-18.
6. Мансурова Ф.Х. телчнокамменная болезнь в Таджикистане. Душанбе. 2004 – с. 217-235.
7. Нуралиев Ю.Н. Лекарственные растения. Душанбе: Изд. Маориф, 1990г. стр.188-191.
8. Назаров М.Н., Назаров Н.М., Холов А.К., Исупов С.Д., Сабзаев А.Р. Руководство по сбору и сушке лекарственных растений Таджикистана. М: «Мед – пресс - информ», 2002г.стр. 165-16649.
9. Нуралиев Ю.Н., Волынская Т.Б. Влияние этанола на экскреторную функцию печени белых крыс. //Алкоголь и печень.-Душанбе, Дониш, 1975, с. 156-158.
10. Нуралиев Ю.Н., Азонов Д.А. Влияние розанола на желчевыделительную функцию печени и активность АТФ-азных ферментов. сублечныхструкткр гепатоцитов при токсическом поражении печени CCl_4 . //Изв. АН Тадж. ССР, Отд. биол. наук. -1989, -№4. - с.74-79.
11. Патент Республики Таджикистан № 98000633 от 12.07.1999г. Глицериновый эфир 32-72 – дигидроксихолановой кислоты, для растворения холестериновых камней желчного пузыря и способ его получения (Кадыров А.Х., Хайдаров К.Х., Назаров В.А., Назарова З.Д.).

ЖЕЛЧЕГОННОЕ ВЛИЯНИЕ НАСТОЙКИ «РАМИТ» У ЖИВОТНЫХ С ПОДОСТРЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ

Каландарзода Ё.К.

Кафедра фармакологии и ОЭФ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Резюме. Вопрос химизма стабильной и дестабилизированной желчи остается актуальной проблемой не только химии, биологии, физики, но и современной медицины, ибо до сих пор отсутствует полная ясность в понимании тонких механизмов камнеобразования в желчном пузыре. Остается недостаточно расшифрованным поведение

компонентов желчи на различных стадиях ЖКБ. Таким образом, проведенными экспериментами было установлено, что желчегонное действие настойки «Рамит» и способность препарата нормализовать нарушенный химизм желчи эффективно проявляются также при токсическом поражении печени четыреххлористым углеродом (CCl_4).



Ключевые слова: Настойка «Рамит», концентрация билирубина, содержание фосфолипидов, эксперименты, белые

крысы, четыреххлористым углеродом, внутрижелудочный, подопытные крысы.

CHOLERETIC EFFECT OF RAMIT TINCTURE IN ANIMALS WITH SUBACUTE TOXIC HEPATITIS

E. K. Kalandarzoda

Department of Pharmacology and SEF of the State Educational Institution “Abuali ibni Sino TSMU”

Resume. The question of the chemistry of stable and destabilized bile remains an urgent problem not only in chemistry, biology, physics, but also in modern medicine, because there is still no complete clarity in understanding the subtle mechanisms of stone formation in the gallbladder. The behavior of bile components at various stages of GI remains insufficiently deciphered. Thus, the experiments carried out

have established that the choleretic effect of Ramit tincture and its ability to normalize the disturbed bile chemistry are also effectively manifested in toxic liver damage with carbon tetrachloride (CCL 4).

Key words: Tincture “Ramit”, bilirubin concentration, phospholipid content, experiments, white rats, carbon tetrachloride, intragastric, experimental rats.

Каландарзода Ё.К. - номзоди илмҳои биологӣ, дотсенти кафедраи фармакогнозия ва ТИФ-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”. Тел: 904 25 25 25.

Каландарзода Ё.К. – кандидат биологических наук, доцент кафедры фармакогнозии и ОЭФ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Тел: 904 25 25 25.

Kalantarzoda Yo.K. - candidate of Biological Sciences, Associate Professor of the Department of Pharmacology and SEF of the State Medical University named after Abuali ibni Sino. Tel: 904 25 25 25.

УСУЛҲОИ ТАШХИСИ ФАРМАКОИҚТИСОДӢ БАРОИ ИСТИФОДАИ ОҚИЛОНАИ ВОСИТАҲОИ ПУЛИИ БУЧЕТИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН ДАР ТАЪМИНОТИ МАВОДИ ДОРУВОРИИ АҲОӢ

Нидоев С.

Раёсати технологияҳои иттилоотӣ, коммуникатсионӣ, таҳрир ва нашри
Дастгоҳи Маҷлиси намояндагони Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муҳимият. Вазъи таъмини муассисаҳои табобативу пешгирӣ ба воситаҳои доругӣ ба мизони зиёд ба маблағгузори соҳаи тандурустӣ аз бучети давлатӣ вобаста мебошад. Азбаски ҳаҷми ин маблағгузорӣ маҳдуд мебошад, масъалаи тақсими самараноки манбаъҳои мавҷуда аҳамияти аввалиндарача касб мекунад. Истифодаи усулҳои ташхиси фармакоиқтисодӣ имкон медиҳад, ки ин тақсимоат пурсамаранчом дода шавад.

Фармакоиқтисод фасли иқтисоди тандурустист, ки таносуби «босамарӣ/бехатарӣ/арзиш»-ро барои фармакотерапия, ки им-

конияти истифодаи оқилонаи манбаъҳо ба воситаҳоро дар тандурустӣ муайян менамояд, меомӯзад (3.6).

Дар ҳориҷа зарурати тадқиқоти фармакоиқтисодиро хеле барвақт дарк карданд ва дар ин робита шаклҳои асосии таҳлили иқтисодӣ таҳия карда шуд. Чунин таваҷҷуҳ ба ин мушкилот дар робита ба маҳдудияти мавод ва манбаъҳои молиявии соҳаи тандурустӣ, ҳатто дар мамлакатҳои рушдёфта, ки арзёбии тақсими онҳоро талаб мекунад, баён карда мешавад, (5.10).

Дурнамо ва мафҳумҳо, моделҳо ва тарзҳои



фармакоиктисод ҳоло ҳам барои фармаколо-
гҳои клиникӣ ва фармасевтҳо, маъмурони
тиббӣ ва духтурони ҷумҳурии мо ғайриоддӣ
мебошад, аммо зарурат ва талабот ба онҳо
бо мурури вақт мунтазам меафзояд (7.9).

Мақсади тадқиқот. Омӯхтани усулҳои
ташҳиси фармакоиктисодӣ барои истифодаи
оқилонаи воситаҳои пулӣ ва маводи
доруворӣ

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар кор маълумотҳо оид ба усулҳои ташҳиси фармакоиктисодӣ таҳлил карда шуданд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. То имрӯз бахши фармасевтӣ яке аз истеъмолкунандагони маълумоти фармакоиктисодӣ мебошад. Натиҷаҳои онҳоро метавон дар сиёсати маркетинги ширкатҳои истеҳсолкунанда барои рушди воситаҳои доругӣ дар бозори фармасевтӣ истифода бурда шуд. Ҳангоми кашфи маводҳои нав натиҷаҳои тадқиқоти фармакоиктисодии дар давраи тадқиқоти клиникии томаркетингӣ ва маркетингӣ имконияти иловаи маълумот дар бораи бехатарӣ ва самаранокии маводи доруворӣ ва мавқегирии онро дар бозори эҳтимолияти истифодаи оммавӣ таъмин намояд.

Бешубҳа барои он, ки усулҳои фармако-

иктисодӣ дар фаъолияти муассисаҳои тиббӣ воситаи таъсирбахш гарданд, гузашти вақт лозим меояд.

Аммо хуб мешуд, ки мо имрӯз ба истифодаи роҳҳои фармакоиктисодӣ, ҳадалимкон дар ҳолатҳои зерин шуруъ намоём:

- баҳодиҳии пешомади истифодаи маводи дорувории нав дар муолиҷаи беморӣ ва пешомади фурӯши онҳо дар шабакаи дорухонаҳо;

- асосноккунии зарурат ва мақсаднокии хариди маводи дорувории нав;

- баҳодиҳии самаранокии тарҳҳои гуногуни муолиҷаи доругӣ ва маводи доругӣ;

- асосноккунии бурд дар нарх ҳангоми хариди маводи доруворӣ аз тарафи харидор, ки таъсири дарозмуддат дорад ва ё бештар аз ҳисоби кам кардани карати истеъмол, инчунин маводи доругие, ки харчи иловагиро барои дохил намудан ба бадан самаранок мебошад;

- тартибдиҳии феҳристи рӯйхати маводи дорувории асосӣ ва синонимҳои онҳо (ё ҳангоми тартибдиҳии феҳристи ҳаётан муҳим ва зарурии маводи доруворӣ) ва вориднамоеи ин мавод ҳангоми таҳияи формулярӣ рӯйхати маводи дорувории муассисаҳои тиббӣ профилактикӣ.

Усулҳои ташҳиси фармакоиктисодӣ

Бунёди

- ташҳиси «харч - самаранокӣ»
- ташҳиси «камкунии харч»
- ташҳиси «харч - ғойданокӣ»
- ташҳиси «харч - ғойда»

Ёридиҳанда

- ташҳиси «арзиши беморӣ»
- тарҳсозӣ
- дисконткунӣ
- ташҳиси ҳассосият
- ташҳиси ABC ва VEN
- ташҳиси чандомад.

Усулҳои бунёдӣ:

- **ташҳиси «харч-самаранокӣ»** (CEA cost effectiveness analysis)- ташҳис дар ҳолате, ки таносуби харч ва самаранокӣ (натиҷа) дар ду ва зиёда корбарӣ (вспомогательство) самаранокӣашон фарқ мекунад, лекин натиҷа бо як ченак ҳисоб карда мешаванд.

$$CEA = \frac{DC + IC}{Ef}$$

CEA-таносуби «харч-самаранокӣ», DC-харчҳои мустақим, IC-харчҳои ғайримустақим, Ef - самаранокии муолиҷа

Барои муайян кардани афзалиятҳои иловагӣ ва харчҳои ҳангоми муқоисаи ду шакли муолиҷа афзоиши харчҳои ҳисоб карда мешавад.

Дар натиҷа ҳосили ташҳиси мазкур арзиши ченаки иловагии муолиҷаро нишон медиҳад. Дар ин сурат формулаи шакли зеринро мегирад:

$$CEA = \frac{(DC1 + IC1)}{Ef1} + \frac{(DC2 + IC2)}{Ef2}$$

ки CEA нишондиҳандаи афзоиши самара-

нокии харч; DCI- харчҳои мустақими Ҳангоми истифодаи усули 1-ум; IC1 харчҳои ғайримустақим Ҳангоми истифодаи усули 1-ум; Ef1 ва Ef2 – самаранокии муолиҷаи Ҳангоми истифодаи усули 1-ум ва 2-юм (4, 11). Арзиши таҳхис аз ин иборат аст, ки дар он қиммати қиёсии таносуби харч ва самаранокӣ (натиҷа) дар ду ва бештари мудохила, ки самаранокии онҳо аз ҳам фарқ мекунад, лекин натиҷаҳо бо як воҳид чен карда мешаванд.

Камбудӣ дар он аст, ки мудохила бо натиҷаҳои гуногун муқоиса кардан намешавад. Таҳхис арзиши натиҷаро дар категорияи сифат ё хоҳиш дар назар намегирад. Барои он ки барномаи самаранокӣ аз барномаи бесамарӣ аз мавқеи «қиммат самаранокӣ» ҷудо карда шавад, баландтарин ҳиссари муайян кунад, ки муассисаҳо омадаанд барои ноил шудан ба натиҷа пардохт намојанд (5,10.)

-таҳхиси «камкунии харч» (CMA- cost minimisation analysis) ҳолати инфиродии таҳхиси харч-самаранокӣ, ки дар он баҳогузори нисбии ду ва зиёда мудохила, ки дорои самаранокӣ ва бехатарии якхела, вале қиммати гуногунро доранд, гузаронида мешавад. Тавсия дода мешавад, ки таҳхиси камкунии сарф Ҳангоми тадқиқоти нисбии шаклҳои гуногуни доруворӣ ё шароитҳои гуногуни истифодаи як маводи доруворӣ (лекин на шаклҳои гуногунии доруворӣ ё шаклҳои генерикии ҳамон як маводи доруворӣ) истифода бурда шавад (6,10).

$$CMA=DC_1-DC_2 \text{ ё } CMA=(DC_1+IC_1)-(DC_2+IC_2)$$

ки-СМА - нишондиҳандаи фарқи харч, DC₁ - харчҳои мустақими Ҳангоми истифодаи усули 1-ум; IC₁ - харчҳои дигар Ҳангоми истифодаи усули 2-юм; DC₂ IC₂ ва мутаносибан харчҳои мустақим ва дигарҳо Ҳангоми истифодаи усули 2-юм.

Афзалият аз он иборат аст, ки дар ин ҳолат мумкин аст ду ва зиёда мудохиларо баҳо дод, ки самаранокӣ ва бехатарии якхеларо доранд, лекин нархашон гуногун мебошад.

Камбудӣ:

чунин муносибат дар таҷриба кам истифода мебошад, чунки технологияҳои алтерна-

тивӣ, ки дорои фоидаи айнани клиникаи якхела ва мутафавути танҳо нарханд (6,7), кам воҳӯрда мешаванд;

-таҳхиси «харч – фоиданокӣ (манфиатпарастӣ)» (CUA cost utility analysis) шакли таҳхис харч самаранокӣ Ҳангоми натиҷаҳои мудохила бо ченаки «фоиданокӣ» баҳо дода мешаванд аз нигоҳи назари истеъмолкунандаи кӯмакҳои тиббӣ ба сифати меъёри фоиданокии ғайр бештар сифати ҳаёт ва нишондиҳандаи «ҳифзи солҳои ҳаёт бо ислоҳи ба сифати ҳаёт - QALY» бештар истифода бурда мешавад. Баъзе муаллифони усули мазкур ҳамчун шакли махсус СЕА, ки дар он ченаки самаранокӣ – фоиданокӣ мебошад, истифода бурда мешавад.

Ҳангоми таҳхиси харч-фоиданокӣ на дастоварди самаранокии клиникӣ ба ҳисоб гирифта мешавад. Балки назари маризон дар бораи натиҷаҳои расида аз нигоҳи суд, яъне интиҳоби маризон ин ё он натиҷаҳои мудохила мебошад (1,6,8)

$$CUA=(\frac{DC_1+IC_1}{UT_1})-(\frac{DC_2+IC_2}{UT_2})$$

ки CUA нишондиҳандаи афзоиши харч ба воҳиди фоиданокӣ (манфиатпарастӣ), таносуби харч –фоиданокӣ (яъне арзиши воҳиди фоиданокӣ, мисол як соли ҳаёти босифат); DC₁-харчҳои мустақим Ҳангоми истифодаи 1 соли муолиҷа; IC₁ - харчҳои ғайр Ҳангоми истифодаи 1 соли муолиҷа; DC₂ ва IC₂ - мутаносибан харчҳои мустақим ва ғайр Ҳангоми усули 2 –юми муолиҷа.

Эътибори усули CUA таҳхиси намуди мазкур, ки солҳои ҳаёти босифат гирифташударо дар муқобили СВА ва СЕА бештар муносибати зич, пайвастании миқдор ва сифати натиҷа дар баҳодиҳии иқтисодиро дар бар мегирад.

Камбудӣ:

Ҳангоми таҳхиси харч- манфиат на он қадар ноилшавии ин ё дигар самарани клиникӣ, балки мавқеи маризон оиди натиҷаҳои расида аз нигоҳи фоиданокӣ, яъне мавқеи маризон ин ё он натиҷаҳои даҳолат, ки дар навбати худ тарафи мусбӣ аз назари нигоҳи маркетинги фармасевтӣ мебошад (4,8,9) ба эътибор гирифта мешавад.

- таҳхиси «харч-суд» (CBA cost



benefitanalysis) дар муқоиса бо услубҳои пешин, дар назар дорад арзиши харч ва ҳам босамари (фоида суд) бо ибораи пулӣ. Ин ягона шакли таҳлили иқтисодии аслий: «дар шакли тоза»

Таърихан ин усул якумин усули баҳодихии пурсамари иқтисодӣ дар тиб буд ва аллакай дар солҳои 50-60-и садсолаи гузашта истифода бурда мешуд. Дар ин сурат баҳодихии иқтисодии самаранокӣ танҳо бо воҳиди пулӣ гузаронида мешуд. Чунин баҳодихӣ имконият медиҳад, ки воситаҳои сармояшуда ба барномаҳои алоҳида суди пулӣ меоранд ё не. Услуби бештари анъанавӣ ин навъ баҳодихии талаф вобаста ба корношоямӣ (арзиши маҳсулоти истеҳсолнашуда) мебошад. Дар айни ҳол ин услуб самаранок намебошад. Камбудии асосии усул ин ба ҳисоб нагирифтани хароҷоти бевоситаи ба фаъолияти истеҳсоли алоқаманд мебошад. Аз ин рӯ, бинобар сабаби номукамалии усули тадқиқоти «хароҷот-фоида» айни ҳол онро танҳо ҳамчун иловагӣ ба тадқиқоти «кам кардани арзиш», «хароҷот-судмандӣ» ё «хароҷот-фоидаовар» мумкин аст, дида баромада шавад.

Услубҳои ёрирасон:

- таҳлили «арзиши беморӣ (COI-cost of illness)»-ин усул ҳамаи хароҷотро меомӯзад, ки дар беморони бо бемориҳои алоҳида ҳам дар сатҳи муайян (фосилаи вақт) ҳамчунин дар ҳамаи сатҳҳои расонидани кӯмаки тиббӣ пешбурд мешаванд. Ин таҳлиси муқоисаи самаранокии муҳофизати тиббиро дар назар надорад ва барои омӯзиши таҷрибаи усули пешбурди беморон бо ягон беморӣ истифода бурда мешавад. Услуб асосан таърихан бештар барои расидан ба ҳадафҳои муайян истифода бурда мешавад, дар мисоли банақшагирии харч, муайянкунии тарафҳо барои ҳисоб баъзе субъёки соҳаи тандурустӣ ва суғуртаи тиббӣ дар мамлакатҳо, ки мавҷуд аст.

Тарҳсозӣ (моделирование)-шакли омӯзиши объектҳои гуногун, силсилаҳо ва падидаҳо бо истифодаи моделҳои математикӣ асос ёфта, ифодакунандаи зоҳирпарастӣ, расми-ятпарастӣ тасвири объект (мариз, беморӣ, вазъияти эпидемиологӣ) ва динамикаи он

ҳангоми истифодаи технологияи тиббӣ.

Тарҳсозиро метавон истифода бурд:

- дар ҳолате, ки дар тадқиқотҳои клиникӣ маводи доруворӣ натиҷаҳои муолиҷаи дуршуда ё бавосита омӯхтанишуда бошанд, натиҷаҳои тадқиқотҳои клиникӣ аз дигар сарчашмаҳо пурра карда мешаванд:

- дар ҳолати истифодаи натиҷаҳои тадқиқоти дар дигар мамлакатҳо гузаронидашуда барои қабули қарорҳои клиникӣ ва роҳбарӣ барои мамлакати худ:

- дар ҳолатҳои зарурии баровардани ҳуло-са дар бораи истифодаи мақсадноки маводи доруворӣ, шакл ва услубҳои муолиҷаи беморони ба тадқиқот қаблан вориднашуда; дар тадқиқоти маризони бо талаботи махсус ворид мешаванд, аммо дар популясия дар маҷмӯъ дигар тавсияномаҳои дар истифодабарандагони эҳтимолии маводи доруворӣ метавон шуд;

- дар ҳолати зарурӣ фарқият (тафовут) дар истифодаи манбаъҳо дар тадқиқот дар таҷриба ҳисоб карда мешавад.

Дисконткунӣ-вориднамоии адади ислоҳкунӣ ҳангоми ҳисоби харч (баъзан ва самаранокӣ) бо ҳисоби таъсири омили муваққатӣ;

хароҷотҳо, ки дар оянда карда мешаванд, камаҳамият, нисбат ба имрӯз бардошташуда ва баръакс фоидаи имрӯза ба дастамада, бештар арзишманд аст назар ба дар оянда пешбинишуда. Дар маркетинги фармасевтӣ дисконткунӣ ҳамчун мафҳуми вазни омил қабул шудааст 8).

Таҳлиси ҳассосият муқаррар менамояд, ки дар кадом дараҷа натиҷаҳои таҳлиси тағйир меёбанд дар ҳолати тағйирёбии бузургии ниҳой (тағйирёбии нархи маводи доруворӣ, тағйирёбии мавҷҳои таъсири ғайр (3,7,10).

АВС-таҳлис— ин тақсимои (мутобиқкунӣ) технологияҳои алоҳидаи тиббӣ ё маводи доруворӣ дар вояи харч ба ҳар кадом аз онҳо дар таркиби умумии харҷҳо аз хароҷоти бештар ба хароҷоти камтар бо ҷудокунӣ ба се гуруҳ:

- ба гуруҳи А маводи доруворие шомил мешаванд, ки ба онҳо 80% хароҷоти (қонуниятҳои оддӣ, ки дар гуруҳи тақрибан 10% - 15%

аз ҳамаи мавод дида мешавад). Ба гуруҳи В он маводи доруворие, ки 15% (то 50% аз ҳисоби умумӣ) ва ба гуруҳи С – он маводе, ки 5% аз харочот (то 40% навъҳои тадқиқот) ворид шудаанд. Усул барои муайянкунии афзалиятҳо ва самаранокӣ харчи воситаҳо дар асоси баҳодиҳии ретроспективи харҷҳои аслии истифода бурда мешавад.

Вобаста ба манфиати тадқиқот мумкин аст ABC – таҳҳис дар ҳолатҳои зерин гузаронида шавад:

1. Таҳҳиси харидаи маводи гуногун дар сатҳи муассисаи табобатӣ, минтақа, ҳадамот ё идора, мамлакат.
2. Таҳҳиси дар маводҳои алоҳидаи патологӣ истифодамешуда?
3. Таҳҳиси харид ва истифодаи гуруҳи алоҳидаи маводи дорувории дар гуруҳҳои гуногун истифодашаванда, тақсимои самаранок дар гуруҳҳои фармакотерапевтӣ.
4. Таҳҳиси истифодаи маводҳои алоҳида дар дохили як гуруҳи фармакотерапевтӣ ё таҳҳис аз нигоҳи шакли аслии ё генерекӣ як маводи доруворӣ.

VEN-анализ ин тақсими маводи доруворӣ ва технологияи тиббӣ вобаста ба сатҳи манфиатнокӣ:

V(vital)- ҳаётан зарур, E(essential) - муҳим, N(non essential)-дуюмдараҷа, номуҳим, маводҳои камаҳамият, VEN-таҳҳис аз тарафи ТҶТ тақрибан 20 сол пеш пешниҳод шуда буд, ки то ҳол бо муваффақият истифода бурда мешавад. Азбаски феҳристи маводи дорувории ҳаётан зарур ва муҳим дар ҚТ мавҷуд нест, VEN таҳҳис мумкин аст дар асоси рӯйхати маводи дорувории асосӣ ва синонимҳои онҳо пешбурд шавад, ки бо фармони Вазорати тандурустии ҚТ тасдиқ шудааст.

Таҳҳиси чандомад мувофиқакунии ҳолатҳои интиҳобшударо бо чандомади истифода-аз чандомади беш ба чандомади кам ба назар дорад. Ин рафтор якбора тавсифи вобаста ба чандомадҳоро ҷудо менамояд.

Бартарияти усулҳои мазкур иборатанд:

1. Имконияти гуруҳбандии маводи доруворӣ мутобиқ ба истеъмоли солони имконият медиҳад, ки манзараи харчи воситаҳои

буҷети дорувории муассисаҳои пешгирӣ-табобатӣ ошкор карда шавад.

2. Усул имконият медиҳад, ки афзалияти интиҳоб ва харидаи маводи доруворӣ мутобиқ ба дараҷабандии онҳо бо Vital, Essential, Non – Essential муқаррар карда шавад.

Камбудӣ аз он иборат аст, ки усули гуруҳбандӣ гузаронидани тавсифи сифатии маводи дорувориро бо ҷунин хусусиятҳо самаранокӣ, беҳатарӣ, истифодаи оқибатдор, дастрасӣ-мавҷудият дар гардиш, босамарии шакли доругӣ ва ғайра, ки камбудии аслии усул мебошанд, ба инобат намегирад.

ABC, VEN ва таҳҳиси чандомад барои истифода дар сатҳи муассисаҳои тандурустӣ барои баҳодиҳии таркиби харочот ва ошкорсозии ҳолатҳои тақсимои бесамари маблағҳо тавсия дода мешавад. Ҳамин тариқ, се намуди охирини якдигарпурракунада метавонанд мазмун бар он қарорҳои роҳбарии менеҷерони тандурустӣ, сатҳи миёнаи мудирони шӯъбаҳо, доруҳонаҳо ва сардӯхтурон аҳамият дошта бошанд.

Дар асоси натиҷаҳои ABC, VEN ва чандомад мумкин аст тавсияҳоро оид ба тартиб ва мукамалсозии минбаъдаи формуляри муассисаҳои тиббӣ таҳия кард.

Хулоса: Истифодаи натиҷаҳои тадқиқоти фармакоиктисодӣ мумкин аст ба ҷомеа низ дар маҷмӯъ таъсир расонад. Зеро баҳисобирии онҳо имкон медиҳад натавон сатҳи харочотро тавассути беҳтаркунии онҳо, балки касалмандӣ, маъҷубӣ ва фавтро ҳангоми бисёр бемориҳои муҳими иҷтимоӣ, сифат ва давомнокии миёнаи ҳаётро баланд мебардоранд. Пешбурди формулярҳои доруворӣ метавонад услуби таъиноти ин ё он маводро дар муолиҷа ба тартиб дарорад. Формуляр ҳислати воясозии истифодаи воситаҳои пулӣ ва дорувориро дорад ва тахво истифодаи доруҳоеро, ки самаранокӣ онҳо собитан тасдиқ шудаанд, ҳавасманд менамояд, ки ин имконияти истифодаи маводи беҳатар ва бесамарро хориҷ менамояд.

Нидоев С.- номзади илмҳои фармасевтӣ, Раёсати технологияҳои иттилоотӣ, коммуникатсионӣ таҳрир ва нашри Дастгоҳи Маҷлиси намояндагони (Парламент) Ҷум



Адабиёт

1. Авксентьева М.В., Воробьев П.А., Герасимов В.Б., Горохова С.Г., Кобина С.А. – Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии. – М.: «Ньюамед», 2000. – 80с.
2. Лобутева Л.А, Лопатин П.В., Чекова Л.П. Организация фармацевтической помощи; системный маркетинговый подход, цикл лекции. Москва -1999-3с.
3. Русский медицинский журнал –1999. – Т.7, № 15. с. 699-701.
4. Walley T, Davey P. Pharmacoeconomics: a challenge for clinical pharmacologist. Br. J Clin Pharmacology, 1995, No 3, 199-202.
5. Zarnke K. B., Levine M. A., O'Brien B. J. Cost – benefit analyses in the health – care literature: don't judge a study by its label // J Clin Epidemiol. – 1997. – Vol. 50, № 7. – p. 813 – 822.
6. Петров В.И. Прикладная фармакоэкономика: Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 336 с.
7. Петров, А.Н. Луцевич, О.В. Решетько Новые технологии, регулирование, стандартизация и Фармакоэкономика в сфере обращения лекарственных средств. 2006 г. С-202-206.
8. Саидова М.Н. Маркетинговые исследования лекарственного обеспечения больных кардиологического центра г. Душанбе. Дис.канд.фарм.наук. Москва.,2010г.
9. Bootman J. L., Townsend R. J., McGhan W. F. Principles of Pharmacoeconomics, Second edition. 1996, Cincinnati, Harvey Whitney Books Company.
10. Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Юрьев А.С., Сура М.В. – Клинико-экономический анализ. – М.: «Ньюамед», 2004. – 404с.

МЕТОДЫ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ДЛЯ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ БЮДЖЕТА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ПРИ ОБЕСПЕЧЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВАМИ

Нидоев С.

Управление коммуникационных технологии, редактирования и печати Аппарата
Маджлиси намояндагон Маджлиси Оли РТ

Введение. Основная задача по лекарственному обеспечению медико-профилактических учреждений в значительной степени зависит от объема выделяемых бюджетных средств на финансирование здравоохранения. Поскольку объем этих средств ограничен, первостепенное значение имеет вопрос о более эффективном распределении и затратах на ресурсы. Выполнение этого распределения более разумным методом позволит использовать методы фармакоэкономического анализа.

Цель. Изучить методы фармакоэкономического анализа для разумного использования денежных средств и лекарственных средств.

Материалы. В работе были проанализированы литературные данные о методах фармакоэкономического анализа.

Результаты. Сегодня фармацевтический сектор является одним из основных потре-

бителей данных фармакоэкономических исследований.

Их результаты могут быть использованы в маркетинговой политике Фирм-производителей для продвижения лекарственного средства на фармацевтическом рынке. При разработке нового препарата результаты фармакоэкономических исследований, проведенных в период от клинических до маркетинговых, а также маркетинговых исследований позволяют дополнить данные о безопасности и эффективности лекарственного средства и укрепить его экономическое положение на рынке в ожидаемых условиях массового применения.

Выводы. Применение результатов фармакоэкономических исследований может оказать влияние на общество в целом. Поскольку их учет позволяет не только снизить уровень расходов путем их оптимизации, но и уменьшить

заболеваемость; инвалидность и смертность при многих социально значимых заболеваниях с целью повышения качества жизни и ее средней продолжительности.

Введение лекарственных форм могло бы регулировать систему назначения того или иного лекарственного средства для лечения. Форма носит характер использования

ODS OF PHARMAECONOMIC ANALYSIS FOR RATIONAL USE OF FUNDS OF BUDGET OF REPUBLIC OF TAJIKISTAN IN PROVISION OF POPULATION WITH MEDICINE

Nidoev S.

Department of Communication Technologies, editing and printing of the Device
Majlisi Namoyandagon (Parliament) Majlisi Oli RT

Introduction. The major task on medicinal provision of medioprofilactic institutions, considerably depends from volume of allocated budget funds to financing health care. Since the volume of these means is limited, so the primary importance is the question of more effective distribution and expense of having recourses. The fulfillment of this distribution by more reasonable method will allow the usage of methods of pharmaeconomic analyses.

Aim. To learn methods of pharmaeconomic analyses for reasonable use of money and medicine means.

Materials. Literary data on methods of pharmaeconomic analyses were analyzed in the work.

Results. Today the pharmaceutical sector is one of the main consumer of data of pharmaeconomic researches.

Their results could be used in marketing policy of Firm-manufacturers for promotion of medicine in pharmaceutical market. At formation of the new preparation, the results

of pharmaeconomic researches conducted in the period of clinical before marketing and marketing researches allow to add the data about safety and effective medicine and to fulfill its economic position in market in expected conditions of mass application.

Conclusions. Application of results of pharmaeconomic researches could have an effect to the society in a whole. As their recording allows not only to decrease the level of the expenses by the way of their optimization, but also to decrease the disease; disability and mortality at many socially-significant diseases, to increase life quality and its average time.

Introduction of medicine forms could regulate the system of prescription of this or other medicine for treatment. The form bears the character of use of those medicines, the efficiency of which proved that allows excluding the use of unsafe and ineffective means.

Key words: Pharmaeconomics; “expenses - efficiency”; “minimization of expenses”; ABC and VEN - analysis; “cost of disease”.

Нидоев С. - номзади илмҳои фармасевтӣ, Раёсати технологияҳои иттилоотӣ, коммуникатсионӣ, таҳрир ва навири Дастгоҳи Маҷлиси намояндагони Ҷумҳурии Тоҷикистон

Нидоев С. – канд. фарм. наук, управление коммуникационных технологий, редактирования и печати Аппарата Маджлиси намояндагон Маджлиси Оли РТ

Nidoev S. - Department of Communication Technologies, editing and printing of the Majlisi Namoyandagon Majlisi Oli RT.



ХУСУСИЯТҲОИ АНТИОКСИДАНТИИ БАРГИ АНГУР ВА БИҲӢ ҲАНГОМИ ВАЙРОНШАВИИ МУБОДИЛАИ ЛИПИДҲО

Сабурова А.М., Урунова М.В., Носирҷонова Х.Р., Қурбонова М.Б., Махсудова М.С.

Кафедраи биохимия ва фармакологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муҳиммият. Дар организм ба ғайр аз шаклҳои фаъоли оксиген (ШФО) ва шаклҳои фаъоли азот (ШФА) пайвастаҳосилаҳои онҳо низ ҳосил мешаванд. Ба ШФО радикали супероксидӣ ($O_2^{\cdot-}$), радикали гидроксилӣ ($OH^{\cdot}$), гидропероксидӣ ($HO_2^{\cdot}$) ва радикали алкоксилӣ ($RO^{\cdot}$) дохил мешаванд, ки фаъолияти хеле баланди химиявӣ доранд ва бо пайвастагиҳои гуногун, ба монанди липидҳо, сафедаҳо, кислотаҳои нуклеинӣ бо осонӣ ба реаксия дохил мешаванд (1).

Ба оксидшавии пероксидии липидҳо (ОПЛ), пеш аз ҳама кислотаҳои олии чарбии носери таркиби фосфолипидҳои мембранаи ҳуҷайра дучор мешаванд. Дар меъёр онҳо дар сатҳи нисбатан пасттар гузашта барои гузаронандагии ионии мембранаҳои ҳуҷайра тақсимшавии ҳуҷайраҳо, кашишхӯрии мушакҳо, безараргардонии моддаҳои захрнок, биосинтези простагландинҳо, гормонҳо ва дигар моддаҳои аз ҷиҳати биологӣ фаъол зарур мебошанд (2).

Оксидшавии пероксидии липидҳо (ОПЛ) пеш аз ҳама ба кислотаҳои олии чарбии носери фосфолипидҳои мембранаи ҳуҷайра таъсир мерасонад. Дар меъёр онҳо дар сатҳи нисбатан пасттар фаъолият мекунанд ва барои гузаронидани ионҳо дар мембранаҳои ҳуҷайра, тақсимшавии ҳуҷайра, кашишхӯрии мушакҳо, безараргардонии моддаҳои захрнок, биосинтези простагландинҳо, гормонҳо ва дигар моддаҳои аз ҷиҳати биологӣ фаъол зарур мебошанд (2).

Ҳуҷайраҳо худро аз таъсири зараровари (манфии) оксидшавии пероксидии липидҳо бо ёрии антиоксидантҳои ферментативӣ ва ғайриферментативӣ муҳофизат мекунанд. Механизми асосии таъсири онҳо маҳдуд намудани реаксияҳои занҷирии (пай дар пай) пероксидии чарбҳо (ОПЛ) ва паст кардани фаъолияти радикалҳои озод мебошад. Инҳо механизмҳои муҳофизатии бадан (организм) мебошанд, ки ба нигоҳ доштани раванди оксидшавии радикалҳои

озод дар сатҳи оптималӣ бароихуҷайра ниғаронида шудаанд (3).

Ба ферментҳои антиоксидантӣ супероксиддисмутаза (СОД), ки аниони радикалии супероксидро ба пероксиди гидроген табдил медиҳад, каталаза, ки пероксиди гидрогенро ба об ва оксигени молекулавӣ таҷзия мекунад, глутатионпероксидаза ва глутатионредуктаза, ки гидропероксидҳои липидҳоро ғайрифавол мекунанд, дохил мешаванд (4).

Муҳимтарин антиоксиданти ғайриферментативӣ витамини Е (б-токоферол) мебошад, ки метавонад оксидшавии радикалҳои озодро боздорад ва рушди реаксияҳои занҷири (пай дар пай) оксидшавии пероксидии кислотаҳои чарбии носери таркиби липидҳои мембранаи биологиро пешгирӣ кунад, инчунин фаъолнокии биологӣ витамини А-ро баланд намояд ва оксидшавии кислотаи носери занҷири канориро муҳофизат намояд. Ҳамчунин кислотаи носери занҷири канории витамини А-ро аз оксидшавӣ муҳофизат намуда фаъолнокии витаминро баланд намояд (5).

Витамини С шакли оксидшудаи витамини Е-ро барқарор намудамикдори зарурии ин антиоксидантро дар мембранаҳои ҳуҷайра нигоҳ медорад.

Патогенези бисёр бемориҳо (атеросклероз, сактаи дил, диабет қанд) ба ҷамъшавии маҳсулоти оксидшавии пероксидии липидҳо асос ёфтааст, аз ин рӯ маҷмӯи витаминҳои антиоксидантӣ Е, С, А-ро барои табобат васеъ истифода мебаранд. Ҳамин тариқ дар табобати занони ҳомила бо камвазнӣ, презклампсия (гестоз), шарбати антиоксидантӣ “МАЗ” -ро истифода мебаранд, ки он дорои маҷмӯи витаминҳои Е, С, А мебошад (6,7).

Дар солҳои охир гиёҳҳои шифобахш дар тибби амалӣ васеъ истифода бурда мешаванд.

Дар тибби қадим растаниҳоро ҳамчун маводи доруворӣ барои нигоҳ доштани

ҳолати муътадили организм ва зидди илтиҳобӣ истифода мебарданд. Абуалӣ ибни Сино дар «Қонуни тиб» бисъёр навъҳои ангурро тавсиф намуда, ҳамаи қисмҳои онро дар муолиҷаи бемориҳои подагра (никрис), баландшавии фишори хун, ҳамчун маводи пешобронхисоб карда, шифобахш номидааст (8).

Омӯзиши таркиби химиявии меваю шарбатангури кишткардашуда (маданӣ) нишон дод, ки дар таркиби онҳо миқдори зиёди кислотаҳои органикӣ ва витаминҳо, ба монанди витаминҳои С ($120,6\% - 410 \text{ мг}\%$), Р ($0,3-0,45 \text{ мг}\%$), РР ($1,5-2,0 \text{ мг}\%$) инчунин макро- ва микроэлементҳо мавҷуданд (9).

Хусусиятҳои судманди бихӣ дар тибби халқӣ барои муолиҷаи бемориҳои меъдаю рӯда, системаи дилу рағҳо, гурда, камхунӣ, диққи нафас, сӯхтагӣ, бемориҳои пародонтоз, гингивит васеъ истифода бурда мешаванд. Дар таркиби бихӣ моддаҳои фаъоли биологӣ, миқдори зиёди кислотаҳои себ, лимӯ ва тартронӣ, витаминҳои С, Е, В₁, В₂, В₆, РР ва провитамини А мавҷуданд (10,11,12).

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хосиятҳои антиоксидантии барги ангур ва бихӣҳангоми вайроншавии мубодилаи липидҳо.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Вайроншавии мубодилаи липидҳо ба таври озмоишӣ дар Озмоишгоҳи марказии илмӣ-татқиқотии (ОМИТ) МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» гузаронида шуд.

Таҷқиқот дар 30 сар калламушҳои наринаи сафедпӯст, ки вазнашон аз 180-210 граммро дар бар мегирифт, гузаронида шуд. Ба

ин ҳайвонот дар давоми 30 рӯз маҳсулоти дорои холестерин-2,5%, метилуратсил-0,12%, рағани растанӣ, ки дар ҳарорати баланд пешакӣ гарм карда шудааст ва рағани ҳайвонот ба ҳисоби 1:4 дода шуд. Пас аз 14 соати гуруснагӣ калламушҳо кушта шуданд.

Чамъоварии баргҳои ангур ва бихӣ дар давраи гулкунӣ, бо усулҳои мукаррарӣхушконида мешаванд. Қиёми (экстракция) барги ангур (1:10) мувофиқи Фармакопеяи давлатӣ (ГФ РФ, X, 2018) омода карда шудааст.

Калламушҳо ба 4 гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи 1-ум - солим, ки ба дохили меъда (д/м) оби соф (оби муқаттар) дар миқдори 5 мл / кг вазни бадан дар тӯли 30 рӯз ворид карда шуд; Гурӯҳи 2-юм калламушҳои назоратӣ (табобатнашуда), бо вайроншавии мубодилаи липидҳо, ки оби софро аз рӯи ҳамон нақша ворид намуданд; Гурӯҳи 3-юм ҳайвоноти таҷрибавӣ, ки аз рӯи ҳамин нақша бо қиёми барги ангур (:10) ва гурӯҳи 4-ум калламушҳои сафеди таҷрибавӣ, ки аз рӯи ҳамин нақша қиёми барги бихӣ 91:100 барои муқоиса ворид карданд.

Барои ба ҳолати мубодилаи липидҳо баҳо додан, асосан аз нишондиҳандаҳои биохимиявии зерини таркиби зардобӣ хун, ба монанди холестерини умумӣ, триглитсеридҳо, липопротеинҳои зичиашон паст (ЛПЗП), липопротеинҳои зичиашон баланд (ЛПЗБ), маҳсулоти оксидшавии пероксиди липидҳо- диалдегиди малонат (ДАМ), фаъолияти ферменти антиоксидантӣ - супероксиддисмутаза (СОД), миқдори антиоксиданти ғайриферментативӣ - кислотаи аскорбин,

Ҷадвали 1. Таъсири қиёми барги ангур ва бихӣ ба тағйирёбии системаҳои оксидантӣ ва антиоксидантӣ ҳангоми вайроншавии мубодилаи липидҳо.

Нишондиҳандаҳо	Санҷиш (калламушҳои солим) $n=10$	Вайроншавии мубодилаи липидҳо $n=10$	Вайроншавии мубодилаи липидҳо + қиёми барги ангур $n=10$	Вайроншавии мубодилаи липидҳо + қиёми барги бихӣ $n=10$
МДА _{мкмол/л}	$3,48 \pm 0,07$	$50,28 \pm 0,37$ $p < 0,01$	$3,9 \pm 0,12$ $p < 0,01$	$3,7 \pm 0,1$ $p < 0,01$
СОД _{воҳ./мл}	$6,54 \pm 0,15$	$3,77 \pm 0,1$ $p < 0,01$	$5,8 \pm 0,23$ $p < 0,01$	$5,6 \pm 0,15$ $p < 0,01$
Кислотаи аскорбин _{мкг/мл}	$20,0 \pm 0,11$	$11,7 \pm 0,03$ $p < 0,01$	$17,5 \pm 0,21$ $p < 0,01$	$16,8 \pm 0,3$ $p < 0,01$

Эзоҳ: Р- ифодаи омори фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ



(миқдорашон муайян карда шуд) истифода бурда шуд.

Миқдори МДА дар зардоби хун бо усули И.Д. Стальной муайян карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон дод, ки бо роҳи озмоишӣ вайронкунии мубодилаи липидҳо дар зардоби хун боиси 2 маротиба зиёдшавии миқдори триглицеридҳо ($1,37 \pm 0,15$; $2,77 \pm 0,1$ ммол/л), 1,3 маротиба баландшавии ЛПЗП ($3,07 \pm 0,21$; $4,06 \pm 0,22$ ммол/л), 1,4 маротиба ($1,7 \pm 0,16$; $2,39 \pm 0,26$ ммол/л) холестерини умумӣ ва 1,7 маротиба камшавии ЛПЗБ нисбат ба нишондиҳандаҳои назоратӣ мегардад.

Ҳангоми омӯзиши нишондиҳандаҳои системаҳои оксидантӣ ва антиоксидантӣ дар зардоби хуни калламушхое, ки бо ихтилоли озмоишӣ дар онҳо мубодилаи липидҳо вайрон карда шудааст, дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ маълум шуд, ки маҳсулоти охири ни таҷзияи ОПЛ–диалдегиди малонат (ДАМ) 45,7% ($3,48 \pm 0,07$; $5,28 \pm 0,37$ мкмол/л) зиёд шудааст (Қадвали1).

Зиёдшавии миқдори назарраси МДА дар зардоби хуни калламушхое озмоишӣ ба коҳишёбии возеҳи потенциали антиоксидантӣ гардид, ки ин тавассути омӯзиши нишондодҳои СОД муайян гардид: яъне фаъолияти антиоксидантии ферменти супероксиддисмутаза дар калламушхое, ки дар онҳо мубодилаи липидҳо вайрон шудааст, ба 42,4% ($6,54 \pm 0,15$; $3,77 \pm 0,1$ воҳид/мл.) дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ коҳиш ёфтааст.

Миқдори антиоксиданти ғайриферментативӣ-кислотаи аскорбин дар зардоби хуни калламушхое озмоишӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 41,5% ($20,0 \pm 0,11$; $11,7 \pm 0,03$ мкг/мл) кам шуд.

Баландшавии нишондодҳо дар зардоби хуни калламушхое бо вайроншавии мубодилаи липидҳо боиси фаъолшавии оксидшавии радикалҳои озод ва инкишофи стресси оксидантӣ мегардад.

Радикалҳои озод мутагенӣ ва ситотоксикӣ буда, бо кислотаҳои чарбии беҳади мембранаҳои ҳуҷайра таъсир намуда, ба ҳосилшавии пероксидҳои липидӣ мусоидат мекунанд, ки боиси вайроншавии мембранаҳо мегарданд (13,14).

Дар калламушхое таҷрибавӣ, ки бо қиёми баргҳои ангур таърибавӣ (1:10), миқдори МДА дар зардоби хун нисбат ба гурӯҳи назоратӣ коҳиш ёфта, ба $3,9 \pm 0,12$ мкмол/л расид, ки ин 112,0% ($p 0.05$) -ро ташкил дод. Дар гурӯҳи муқоисавии калламушхое, ки бо қиёми барги бихӣ, дар давоми 30 рӯз ба миқдори 5 мл/кг вазни бадан таърибавӣ карда шудаанд, консентратсияи МДА дар зардоби хун ба $3,7 \pm 0,1$ (106,3%0) баробар буд.

Нишондиҳандаи ферменти антиоксидантӣ-СОД дар зардоби хуни калламушхое, ки дар онҳо мубодилаи липидҳо вайрон шудааст ва онҳо бо қиёми барги ангур таърибавӣ шудаанд, то 53,8 % ва миқдори кислотаи аскорбин бошад, то 49,5 % афзуд.

Дар гурӯҳи калламушхое, ки аз қиёми барги бихӣ (1:10) қабул карда буданд, дар муқоиса бо калламушхое, ки дар онҳо мубодилаи липидҳо вайрон шудааст, фаъолияти СОД 48,5% ва кислотаи аскорбин 43,5% зиёд шудааст.

Илова бар ин, дар зардоби хуни калламушхое, ки бо қиёми баргҳои ангур ва бихӣ таърибавӣ карда шуданд, пастшавии назарраси миқдори триглицеридҳо, холестерин, ЛПЗП дар заминаи коҳишёбии ЛПЗБ мушоҳида карда шуд.

Ҳангоми вайроншавии мубодилаи липидҳо, оксидшавии радикалҳои озод пурзӯр гашта, фаъолияти системаи антиоксидантӣ суст мегардад.

Қиёми баргҳои ангур ва бихӣ таъсири антиоксидантӣ доранд. Ин хосияти онҳо аз мавҷудияти флавоноидҳо ва флавоноидҳо (кверцетин, кемпферол, изокверцетин) дар таркиби барги ангур шаҳодат медиҳад.

Флавоноидҳо таъсири витамини Р-ро дошта, равандҳои барқарорсозии бофтаҳо танзим намуда, рағҳои хунгардро мустақам мекунанд. Онҳо хосияти баланди антиоксидантӣ дошта, радикалҳои озодро маҳдуд мекунанд ва ба раванди оксидшавии пероксиди липидҳо монеа мегарданд.

Бинобар зиёд будани миқдори витамини С дар таркиби барги ангур (410,3%), он шаклҳои оксидшудаи витамини Е-ро барқарор намуда, консентратсияи зарурии онро дар мембранаи ҳуҷайра нигоҳ медорад ва бо



шаклҳои дар об ҳалшавандаи оксиген таъсири мутақобила расонида, онҳоро ғайрифавол гардонида, вазифаи антиоксидантиро иҷро мекунад.

Хулосаҳо. Хангоми вайрон шудани мубодилаи липидҳо оксидшавии радикалҳои озод бо шиддат ба амал меояд, ки ин раванд

боиси коҳишёбии системаи зиддиоксидантӣ мегардад.

Истифодаи қиёми баргҳои ангур ва бихӣ ба пастшавии ҳолати гиперлипидемия, коҳишёбии оксидшавии радикалҳои озод мусоидат намуда таъсири антиоксидантии пурзӯр доранд.

Адабиёт

- 1.Дубинина Е.Е. Продукты метаболизма кислорода и функциональной активности клеток /Е.Е.Дубинина. Санкт-Петербург, 2006,-288с.
2. Лесниковская Е.Е. Фармакотерапия с основами фитотерапии /Е.Е. Лесниковская, Л.В. Пастушенков /Учебное пособие для вузов. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2012-590с.
3. Северин Е.С. Биохимия. Москва ГЭОТАР- Медиа, 2011- 760с.
4. Новиков В.Е. Роль АФК в физиологии и патологии клетки и их фармакологическая регуляция /В.Е. Новиков, О.С. Левченкова /Обзоры по клинической и лекарственной терапии- 2014, т.12-№4 с. 13-21.
5. Саодаева С.К. Механизмы развития оксидативного стресса под воздействием аэрополлютинов окружающей среды. /С.К. Саодаева, Л.Ю. Никитина /Пульмонология- 2015- №6 –с. 736-742.
- 6.Додхоева М.Ф. Особенности дисбаланса перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у беременных с дефицитом массы тела. /М.Ф. Додхоева, А.М. Сабурова, Х.К. Бабаева /Вестник Авиценны, 2011, -№2-с.38-40.
7. ШукуроваЗ.Т.Применениефитоантиоксидантов в комплексной терапии гестозов/З.Т. Шукурова, Ф.М. Абдурахманов, А.М. Сабурова /Здравоохр. Таджикистана, 2005,№4,с.110-114.
- 8.Нуралиев Ю.Н. Вклад АбуалиибнСино в медицину.-2000г-56с.
9. Соколов С.Я. Справочник по лекарственным растениям /С.Я. Соколов, И.П. Замотаев /М. Медицина,2003,580 с.
10. Ишанкулова Б.А. Фармакология некоторых сахароснижающих лекарственных растений Таджикистана /Б.А.Ишанкулова /Душанбе, 2015,191с.
11. Носов А.М. Лекарственные растения /А.М. Носов /М. Медицина, 2005.68с.
12. Каухова И.Е. Новая методика получения растительных препаратов /И.Е. Каухова, /Фармация,2006, № 1, 36-39с.
13. Клиническая фармакология. Пособие для студентов 4-5 курсов фармфака. Витебск, 2015, 235-236с.
14. Томсон Р.Х. Биохимия фенольных соединений /Р.Х. Томсон, М.К. Зейкелр /М. 1968 - 451с.

АНТИОКСИДАНТНЫЕ СВОЙСТВА ВИНОГРАДНЫХ И АЙВОВЫХ ЛИСТЬЕВ В ПЕРИОД НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Сабурова А.М., Урунова М.В., Носирджонова Х.Р., Курбанова М.Б., Махсудова М.С.

Кафедра биохимии и фармакологии ГОУ «ДДТТ имени Абуали ибн Сино»

Цель: изучить антиоксидантные свойства листьев винограда и айвы при нарушении липидного обмена.

Материалы и методы исследования: В эксперименте на 30 белых крысах в течение 30

дней нарушался липидный обмен. Животные были разделены на 4 группы. Подопытные животные с нарушением липидного обмена получали экстракт виноградных листьев и для сравнения – экстракт листьев айвы.



Показателями липидного обмена были: триглицериды, холестерин, ЛПНП, ЛПВП, продукты ПОЛ - малоновый диальдегид (МДА), ферментативный антиоксидант - супероксиддисмутаза, содержание неферментативного антиоксиданта - аскорбиновой кислоты.

Результаты: исследования показали, что нарушения липидного обмена приводят к увеличению триглицеридов в 2 раза, ЛПНП в 1,3 раза, холестерина в 1,4 раза на фоне снижения ЛПВП в 1,7 раза, увеличения МДА

на 45,7%, снижения по активности СОД на 42,4%, содержанию аскорбиновой кислоты на 42,5% по сравнению с контролем.

Выводы: Экстракты листьев винограда и айвы способствуют снижению гиперлипидемии и оказывают активное антиоксидантное действие.

Ключевые слова: малоновый диальдегид, антиоксиданты, холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, листья винограда, айва, СОД, вит. С.

ANTIOXIDANT PROPERTIES OF GRAPE AND QUINCE LEAVES IN DISORDERS OF LIPID METABOLISM

A.M. Saburova¹, M.V. Urunova², Kh.R. Nasirjanova¹, M.B. Kurbanova¹, M.S. Makhsudova¹

1. Department of Biochemistry and Pharmacology SEI "TSMUnamed after Abualiibn Sino"

2. Department of Pharmacology SEI "TSMUnamed after Abualiibn Sino"

Purpose: To study the antioxidant properties of grape and quince leaves in violation of lipid metabolism.

Materials and methods of research: Experimentally on 30 white rats, lipid metabolism was disturbed for 30 days. Animals were divided into 4 series. Experimental animals with impaired lipid metabolism received an infusion of grape leaves and, for comparison, an extract of quince leaves.

The indicators of lipid metabolism were: triglycerides, cholesterol, LDL, HDL, LPO products - malondialdehyde (MDA), enzymatic antioxidant - superoxide dismutase, the content of non-enzymatic antioxidant - ascorbic acid.

Results: research have shown that lipid metabolism disorders lead to an increase in triglycerides by 2 times, LDL by 1.3 times, cholesterol by 1.4 times against the background of a decrease in HDL by 1.7 times, an increase in MDA by 45.7%, a decrease in activity SOD by 42.4%, ascorbic acid content by 42.5% compared with the control data.

Conclusions: Extract of grape and quince leaves helps to reduce hyperlipidemia and has an active antioxidant effect.

Keywords: malondialdehyde, antioxidants, cholesterol, LDL, HDL, triglycerides, grape leaves, quince, SOD, vit. C.

ЧАРРОҲӢ

КРАНИОГРАФИЯ ДАР ТАШХИСИ ЭХИНОКОККОЗИ МАЙНАИ САР

Бобочонов М.Н.

Кафедраи чарроҳии асаб бо садамаҳои омехта МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Мубрамият. Эхинококкози одам бемории вазнини паразитарӣ аст, ки дар бисёр кишварҳои дунё паҳн шудааст. Эхинококкоз дорои чараҳои музмин, ихтилолҳои вазнини узвҳо ва системаҳо буда, осеби васеъ дорад, ки ба маъюбшавӣ ва зиёд ба фавти беморон оварда мерасонад. Мубрамии проблема дар шароити Осиёи Миёна вобаста аз он, ки бемории эхинококкоз майли устувори зиёдшавӣ дорад, меафзояд [6,9,11,12,13].

Дар байни шаклҳои нодир ва вазнинтари эхинококкоз осебҳои майнаи сар мавқеи асосӣ доранд, ки басомади онҳо ҳангоми эхинококкоз аз 0,3% то 9,9%-ро ташкил медиҳад. Бояд қайд кард, ки кистаҳои эхинококкӣ аз номияҳои бузургҳаҷми нимкурраи калони майнаи сар калонтарин мебошад. Дар баробари ин, онҳо бештар боиси клиникаи нисбатан возеҳи неврологӣ шуда наметавонанд [3,6,8,9,10,11,12,13].

Ба он нигоҳ накарда, ки дар чарроҳии асаб муваффақиятҳои назаррас ба даст оварда шудааст, дар табobati бемориҳои эхинококкӣ, имрӯзҳо як қатор масъалаҳои ҳалталаб боқӣ мемонанд, ки таваччуҳи таҳқиқотчиёнро ба худ ҷалб кардааст. Пеш аз ҳама, ин ба масъалаҳои ташхиси он дахл дорад, ки бо набудани симптоматикаҳои дақиқи беморӣ, махсусан дар давраи барвакти инкишофи он алоқаманд аст. Ташхиси дерӣ эхинококкоз ба марҳалаи ҷуброннашаванда оварда мерасонад, ки мутаносибан пешгӯии беморию муайян мекунад. Пешгӯии эхинококкоз дар одам аз барвакт ва сари вақт гузаронидани усулҳои комплекси табобат вобаста аст.

Ташхиси рентгенологӣ усули нисбатан паҳншудаи таҳқиқоти тиббӣ муосир ва аз ҷумла чарроҳии асаб ба ҳисоб меравад. Мувофиқи маълумотҳои краниография тағйиротҳои барои баланд шудани фишори дохили косахонаи сар дар шакли дур шудани дарзҳои косахонаи сар, фишор до-

дан бо ангуштон, тағйироти такрории зини туркӣ, умқи қаъри чуқурчаи миёнаи косахонаи сар, ҳамчунин тағйиротҳои мавзӣ, ки бо фишори бузург ба устухонҳои ҳамсояи косахонаи сарро муайян кардан имконпазир аст. Баъзе ҳосилаҳои бузург метавонанд калсификатсия шаванд ва дар аксҳои умумӣ дидашаванда мегарданд [1,4,7,9].

Тибқи маълумот осебҳои системаи устухонҳо дар 2%-и ҳамаи ҳолатҳои эхинококкоз дида мешаванд, дар ин маврид осебҳои эхинококки устухонҳои косахонаи сар тақрибан 10%-и ҳамаи ҳолатҳои эхинококкози устухонҳо ташкил медиҳад. Ҳолатҳои эхинококкози майнаи сар бо ҳамзамон осебҳои устухонҳои пешонӣ, бинӣ, шушҳо ва гиреҳҳои лимфавии зерӣ бағал, бо эхинококкоз пӯсида шудани шонаи пистонакшакл ва эхинококкози косахонаи сар бо 4 нуқсонӣ байзавии устухонҳо тавсиф шудаанд.

Дар байни 17 бемори гирифтори эхинококкози майнаи сар, ки дар ПИТ чарроҳии асаб ба номи Н.Н.Бурденко муоина шудаанд, осебҳои устухонҳои косахонаи сар тавассути эхинококкоз ба ду шакл ҷудо карда шудаанд: 1.Осебҳои устухонҳои сақф ё асоси косахонаи сар, ки бо ҷойгиршавии кистаи эхинококкок дар ҳуди устухони косахонаи сар ва ё ҷойгиршавии экстрадуралӣ ба вучуд омадаанд. Дар ин шакл тадричан вайрон шудани устухонҳои косахонаи сар ба назар мерасад, ки ба тунукшавӣ ва баъдан варам кардани устухонҳои ноҳияи ҷойгиршавии эхинококк ва баъзан тавлид шудани нуқсонҳои устухонҳои косахонаи сар дар натиҷаи перфоратсияи онҳо оварда мерасонад. 2.Тағйироти такрории устухонҳои косахонаи сар вобаста аз эхинококкози ҷойгиршавии дохилимайнагӣ, ки бо калон шудани низ метавонад боиси тунукшавии устухон, то ҳадди дар он пайдо шудани нуқсон гардад. Дар кӯдакон, вобаста аз онкологияи инкишофёбанда, ки дар асари роҳҳои



ликворро муҳосира карда эхинококкоз ба амал меояд, дуршавии дарзҳо ва шадидан тунук шудани устухонҳои косахонаи сар имконпазир аст [3].

Тибқи маълумоти Корнянский Г.П. бо ҳаммуаллифон (1968) дар байни 25 бемори гирифтори эхинококкози майнаи сар калсификатсияи паразит дар 3 нафар ошкор карда шуд [5].

Тибқи маълумоти Cataltepe O. et al., (1992) аз 120 бемори гирифтори эхинококкози майнаи сар, дар краниограммахо дуршавии дарзҳои косахонаи сар дар 38%, номутаносибии косахонаи сар дар 8%, тағйир ёфтани зинитуркӣ дар 32%, ва деструксияи устухонҳои сакфи косахонаи сар дар болои ноҳияи хобидани кистаи эхинококкӣ дар 24% -и беморон ошкор карда шуд [13].

Натиҷаҳои таҳқиқоти 25 бемор, ки дар онҳо краниография гузаронида шудааст, тағйиротҳои гипертензионӣ дар устухонҳои косахонаи сар дар 15 (60%) бемор муайян карда шуд, ки бештари онҳо кӯдакон -12 нафар буданд. Дуршудани дарзҳои косахонаи сар ва пурзӯр кардани фишори ангуштон дар 9 (36%) ҳолат ба мушоҳида расид. Тағйироти такрории зинитуркӣ дар шакли деструксия ва ковокии пушт дар 5 (20%) бемор дида шуд. Тағйироти мавзӣ дар шакли деструксияи устухонҳои сакфи косахонаи сар дар 5 (20%) бемор, нуқсонҳои устухонҳо дар 2 (8%) ҳолат ба қайд гирифта шуд. Дар 4 ҳолат калсификатсияи кистаи эхинококкӣ ба назар расид [9].

Ҳангоми таҳқиқоти рентгенологӣ метавон аломатҳои бавоситаи эхинококкозро ба даст овард, аз сабаби в баъзи семиотикаи номахсуси он. Танҳо дар 8-20% ҳолатсимптоми мустақими осеб, мавзёҳои калсификатсияи капсулаи фиброзии киста, муайян карда мешавад. Арзиши таҳлили рентгенография бо назардошти қобиляти таҳрибкунандаи сохторҳои гуногун доштан ва хусусиятҳои истифодааш аз бисёр ҷиҳат ба ҷойгиршавии кистаи паразитарӣ ва марҳалаи инкишоф вобаста аст [1].

Дар краниография возеҳии ҷӯякҳои диплоикӣ дар 76,5%, «фурӯрафтагии ангуштон» дар - 58,0%, дуршудани дарзҳои косахонаи сар -51,9 %, остеопорози маҳдуд -40,7%,

тағйир ёфтани зинитуркӣ - 8,1%, деструксияи устухонҳои сакфи косахонаи сар - 51,9%, калон шудани косахонаи сар - 53,1% аз 62 бемори дорои эхинококкози майнаи сар муайян карда шуд [6].

Краниография бо дарназардошти далаيلي мавҷуд набудани томографияи компютерӣ ва томографияи магнитӣ-резонансӣ, ки метавонанд ҳамчун критерияи интиҳоб барои гузаронидани усулҳои нейровизуалии таҳқиқот хизмат кунанд, актуалӣ маҳсуб мешавад. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар адабиётҳои барои мо дастрас, пажӯҳишхое, ки ба ташҳиси рентгенологии эхинококкози майнаи сар бахшида шуда бошанд, вучуд надоранд, ки ин зарурати баргузории таҳқиқоти мазкурро ба миён меорад.

Мақсади таҳқиқот. Таҳлили аҳамияти таҳлили краниография ҳангоми эхинококкози майнаи сар.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Асоси таҳқиқоти мазкурро таҳлили ретроспективии 145 таърихи беморӣ (аз 119 бемор) бо эхинококкози майнаи сар анҷом дода шуд, ки синну солашон аз 2 то 60-сола буда, дар пойгоҳи кафедраи ҷарроҳии асаб бо садамаҳои омехтаи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» дар давраи солҳои 1986-2020 тахти муолиҷа қарор доштанд.

Таҳқиқотҳои анъанавии рентгенӣ дар дастгоҳҳои таҳлили ретгении “EDR-750B” ва “PIO2XL” дар шароити стандартии техникии наворгирӣ иҷро карда шуданд. Маълуман 2 акси умумии косахонаи сар бароварда мешавад: лар ҳолати пешонӣ-бинӣ (мустақим) ва ба паҳлӯ (акси паҳлӯӣ). Дар мавриди зарурӣ рентгенографияи умумӣ бо аксҳои мақсаднок пурра карда мешаванд.

Краниография бо содагӣ, дастрасии умумӣ, ғайриинвазивӣ ва имконпазир будани баргузории таҳқиқот дар ҳама гуна шароит ҷолиб аст ва дар марҳалҳои барвакти раванди таҳлиси гузаронида мешавад.

Нишондодҳо барои краниография инҳоянд: 1. Симптомҳои равонӣ ва неврологии лонавии этиологияшон номаълум; 2. Мавҷуд будани аломатҳои гипертензияи интракраниалӣ; 3. Мавҷуд будани хуруҷҳои саръ (эпилепсия).

Зиддишондодҳо барои краниография тақрибан ки вучуд надорад: хусусиятҳои инфиродии бемор; калон ё хурд шудани андозаи косахонаи сар, асимметрияи косахонаи сар, дур шудани дарзҳои косахонаи сар, «фурӯрафтагии ангуштон», тағйир ёфтани акси рағҳо (чӯякҳои шарёнӣ ва синусӣ, каналҳои диплоэтикӣ), рағбофтҳои меъдаҳои паҳлуии майнаи сар, тағйир ёфтани зини туркӣ, нуқсони устухонҳои косахонаи сар, калсификатсия.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки краниография дар 98 бемор гузаронида шудааст. Кӯдакон - 67 (68,4%) нафар буданд. Семиотикаи рентгенологии эхинококкози майнаи сар дар ҷадвали 1 оварда мншавад.

Симптомҳои умумии краниографӣ (гипертензионӣ-гидросефалӣ) дар 65 (66,3%) нафар муайян карда шуд, ки аз онҳо - 48 (73,8%) кӯдакон, - 17 (26,2%) нафар калонсолон буданд. Симптомҳои нисбатан возеҳ ҳангоми ҷойгиршавии субтенториалии ки-

ста ба мушоҳида мерасад. Ҳангоми таҳлил кардани краниография муайян карда шуд: шакли гидросефалии косахонаи сар, дуршавии дарзҳои устухонҳодар 8 (8,2%) бемор, асимметрия ва тағйири конфигуратсияи косахонаи сар дар 6 (6,1%), тағйири (шиддатгирии) манзараи шарёнҳо ва варидҳо дар 21 (21,4%) нафао, симптоми «фурӯрафтагии ангуштон» дар 19 (19,4%), шакли косамонанди зини туркӣ бо васеъ шудани даромадгоҳ ва рост шудани пушти он дар 7 (7,1%) нафар ва деструксияи паҳнфӯтаи устухонҳои косахонаи сар дар 4 (4,1%) нафар мушоҳида карда шуд. Симптомҳои умумии зикршуда- тағйир ёфтани сохтори устухон – аҳамияти топикӣ надоранд ва танҳо аз муддати дуру дароз вучуд доштани гипертензияи дохили косахонаи сар, - раванди патологӣ дарак медиҳанд. Ҳамаи тағйиротҳои зикршудаи сохтори устухонҳо ба ҳайси меъёри интиҳоби беморон барои гузаронидани томографияи компютерӣ ва томографияи резонансӣ - компютерӣ хизмат мекунанд.

Ҷадвали 1. Семиотикаи рентгенологии эхинококкози майнаи сар (n=98)

Номи семиотикҳо						Бе патология	
Умумӣ	Мутл.	%	Мавзӣ	Мутл.	%	Мутл.	%
Шакли гидросефалии косахонаи сар, дуршавии дарзҳои устухонҳо	8	8,2	Остеопорози маҳдуд	9	9,2	19	19,4
Ассиметрия ва тағйири конфигуратсияи косахонаи сар	5	6,1	Нуқсони устухонҳо	2	2,0		
Тағйири (шиддати) манзараи рағҳо	21	21,4	Калсификатсияи интракраниалӣ	3	3,1		
«Фурӯрафтагии ангуштон»	19	19,4					
Шаклҳои косамонанд ва ҳамвори зини туркӣ ва бо рост будани пушт	7	7,1					
Деструксияи паҳнфӯтаи устухонҳои косахонаи сар	5	4,1					
Ҳамагӣ	65	66,3		14	14,3	19	19,4

Дар краниограммаҳо тағйиротҳои мавзӣ бештар аҳамият доранд, ки дар 14 (14,3%) бемор муайян карда шудаанд, онҳо на танҳо мавҷуд будани номии бузурги майнаи сар, балки ҷойгиршавии онро низ нишон медиҳанд. Тағйиротҳои мавзӣ дар болои ҷойгиршавии кистаи эхинококкӣ дар шакли деструксияи (остеопорози) маҳдуди устухонҳои сақфи косахонаи сар дар 9 (9,2%) ҳолат ба мушоҳида расид. Нуқсони устухонҳо дар 2 (2,1 %) бемор дида шуд. Симптомҳои дар боло зикршуда бо фишори тӯло-

нии кистаи эхинококкӣ ба устухонҳои ҳамҷавори сақфи косахонаи сар алоқаманданд.

Таснифоти интракраниалӣ ҳангоми осебҳои паразиталии майнаи сар аломати муҳими ташхисӣ мебошанд. Таснифот дар 3 (3,1%) бемор муайян карда шуд. Дар бораи омилҳои мусоидаткунандаи кистаҳо маълумот кам дар даст дорем, шояд ин аз фаъолноқшавии звенои ҳучайраҳои масунӣ ба баста бошад, дар ин маврид инвазия аз лаҳзаи захролудшавӣ то худдармонӣ пурра бидуни симптомҳо мегузарад, ки ин оқибат



ти хуб доштани раванди патологиро нишон медиҳад.

Ташхиси тафриқавии рентгенологии байни калсификатсияи эхинококкӣ ва таснифоти этиологияшон дигар вазифаи мушкил мебошад.

Дар муоинаҳои мо симптомҳои краниографӣ дар 19 (19,4 %) бемор муайян карда нашуд.

Гуфтаҳои болозикрро таҳлил намуда, тахмин кардан мумкин аст, ки краниография ҳангоми эхинококкози майнаи сар то андозае барои муайян кардани мавҷудият ва ҷойгиршавии раванди эҳтимолии бузурги дохили косахонаи сари кӯдакон ёрӣ мерасонад.

Симптомҳои умумии краниографии эхинококкози майнаи сар натиҷаи баланд шудани фишори дохили косахонаи сар буда, асоси инъикоси рентгенологии синдроми гипертензионӣ-гидросефалиро ташкил медиҳанд. Онҳо бо чунин шаклҳо намудор мешаванд: а) шакли гидросефалии косахонаи сар, дуршавии дарзҳои устухонҳо, асимметрияи косахонаи сар бо тағйироти конфигурацияи он (дар синну соли барвакти кӯдакӣ) ва якҷоя шудан бо деструксияи паҳншудаи устухонҳо, ҳамвор шудани асоси косахонаи сар; б) тағйир ёфтани зини туркӣ мувофиқи типи тақрории гипертензионӣ, ки бо он зохир мешавад, ки зин шакли коса, ҳамвор ва даромадгоҳаш васеъ ва қаъраш нисбатан хурдро мегирад, пушташ рост шудааст; в) “фурӯрафтагии ангуштон”, ки бар асари фишор додани печидагӣҳо ба сатҳи дарунии устухонҳои косахонаи сар; г) тағйир ёфтани (шиддат гирифтани) манзараи шарёнӣ ва варидӣ – возеҳии ҷӯякҳои диплоидӣ ва синусҳои варидӣ ва умқи гра-

нулятсияҳои пахионӣ.

Тағйироти мавзеии сақфи устухон ва асоси косахонаи сар, ки ҳангоми эхинококкози майнаи сар ба амал меоянд, ки дорои ё хусусиятҳои аксуламали мавзей дар шакли остеолитис ҳастанд ва ё нуқсонҳои бофтаҳои устухонҳо ҳастанд. Калсификатсияи интракраниалӣ аломати муҳими ташхисӣ аст, ки бештар ҳангоми осебҳои паразитарии майнаи сар ба назар мерасад. Дар чунин ҳолатҳо таҳқиқоти рентгенологӣ метавонад ба рои дақиқ кардани на танҳо ташхиси топикӣ, балки хусусиятҳои раванди патологӣ низ ёрӣ мерасонад.

Ҳамин тавр, барои фаъолона ошкор сохтани эхинококкози майнаи сар ҳамкориҳои ҳадамоти рентгениро пурзӯр кардан лозим аст. Тавсия карда мешавад, ки ҳангоми баҳогузори ба манзараи рентгенологии раванд дар косахонаи сар дар муассисаҳои табобатӣ- ташхисӣ ҳушёрӣ бояд кард. Сари вақт ба кор бурдани усулҳои иловагии таҳқиқот. Ҳамин тавр, имконияти ташхиси барвақт, гузаронидани табобати саривактиву комплексӣ барои пешгӯии беморӣ имконпазир мегардад.

Хулосаҳо. Краниография усули сода, арзишнок, дастрасиаш тумумӣ ва иттилоотноки таҳқиқот мебошад, барои фаъолона ошкор кардани беморон аҳамияти бузург дорад ва ба ҳайси критерии интихоби баргузори томографияи компютерӣ ва томографияи компютери резонансӣ хизмат мекунад. Тибқи маълумоти краниография тағйироти барои симптоми гипертензионӣ-гидросефалӣ хос ва тағйироти мавзеиро, ки ба фишори кистаи паразитарӣ ба устухони ҳамчавори косахонаи сар ва калсификатсия алоқаманданд, муайян мекунад.

Адабиёт

1. Азиззода З.А. Современные вопросы диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений / З.А. Азиззода [и др.] / Здоровоохранение Таджикистана.- 2019- №4.-С. 69-77.
2. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия / Коновалов А.Н.,Скворцова В.И. Москва: Медицина, 2015.-656с.
3. Дусмуротов М.Д. Эхинококкоз головного мозга. Ташкент: Медицина, 1967.1-48с.
4. Ким Г.С. Возможности рентгенодиагностики в выявлении рассеянного эхинококкоза у детей / Г.С. Ким [и др.] / Вестник АГИУВ. – 2013- №4. – С.90-93.

5. Корнянский Г.П. Паразитарные заболевания центральной нервной системы / Г.П. Корнянский, Н.Я.Васин, Н.В.Эпштейн М., 1968. –с.79-139.
6. Мамадалиев А.М. Бош мия эхинококкозининг диагностикаси ва нейрохирургик даволаш усуллари. Самарканд, 2020. –120с.
7. Мирзоев М.Ш. Рентгенодиагностика у больных с опухолями и опухолеподобными образованиями челюстно-лицевой области / М.Ш Мирзоев[и др.] / Здоровоохранение Таджикистана.- 2019-№2. – С. 51-57.
8. Множественный эхинококкоз головного мозга, сердца и почек / А.А. Потапов [и др.] // Журнал Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко.- 2011.-Т. 75, №1.– С. 57-65.
9. Ордабеков С.О. Эхинококкоз человека / С.К. Акшулаков, О.К. Кулакеев.- Алматы: –Эверо, 2009. –512с.
10. Трофимова Т. Н. Эхинококкозные поражения головного мозга / Г. Т. Аманбаева // Лучевая диагностика и терапия. – 2016. - № 2 (7). С. 37-46. 62.
11. Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г. Хирургия эхинококкоза. Москва, РФ: Издательство «Династия»; 2016.288с.
12. Basarslan S.K. The Gigant primary cerebral hydatid cyst with no marked manifestation: a case report and review of literature / S.K. Basarslan [et al.] // European Review for Medical and Pharmacological Sciences. - 2015.- V.19,-P. 1327-1329.
13. Cataltepe O. Intracranial hydatid cysts: experience with surgical treatment in 120 patients. / O. Cataltepe, O. Colac, O. E. Ozcan, T. Ozgen, A. Erbenli // Neurochirurgia.- 1992. - №35.- P. 108-111.

КРАНИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Бобожонов М.Н.

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Анализ диагностической значимости краниографии при эхинококкозе головного мозга.

Материал и методы исследования. В основу работы положен ретроспективный анализ 145 историй болезней (119 больных) с эхинококкозом головного мозга в возрасте от 2 до 60 лет, находившихся на лечении на базе кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» за период 1986-2020 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. Общие краниографические симптомы выявлены у 65 (66,3%), из них часто определяется у детей - 48 (73,8%), а у взрослых - 17 (26,2%) пациентов. На краниограммах наибольшее значение имеют местные изменения, которые выявлены у 14 (14,3%) больных, указывающие

не только на наличие объемного образования мозга, но и на его локализацию. В наших наблюдениях краниографические симптомы у 19 (19,4 %) пациентов не выявлены.

Выводы. Краниография является простым, ценным, общедоступным и информативным методом исследования, имеет важное значение для активного выявления больных и служит критерием отбора для проведения компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

По данным краниографии возможно обнаруживать изменения, характерные для гипертензионно-гидроцефального симптома, а также местные изменения, связанные с давлением паразитарной кисты на прилежащие кости черепа и обызвествления.

Ключевые слова. Череп, головной мозг, диагностика, краниография, эхинококкоз.

CRANIOGRAPHY IN DIAGNOSIS OF ECHINOCOCCOSIS OF THE BRAIN

Bobozhonov M. N.

Department of Neurosurgery and Combined Trauma Educational Institution “ TGMU Abuali Ibni Sino

Target. Analysis of diagnostic significance of craniography in brain echinococcosis.

Material and methods of research. The work is based on a retrospective analysis of 145 medical

records (119 patients) with echinococcosis of the brain aged 2 to 60 years, who were treated at the Department of Neurosurgery and Combined Trauma of the State Medical University named



after Abuali Ibni Sino for the period 1986-2020.

Research results and their discussion. In patients which, and 17 (26.2%) patients in . On craniograms, local changes are most significant, which were detected in 14 (14.3%) patients, indicating not only the presence of a volumetric brain formation, but also its localization. In our observations, craniographic symptoms not detected in patients.

Conclusions. Craniography is a simple, valuable, publicly available and informative

method of research, is important for the active identification of patients and serves as a selection criterion for computer and magnetic resonance imaging.

According to craniography, it is possible to detect changes characteristic of the hypertension-hydrocephalus symptom, as well as local changes associated with the pressure of the parasitic cyst on the adjacent bones of the skull and calcification.

Keywords. Skull, brain, diagnosis, craniography, echinococcosis.

Бобоҷонов Мумин Нумонович - дотсенти кафедраи ҷарроҳии асаб ва садамаҳои омехтаи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». E-mail. Bobojonov_60@mail.ru тел.: +992935106071

Бобоҷонов Мумин Нумонович - доцент кафедри нейрохирургии и соҷетанной травмы ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино". E-mail. Bobojonov_60@mail.ru тел.: +992935106071

Bobozhonov Mumin Numonovich - Associate Professor of the Department of Neurosurgery and Combined Trauma Ibni Sino State Medical University E-mail. Bobojonov_60@mail.ru phone: +992935106071

ТАРЗИ ТАРМИМИ ДЕВОРИ ПЕШИ ШИКАМ ҲАНГОМИ ЧУРРАҲОИ ВЕНТРАЛӢ ВА НОРАСОИИ ҚАБАТИ МУШАКӢ-АПОНЕВРОТИКӢ

Боқиев Ф.Б.

Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо, ш. Душанбе.

Мухиммият. Дар ду даҳсолаи охир бинобар ба таври васеъ истифода кардани тарзҳои таҳлили иловагӣ бо таҷҳизотҳои таҳлисии тиббии муосир миқдори амалиётҳои ҷарроҳӣ дар узвҳои дохили шикам, коси хурд ва фазои паси пардаи сифок дучанд афзудаанд [1]. Дар баробари ин, миқдори беморон бо намудҳои ҷурраҳои пас аз ҷарроҳӣ низ афзуда, дар бештари мавридҳо дар беморон ҷурраҳои ҳаҷман калон ва гигантӣ дида мешаванд [2].

Таҳлили адабиётҳои муосир нишон медиҳад, ки новобаста аз ҷой доштани маълумоти зиёд оид ба ҷурраҳо, истифодабарии тарзҳои ҳозиразамони тармими девораҳои ҷурра то ҳол бештари равишҳои ин проблема ҳалли ҳудро наёфта, баҳсҳо оид ба сабабҳои пайдоиш, факторҳои тамоилкунанда, басомади аворизҳои пас аз ҷарроҳӣ ва аз нав такроршавии беморӣ давомдоранд [3,4].

Бархе аз муаллифон сабаби такроршавии бемориро бо номукаммалии тарзҳои анъанавии тармими девораҳои ҷурра [5], дига-

рон бо ҷой доштани бемориҳои ҳамрадиқ алоқаманд мекунад [6]. Муаллифон чунин мешуморанд, ки бемории диабети қанд [7], фарбеҳии зиёд [8], синдроми метаболитикӣ [9] ва зиёдшавии фишори дохили шикам [10] факторҳои асосии тамоилкунандаи ҷурраҳои вентралӣ мебошанд. Дигар муаллифон чунин мешуморанд, ки бемориҳои музминӣ шушҳо ва дилу рағҳои хунгард низ дар навбати худ сабаби пайдошавии ҷурраҳои калон мебошанд [11,12].

Солҳои охир дар бештари адабиётҳо сабаби асосии бемориро муаллифон бо аплазияи бофтаи васлкунанда пайваст намуда дар ақидаи онанд, ки камшавии коллагенҳо дар бофта ба номустаҳкамӣ ва номурағатии қабати мушакӣ-апоневротики оварда мерасонад, ки дар натиҷаи он пайдоиши ҷурра ба амал меояд [13,14].

Ҳамин тариқ, муолиҷаи беморон бо ҷурраҳои вентралӣ ва норасоии қабати мушакӣ-апоневротики яке аз проблемаҳои мумбрами соҳаи ҷарроҳии абдоминалии муосир буда натиҷаҳои амалиётҳои гуногу-

ни чарроҳӣ то ҳол беморон ва табибонро каноатманд намекунанд. Бештари равншҳои ин проблема то ҳол ҳалли худро наёфтааст ва муаллифони дар кушиши онанд, ки роҳҳои беҳтар намудани натиҷаҳои чарроҳиро ҷӯянд.

Мақсад: беҳтар намудани натиҷаҳои амалиётҳои чуррабурӣ тавассути мустаҳкам намудани қабати мушакӣ-апоневротикии девори пеши шикам дар якҷоягӣ бо тармими девораҳои чурра.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили натиҷаҳои амалиётҳои гуногун дар 16 нафар бемор ба ҷой оварда шудааст, ки ба онҳо тармими девораҳои чурра дар якҷоягӣ бо мустаҳкам намудани қабати мушакӣ-апоневротикии девори пеши шикам иҷро гар-

дидааст. Аз миқдори умумӣ 13 нафар занҳо буданд, ки 81,2 фоизро ташкил доданд. Синну соли беморон аз 34 то 66 солро ташкил менамуд. Мӯҳлатҳои мурочиати беморон аз вақти саршавии беморӣ аз 6 моҳ то 19 солро дарбар мегирад.

Вобаста аз ҳаҷми дарвозаҳои чурра беморон аз рӯи таснифи SWR, ки аз ҷониби J.P.Chevrel ва A.M. Rath (1999) пешниҳод гардидааст ба синфҳои ҷудо карда шуданд ва он дар ҷадвали 1 оварда шудааст. Бояд қайд намуд, ки беморон бо чурраҳои гигантӣ (W4) ба мавод дохил карда нашудаанд. Ҳаҷми дарвозаҳои чурра дар асоси муоинаи объективӣ ва истифодабарии таҳқиқоти ултрасадоӣ (ТУС) ва томография компютерӣ (ТК) муайян карда шудааст.

Ҷадвали 1.- Намудҳои чурра ва ҳаҷми дарвозаҳои он

Намуди чурра	Таснифи чурраҳо				Ҳамагӣ
	W1	W2	W3	W4	
Чурраҳои ибтидоӣ	2	4	2	-	8
Чурраҳои пас аз чарроҳӣ	2	1	2	-	5
Чурраҳои ретсидивӣ	1	1	1	-	3
Ҳамагӣ	5	6	5	-	16

Аз ҷадвали боло бармеояд, ки дар бештари беморон (50%) чурраҳои ибтидоӣ ҷой доштанд.

Бо мақсади пурра намудани ташҳис, муайян намудани тарзи буриш ва тармими девораҳои чурра ба беморон тарзҳои иловагӣ ташҳис, аз он ҷумла рентгенография, ТУС ва ТК ба ҷой оварда шуданд. Мақсад аз истифодабарии ТУС муайян намудани дефекти апоневроз, баҳодиҳии ҳолати қабати мушакӣ-апоневротикии девори пеши шикам, муайян намудани ҳаҷми даҳанаи чурраҳалта буд (расми1).



Расми 1. Дефекти апоневроз дар ТУС

Бинобар ҷой доштани мушкилиҳо дар аснои муоина бо мақсади мукамалтар намудани ташҳис ТК (расми 2) низ ба ҷой оварда шуд. Ҳадаф аз истифодабарии он низ муайян намудани ҳаҷми чурра, вобастагии узвҳои вориди шикам ба чурраҳалта, ҷой доштани дефекти апоневроз ва муайян намудани бемориҳои ҳамсафари узвҳои вориди шикам ва коси хурд буд.



Расми 2. Дефекти калони апоневроз дар ТК

Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии он. Ба дар назардошти синну сол, ҳаҷми чурра, наму-

ди он ва бемориҳои ҳамрадиф марҳилаи тайёри ба амалиёти ҷарроҳӣ аз 1 то 3 моҳро дарбар гирифт. Пас аз бартараф намудани норасоиҳо вобаста аз бемориҳои ҳамрадиф (бемории диабети қанд, фарбеҳӣ, бемориҳои хроникӣи шушҳо ва дилу рағҳои хунгард) беморон бо дарназардошти таъсиҳои мутахассисони соҳавӣ бистарӣ гардиданд ва ба назардошти онҳо ҳаҷми ҷарроҳӣ зери беҳискунии умумӣ ба нақша гирифта шуд.

Буриши оптималӣ дар чунин мавридҳо усули абдоминопластикаи калон ба ҳисоб мерафт (расми 3) ва пас аз урён намудани ҳамаи сатҳҳои девори пеши шикам чурра ба пуррагӣ ҷудо карда шуд ва нақшаи мавзеҳои сусти қабати мушакӣ-апоневротикӣ кашида шуд (расми 4).



Расми 3. Нақшаи буриши чурра



Расми 4. Ҷудо намудани чурра

Пас аз тармими чурра бо яке аз усулҳои тармимии мавзей мавзеҳои сусти апоневроз сараввал аз чапу рост ва сониян аз болову поён бо дарзҳои дарунӣ мустаҳкам карда шуданд (расми 5). Дар мавридиҷой доштани деформатсия ва таъғирёбии ноф охири бурида партофта мешуд ва ба мавзеи зери пустӣ дренажҳо гузошта шуданд (расми 6).

Ҳамин тариқ бо усули истифодашуда дар баробари бартараф намудани чурра тармими пурраи норасоии қабати мушакӣ-апо-



невротикӣи девори пеши шикам ба ҷой оварда шуд.

Усули истифодашуда душвориҳои техникӣро пеш намеоварад, мустаҳкамшавии девори пеши шикамро таъмин намуда аз нав такроршавии бемориро пешгирӣ менамояд.

Дар марҳилаҳои наздики пас аз ҷарроҳӣ серома дар як нафар ва фасоднокшавии захм низ дар як нафар (6,2%) дида шуд. Омӯзиши нишондодҳои баъзе муаллифон низ ба фоизи дар боло нишондодашуда баробар мебошад [4].

Дар марҳилаи дури пас аз ҷарроҳӣ аз 6 моҳ то 3 сол 13 нафар бемор зери назорат қарор доштанд, ки 81,2 фоизро ташкил медихад. Аз байни 13 нафар дар як бемор носурҳои риштагӣ ҷой доштанд, ки пас аз гирифтани дарзҳои илтиҳобнокшуда носурҳо бартараф гардиданд. Аз нав такроршавии беморӣ дар муҳлати дар боло зикршуда дида нашуд.

Хулоса, муолиҷаи беморон бо чурраҳои вентралӣ то ҳол масъалаи мушкул ба ҳисоб рафта бештари равишҳои чурра ҳалли худро наёфта истодаанд. Айни замон басомади аворизҳо новобаста аз намуди чуррабурӣ зиёд аст ва аз нав такроршавии беморӣ ҳам кам нашуда истодааст. Бинобар ин тарзи мустаҳкам намудани девори пеши шикам дар якҷоягӣ бо бартараф намудани чурра натиҷаҳои дилхоҳ дода истодааст.

АДАБИЁТ

1. Ермолов А.С., Благовестнов Д.А., Алексеев А.К., Упырев А.В., Ярцев П.А., Шляховский И.А. и др. Хирургическое лечение пациентов с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами. Хирургия им. Н.И.Пирогова, №9, 2019, с.38-43;
2. Лаврешин П.М., Ефимов А.В., Гобеджишвили В.К., Жерносенко А.О., Гобеджишвили В.В., Юсупова Т.А. Послеоперационные вентральные грыжи: выбор пластики грыжевых ворот. Вестник национального медико-хирургического центра имени Н.И. Пирогова. 2013;10 (2):61-64.
3. Белоконев В.И., Пономарева Ю.В., Пушкин С.Ю., Ковалева З.В., Губский В.М., Терехин

- А.А. Передняя протезирующая герниопластика комбинированным способом при больших и гигантских вентральных грыжах. Хирургия №5, 2018, с. 45-50;
4. Маликов М.Х, Бокиев Ф.Б, Худойдодов О.М, Хомидов И.Т, Хомидов Ф.М, Махмадкулова Н.А, Хирургическая тактика при гигантских грыжах передней брюшной стенки. Вестник Авиценны, Том 23, №2, 2021, с. 251-261;
5. Никольский В.И, Титова Е.В, Самородова А.А, Феоктистов Я.Е. Изучение качества жизни пациентов после протезирующей герниопластики. Новости хирургии . Том 24, №1, 2016, с. 19-25;
6. Павелец К.В, Вавилова О.Г, Лобанов М.Ю, Хаиров А.М. Особенности предоперационной подготовки у пациентов с обширными и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами.
7. Heniford B.T., Ross S.W., Wormer B.A., Walters A.L., Lincourt A.E., Colavita P.D., Augenstein V.A. Preperitoneal ventral hernia repair: a decade long prospective observational study with analysis of 1023 patient outcomes // Annals of Surgery. 2020. Vol.271, №2. P. 364-374. <https://doi.org/10.1097/sla.0000000000002966>
8. Роткин Е.А., Крылов Ю.М., Другов А.С. Лечение вентральных грыж у больных с ожирением. Журнал Политравма №1, 2009, с 27-31.
9. Rosen M.J, Fatima J, Sarr M.G. Repair of abdominal wall hernia with restoration of abdominal wall function. J. Gastrointest Surg. 2010;14:175-85;
10. Алиев С.А. Синдром интраабдоминальной гипертензии. Хирургия.-2013.- №5. – с.63-67.
11. Белоконов В.И, Волова Л.Т, Пономарёва Ю.В, Вавилов А.В. Клинико-морфологическое обоснование выбора способа операции у больных с послеоперационными переднебоковыми и боковыми грыжами живота./ Хирургия. 2011;9:60-66.
12. Kцckerling F., Sheen A. J., Berrevoet F., Campanelli G., Cuccurullo D., Fortelny R. et all. The reality of general surgery training and increased complexity of abdominal wall hernia surgery. Hernia (2019) 23:1081–1091 <https://doi.org/10.1007/s10029-019-02062-z>
13. Абалян А.К, Айдемиров А.Н, Вафин А.З, Машурова Е.В. Особенности соотношения коллагенов в апоневрозе передней брюшной стенки у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами и признаками дисплазии соединительной ткани. Медицинский Вестник Северного Кавказа. 2016, Т.11. №2. Вып.2. с.348-351;
14. Алишев О.Т, Шаймарданов Р.Ш. Современное состояние и проблемы лечения больших послеоперационных вентральных грыж. Практическая медицина. 2013, №2 (67). С.16-21;

СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ И НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЕЧНО- АПОНЕВРОТИЧЕСКОГО СЛОЯ

Бокиев Ф.Б.

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, ш. Душанбе

За последние два десятилетия благодаря широкому использованию дополнительных методов диагностики с диагностической аппаратурой современной медицины количество хирургических операций на внутренних органах брюшной полости, таза и задиафрагмальном пространстве увеличилось вдвое. В то же время увеличилось и количество больных с видами послеоперационных грыж, причем в большинстве случаев у боль-

ных наблюдаются большие и гигантские грыжи.

Анализ современной литературы показывает, что, несмотря на наличие большого количества информации о грыжах, использование современных методов пластики грыжевых стенок, большинство подходов к этой проблеме до сих пор не решены, ведутся споры о причинах их возникновения, распространенность, предрасполагающие фак-



торы, частота послеоперационных и повторных травм. Рецидивирование заболевания продолжается.

Лечение больных с вентральными грыжами до сих пор остается сложной проблемой, и большинство герниологических дос-

тупов не решены. В настоящее время частота перфораций высока независимо от типа разреза, а рецидивы заболевания не уменьшаются. Поэтому метод укрепления передней стенки живота вместе с удалением грыжи дает желаемые результаты.

METHOD FOR RESTORATION OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL FOR VENTRAL HERNIA AND INSUFFICIENCY OF THE MUSCULAR APONEUROTIC LAYER

Bokiev F.B.

Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery, sh. Dushanbe

Over the past two decades, thanks to the widespread use of additional diagnostic methods with the diagnostic equipment of modern medicine, the number of surgical operations on the internal organs of the abdominal cavity, pelvis and transdiaphragmatic space has doubled. At the same time, the number of patients with types of postoperative hernias has increased, and in most cases patients have large and giant hernias.

An analysis of modern literature shows that, despite the availability of a large amount of information about hernias, the use of modern methods of plastic surgery of hernia walls, most

approaches to this problem have not yet been resolved, and there is debate about the causes of their occurrence. prevalence, predisposing factors, incidence of postoperative and recurrent injuries. Recurrence of the disease continues.

Treatment of patients with ventral hernias still remains a difficult problem, and most herniological approaches have not been solved. Currently, the rate of perforation is high regardless of the type of incision, and recurrence of the disease is not decreasing. Therefore, the method of strengthening the anterior abdominal wall together with removal of the hernia gives the desired results.

ХУСУСИЯТҲОИ ТАШҲИС ВА ТАБОБАТИ ЧАРОҲАТҲОИ ФАСОДНОК ҲАНГОМИ ДИСПЛАЗИЯИ БОФТАҲОИ НАРМ

Емелянова А.М., Стяжкина С.Н.

Муассисаи таълимии федералии бучавии таҳсилоти олии «Академияи давлатии тиббии Ижевск», Вазорати тандурустии Федератсияи Россия

Муҳиммият. «Дисплазияи бофтаҳои нарм» ташаккули нодурусти инкишофи бофтаҳои нармро ифода мекунад. Бофтаи нарм дар организм хеле зиёд аст. Вай дар пӯст, тағоякҳо, пайҳо, бандакҳо, рағҳои хунбар ва мушакҳо, аз ҷумла мушакҳои дил дида мешавад [1].

Коллаген – сафедаи таркиби бофтаи нарм асми протсесси ташаккулёбии он мураккаб аст ва агар тағйирот (мутатсия) рух диҳад, коллагени аномалӣ ба вуҷуд меояд. Агар мутатсия ҷиддӣ бошад, осеб дидани узвҳо ҷиддӣ аст. Бо ин одамоне генетикҳо машғул мешаванд. Аммо мутатсия бештар дар ҳолатҳои дучор мешавад, ки агар аломатҳои

ҷудогонаи ирсият гирифта шаванд, масалан, вазни барзиёд, бумҳои аз меъёр зиёд серҳаракат. Дар оила ин аломат ба таври ирсӣ интиқол меёбад, аксар вақт бо он дигар аломатҳои осебпазирӣ ва аз меъёр зиёд тарангшудани пӯст, бандакҳо, сколиоз, наздикинӣ ҳамроҳ мешаванд. Беморони гирифтори дисплазияи бофтаҳои нарм кам нестанд, аномалияи коллаген низ чандон безарар нест.

Протсесси осебпазирӣ- протсесси динамикиест, ки дар якҷанд марҳалаи хеле мутахидшуда ва такроршаванда рух медиҳад: гемостаз, илтиҳоб, пролифератсия ва азнавсозии бофтаҳо [2]. Дар протсесси ҷароҳат

як қатор қонунмандиҳои тағйироти ҳучайравӣ гуморалӣ ба мушоҳида мерасанд, ки якҷояшавӣ в дараҷаи возеҳии онҳо динамикаи онро муайян мекунанд.

Имрӯз дар тибби сӯхтагӣ (комбустиология) ҳарчӣ барвақт ва аз ҷиҳати физиологӣ бюарқарор намудани бутунии осеби қабатҳои пӯст масъадаи мубрам ба шумор мераванд.

Дар замони мо масъалаи ҷустуҷӯи схемаҳои оптималӣ ва нави табобати комплекси сӯхтагиҳои амиқ актуалӣ боқӣ мемонанд. Проблемаи ҷалб кардани аутодермотрансплантатҳо то имрӯз масъалаи ҷиддӣ мебошад [3]. Дар амалии ҳамарӯза самтҳои гуногуни тайёр кардани онҳо барои ҷалбкунӣ татбиқ шуда истодаанд.

Сабабҳои лизиси аутодермотрансплантатҳо инҳо мебошанд:

- ифлосшавии (контаминатсияи) бактериалии ҷароҳати сӯхтагӣ;
- ба даруни бофтаи гранулятсионӣ ворид шудани микроорганизмҳо;
- суст шудани протсессҳои регенератсия ва репаратсияи бофтаҳо, ки мустақиман аз ҳолати системаи имунӣ иборат мебошад; сифати сохторӣ-морфологӣ бофтаҳои нарм. Бешубҳа, ҷанбаи самараноки табобати бемориҳои сӯхтагӣ бо хусусиятҳои метаболизм ва бофтаҳои нарм вобастагӣ дранд. Дар ин маврид дар адабиётҳои дастрас ҳолатҳои аз ҷиҳати генетикӣ суайян кардани дисплазияи бофтаҳои нарм тақрибан саҳми протсесси ҷалб кардани ҳолатҳои аутодермотрансплантатҳо баҳогузорӣ нашудааст [4].

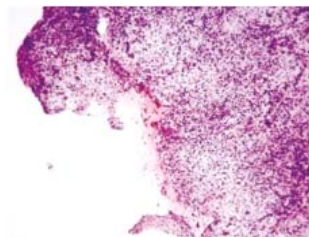
Мавод ва усулҳо. Таҳлили проспективии табобати 157 бемори гирифтори осебҳои сӯхтагӣ анҷом дода шуд. Беморон вобаста аз табобати истифодашаванда ва мавҷуд будани дисплазияи бофтаҳои нарм ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуданд.

Натиҷаҳо. Мо таҳқиқоти морфологӣ пӯсти беморони дорои дисплазияи бофтаҳои нарм (гурӯҳи муқоисавӣ) ва беморони дорои зухуроти аз ҷиҳати вазнинӣ гуногуни дисплазия, аммо табобати комплекси иммуномодулятор ронколейкин-

ро гирифтаанд (гурӯҳи асосӣ) анҷом додем. Шарҳи гистологии дараҷаи вазнинии дисплазияи бофтаҳои нарм мувофиқи тавсияҳои иҷро карда шуд [5], ки имконият доданд вобастагии тағйироти муайянкардашуда аз вазнинии дисплазияи бофтаҳои нарм, ки аз ҷиҳати клиникӣ муайян карда шудаанд, муқаррар карда шавад [6]. Муайян кардани ҷунин вобастагӣ метавонад, ки муносибатҳоро нисбат ба табобат шахсӣ кунонад ва онро барои баланд бардоштани самаранокии табобати бемориҳои сӯхтагӣ ва пешгӯии самаранокии реабилитатсияи беморони дорои проблемаҳои муттаҳидкунандаи иҷтимоӣ оғози патогенетикӣ- шакли тафриқанашавандаи дисплазияи бофтаҳои нарм гардонад.

Барои таҳқиқоти морфологӣ маводро аз протсесси патологӣ муҳлатҳои гуногуни табобат гирифтем.

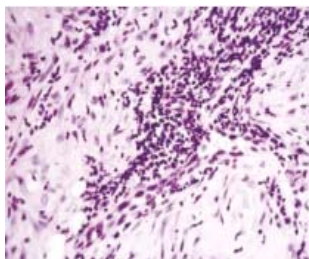
Дар беморони гурӯҳи муқоисавӣ ҷараёни сусти протсесси регенеративӣ ба мушоҳида расид, ки дорои протсессҳои возеҳи илтиҳобӣ ва тавлид шудани тағйиротҳои хадшаҳои дағал мебошад, протсесси шифоёбӣ аз 26 ($38,4 \pm 19,3$) то 88 давом мекунанд, ва ҷӣ қадар, ки шифоёбии ҷароҳат дер давом кунад, ҳамон қадар зиёдтар протсессҳои такрории фасодӣ бештар буруз мекунанд. Ба қонунҳои классикӣ марҳалаҳои илтиҳоб нигоҳ накарда, дар осебҳои бофтаҳо протсесси гузариши бофтаҳои гранулятсионӣ дар бофтаҳои нарм якбора суст мешаванд, тарашуҳои ильтҳобӣ ба умқи дерма мебароянд (расми 1) бо паҳншавии илтиҳоб то ҳучайрабофти зерипӯстӣ ҷарбӣ (расми 2, 3). Дар беморони гурӯҳи асосӣ то баргузориҳои курси тазриқи дохиливаридии ронколейкинҷазирачаҳои детрити бофтаҳо, аксуламали пуршиддати илтиҳобӣ, ки асосан аз лейкоцитҳо ва макрофагамҳо иборат буд (расми 4). Пас аз истифода намудани тазриқи маҳдуди минтақавии ронколейкин дар дерма тарашуҳоти лимфоситарӣ (расми 5), ташаккули рағҳои намуди капиллярӣ ба амал омад. Дар ин давра афзоиши пурзӯри лифҳои коллагенӣ ба амал омад.



Расми. 1. Бофтаи гранулятсионӣ.

Рангкунии гематоксилинӣ ва эозинӣ.

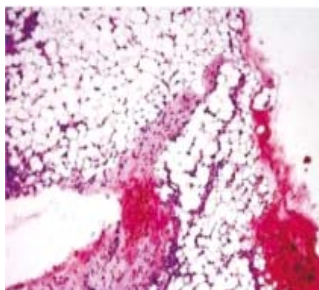
Ув.об.Чх10, окуляр 10.



Расми. 2. Паҳншавии илтиҳоб ба дерма.

Рангкунии гематоксилинӣ ва эозинӣ.

Ув.об.Чх40, окуляр 10

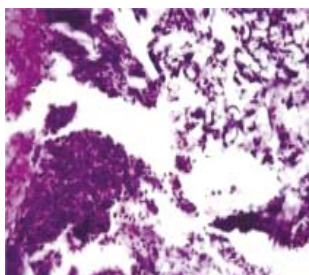


Расми. 3. Протсесси илтиҳобӣ дар

Ҳуҷайрабофти зерпӯстӣ-чарбӣ.

Рангкунии гематоксилинӣ ва эозинӣ.

Ув.об.Чх40, окуляр 10.

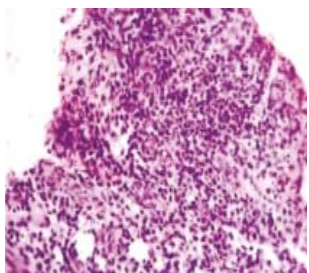


Расми 4. Детрити бофтавӣ бо

Тарашуҳоти лейкоцитарӣ.

Рангкунии гематоксилинӣ ва эозинӣ.

Ув.об.Чх40, окуляр 10



Расми 5. Ташаккули бофтаи гранулятсионӣ ва тарашуҳоти лимфоситарӣ дар дерма ва гиподерма

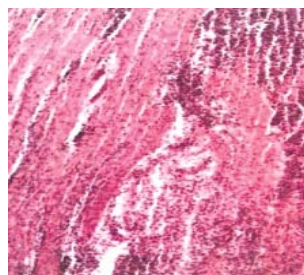
Рангкунии гематоксилинӣ ва эозинӣ.

Ув.об.Ч 40, окуляр 10.

Муҳлати эпителизатсияи ҷароҳатҳои сӯхтагӣ дар гурӯҳи асосӣ $29,7 \pm 10,1$ рӯро ташкил дод, дар рӯзи 9-ум пештар аз гурӯҳи муқоисавӣ. Дар табобати сӯхтагиҳои амиқ дар беморони дорои дисплазияи бофтаҳои нарм иммуномодуляторҳо имконият медиҳанд, ки муҳлати протсесси барқарорсозӣ, кам кардани аксуламалҳои такрории илтиҳобӣ ба даст оварда шавад.

Шарҳи гистологии дисплазияи бофтаҳои нарм вобаста аз дараҷаи дисплазия, клиникаи мушаххас, ба андешаи мо, таваҷҷуҳи муайяни клиникаро ба амал меоранд. Муайян кардани чунин вобастагӣ имконият медиҳад, ки муносибат нисбат ба табобат ва профилактикаи пайдошавии ҳадшаҳои патологӣ шахсӣ қунонида шавад ва дар оянда симптомкомплексҳои дар оғози умумии патогенетикӣ муттаҳид кардани ҳамаи синдромҳои мазкур – шакли тафриқанашавандаи дисплазияи бофтаҳои нарм ба амл ояд. Ҳангоми муоинаи умумии зоҳирии беморон мо дар ҳамаи беморон зухуроти фенотипии дисплазияи бофтаҳои нармро дар шакли аномалияҳои хурди инкишоф ва нуқсонҳои модарзодии инкишофи узвҳо ва системаҳо муайян намудем.

Бояд қайд кард, ки дар беморони дорои дисплазияи бофтаҳои нарм, ки ситокинотерапия гирифтаанд, манзараи гистологӣ фарқ мекард. Номияҳои капиллярҳо ва манзараи нисбатан возеҳи морфологӣ ба чашм мерасад: таркиби полиморфии возеҳитарашуҳоти илтиҳоби ҳуҷайраҳо (лимфоситҳо, макрофаг, ҳуҷайраҳои азимҷуссаи серядро, лейкоцитҳо, гистиоситҳо) (расми 6, 7).

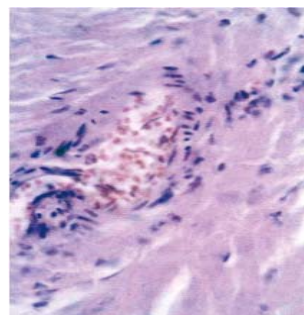


Расмис. 6. Интенсивная

Инфилтратсияи интенсивии полинуклеарии пӯст бо фрагментатсияи лифҳо.

Рангкунии гематоксилинӣ ва эозинӣ.

Ув.об.Ч40, окуляр 10.



Расми. 7. Номияҳои капиллярҳо.

Рангкунии гематоксилинӣ ва эозинӣ.

Ув.об. Ч 40, окуляр.

Яке аз мушкилоти муҳим ҳангоми табобат ҳангоми табобати ҷароҳатҳои сӯхтагӣ сироятнокшавии дохилибатнӣ маҳсуб мешавад: то 75%-и ҳамаи ҳолатҳои марговар

пас аз чароҳатҳои термикии чароҳатро оризаҳои сироятӣ ба вучуд меоранд.

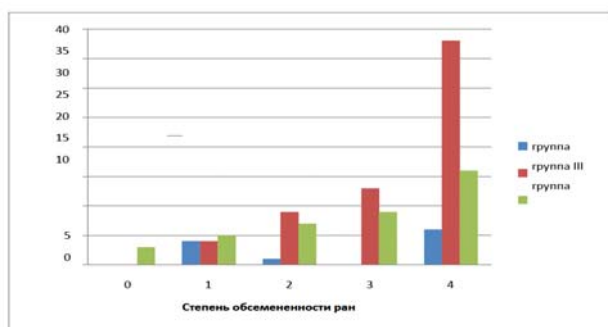
Вазни ҳолиси микрофлораи граммусбат

ва грамманфӣ муқоисашавандаанд ва мутаносибан 49,5 ва 50,5%-ро ташкил медиҳанд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. - Спектри микроорганизмҳо, ки аз ифрозоти чароҳатҳои амик

Намуни микроорганизмҳо	Микдори штаммҳо	
	Мутлак	%
Staphylococcus aureus	38	33,6
- MRSA	18	15,9
Staphylococcus epidermidis	3	2,7
Pseudomonas aeruginosa	23	20,4
Klebsiella pneumonia	14	12,4
-БЛН	3	2,7
Klebsiella ozaenae	1	0,9
Acinetobacter baumannii	12	10,6
Acinetobacter haemolyticus	4	3,5
Enterococcus faecalis	4	3,4
Enterococcus faecium	2	1,8
Corynebacterium	4	3,5
Stenotrophomonas maltophilia	2	1,8
Coagulase-negative staphylococci	2	1,8
Bacillus spp.	1	0,9
Raoultella ornithinolytica	1	0,9
Candida	2	1,8
Всего	113	100

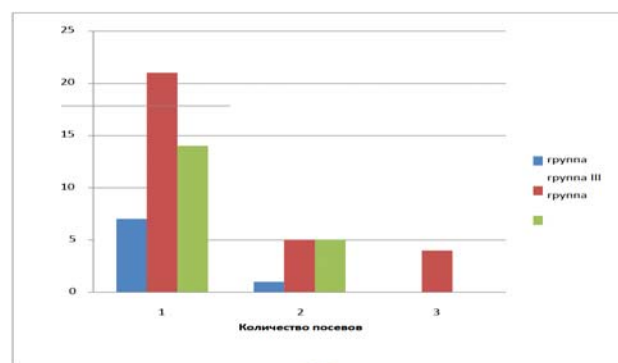
Дар гурӯҳҳои таҳқиқшудаи беморон конунмандии зерини чароҳат муайян карда шуданд: асоан дар ҳамаи киштҳо 4 дараҷаи ифлосшавии чароҳатҳои сӯхтагӣ аз микроорганизмҳо дар 54,9% ҳолат ба назар расид, аммо агар алоҳида-алоҳида дар гурӯҳҳои таҳқиқшавандаи беморон баррасӣ кардан дар ин гурӯҳи беморон чароҳатҳои дараҷаи 4-уми ифлосшавӣ дар 40%-и ҳолатҳо, дар беморони дорои дисплазияи бофтаҳои нарм – в 59,4% ба назар расид, дар бемороне, ки курси табобат бо иммуномодуляторҳо гирифтаанд, ин нишондод ба 54,5% баробар буд (Расми 8).



Расми 8. – Ифлосшавии чароҳати сӯхтагӣ

Дар гурӯҳи беморони дорои дисплазияи бофтаҳои нарм, ки табобати стандартӣ ги-

рифтаанд, бинобар зарурати ислоҳ кардани табобати антибактериалӣ, киштҳои тақрибӣ зиёдтар гузаронида шудаанд, зеро ҷараёни фазаи илтиҳоби чароҳат тӯлонитар аст (Расми 9).



Расми 9. – Басомади киштҳои гузаронидашуда

Хулоса, мувофиқи натиҷаҳои таҳқиқоти мо гуфтан мумкин аст, ки вобастагии мушаххаси байни дараҷаи возеҳии дисплазияи бофтаҳои нарм ва манзараи гистологӣ ҳангоми сӯхтагӣ дида мешавад. Муайян карда шуд, ки ҳангоми дисплазияи вазнини ва миёнаи бофтаҳои нарм инкишофи шабакаи аргирофилӣ ва ихтилоли самтгирии лифҳои коллагенӣ ба мушоҳида мерасад. Шабакаи



аргиофилий «преколлаген» ба ҳисоб меравад, ки дар навбати худ масъули чандирии пӯст мебошад. Ҳамчунин, яқоя бо моддаи интерстициалии пӯст мембранои базалиро ташкил медиҳад, ки барои протсессҳои мубодила дар байни эпидермис ва дерма аҳамияти калон дорад. Дар ин бора тасаввурот ҳосил карда, гуфтан ҷои аҳамият дорад, ки беморони дороидараҷаи вазнини дисплазияи бофтаҳо метавонанд ба амалиёти ҷарроҳии тӯғорӣ ниёз пайдо кунанд, зеро дар ин

беморон дисплазияи ҳеле бад шифо меёбад ва хатари пайдо шудани ҳадшаҳои дағали келоидӣ ва гипертрофио ба вуҷуд меоянд.

Ҳамин тавр, дисплазияи бофтаҳои нарм проблемаи бисёрпайдои ҷаҳони муосир мебошад, ки ба инкишоф, ҷараён ва оқибати ҳолатҳои гуногуни патологӣ, аз ҷумла ҷароҳати сӯхтагӣ таъсир мерасонад. Мавҷуд будани ин беморӣ ба динамика, натиҷаҳо ва дар ниҳояти кор ба сифати ҳаёти ин гурӯҳи беморон таъсир мерасонад.

Адабиёт

1. Стяжкина, С. Н. Дисплазия соединительной ткани: современные представления об этиопатогенезе, классификации, клинической картине, принципы лечения и профилактики: учебно-методическое пособие / под ред. С.Н. Стяжкиной. – Ижевск, 2015. – 44 с.
2. Gosain, A. Aging and wound healing / A. Gosain, L. A DiPietro // World J Surg. - 2004. - №28. - doi: 10.1007/s00268-003-7397-6.
3. Юрова, Ю.В. Объективные критерии готовности пациентов с гранулирующими ожоговыми ранами к свободной аутодермопластике / Ю.В. Юрова, И.В. Шлык, П.К. Крылов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2015.- Т. 174, № 2. – С. 57-62.
4. Емельянова, А.М. Взаимосвязь гистологической картины и степени клинических проявлений дисплазии у пациентов с глубокими ожогами / А.М. Емельянова, С.Н. Стяжкина, В.Г. Федоров. // Современные проблемы науки и образования. – 2019. - № 2.
5. Ухов, Ю.И. Гистологическая интерпретация степени тяжести дисплазии соединительной ткани в клинической практике / Ю.И. Ухов, И.С. Собенников, С. Котанс. // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2014. № 4. С. 29-33.
6. Кадурина, Т.И. Наследственные и многофакторные нарушения соединительной ткани у детей алгоритмы диагностики. Тактика ведения проект российских рекомендаций разработан комитетом экспертов педиатрической группы «Дисплазия соединительной ткани» при российском научном обществе терапевтов / Т.И. Кадурина, С.Ф. Гнусаев, Л.Н. Аббакумова. // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2015. – Т. 10, №1. – С. 5-35.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН ПРИ ДИСПАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Емельянова А.М., Стяжкина С.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Аннотация. В статье представлены результаты изучения влияния дисплазии соединительной ткани на течение раневого процесса при ожоговых ранах. Были проведены клинические, гистологические, бактериологические исследования в группах па-

циентов ожогового отделения и выявлено положительное влияние использования в комплексном лечении термических ран иммуномодуляторов.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, раневые процессы, иммуномодуляторы.



FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PURULENT WOUNDS IN CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

Emelyanova A.M., Styazhkina S.N.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Izhevsk State Medical Academy” of the Ministry of Health of the Russian Federation

Annotation. The article presents the results of a study of the influence of connective tissue dysplasia on the course of the wound process in burn wounds. Clinical, histological, and bacteriological studies were carried out in groups of patients in the burn department and

the positive effect of the use of immunomodulators in the complex treatment of thermal wounds was revealed.

Key words: connective tissue dysplasia, wound processes, immunomodulators.

Стяжкина Светлана Николаевна- Муассисаи бучетии федеролии давлатии таҳсилоти олии «Академияи давлатии тиббии Ижевск», Вазорати тандурустии Федератсияи Россия.

Стяжкина Светлана Николаевна - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Styazhkina Svetlana Nikolaevna, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Izhevsk State Medical Academy” of the Ministry of Health of the Russian Federation.

Емельянова Албина Миннегаязовна – Муассисаи бучетии тандурустии Чумхурии Урдумутрия «БКЧ-и якуми Вазорати тандурустии Чумхурии Урдумутрия» Тел: 8 (919) 911-94-61. E-mail: mingazova-87@mail.ru.

Емельянова Альбина Миннегаязовна- Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Первая республиканская клиническая больница министерства здравоохранения Удмуртской Республики», Тел: 8 (919) 911-94-61. E-mail: mingazova-87@mail.ru.

Emelyanova Albina Minnegayazovna- Budgetary healthcare institution of the Udmurt Republic “First Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Udmurt Republic”, Tel.: 8 (919) 911-94-61. E-mail: mingazova-87@mail.ru.

ГИПОКСИЯИ ДОХИЛИБАТНӢ-ПРЕДИКТОРИ ОСЕБӢОИ АНТЕНАТАЛИИ МАЙНАИ САРИ ЧАНИН

Хокироев Д.С.¹, Бердиев Р. Н. ²

1. МД Маҷмааи тандурустии «Истиклол»; 2. Кафедраи ҷарроҳии асаб ва садамаҳои омехтаи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”.

Муҳимият. Ҳифз намудани захираҳои одамӣ яке аз муҳимтарин вазифаҳои давлат ба шумор меравад. Солимии кӯдак ҳанӯз дар замони инкишофи дохирараҳмӣ ташаққули меёбад. Дар марҳалаи рушди муосири перинатология далеле рушан мегардад, ки ба инкишоф ёфтани инсон дар ояндабемотарину иллатхое таъсир мерасонанд, ки оғозашон ба марҳалаи тотаваллуд рост омада буд. Омилҳои манфии таъсирирасони марҳалаи инкишофи батнимодарӣ ва чанин нисбат ба давраҳои минбаъдаи кӯдакӣ дида, ба инкишофи оянда таъсири бештаре мерасо-

нанд [1-4].

Дар байни аксари омилҳои пре- ва перинаталӣ, ки ба пайдоиши бемориҳои САМ-и кӯдакон мусоидат менамояд, бештар нақши гипоксияи шадид ва ё музмини чанин бештар аст, ки дар натиҷаи ҷараёни оризаноки ҳамл ва зоимонӣ ба амал омадааст [2, 3, 5, 6]. Гипоксияи шадид ва ё музмин аксаран нақши сабабҳои пайдоиш, ташаққулёбии симптоматикаи гуногуни неврологӣ дорад, ки ба шакли нишона ва синдромҳои зерин зоҳир мешавад: таъхири инкишоф, ҳалалёбии функсияҳои ҳаракат ва психика, ки дар



бештари ҳолатҳо боиси инкишоф ёфтани мушкilotи дар таълим ва рафтор, мутобиқшавии иҷтимоӣ ва касбӣ мегардад [5, 6, 7]. Механизми асосии ташаккули иллатнокшавии САМ аз инкишофи ёфтани ҳалалёбии гемодинамикаи системавӣ ва мағзисарӣ иборат мебошад [4, 9, 12].

Ихтилолотӣ ба амалояндаи мазисарӣ дар аксари ҳолатҳо бо усули ултрасадоии доплерографияи рағҳои мағзи сар, инчунин гемодинамикаи дохили дил ошкор кардан мумкин аст. Дар маҷмӯъ бо дигар усулҳо ҳолати гардиши хуни системавӣ ва мағзисарию арзёбӣ кардан мумкин аст. Таҳқиқоти алоҳида дар мавзуи мазкур ба арзёбии зинаҳои алоҳидаи ихтилолотӣ гардиши системавӣ ва мағзисарии хун маъмулан дар марҳалаи шадид пас аз гипоксияи гирифтورشуда бахшида шудаанд [2, 9, 11]. Вале нуктаҳоеро низ қайд кардан зарур аст, ки то имрӯз ба арзёбии динамикаи гардиши мағзисарии хун дар тӯли онтогенези оянда аз ҷониби мутахассисон таваҷҷуҳи боядушояд зоҳир намешавад.

Ҳолати фишорбаландии ҳомилаҳо, ки басомади он дар ҳудуди аз 15 то 20% тағйир меёбад, зинаи асосии патогенези гипоксияи дохилирахмӣ ба шумор меравад [10, 15, 17]. Бештари муаллифон зимни пажӯҳишҳои худ фишорбаландии музмини шарёнӣ ва преэклампсияро як чиз донистаанд. Аммо нуктаеро зикр кардан лозим аст, ки ФШ ҳангоми преэклампсия яке аз сабабу натиҷаҳои он маҳсуб ёфта, асоси онро ихтилолотӣ зиёд дар тамоми узву системаҳо ташкил менамояд ва аксаран сабаби он ҳалалёбии функсияи эндотеля, ташаннуҷи фариғи рағҳо ва гиповолемия ба шумор меравад.

Ҳамзамон, хусусан ФШ ба симптомҳои асосии преэклампсия тааллуқ дорад, зеро махсусан ин ҳолат ба оризаҳои вазнинтарине ба монанди эклампсия, пеш аз муҳлат ба қабатҳои ҷудо шудани машина, таъхир инкишофи дохилирахмӣ чанин мутааллиқ аст [3]. То 1/3 (30%)-и ихтилолотӣ фишорбаландиро ҳангоми ҳомилагӣ ба ФМШ мутааллиқ медонанд, ки ин ҷо 2/3 -75% ба асоси ҳомилагӣ ба амал меояд [4, 6, 7, 9, 10].

Сарбории асосӣ ҳангоми ҳар шакли ФШ махсусан ба ҳисаи комплекси фетомашима рост меояд. Дар ин маврид ҳангоми нокифоягии фетомашима, ки сабаб олоиши нокифояи трофобласт ба ҳисоб меравад, саҳтшавӣ ва облитератсияи мӯякҳои хорион ба амал меояд, ки бо инкишофи минбаъдаи машина дар заминаи ФМШ диссоциатсия шудааст. Дар ин ҳолат муайян намудани нақши таҳқиқи доплерометриро ҳамчун усули бехтарини ошкоркунандаи нокифоягии машина, ки арзёбии ҳолати гардиши хунро дар шарёнҳои бачадон, бар шумули шарёни ноф имконпазир мегардонад, мушкил мегардад.

Преэклампсияи дараҷаи вазнин дар ФР чараёни 25,0% ҳомилагихоро ориздор менамояд, дар ҳоле ки басомади амалиётҳои зоимонӣ рӯ ба афзоиш дошта, тақрибан 50%-ро ташкил медиҳад.

Худи ФШ дар маҷмуи сабабҳо ба хотири он ки тамоми оризаҳои вазнин — эклампсия, пеш аз муҳлат ба қабатҳо ҷудо шудани машина, таъхир дохилирахмӣ чанин бо он алоқамандӣ дорад, аз ҷумлаи симптоми асосии преэклампсия ба шумор меравад [3, 5, 6].

Хусусан тафриқашавӣ байни ФМШ баъди преэклампсияи азсаргузaronида, ки зинаи умумии патофизиологӣ дорад [11, 14, 19], зарурати маҳдуд намудани чунин ҳолатҳоро ҳангоми ҳомилагӣ тақозо менамояд ва он бо тақозои интиҳоби шеваи акушерӣ ҳамчун натиҷаи зарурати муайян намудани пешгӯӣ барои бардошт кардани ҳомилагии минбаъда алоқамандӣ дорад.

Муайян шудааст, ки басомади оризаҳои ҳомилагӣ бо омилҳои бисёре, аз қабili минтақаи зист, шароити табиӣ ва экологӣ, мавсими сол ва миллат робитаи зич дорад.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Вазифаи асосии марказҳои солимии репродуктивӣ диспансеризатсияи ҳомилаҳо ба шумор меравад. Аксаран оқибатҳои ҳомилагӣ ва бештар зоимонӣ бо сифати назорати амбулатории ҳомилаҳо робитаи ногусастанӣ дорад. Тибқи протоколҳои ҚТ зан бояд дар муҳлати ҳомилагии то 12 ҳафта ба қайд гирифта шавад.

Хусусан нуктаи мазкур имконпазир мегардонад: ташхис саривактии беморихон узвҳои даруна ва ба асоси он қарор қабул намудану тавсияҳоро нисбат ба имкониятҳои ҳифзи минбаъдаи ҳомилагӣ; аксаран дақиқ муайян кардани муҳлати ҳамл ва ахиран тартиб додани нақшаи муҳофизати ҳомилаҳо; муайян намудани ҳомилаҳое, ки мувофиқи вазъи саломатӣ дар статсионарҳои соҳаи акушерӣ ва дигар статсионарҳои барои муолиҷа ва шифоёбӣ маҷбур карда мешаванд; дар муҳлати аз ҳафтаи 11 то 14 скрининги ултрасадоӣ ва биохимиявии триместри аввал ба амал оварда мешавад, ки муайян намудани ҳатари инфиродии тавал-

лудшавии кӯдакро бо патологияи хромосомавӣ имконпазир мегардонад.

Ба мақсади арзёбии мавҷудияти нуқсонҳои инкишофи ҷанин дар вақти ҳомилагӣ ТУС-и ташхисӣ ба амал оварда мешавад. Усули мазкур дақиқан муайян намудани вобастагӣ байни хусусияти нуқсон ва муҳлати ошкоршавии онро имконпазир менамояд. Дар муҳлати анҷомёбии триместри аввал ва оғози триместри дуюм имконияти ба воситаи ТУС ташхис гузоштани як қатор ВПР пайдо мешавад, ки мумкин аст дар ҳаёт ба ҷунинҳо (анэнсефалия, лимфангиома, омфалотселе, гастрозишис, ҷанини ҷудонашуда) гунҷоишпазир набошад.

Ҷадвали 1. Муҳлати дар Тоҷикистон ба қайд гирифтани занҳои ҳомила

	Ҳамагӣ	То 12 ҳафта	%	То 20 ҳафта	%	То 30 ҳафта	%	Зиёда аз 30 ҳафта	%
2016	226439	112340	49,6	67252	29,7	35777	15,8	11321	5,0
2017	220784	110109	49,8	60053	27,2	40624	18,4	10156	4,6
2018	230927	143654	62,2	59117	25,6	22630	9,8	5542	2,4
2019	228574	156848	68,6	54629	23,9	11657	5,1	5485	2,4
2020	225774	173211	76,7	43800	19,4	5418	2,4	3386	1,5
2021	214258	184707	86,2	19711	9,2	6641	3,1	3213	1,5
Динамика барои 6 сол	-12181	+72367	+36,6	-47541	-20,5	-29136	-12,7	-8108	-3,5
Т/приб. %	-5,3	+39,1	+42,4	-70,6	-69,0	-81,4	-80,3	-71,6	-70,0

Ба таҳлили маълумотҳои омили (ҷадвали 1)-и амалишуда оид ба қайд гирифтани занҳои ҳомила дар Марказҳои солимии репродуктивӣ тайи солҳои 2016-2021 дар Тоҷикистон муқаррар гардид, ки ҳамаҷола зиёда аз 226000 зани ҳомила ба қайд гирифта мешавад.

Теъдоди умумии занҳои дар муҳлати то 12 ҳафта ба қайдгирифташуда динамикаи аниқӣ рӯ ба инкишофро дошт ва нишондиҳандаи тайи 6 сол + 72367 занро ташкил медод.

Мувофиқи маълумотҳои ҷадвал тӯли 6 сол теъдоди ҳомилаҳои аз ҷониби МСР ба қайд гирифташуда ба 12181 ҳодиса коҳиш ёфт. Тӯли солҳои 2016 ва 2017 теъдоди умумии ҳомилаҳои муҳлататӯш 12 ҳафта ба қайдгирифташуда аз адади умумӣ қайдшудаҳо 50,0% зиёд набуд. Муддати ду соли баъдина нишондиҳанда ба зиёда аз 15,0% боло рафт. Соли 2021 теъдоди умумии аз хусуси

ҳомилагӣ ба қайд гирифташуда аз 86,2% зиёд шуд. Нишондиҳандаи Т/приб. дар муҳлати 12 ҳафта +39,1%-ро ташкил намуда, дар динамикаи нишондиҳандаи Т/приб. то +42,4% афзуд.

Нишондиҳандаи адади занҳои ҳомилае, ки МСР дар муҳлати то 20 ҳафта ба қайд гирифтааст, соли 2021 ҳамагӣ 9,2%-ро ташкил медод, дар ҳоле ки соли 2016 29,7% нафар тахти назорат қарор дошт. Нишондиҳандаи динамикаи теъдоди занҳои дар муҳлати то 20 ҳафта ба қайд гирифташуда дар 6 сол нишондиҳандаи манфи дошта, 47541 ҳодисаро ташкил менамуд. Нишондиҳандаи Т/приб. дар муҳлати 20 ҳафта 69,0%-ро ташкил менамуд.

Дар муҳлати то 30 ҳафта зиёда аз он теъдоди занҳои ба қайд гирифташуда рӯ ба таъназул дошта, динамикаи нишондиҳандаи тайи 6 сол 29136 ҳодисаро ташкил менамуд. Нишондиҳандаи Т/приб. то 81,4% коҳиш ёфт.

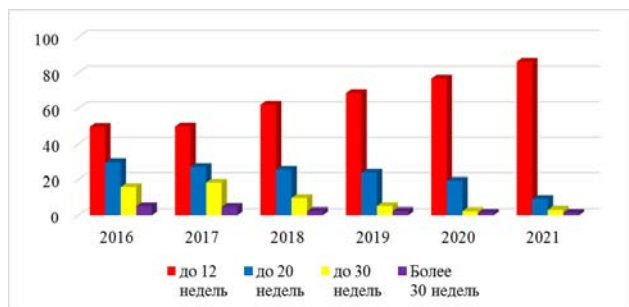


Иллатнокшавии мағзи сар дар марҳалаи перинаталӣ аз гурӯҳи бешумори ҳолатҳои патологӣ иборат мебошад, ки замони таъсиррасонии номусоид ба ҷанин ва навод ҳамаҷун омилҳои муттаҳидкунанда амал менамояд.

Вобаста ба марҳалаҳои ташаккулёбӣ ва инкишофи ҷанинтамоми давраи инкишофи антенаталӣ ба якҷанд фосилаҳои муваққатии дигар тақсим карда шудаанд. Пас марҳалаи пренаталӣ давраҳои аз замони бордоршавӣ то оғози зоимониро дар бар мегирад. Дар ҳоле ки давраи перинаталӣ фосилаҳои муваққатии аз ҳафтаи пурраи 22-и умри дохилибачадонии ҷанин ибтидо гирифта, баъди анҷоми 168 соати аввали умри хориҷибатнӣ ё 7 рӯзи пурраи баъди таваллудро фаро мегирад. Марҳалаи хориҷибатнӣ фарогири фаъолияти зоимонӣ ба ҳисоб меравад. Неонаталӣ бошад, 28 рӯзи баъди таваллудро дар бар мегирад. Ба ҷанин ва ё навод дар ҳар давра таъсири омилҳои манфӣ расидан имконпазир аст, ки он метавонад таъсири тиббӣ-ташкилӣ, биологӣ, иҷтимоӣ-маишӣ ва ғ. иборат бошад.

Ҳолатҳое, ки дар атрофи гипоксияи музмини ҷанин ба амал меоянд, ҳамеша ба як омил алоқаманд нестанд, бештар бо иллатнокшавии организми модар, бофтаҳои маҳима ё ноф алоқамандӣ доранд.

Қайд кардан лозим аст, ки гипоксияи музмини ба яке аз омилҳои асосие тааллуқ дорад, ки САМ дар марҳалаи перинаталӣ иллатнок мекунад ва метавонад аз шакли мустақилонаи нозологии бемории ҷанин ва навод иборат бошад, ки то 50 %-и сабабҳои гирифтورشавии перинаталӣ ва фавтнокиро ташкил менамояд.



Расм. Нишондиҳандаи муҳлати дар CP3 ба қайд гирифтани занҳои ҳомила %

Алҳол гипоксияи ҷанин мушкilotи муҳимии тиббӣ-иҷтимоӣ ба шумор меравад ва ба солимии аҳолӣ таъсири ҷашмрас мерасонад. Назоратҳои бисёрсола нишон медиҳанд, ки гипоксияи ҷанин то 15,5%-и ҳодисаҳои (аз адади умумии таваллуд) мушоҳида мешавад ва нишондиҳандаи маъмур майл ба коҳиш ёфтаниро надорад. Зимни зиёда 2/3 ҳодисаҳо 80% боиси иллатнокшавии САМ-и ҷанин ва навод мегардад. Барои минбаъд инкишоф ёфтани ихтилолотҳои гуногуни соматикӣ ва асабу психикӣ қўдак мусоидат менамояд ва мумкин аст, ки ҳама дар марҳалаи баъди таваллуд ва ҳама ҳаёти баъдинаи қўдак сабаби ангижиши инкишоф ёфтани оқибатҳои вазнин дар узву системаҳои дигар гардад [1].

Нишондиҳандаи фавтнокии перинаталӣ яке аз меъёрҳои инъикоскунандаи самаранокии кори муассисаҳои ба зоимонӣ ёрирасон ба ҳисоб меравад. Раванди идоракунии он аз маҳорати истифодаи технологияи замонавии ташҳис ва муолиҷаи гипоксияи ҷанин иборат аст, ки дар навбати худ боиси пешгирии оризаҳои таҳдидкунандае чун асфиксияи навод мегардад [2]. Ҳамазамон шакли кори гурӯҳӣ ба маҳолати зуд ёрии тахассусӣ расонидан мусоидат мекунад, ки метавонад роҳи асосии коҳиш додани нишондиҳандаҳои фавтнокии перинаталӣ бошад. Ба қор бурдани чунин технологияҳо ба монанди кардиотокография, доплерометрия, ТУС), муайян кардани ҳолати кислотава асос ва таркиби газҳои хун барои тасдиқ намудани ташҳис мусоидат менамояд [3]. Ба ҳар ҳол барои сари вақт ташҳис гузоштан ва ошкор намудани беморӣ аз уҳдаи ислоҳи вазъиятҳое баромадан лозим меояд, ки сабаби инкишофи чунин ҳолатҳо мегарданд [4].

Худи далели инкишофи гипоксия аз он дарак медиҳад, ки он дар этиологияи патогенези иллатнокшавии САМ-и навод омилуниверсалӣ аст. Пас бо салоҳият гуфтан мумкин аст, ки асфиксия ҳангоми таваллуд идомаи мантиқии гипоксияи дохилирахмӣ ба ҳисоб меравад, зимнан омилҳои антенаталӣ хатар дар қиёс ба марҳалаҳои интра-ва постнаталӣ нақши нисбатан хатарнок-

тар доранд [1–4].

Пурра ташакул наёфтани машина ё иллатнокшавии он дар муҳлати нисбатан таъхирафтадаи гестатсия лаҳзаи заминавӣ ҳангоми гипоксия чанин ба шумор меравад [5,

6]. Пас, гипоксияи музмини дуру дароз новобаста ба сабаби инкишофи он омили иллатнокшавии перинаталии САМ махсуб гардида, ҳатто метавонад то маъюбшавии кӯдак оварда расонад [2, 3].

Ҷадвали 2. Паҳншавии ФШ-и ҳомилаҳо

Сол	Ҷумҳури				ш. Душанбе			
	Ҳамагӣ ҳомилаҳо	Ҳамагӣ ФШХ	%	λ ба 10000 ҳомила	Ҳамагӣ ҳомилаҳо	Ҳамагӣ ФШХ	%	λ ба 10000 ҳомила
2017	220784	11295	5,1	511,5	17954	636	3,5	354,2
2018	230927	11370	4,9	492,3	19179	3112	16,2	1622,0
2019	228574	11821	5,1	517,1	19525	3211	16,4	1644,5
2020	225774	11561	5,1	512,0	19255	2103	10,9	1092,1
2021	214258	11120	5,1	519,0	24735	3220	13,0	1301,7
Динамика барои 5 сол	-6525	-175	0	+7,5	+6781	+2584	+9,5	-320,3
Т/приб.%	-2,9	-1,5	0	+1,4	+27,4	+80,2	+73,0	+72,7

Эзоҳ: АГБ (преэклампсия ва эклампсия)

Барои муайян кардани басомади популятсионии ФШ-и ҳомилаҳо таҳлили муқоисавии маълумотҳои омории умумичумхуриявӣ ва ш. Душанбе барои солҳои 2017-2021 ба амал оварда шуд. Муқаррар гардид, ки тӯли 5 сол динамикаи адади ҳомиладорон дар ҷумҳури ба 6525 ҳодиса кам шуда буд, дар ҳоле ки нишондиҳандаи мазкур дар ш. Душанбе баръакс ба 6781 ҳодиса боло рафта буд ва нуктаи мазкур аз он дарак медиҳад, ки тайи ин давраи дар МСР теъдоди зиёди занҳои ҳомила ба қайд гирифта шудааст.

Муайян кардани нишондиҳандаи динамикаи ФШХ барои 5 сол дар сатҳи ҷумҳури нишон дод, ки сол то сол теъдоди ҳодисаҳо аз 12000 боло нарафтааст, дар ҳоле ки дар ш. Душанбе теъдоди занҳои ҳомилаи гирифта ба ФШХ ба 2584 ҳодиса афзудааст. Аз теъдоди умумии ҳомилаҳо дар ҳудуди кишвар 5,5 %-и ҳомилаҳо аз ФШХ ранҷ мебарданд, ҳол он ки солҳои 2018-2019 адади занҳои ҳомилаи мубтало ба ФШХ аз 16% зиёд буда, нишондиҳандаи динамика тайи 5 сол ба +9,5% баробар буд.

Басомади популятсионии ФШХ дар сатҳи кишвар аз 520 нафар ба 10 000 зиёд набуд, баръакс ин нишондиҳанда дар ш. Душанбе аз нишондиҳандаи умумичумхуриявӣ аз 2 то 3,5 баробар бештар буд. Нишондиҳандаи Т/приб басомади популятсионии ФШХ дар ҳудуди кишвар +7,5%-ро ташкил менамуд, дар ҳоле ки ин нишондиҳанда дар ш. Душанбе +72,7% баробар буд.

Хулоса. Теъдоди занҳое, ки тӯли 6 сол дар муҳлати 12 ҳафтаи ҳамл дар МСР ба қайд гирифта шуданд, зиёда аз 1,5 баробар афзуда, нишондиҳандаи Т/приб. +39,1%-ро ташкил дод. Бо боло рафтани муҳлати ҳамл адади ҳомилаҳои ба қайд гирифташуда коҳиш ёфта, нишондиҳандаи Т/приб. ба -12,7% баробар буд. Нишондиҳандаҳои умумичумхуриявии басомади ФШХ дар байни ҳомилаҳои тайи 5 сол аз 5,5% зиёд набуд, бо вучуди он ки нишондиҳандаи мазкур дар ш. Душанбе соли 2017 аз 3,5% то 16,4% дар соли 2019 тағйир ёфта, нишондиҳандаи Т/приб. +73,0%-ро ташкил дод. ФШХ дар миёни ҳомилаҳои ш. Душанбе қиёсан ба нишондиҳандаҳои умумичумхуриявӣ бештар паҳн шудааст.

Адабиёт

1. Д.Н. Сурков, Д.О. Иванов, А.И. Оболенский Минимальная инвазивность — основной перспективный вектор в современной стратегии выхаживания недоношенных новорожденных// Вопросы практической педиатрии. 2013. Т. 8, № 1. С.32—39.



2. Сурков, Д.Н. Минимально инвазивная терапия в выхаживании недоношенных новорожденных // Бюллетень Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова. 2012. № 4. С.28—33.
3. Иванов, Д.О. Неврологические нарушения у недоношенных детей, перенесших инфекционно-септический процесс в неонатальный период // Бюллетень Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова. 2017. № 4. С.32—39.
4. Капустина, О.Г. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия у новорожденных: современное состояние проблемы // Бюллетень Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова. 2013. № 2. С.84—105.
5. Заваденко А.Н., Дегтярева М.Г., Медведев М.И., Рогаткин С.О., Гребенникова О.В. Динамическое клиничко-нейрофизиологическое наблюдение детей различного гестационного возраста с неонатальными судорогами // Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского. 2017. Т. 96(1). С. 23–28.
6. Киселев С.Ю., Львова О.А., Глига Т., Бакушкина Н.И., Сулейманова Е.В., Гришина К.И., Баранов Д.А., Ксенофонтова О.Л., Мартиросян С.В. Оценка развития нейрокогнитивных функций у недоношенных детей первого года жизни с помощью методики «Шкалы Бейли» // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуск. 2016. Т. 116(4–2). С. 62–67
7. Ахмадеева Э.Н., Валиулина А.Я., Крывкина Н.Н. Влияние неонатальной реанимации на соматический статус и психомоторное развитие недоношенных детей, перенесших критические состояния. Вестник современной клинической медицины. 2013; 6(1): 12-16. DOI: 10.20969/vskm.2013.6(1).12–16
8. Сахарова Е.С., Кешишян Е.С., Алямовская Г.А. Неврологические исходы у недоношенных детей к трехлетнему возрасту (наблюдавшиеся в специализированном центре). Медицинский совет. 2015; 1: 50–53. DOI: 10.21518/2079-701X-2015-1- 50-53
9. Сахарова Е.С., Кешишян Е.С., Алямовская Г.А. Особенности психомоторного развития глубоко недоношенных детей. Вестник современной клинической медицины. 2013; 6(6): 84–90.
10. Крывкина Н.Н., Ахмадеева Э.Н. Динамика показателей здоровья недоношенных детей в течение первых трех лет жизни. Практическая медицина. 2013; 6(75): 147–150.
11. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Куренков А.Л., Ключкова О.А., Каримова Х.М., Мамедъяров А.М., Жердев К.В., Кузенкова Л.М., Бурсагова Б.И. Комплексная оценка двигательных функций у пациентов с детским церебральным параличом: Учебно-методическое пособие. М.: ПедиатрЪ; 2014. 84 с.
12. Курек Н. О. Клиническая оценка преждевременных родов / Здравоохранение (Минск). 2012. № 2. С. 27-31.
13. Крывкина Н. Н., Ахмадеева Э. Н., Валиулина А. Я. Сравнительная характеристика здоровья детей младенческого возраста, родившихся недоношенными, в зависимости от массы тела при рождении / Вестник современной клинической медицины 2013. Т. 6. № 1. С. 26-30.
14. Задворнов А.А., Голомидов А.В., Григорьев Е.В. Неонатальная терапевтическая гипотермия: как она работает? Неонатология: новости, мнения, обучение. 2016. № 1. С. 49–54.
15. Заваденко А.Н., Дегтярева М.Г., Медведев М.И., Рогаткин С.О., Гребенникова О.В. Динамическое клиничко-нейрофизиологическое наблюдение детей различного гестационного возраста с неонатальными судорогами. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2017;96(1):23-28.
16. Заваденко А.Н., Медведев М.И., Дегтярева М.Г., Холин А.А. Неонатальные судороги. В кн.: Федеральное руководство по детской неврологии. Под ред. Гузевой В.И. М.: МК; 2016.
17. Russell D.J., Rosenbaum P.L., Wright M. Gross Motor Function Measure (GMFM066 and GMFM-88): User's Manual. London: MacKeithPress; 2013.70

18. Rakshasbhuvankar A, Rao S, Kohan R, Simmer K, Nagarajan L. Intravenous levetiracetam for treatment of neonatal seizures. *J Clin Neurosci*. 2013; 20(8):1165-1167. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2012.08.014>
19. Shin JW, Jung YS, Park K, Lee SM, Eun HS, Park MS, Park KI, Namgung R. Experience and pharmacokinetics of Levetiracetam in Korean neonates with neonatal seizures. *Korean Journal of Pediatrics*. 2017;60(2):50-54. <https://doi.org/10.3345/kjp.2017.60.2.50>
20. Venkatesan C, Young S, Schapiro M, Thomas C. Levetiracetam for the treatment of seizures in neonatal hypoxic ischemic encephalopathy. *J Child Neurol*. 2017;32(2):210-214. <https://doi.org/10.1177/0883073816678102>
21. Neining MP, Ullmann M, Dahse AJ, Syrbe S, Bernhard MK, Frontini R, Kiess W, Merckenschlager A, Thome U, Bertsche T, Bertsche A. Use of Levetiracetam in neonates in clinical practice: a retrospective study at a German university hospital. *Neuropediatrics*. 2015;46(5):329-334. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1558969>

ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИПОКСИЯ ПРЕДИКТОР АНТЕНАТАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПЛОДА

Хокироев Д. С., Бердиев Р. Н.

ГУ МК “Истиклол”, отделение нейрохирургии и смешанных травм ГМУ.

Цель. Изучить роль артериальной гипертензии у беременных женщин как универсального фактора поражения центральной нервной системы в антенатальном периоде.

Материалы и методы. Работа основана на анализе статистических данных учетной формы 32 утвержденной приказом Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан № 054 от 11 октября 2013 года. Был проведен сравнительный анализ данных по республике и городу Душанбе по артериальной гипертензии у беременных женщин АНА (преэклампсия и эклампсия). Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программного пакета Statistica 6.0. Был проведен анализ показателей динамики значения данных за анализируемый период, расчеты этих показателей Т/ок. за период, подлежащий оценке, а также показатели частоты АНД среди населения.

Результаты. Общее число женщин, зарегистрированных в течение периода до 12 недель, имело четкую тенденцию к росту, где показатель тенденции за 6 лет составил + 72 367 случаев. Согласно данным, приведенным в таблице, за 6 лет динамика количества беременных женщин, состоящих на учете в ЦРБ, снизилась на 12181 случай. В течение 2016 и 2017 годов общее число бе-

ременных женщин, зарегистрированных на сроке 12 недель беременности, не превышало 50,0%. За следующие два года этот показатель увеличился более чем на 15,0%. В 2021 году общее число зарегистрированных по поводу беременности превысило 86,2%. Т/ок. с периодом в 12 недель составил +39,1%, в динамике показатель Т/об. увеличился до +42,4%. При сроке до 30 недель и более количество зарегистрированных женщин имеет тенденцию к снижению, поэтому показатель динамики за 6 лет составил 29136 случаев. Т/ок. снизился до -81,4%. Определение показателя динамики АГ за 5 лет на республиканском уровне показало, что из года в год количество случаев не превышало 12000, в то время как в Душанбе наблюдалось увеличение числа беременных женщин с АГ на +2584 случая. Из общего числа беременных женщин по всей стране не более 5,5% беременных женщин страдали АГ, в то время как в Душанбе в 2018 и 2019 годах. количество беременных женщин с АГ превысило 16%, показатель динамики за 5 лет составил +9,5%.

Выводы. В течение 6 лет количество женщин, зарегистрированных в ЦРБ со сроком 12 недель, увеличилось более чем в 1,5 раза. Т/ок. составило +39,1%. С увеличением срока беременности количество зарегистри-



рованных беременных женщин уменьшается, Т/ок. -12,7%. Национальные показатели заболеваемости АГ среди беременных женщин старше 5 лет не превышают 5,5%, в то время как в Душанбе анализируемый показатель колеблется от 3,5% в 2017 году до 16,4% в 2019 году. составил +73,0%. АНД

чаще встречается среди беременных женщин в Душанбе по сравнению с национальными показателями.

Ключевые слова. Беременная женщина, артериальная гипертензия во время беременности, внутриутробная гипоксия, плод, новорожденный.

INTRAUTERINE HYPOXIA PREDICTOR OF ANTENATAL FETAL BRAIN DAMAGE

Khokiroev D. S., Berdiev R. N.

PGU MK "Istiklol", Department of Neurosurgery and mixed Injuries ATSMU.

Aim. To study the role of arterial hypertension in pregnant women as a universal factor, damage to the central nervous system in the antenatal period.

Materials and methods. The work is based on the analysis of statistical data of accounting form 32 "Hisobotoidbachismatraso niatibbii bahomiladoron, tavalludkunandagon va navsoidagon". Approved by the order of the Agency on Statistics under the President of the Republic of Tajikistan No. 054 dated October 11, 2013. A comparative analysis of the republican data and the city of Dushanbe on arterial hypertension in pregnant women АНД (preeclampsia and eclampsia) among pregnant women was carried out. Statistical analysis of the obtained data was carried out using the Statistica 6.0 software package. The analysis of the indicators of the dynamics of the data value for the analyzed period was carried out, the calculations of these indicators Т/ approx. for the period subjected to the assessment, as well as indicators of the population frequency of АНД.

Results. The total number of women registered for a period of up to 12 weeks had a clear trend towards growth, where the trend indicator for 6 years was + 72367 cases. According to the data given in the table, over 6 years, the dynamics of the number of pregnant women registered with the CRH decreased by 12181 cases. During 2016 and 2017 the total number of pregnant women registered at 12 weeks of gestation did not exceed 50.0%. Over the next two years, this figure increased by more than 15.0%. In 2021, the total number of those registered for pregnancy

exceeded 86.2%. Т/ approx. with a period of 12 weeks amounted to + 39.1%, in the dynamics of the indicator Т / arr. increased to +42.4%. With a period of up to 30 weeks or more, the number of women registered has a tendency to decrease, so the dynamics indicator for 6 years was 29136 cases. Т/ approx. decreased to -81.4%. Determining the indicator of the dynamics of АНД over 5 years at the republic level showed that from year to year the number of cases did not exceed 12000, while in Dushanbe there was an increase in the number of pregnant women with АНД by +2584 cases. Of the total number of pregnant women nationwide, no more than 5.5% of pregnant women suffered from АНД, while in Dushanbe in 2018 and 2019. the number of pregnant women with АНД exceeded 16%, the dynamics indicator for 5 years was +9.5%.

Conclusions. Over the course of 6 years, the number of women registered with the CRH with a period of 12 weeks increased by more than 1.5 times. Т/ approx. amounted to +39.1%. With an increase in the gestational age, the number of pregnant women registered decreases, the Т / app. -12.7%. The national indicators of the incidence of АНД among pregnant women over 5 years do not exceed 5.5%, while in Dushanbe the analyzed indicator ranges from 3.5% in 2017 to 16.4% in 2019. amounted to +73.0%. АНД is more common among pregnant women in Dushanbe compared to the national indicators.

Keywords. Pregnant woman, Arterial hypertension in pregnancy, intrauterine hypoxia, fetus, newborn.



Хокироев Д.С. - ассистент кафедры бемориҳои асаб ва ирсияти тиббӣ, ДТБДКСТ, тел. 992 934444976, Email, dilovar-4444@mail.ru.

Бердиев Р.Н. – д.и.т., профессор, мудири кафедраи ҷарроҳии асаб бо садамаҳои омехта, МДТ ДДТТ Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино.

Хокироев Д.С. - ассистент кафедры неврологии и медицинской генетики, ИПОСЗРТ, тел. 992 934444976, Email, dilovar-4444@mail.ru.

Бердиев Р.Н. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Khokiroev D. S. -Assistant of the Department of Neurology and Medical Genetics, IPOSRT, tel. 992 934444976, Email, dilovar-4444@mail.ru.

Berdiev R. N. -Doctor of Medical Sciences, Professor,. of the Department of Neurosurgery and Combined Trauma at Abualiibni Sino State Medical University.



ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

МАЪЛУМОТҲОИ УМУМИИ НИШОНДОДҲОИ ФАРБЕҲӢ МИЁНИ ЗАНОНИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Самиева Ш. Т.

Кафедраи эндокринологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”.

Муҳимият. Фарбеҳӣ мушкилоти тиббӣ - иҷтимоӣ ва иқтисодии ҷомеаи муосир ва яке аз проблемаҳои ҷиддии ҳифзи сиҳати ҷомеа ба ҳисоб меравад. Мувофиқи маълумоти Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ (ТУТ) фарбеҳӣ дар тамоми ҷаҳон 600 млн нафарро фаро мегирад ва ин миқдор ба таври потенциалӣ метавонад то соли 2030 1 млрд нафарро ташкил диҳад [1,2, 9,10,14]. Мувофиқи маълумотҳои муаллифони гуногун солҳои охир мушкилоти вазни барзиёд дар ҳар як чор нафар аҳолии кӯраи замин ошкор карда мешавад ва дар баробари ҳамин хусусияти глобалӣ пайдо менамояд. Далелҳои мазкур сабаб гардиданд, ки фарбеҳӣ аз тарафи ТУТ пандемияи глобалӣ эътироф карда шавад [3,7,16,19,20].

Бино ба маълумотҳои гуногун паҳншавии ин беморӣ дар ИМА дар ҳар се нафар мардони калонсол ба назар мерасад ва дар 1/3 нафар занон мавҷудияти фарбеҳӣ ҷой дорад ва чунин раванди паҳншавӣ динамикаи мушаххаси инкишоф дорад. Мувофиқи пешгӯиҳои таҳқиқотчиён дар асоси истифодаи моделҳои регрессионӣ ва динамикӣ чунин андешае изҳор карда шуд, ки паҳншавии фарбеҳӣ дар ИМА соли 2030 метавонад 50%-ро ташкил диҳад [9,10,13,15].

Дар асоси таҳқиқотҳои сершумор муқаррар карда шуд, ки фарбеҳӣ аз рӯи омилҳои гуногун ба гурӯҳи гетерогении бемориҳои ирсӣ ва ҳосилшуда мансуб буда, нишонаҳои умумӣ ва асосии он таҳшиншавии ҳаматарафаи ҷарбҳо мебошад, ки дар мавзеи зерипӯстӣ ва бофтаи узвҳои дигар ҷойгир мешаванд.

Асоснокии таҳхиси фарбеҳӣ вазни бадан ба ҳисоб меравад, агар нишондоди зарурии вазн то 10% бошад, ин нишонаи вазни барзиёд аст, агар нишондод аз 10% зиёд бошад, дар ин ҳолат аз хусуси «фарбеҳӣ» сухан меравад [5,7,9,11,19,22]. Инчунин ақидаи дига-

ре мавҷуд аст, ки мувофиқи он фарбеҳӣ бемории полиэтиологӣ ба ҳисоб рафта, ба он дар организм мавҷуд будани бофтаи ҷарбии барзиёд хос аст, ки он аз 25% ва зиёда аз он вазни баданро ташкил медиҳад (ВБ) ва нишондоди индекси вазни бадан (ИВБ) аз 25 кг/м² зиёд мебошад [7].

Тавре J.S. Stern ва ҳаммуаллифон қайд менамоянд далели мавҷудияти фарбеҳӣ дар як сол дар бӯчаи Амрико 70 млрд. долларро ташкил медиҳад [22]. Вале андешае мавҷуд аст, ки ҳангоми мавҷудияти чунин раванд соли 2030 100% -и аҳолии ИМА аз фарбеҳӣ азият хоҳанд кашид.

Як қатор таҳқиқотчиён чунин мешуморанд, ки дар ҷараёни биологияи эволюсионӣ барои зиндамонӣ махсусан майли зиёд ба ғизо зарур аст, ки инро мавҷудияти захираи энергия тақозо менамояд ва чунин ҳолат дар давраи минбаъда метавонад дар шакли бофтаҳои ҷарбӣ пайдо шавад. Зеро гуруснагӣ ба таври эволюсионӣ нисбат ба пурхӯрӣ барои ҳаёт хатари зиёд дошт. Дар баробари ҳамин чун натиҷаи прогресси иқтисодӣ дастрасӣ ба воситаҳои ғизоӣ бештар гардид ва маҳз ҳамин ҷузъиёт ҳамчун омилҳои инкишофи фарбеҳӣ нақши асосӣ дорад.

Бештари детерминантҳо, ба монанди иҷтимоӣ-иқтисодӣ ва демографӣ метавонанд барои инкишофи фарбеҳӣ ва популятсия таъсири зиёд дошта бошанд. Муқаррар карда шудааст, ки фарбеҳӣ дар аксар ҳолатҳо ба дараҷаи ҳолати иқтисодии аҳоли робита дорад, ки дар ҳамин асос эҳтимолияти он ки ба басомади фарбеҳӣ суръати инкишофи иқтисодӣ таъсир мерасонад, зиёд аст.

Мақсад. Гузаронидани таҳлили муқоисавии нишондодҳои фарбеҳӣ миёни занон - истикоматкунандагони шаҳру деҳоти Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Паҳншавии фарбеҳӣ миёни занон вобаста ба ҷойи ис-

тикомат (шаҳр, деҳот) таҳлил карда шуд. Ҳисоботҳои омории маълумотҳои форми баҳисобгирии Ф 12 Ҳисобот оид ба бемориҳои минтақаи хизматрасонии марказҳои саломатӣ истифода карда шуданд, ки тибқи фармони Агентии омили назди Президенти ҚТ № 054 аз “11” октябри соли 2013 тасдиқ шудааст. Коркарди маълумотҳо мувофиқи барномаи SPSS 20.0 (ИМА) гузаронида шуданд. Таҳлили муқоисавии маълумотҳои умумичумхуриявӣ оид ба фарбеҳӣ миёни аҳолии истиқоматкунандагони шаҳру деҳот гузаронида шуд. Маълумотҳои омории бадастомада тавассути пакети барномаи муайян Statistica 6.0 амалӣ карда шуд. Таҳлили нишондодҳои динамикии натиҷаи маълумотҳо дар давраи муайяни баҳодиҳӣ гузаронида шуда, баҳисобгирии маълумоти нишондодҳои Т/асбоб. ба роҳ монда шуд.

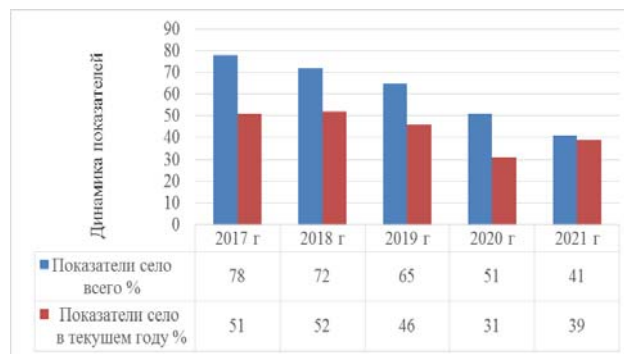
Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Сабабҳои фарбеҳиро метавонанд омилҳои ҳам биологӣ ва ҳам иҷтимоӣ ташкил диҳанд, ки вобаста ба ҷойи истиқомат фарқдоранд ва фарқияти гендерӣ низ аҳамият дорад [19, 20]. Фарқияти зиёди ҳолати ғизо ва паҳншавии фарбеҳӣ вобаста ба макони истиқомати респондентҳо дар макони аҳолинишини шаҳру деҳот вобаста ба миқдори аҳолии нуктаҳои аҳолинишин ва инчунин округҳои федералӣ ошкор карда шуд. Басомади фарбеҳӣ миёни занон дар ҷойҳои аҳолинишини деҳот зиёд аст. Ҳамин далел ҷолиби диққат аст, ки бо зиёдшавии миқдори аҳоли ҳам дар шаҳр ва ҳам дар ҷойҳои аҳолинишини деҳот коҳишёбии басомади фарбеҳӣ ба назар мерасад, ҳол он ки сабаби чунин коҳишёбӣ норавшан боқӣ мемонад. Маълумотҳои дастрасгардида дар бораи фарқияти паҳншавии фарбеҳӣ дар округҳои федералӣ низ ба таҳлили сабаби фарқиятҳои зерин зарурат доранд.

Вале дар гурӯҳи занони дорои маълумоти олии басомади фарбеҳӣ бениҳоят кам аст. Ҳамин тавр, ба таври умумӣ дараҷаи маълумот, муносибати ғизоӣ ба ин раванд таъсири мусбат расонида, ба пешгирии инкишофи фарбеҳӣ мусоидат менамояд.

Ҳамин чиз қобили зикр аст, ки натиҷаи омории расмӣ дар аксар ҳолатҳо метавонад

сарчашмаи асосии маълумот барои муқаррар намудани манзараи ҳақиқии паҳншавии фарбеҳӣ ба ҳисоб равад.

Тавре қайд карда шудааст, ҷарбҳои ғализ дар организм ҳамагӣ 30 %, таъзия шуда, миқдори боқимонда (барзиёд) дар ҷараёни метаболизм иштирок надорад ва ба фаъолияти ҳамаи узву системаҳо (индекси атерогенӣ афзоиш ёфта, ба депо табдил меёбад) таъсири манфӣ мерасонад.



Расми 1. Динамикаи нишондодҳои фарбеҳии занон миёни аҳолии деҳоти Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мувофиқи маълумотҳои овардашуда (рас. 1) маълум мегардад, ки нишондоди басомади фарбеҳӣ миёни занони синнашон аз 20-сола болои деҳот нисбат ба аҳолии шаҳр хеле зиёд аст ($p < 0,01$). Басомади фарбеҳӣ миёни занон дар давраҳои гуногуни синнусолӣ якхела нест. Дар давраи синнусолии 20 то 40-сола динамикаи инкишофи басомади фарбеҳӣ хеле суст ҷараён мегирад, вале минбаъд то синни 65-солагӣ афзоиши зиёд ба назар мерасад, сипас, коҳишёбии басомад ба қайд гирифта мешавад. Мувофиқи натиҷаи таҳқиқотҳо ҳангоми афзоиши миқдори истиқоматкунандагон зиёда аз 5000 нафар ва зиёда аз он басомади фарбеҳӣ коҳиш меёбад.

Чунин далел зикр мегардад, ки паҳншавии фарбеҳӣ дар кишварҳои қашшоқ ва пешрафта миёни занон бештар ба назар мерасад, ҳол он ки дар кишварҳои рушд баръакс нишондоди мазкур миёни мардон зиёд аст. [3, 5, 7].

Таҳлили сабабҳои чунин ҳолат аз он шаҳодат медиҳанд, ки яке аз сабабҳои асосии фарқияти гендерӣ фарқияти омилҳои хатари рафторӣ мебошад, ки фаъолнокии паст,



рафторҳои хилофи қоидаҳои дар мақоми тамокукашӣ, истеъмоли гизо фаро мегирад.

Мутаассифона, табибони ихтисосҳои гуногун, ки бо муолиҷаи чунин патологияҳо машғуланд, таъхиси «фарбеҳӣ»-ро ба қайд намегиранд.

Омилҳое, ки ба инкишофи фарбеҳӣ мусоидат менамоянд, беҳисобанд ва метавонанд ҳам дар алоҳидагӣ ва ҳам дар умум таъсир расонанд. Яке аз омилҳои бештар паҳншуда омилҳои генетикӣ ба ҳисоб меравад, омилҳои дигарро хусусиятҳои тарзи ҳаёт ташкил медиҳад (пурхӯрӣ, гиподинамия), бемориҳои вобаста ба ихтилоли функсияи системаи эндокринӣ метавонад мавқеи муҳимро ишғол намоянд [1,3,13].

Омилҳои ба паҳншавии зиёди фарбеҳӣ дар популятсия мусоидаткунанда сабабҳои

зиёди иқтисодӣ иҷтимоӣ ва демографиро дар бар мегирад. Чунин ҳисобида мешавад, ки фарбеҳӣ ба дараҷаи ҳолати иқтисодии аҳоли алоқаманд аст ва пешбинӣ мешавад, ки фарбеҳӣ баробари инкишофи иқтисодӣ боз ҳам бештар паҳн мегардад. Вале инкишофи фарбеҳӣ даҳсолаҳои охир дар мамлакатҳои рушдёфта низ мушоҳида карда мешавад.

Вазъияти оилавӣ ба басомади фарбеҳӣ метавонад таъсири яқхела нашошта бошад. Ба басомади фарбеҳӣ ҳамин далел таъсир мерасонад, дар ҳолате ки зан бе шавҳар мондааст, ки нишондоди басомад метавонад то 30,7% тағйир ёбад, дар ҳолате ки басомади минималӣ метавонад, миёни шахсон оила барпо накарда низ ҷой дошта бошад – 9,2%.

Ҷадвали 1. Динамикаи басомади ҳолатҳои фарбеҳӣ миёни занони Ҷумҳурии Тоҷикистон

Солҳо	Ҳамагӣ ҳолатҳои фарбеҳии занон дар кишвар	Аз инҳо миёни аҳолии деҳот	Нишондоди басомади ҳолатҳо %	Басомади ҳолатҳои фарбеҳӣ миёни занон дар соли муайян	Аз инҳо занони сокинони деҳа	Нишондоди басомади ҳолатҳо %
С.2017	3308	2580	78	998	510	51
С.2018	3284	2380	72	1020	532	52
С.2019	3238	2108	65	1334	610	46
С.2020	2742	1410	51	2246	699	31
С. 2021	3169	1295	41	1685	656	39
Ҳамагӣ	15741	9773	62	7283	3007	42,1
Динамика дар 5 сол	-139	-1285	-37	–+687	+146	-12
Тағйирот %	-4,2	-49,8	-47,4	+40,7	+22,2	-23,5

Аз тарафи мо таҳлили басомади фарбеҳии занон ҳам дар соли мушаххас ва ҳам дар самти ҷамъоварӣ гузаронида шуд. Бар асоси таҳқиқоти умумӣ дар самти ҷамъоварӣ дар давоми чанд соли охир бо мақсади баҳодиҳии басомади фарбеҳӣ миёни занони Тоҷикистон занони шахру деҳот таҳлил карда шуданд (ҷадв. 1). Дар натиҷаи таҳқиқот муайян карда шуд, ки дар давоми 5 сол – солҳои 2017 – 2021 шумораи умумии занони дорои патологияи мазкур дар синни аз 20-сола боло 15741 ҳолатро дар бар мегирад. Аз миқдори умумӣ 62% (9773) нафарро занони муқими деҳот ташкил медиҳанд.

Дар давоми панҷ сол динамикаи миқдори умумии занони гирифтори фарбеҳӣ тамоюли муайяни коҳишёбӣ дошт – 139 ҳолат. Таҳ-

лили панҷсола нишон дод, ки нишондоди басомади ҳолатҳо ҷараёни мушаххаси коҳишёбӣ дорад, дар натиҷа нишондоди Т/приб. 4,2%-ро ташкил дод. Аз миқдори умумии занони аз фарбеҳӣ азияткашандаи деҳот 9773 нафар дар тӯли 5 сол муқаррар карда шуд, ки ин рақам тамоюли коҳишёбӣ дорад – 1285 нафарро ташкил дод, ки нишондоди Т/приб. – 49,8%-ро дар бар мегирад. Далели мазкур коҳишёбии миқдори занони гирифтори фарбеҳӣ дар нишондоди басомади ҳолатҳо низ тасдиқи худро меёбад. Соли 2017 аз миқдори умумии занони дорои фарбеҳӣ 78 % дар деҳот истиқомат доштанд. Вале солҳои минбаъда муқаррар карда шуд, ки нишондоди басомади ҳолатҳо динамикаи коҳишёбӣ дорад. Соли 2021 аз миқдори умумии занони

бемор танҳо 41% дар деҳот зиндагӣ мекарданд, нишондоди динамика дар давоми 5 сол 37%-ро ташкил дод, дар ҳолате ки нишондоди Т/приб. – 47,4% мебошад.

Баробари баҳодихии нишондодҳои кумулятивӣ миёни занон нишондоди фарбеҳии занон дар муддати ҳар соли таҳлилӣ низ таҳқиқ карда шуд. Дар натиҷа муайян гардид, ки дар давоми 5 сол дар Тоҷикистон занони бемори гирифтори фарбеҳӣ 7283 нафарро ташкил медиҳад, аз онҳо 3077 нафар занони деҳот буда, нишондоди миқдори занон 42,1%-ро ташкил медиҳад.

Соли 2017 (ҷадв. 1) дар кишвар ҳамагӣ 998 занони гирифтори фарбеҳӣ ошкор карда шуд. Аз ин миқдор 51% дар деҳа зиндагӣ мекарданд. Аз соли 2018 сар карда, тамоюли зиёдшавии миқдори занони бемор мушоҳида карда мешавад. Соли 2020 миқдори максималии беморон - 2246 нафар занон ба қайд гирифта шуданд, ки ин нисбат ба соли 2017 ду маротиба зиёд буда, фарқияти омӯрӣ боэътимод аст ($p < 0,001$).

Динамикаи басомади ҳолатҳо дар 5 соли таҳқиқотӣ + 687 ҳолатро ташкил медиҳад, дар баробари ҳамин нишондоди Т/приб. +40,7%, афзоиш ёфт, дар ҳолате ки маҳз дар ҳамин давра миқдори занони гирифтори фарбеҳии муқими деҳот ба миқдори 146 ҳолат зиёд гардид, нишондоди Т/приб +22,2% афзоиш ёфт. Ҳаминро далелро бояд қайд намуд, ки ҳангоми зиёдшавии миқдори умумии занон нишондоди басомади ҳолатҳо -12% коҳиш ёфта, нишондоди динамикаи Т/приб. низ баланси манфӣ дошт ва -23,5%-ро ташкил дод.

Таҳлили омилҳои беморӣ аз он шаҳодат медиҳанд, ки басомади фарбеҳӣ аз дараҷаи маълумот вобастагии муайян дорад. Миёни занони дорои маълумоти олии басомади фарбеҳӣ дар муқоиса бо занони дорои маълумоти ибтидоӣ/ миёна ва миёнаи махсуси

касбӣ то 2 маротиба кам мебошад.

Ба сабабҳои асосии афзоиши миқдори шахсони гирифтори фарбеҳӣ дар қатори омилҳои дигар дараҷаи рушди тамаддун низ мансуб мебошад. Маҳз рушди тамаддун ба автоматиконӣ сабаб гардид, коҳишёбии талабот ба меҳнати дастиро ба амал оварда, ғайриомилҳои ҳаракати ҷисмониро коҳиш дод.

Ҳаминро далели муҳимро бояд қайд намуд, ки фарбеҳӣ миёни занон дар аксар ҳолатҳо натиҷаи истеъмоли нодурусти ғизо ва тарзи ҳаёти нодуруст ба ҳисоб меравад ва ё сабаби онро бемориҳои дар давраи бачагӣ рухдода, ки на дар ҳама ҳолатҳо асоси генетикӣ доранд, ташкил медиҳанд.

Ҳулоса. Миқдори умумии занҳо, ки аз фарбеҳӣ азият мекашанд, дар панҷ соли охир, яъне аз солҳои 2017 то соли 2021 15741 нафарро ташкил медиҳад ва аз ин миқдор 62% (9773) заноне мебошанд, ки дар деҳот зиндагӣ мекунанд.

Нишондоди динамикаи басомади фарбеҳӣ миёни 9773 нафар дар 5 соли охир дар 1285 ҳолатҳо тамоюл ба коҳишёбӣ дошт, дар ҳолате ки нишондоди тафриқа – 49,8%-ро ташкил медод.

Аз миқдори умумии занони бемор - 7283 нафар 41% дар деҳот истиқомат доштанд, нишондоди динамика дар 5 сол -37%-ро ташкил дод, нишондоди тафриқа – 47,4% мебошад.

Миқдори максималии беморон дар соли 2020 2246 нафар занон ба қайд гирифта шуданд, ки ин рақам нисбат ба соли 2017 ду маротиба зиёд буда, фарқияти омӯрӣ боэътимод аст ($p < 0,001$).

Ҳангоми афзоиши миқдори умумии занон нишондоди басомади ҳолатҳо ба - 12% коҳиш ёфт, динамикаи нишондоди тафриқа низ баланси манфӣ дошт, яъне -23,5.

Адабиёт

1. К вопросу о роли ЗОЖ и отсутствия вредных привычек у юношей допризывного возраста // 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. Проблема ожирения у детей в современном мире: реалии и возможные пути решения // Вопросы современной педиатрии. - 2016. Т. 15, № 3. С. 250–256.



3. Солнцева А.В. Значение факторов семейного воспитания в формировании избыточной массы тела у детей // *Здравоохранение (Минск)*. 2015. № 2 С. 56–61.
4. 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.
5. Гигиеническая оценка распространенности избыточной массы тела И ожирения у младших школьников. // г. Смоленска. Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2018. Т. 17. № 2. - 41с.
6. Горюнова М.В. Анализ распространенности избыточного веса тела и ожирения молодежи г. Симферополь // *Medical Sciences «Colloquium-Journal»*. 2019. №9-3(33). С. 41-42.
7. Касимов Р.А. Избыточная масса тела как фактор риска заболеваемости населения территорий // *Проблемы Развития Территории*. 2016. №3(83). – С. 137-150
8. Богданов А.Р., Дербенева С.А., Строкова Т.В., Сурков А.Г., Каганов Б.С. Изучение состояния сердечно-сосудистой системы у больных с избыточной массой тела и ожирением // *Вопросы питания*. 2012. Т.1, №81. С. 69 74.
- 9 Ожирение и избыточный вес [Интернет]: Всемирная организация здравоохранения. Доступно по: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Ссылка активна на 16 февраля 2018.
10. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты: Руководство для врачей. Москва, Медицинское информационное агентство; 2004
11. Малкина-Пых И.Г. Исследование влияния индивидуально-психологических характеристик на результаты коррекции пищевого поведения и алиментарного ожирения // *Сибирский психологический журнал*. 2008. № 30. С. 90–94.
12. Исаченкова О.А. Пищевое поведение как важный фактор развития ожирения и коморбидных с ним заболеваний // *Ожирение и метаболизм*. 2015. Т.12, №4. С. 14–17.
13. Салмина-Хвостова О.И. Расстройства пищевого поведения при ожирении (эпидемиологический, клинко-динамический, реабилитационный аспекты) // *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2009. № 5. С. 19–29.
14. Дзень Н.В., Габбасова Н.В., Мамчик Н.П. Модифицирующее влияние поведенческих факторов риска на формирование профессионального здоровья // *Научно-медицинский вестник центрального Черноземья*. 2017. №67. С. 135–144.
15. Разина А.О., Руненко С.Д., Ачкасов Е.Е. Проблема ожирения: современные тенденции в России и в мире // *Вестник РАМН*. 2016. Т. 71, №2. С. 154–159.
16. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Воронежской области в 2017 году: доклад. Воронеж: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Воронежской области, 2018; 208 с.
17. Соловьева А.В. Факторы риска формирования нарушений пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела и ожирением // *Медицинский альманах*. 2013. Т. 30, №6. С. 178–180.
18. Белякова Н.А., Лясникова М.Б., Милая Н.О. Пищевое поведение, образ и качество жизни, а также психологический статус больных с алиментарно-конституциональным ожирением // *Сибирский медицинский журнал*. 2014.
19. Van Strien T., Frijter J.E.R., Bergers G.P.A., et al. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior // *International Journal of Eating Disorders*. 1986. Vol.5, №2. С. 295–315.
20. Association between obesity and parental weight status in children and adolescents / M. Bahreynian [et al.] // *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. – 2017. - 9(2). – P. 111–117. doi: 10.4274/jcrpe.3790.
21. Arroyo-Johnson C. Obesity epidemiology worldwide/ C. Arroyo-Johnson, K.D. Mincey // *Gastroenterol Clin North Am*. – 2016. - №45(4) – P. 571–579. doi: 10.1016/j.gtc.2016.07.012.

22. Pediatric obesity — assessment, treatment, and prevention: an Endocrine Society Clinical Practice guideline / D.M. Styne [et al.] // J Clin Endocrinol Metab. – 2017. - №102(3). – P. 709–757 .doi: 10.1210/jc.2016-2573.

СВОДНЫЕ ДАННЫЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Самиева Ш. Т.

Медицинский центр исполнительного аппарата Президента РТ

Цель. Провести сравнительный анализ показателей ожирения среди женщин, проживающих в городской и сельской местности Республики Таджикистан.

Материалы и методы. Анализировали распространение ожирения среди женщин в зависимости от места проживания (город, село). Были использованы статистические отчётные данные по учётной форме Ф 12 “Ҳисобот оид ба бемориҳои минтақаи хизматрасонии марказҳои саломатӣ”, утверждённой приказом Агентства по статистике при Президенте РТ № 054 от “11” октября 2013 г. Обработку данных проводили с использованием программы SPSS 20.0 (США). Проведён сравнительный анализ общереспубликанских данных по ожирению среди жителей, проживающих в городской и сельской местности. Статистический анализ полученных данных осуществляли при помощи пакета прикладных программ Statistica 6.0. Проведён анализ показателей динамики значения данных за анализируемый период, проведены расчёты данных показателей Т/приб. за период подвергшихся оценке.

Результаты и их обсуждение. За последние 5 лет, с 2017 по 2021 гг., общее число женщин с данной патологией в возрасте старше 20 лет составляет 15741 случай. Из

общего числа 62% (9773) составили женщины, проживающие на селе. В 2021 г. из общего числа больных женщин всего 41% проживали на селе, где показатель динамики за 5 лет составил 37%, тогда как показатель Т/приб. – 47,4%.

Выводы. Общее число женщин, страдающих ожирением за последние 5 лет с 2017 по 2021 гг. составил 15741 случаев, из них 62% (9773) составили женщины, проживающие на селе.

Показатель динамики частоты ожирения среди 9773 случаев за 5 лет имел тенденцию к уменьшению на 1285 случаев, где показатель Т/приб. составил 49,8%.

Из общего числа 7283 больных женщин 41% проживали на селе, показатель динамики за 5 лет составил 37%, показатель Т/приб. – 47,4%.

Максимальное число больных встало на учёт в 2020 г. 2246 женщин, что в более чем в 2 раза больше чем в 2017 г., различие статистически достоверно ($p < 0,001$).

При повышении общего числа женщин, показатель частоты случаев уменьшился на -12%, динамика показателя Т/приб. также имел отрицательный баланс 23,5%.

Ключевые слова: ожирение, женщины, село.

SUMMARY OF OBESITY RATES AMONG WOMEN OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Samieva Sh. T.

Medical Center of the Executive Office of the President of the Republic of Tajikistan

Aim. conduct a comparative analysis of obesity rates among women living in urban and rural areas of the Republic of Tajikistan

Materials and methods. We analyzed the prevalence of obesity among women depending

on the place of residence (urban, rural). Statistical reporting data were used accounting form F 12. Approved by the order of the Agency on Statistics under the President of the Republic of Tajikistan No. 054 dated October



11, 2013. Data processing was carried out using the SPSS 20.0 program (USA). A comparative analysis of the general republican data on obesity among residents living in urban and rural areas was carried out. Statistical analysis of the obtained data was carried out using the Statistica 6.0 software package. The analysis of the indicators of the dynamics of the data value for the analyzed period was carried out, the calculations of these indicators T \ prib. for the period assessed.

Results. Last 5 years from 2017 to 2021 the total number of women with this pathology over the age of 20 years is 15741 cases. Of the total number, 62% (9773) were women living in the countryside. In 2021, out of the total number of sick women, only 41% lived in the countryside, where the dynamics indicator for 5 years was -37%, while the T / inc. - 47.4%.

Conclusions. Total number of obese women in the last 5 years from 2017 to 2021 amounted

to 15741 cases, of which 62% (9773) were women living in the countryside.

The indicator of the dynamics of the frequency of obesity among 9773 cases over 5 years tended to decrease by -1285 cases where the indicator T/app. amounted to 49.8%.

Of the total number of 7283 sick women, 41% lived in the countryside, the dynamics indicator for 5 years was -37%, the T / app. - 47.4%.

The maximum number of patients was registered in 2020, 2246 women, which is more than 2 times more than in 2017, the differences are statistically significant ($p < 0.001$).

With an increase in the total number of women, the incidence rate decreased by -12%, the dynamics of the T prib. also had a negative balance of -23.5%.

Key words: obesity, women, village.

Самиева Шахноза Тимуровна — эндокринологи Маркази тиббии Дастгоҳи иҷроияи Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, аспиранти ғоибонаи кафедраи эндокринологияи МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино. тел. 992 906069999 – Почтаи электронӣ-shaha4ka-92@mail.ru

Самиева Шахноза Тимуровна – врач эндокринолог Медицинского центра Исполнительного аппарата Президента РТ, соискатель кафедры эндокринологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, тел. 992 906069999 – E-mail-shaha4ka-92@mail.ru

SamievaShakhnoza Timurovna - endocrinologist of the Medical Center of the executive office of the President of the Republic of Tajikistan, Competitor of the Department of Endocrinology, Tajik State Medical University tel. 992 906069999 – E-mail-shaha4ka-92@mail.ru

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

АРЗЁБИИ МУҚОИСАВИИ САТҲИ ТЕСТОСТЕРОН ДАР ШАХСОНИ ДОРОИ МАССАИ МУЪТАДИЛИ БАДАН ВА ФАРБЕҲӢ

Абдуллозода С.М., Усманова Г.М., Қобилзода Қ.Қ.

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

Муҳиммият. Дар инкишоф ёфтани ва авҷ гирифтани фарбеҳӣ омилҳои бешуморе нақш доранд, ки дар миёни онҳо гормонҳои стероидӣ муҳимтарин ба шумор мераванд [1, 2, 6]. Тавре натиҷаҳои пажӯҳишҳои илмӣ нишон медиҳанд, шумораи аҳолие, ки вазни зиёд доранд, бемайлони меафзояд, ки ҷумҳурии мо аз ин миён истисно нест [1, 6].

Алҳол аз ҷониби донишмандон таҳқиқоти гуногун ба амал оварда мешаванд, ки ба паҳлуҳои муҳталифи патогенези фарбеҳӣ бахшида шудаанд [3, 4]. Исбот гардидааст, ки дар миёни сабабҳои инкишофи фарбеҳӣ ва ихтилолоти метаболӣ ҳалалёбии мувозинати гормонҳои муҳталиф, хусусан гормонҳои стероидӣ баробари омилҳои ғизоӣ ва раванӣ нақши асосӣ доранд [2, 4, 5]. Дар шароити ҷумҳурии мо таҳқиқотҳои мазкур ангуштшумор буда, махсусан ба таври кам мавриди омӯзиш қарор гирифтани хусусиятҳои тағйирёбии сатҳи тестостерон дар ашхоси вазни муътадил дошта ва фарбеҳро ишора кардан меҳоҳем [1, 3]. Дар алоқамандӣ бо нуктаи мазкур омӯзиши метабализми гормони мардон дар байни респондентҳо мубрам ба шумор рафта, дар шароити кишвари мо барои амиқтар шарҳ додани патогенези инкишофи он шароит фароҳам меорад.

Мақсади таҳқиқ. Омӯзиши сатҳи миқдори тестостерон дар организми ашхоси вазни муътадилдошта ва мубтало ба фарбеҳӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Сатҳи тестостерон дар зардоби хуни 550 ихтиёрии калонсол омӯхта шуд, ки вазни баданашон гуногун буд. Дар байни таҳқиқшудагон мардҳо 221 (40,2%) ва 329 (59,8%) нафари боқимондари занҳо ташкил медоданд. Синни таҳқиқшудагон дар доираи аз 18 то 84-сола тағйир ёфта, ба ҳисоби миёна $42,2 \pm 0,6$ -ро ташкил медод.

Мавҷудияти вазни муътадил ва фарбеҳии ашхоси таҳти таҳқиқ мувофиқи шохиси ваз-

ни бадан (ШВБ) мувофиқи формулаи Кетле муайян карда шуд, ки ин ҷо $ШВБ = \text{вазни бадан (кг)} / \text{қад (м}^2\text{)}$ мебошад. Аз ашхоси таҳти таҳқиқ 252 (45,8%) нафар ШВБ-и муътадил доштанд, дар 135 (24,6%) вазни зиёдагии бадан ($ШВБ = 25,0\text{--}30,0 \text{ кг/м}^2$), зимни 89 (16,2%) нафар фарбеҳии дараҷаи I ($ШВБ 30,1\text{--}34,9 \text{ кг/м}^2$), ҳангоми 60 (10,9%) кас фарбеҳии дараҷаи II ($ШВБ = 35,0\text{--}40,0 \text{ кг/м}^2$) ва дар мавриди 14 (2,5%) нафари таҳти таҳқиқ фарбеҳии дараҷаи III ($ШВБ = 40,1 \text{ кг/м}^2$ ва зиёда аз он) ба мушоҳида расид.

Сатҳи тестостерон дар зардоби хуни варида бо усули таҳлили иммуноферментӣ дар лабораторияи “Диамед”-и ш. Душанбе санҷида шуд. Миқдоран муайян кардани гормони мазкур бо истифода аз тести системаи «ДС-ИФА-Стероид-Тестостерон» истеҳсоли ЧДММ “Иттиҳодияи илмӣ-истеҳсолии “Системаи ташхис” (Федератсияи Россия, Нижний Новгород) истифода шуд. Барои ҳосил намудани маълумотҳои саҳеҳ тамоми ҳодисаҳои гирифтани хуни варида дар дили наҳор ба амал оварда шуд. Инчунин то гирифтани хун аз пацисентҳо ба таври муфассал анамнези ҳаёт ва дар айнаи ҳол мавҷуд будани бемории ҳамроҳ ё табобат, ҳамчунин нишондиҳандаҳои антрометрии муайян карда шуданд.

Қоркарди систематикӣ маълумотҳо бо истифода аз барномаи Statistica 10.0 (StatSoft, США) амалӣ карда шуд. Барои арзёбии тақсироти муътадили интиҳоб меъёри Шапиро-Уилка ва Колмогоров-Смирнов истифода шуд. Бузургҳои миқдорӣ дар шакли қимати миёна ва ҳатогии стандартӣ пешниҳод шудаанд. Муқоисаҳои ҷуфт байни гурӯҳҳои мустақил аз рӯи нишондиҳандаҳои миқдорӣ тибқи меъёри U-и Манна-Уитни, муқоисаҳои бешумор бошад, мувофиқи меъёри Н-и Крускал-Уоллис ба амал оварда шуд. Таҳлили робитаҳои ҳамбаста тибқи Спирмен



амалӣ шуд. Фарқияти қимати омори хангоми $p < 0,05$ будан ҳисоб карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқ ва муҳокимаи онҳо. Натиҷаҳои таҳқиқи амалишуда нишон дод,

ки дар популятсияи таҳқиқшуда маҷмуан миқдори тестостерон дар зардоби хун дар ҳудуди қимати референсӣ қарор дошт (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. Нишондиҳандаҳои гомеостазигормон

Нишондиҳанда	Қиматҳои референсӣ	Тамоми респондентҳо (n=550)	Мард (n=221)	Зан (n=329)	p
Тестостерон (нмол/л)	8,9-42,0 дар мардҳо; 0,52-1,72 дар занҳо	13,4±0,6	18,2±0,9	1,2±0,1	<0,001

Эзоҳот: p – қимати омории фарқияти нишондиҳандаҳои миёни марду занҳо (тибқи меъёри U-и Манна-Уитни)

Мо натиҷаи таҳқиқи тестостеронро ба се ғурӯҳ – нишондиҳандаи паст, хангоми меъёр ва баландтар аз қиматҳои референсӣ ҷудо кардем (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. Тақсими муоинашудагон вобаста ба сатҳи миқдори гормонҳо дар зардоби хун

Нишондиҳанда	Азмеъёр камтар n=114	Меъёр n=255	Азмеъёр зиёд n=181
Тестостерона (нмол/л)	45 мард – 8,4±0,2 69 зан – 0,32±0,01	166 мард – 12,0±0,2; 89 зан – 1,0±0,03	10 мард – 62,7±1,5; 171 зан – 1,48±0,2

Тавре аз маълумотҳои ҷадвал маълум аст, дар мавриди 20,7% нафари тахти таҳқиқ миқдори ками тестостерон, зимни 46,4% миқдори муътадили он ва хангоми 32,9% қимати баланди референсӣ муайян гардид. Қайд кардан лозим аст, ки баланд будани

сатҳи тестостерон аз қимати референсӣ дар мавриди занҳо қиёсан ба мардҳо 17 маротиба бештар ба мушоҳида расид.

Нишондиҳандаи тестостерон вобаста ба синни муоинашудагон дар ҷадвали 4 оварда шудааст.

Ҷадвали 4. Нишондиҳандаи заминаигормоналӣ вобаста ба синни муоинашудагон

Нишондиҳанда	Син (сол) / Ҷинс									
	18-44 (n=323)	45-59 (n=155)	p1	60-74 (n=69)	p2	p3	75-90 (n=3)	p4	p5	p6
Тестостерон (нмол/л)	14,8±0,8	12,5±1,3	<0,001	9,5±1,2	<0,001	<0,001	4,3±2,7	<0,001	<0,01	<0,05

Эзоҳот: p – қимати омори дар байни тамоми ғурӯҳҳои синнусолӣ (тибқи меъёри H-и Крускала-Уоллиса; p_1 – p_2 ва ғ. – хангоми муқоиса кардан байни ғурӯҳҳои дахлдори синнусолӣ (тибқи меъёри U-и Манна-Уитни); p_1 – маълумот байни аз 18 то 44-солаҳо; p_2 – маълумот байни 18-44-сола бо 60-74-солаҳо; p_3 – маълумот байни 45-59-сола бо 60-74-солаҳо; p_4 – маълумот байни 18-44-сола бо 75-90-солаҳо; p_5 – маълумот миёни 45-59-сола бо 75-90-солаҳо; p_6 – маълумот миёни 60-74-сола бо 75-90-солаҳо.

Таври аз маълумотҳои ҷадвал бармеояд бо боло рафтани синни ашхоси тахти таҳқиқ хеле кам шудани миқдори сатҳи тестостерон дар организм мушоҳида мешавад. Хусусан дар ашхоси миёнсол қиёсан ба ҷавонон сатҳи тестостерон 18,4% камтар, дар респондентҳои солхӯрда ва пиронсолон мутаносибан 55,8% ва 244,2% пасттар буд, ки дар ҳама ҳолатҳо хусусият муҳим касб мекунад.

Нишондиҳандаҳои миқдори тестостерон дар зардоби хун мувофиқи шохиси вазни бадани респондентҳо дар ҷадвали 6 оварда шудааст.

Шарҳи натиҷаҳои ҳосилшуда вобаста ба ШВБ нишон дод, ки бо зиёд шудани вазни бадан ниҳоят коҳиш ёфтани консентратсияи тестостерон ҳам дар дар байни дастаи умумии муоинашудагон ва ҳам дар алоҳидагӣ

Чадвали 6. Нишондиҳандаҳои гомеостазигормон вобаста ба шохиси вазни бадани респондентҳо

Нишондиҳанда		Шохиси вазни бадан					p ₂
		Вазни муътадили бадан (ШВБ=18,5-24,9) (n=252)	Вазни зиёдатии бадан (ШВБ=25,0-30,0) (n=135)	Фарбеҳии дараҷаи I (ШВБ=30,1-34,9) (n=89)	Фарбеҳии дараҷаи II (ШВБ=35,0-40,0) (n=60)	Фарбеҳии дараҷаи III (ШВБ=40,1 ва >) (n=14)	
Тестостерон (нмол/л)	мард	21,6±1,3	16,6±1,8	14,1±1,3	10,2±0,7	10,5±1,5	<0,001
	зан	13,0±1,3	12,3±1,7	8,6±1,9	0,8±0,1	0,6±0,2	<0,001
	ҳама	17,1±0,9	13,8±1,3	10,4±1,4	4,5±0,7	2,0±0,9	<0,001
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,05	

Эзоҳот: p – қимати омории фарқкунанда байни мард ва занҳо (тибқи меъёри U-и Манна-Уитни); p₂ – қимати омории фарқкунанда байни тамоми гурӯҳҳои тахти таҳқиқ (тибқи меъёри H-и Крускал-Уоллис)

фарқи гендерӣ дар зардоби хун мушоҳида мешавад. Нуктаи мазкур далелеро тасдиқ мекунад, ки дар ашхоси мубтало ба вазни зиёди бадан ва фарбеҳӣ гипогонадизми сонавӣ мувофиқи навъи сатҳи пасти тестостерон ё бо сабаби коҳиш ёфтани сатҳи охири фарбеҳӣ инкишоф меёбад.

Робитаи ҳамбастагии нишондиҳандаҳои антропометрӣ бо сатҳи тестостерон нишон дод, ки чинс (r=-0,42; p<0,000), син (r=-0,18; p<0,000), вазни бадан (r=-0,20; p<0,000), ШВБ (r=-0,30; p<0,000), даври бадан (r=-0,27; p<0,000) ва рон (r=-0,27; p<0,000) ҳамбастагии ниҳоят манфӣ бо сатҳи гормони мазкур мавҷуд буд ва фақат афзоиш муттаҳидии мусбат (r=0,28; p<0,000) бо сатҳи он мавҷуд аст.

Вазифаи асосии таҳқиқоти мазкур муайян кардани хусусияти тағйирёбии сатҳи тестостерон хангоми вариантҳои гуногуни вазни бадан ба ҳисоб меравад. Дар матни мазкур

ба мо робитаи ҳамбастагии манфии ШВБ ва бо сатҳи сатҳи он ҳосил гардид, ки аз хусуси робитаи дучонибаи фарбеҳӣ бо коҳиш ёфтани сатҳи тестостерон дарак медиҳад.

Ҳамин тавр, ба ҳулосае омадан мумкин аст, ки бо боло рафтани ШВБ ниҳоят кам шудани сатҳи тестостерон бо инкишоф ёфтани гипогонадизми сонавӣ ба мушоҳида мерасад.

Ҳулоса. Микдори тестостерон дар организм мустақиман ба мавҷудияти бофтаҳои зиёди чарбӣ ва бо ҳадди зиёд шудани вазни бадан алоқамандӣ дошта, аз ҳисоби чузъи чарбии он гипогонадизми пӯшида инкишоф меёбад. Тамоми чузъҳои физикуи бадан, ки дар асоси онҳо мавҷудияти чарббандӣ муайян мешавад, бо сатҳи тестостерон робитаи ҳамбастаи дучониба доштанд. Маълумоти ҳосилшуда зарурати татбиқи ислоҳи ҳатмии гипогонадизми сонавиро дар барномаи маҷмуии муолиҷаи фарбеҳӣ тасдиқ мекунад.

Адабиёт

1. Абдуллозода, С.М. Распространённость ожирения среди взрослого населения Таджикистана / С.М. Абдуллозода // Вестник Авиценны. – 2022. – Т. 24, № 1. – С. 19-28.
2. Салехова, М.П. Психологический стресс как патогенетический триггер развития алиментарного ожирения / М.П. Салехова, М.К. Гулов, А.И. Корабельников // Вестник Новгородского государственного университета. - 2021. - № 1. - С. 58-61.
3. Скрининг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди населения высокогорной местности Таджикистана / М.К. Гулов [и др.] // Вестник Авиценны. - 2020. Т. 22, № 2. - С. 209-221.
4. Insulin secretion and action with increasing age - A comparison between Middle Eastern immigrants and native Swedes / N.F. Dhaher [et al.] // Heliyon. – 2022. – Vol. 8, № 10. – P. e10913.



5. Testicular function in a birth cohort of young men / R.J. Hart [et al.] // Hum Reprod. – 2015. – Vol. 30, № 12. – P. 2713-2724.
6. The prevalence of low muscle mass associated with obesity in the USA / D.J. Murdock [et al.] // Skelet Muscle. – 2022. – Vol. 12, № 1. – P. 26.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ТЕСТОСТЕРОНА У ЛИЦ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Абдуллозода С.А., Усмонова Г.М., Қобилзода Қ.Қ.

В работе отражены результаты изучения уровня тестостерона у 550 человек с разной массой тела. Среди обследованных 221 (40,2%) явились мужчинами, 329 (59,8%) - женщинами. Возраст обследованных в среднем составил $42,2 \pm 0,6$ года. 252 (45,8%) человек имели нормальный ИМТ, 135 (24,6%) - избыточную массу тела, 89 - ожирение (ОЖ) 1 степени, 60 (10,9%) - ОЖ 2 степени и 14 (2,5%) - ОЖ 3 степени.

Среднее содержание тестостерона у обследованной популяции в среднем составило $13,4 \pm 0,6$ нмоль/л. У 20,7% обследованных отмечалась его недостаточность, у 46,4% - нормальный его уровень и у 32,9% - показатели выше нормы.

Было доказано, что с увеличением возраста происходит значимое снижение уровня

тестостерона. Так, у лиц среднего возраста по сравнению с молодыми его уровень в среднем был на 18,4% ниже, а у респондентов пожилого и старческого возрастов на 55,8% и 244,2% соответственно, что во всех случаях носит значимый характер.

Также было выявлено, что с увеличением массы тела происходит значимое снижение концентрации тестостерона как среди общей когорты обследованных, так и раздельно по гендерному различию. Таким образом, можно сделать вывод о том, что с увеличением ИМТ отмечается значительное снижение уровня тестостерона с развитием вторичного гипогонадизма.

Ключевые слова: избыточная масса тела, ожирение, тестостерон, гипогонадизм

COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE LEVEL OF TESTOSTERONE IN PERSONS WITH NORMAL BODY WEIGHT AND OBESITY

Abdullozoda S. M., Usmanova G.M., Kobilov K. K.

The paper reflects the results of a study of testosterone levels in 550 people with different body weights. Among those surveyed, 221 (40.2%) were men, 329 (59.8%) were women. The average age of the surveyed was 42.2 ± 0.6 years. 252 (45.8%) people had a normal BMI, 135 (24.6%) were overweight, 89 were obese (OB) grade 1, 60 (10.9%) had OB grade 2 and 14 (2.5%) - coolant 3 degrees.

The average testosterone content in the surveyed population averaged 13.4 ± 0.6 nmol/l. In 20.7% of the surveyed, its insufficiency was noted, in 46.4% - its normal level, and in 32.9% of its high indicators than the norm.

It has been proven that with increasing age there is a significant decrease in testosterone

levels. Thus, in middle-aged persons, compared with young people, its level was on average 18.4% lower, and in elderly and senile respondents, by 55.8% and 244.2%, respectively, which in all cases is significant.

It was also found that with an increase in body weight, there is a significant decrease in the concentration of testosterone, both among the general cohort of the examined, and separately according to their gender difference. Thus, it can be concluded that with an increase in BMI, there is a significant decrease in testosterone levels with the development of secondary hypogonadism.

Keywords: overweight, obesity, testosterone, hypogonadism



Абдуллозода Саид Муртазо – н.и.т., унвонҷӯйикафедраи эпидемиологияи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Сурога: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кучаи Сино 29-31. Телефон (+992) 44 6003659. E-mail: saidxoja@gmail.com

Усмонова Гулнора Муқимовна – д.и.т., профессори кафедраи эпидемиологияи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Сурога: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кучаи Сино 29-31. Телефон (+992) 93 344 03 93. E-mail: gulnora.usmanova.64@mail.ru

Қобилов Қ. К.-н.и.т. – дотсенти кафедраи анатомияи топографӣ ва амалияи ҷарроҳӣ, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, тел. 93440 88 87.

Абдуллозода Саид Муртазо – к.м.н., соискатель кафедры эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734026, Республика Таджикистан, город Душанбе, ул. Сино 29-31. Телефон (+992) 44 600 36 59. E-mail: saidxoja@gmail.com

Усманова Гульнора Муқимовна – д.м.н., профессор кафедры эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734026, Республика Таджикистан, город Душанбе, ул. Сино 29-31. Телефон (+992) 93 3440393. E-mail: gulnora.usmanova.64@mail.ru

Кобилов К. К. – к.м.н., доцент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии, ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734026, Республика Таджикистан, город Душанбе, тел. 93440 88 87.

Abdullozoda Said Murtazo - Candidate of Medical Sciences, Applicant of the Department of Epidemiology of the Avicenna Tajik State Medical University. Address: 734026, Republic of Tajikistan, Dushanbe city, 29-31 Sino street. Tel.: (+992) 44 6003659. E-mail: saidxoja@gmail.com

Usmanova Gulnora Mukimovna - MD, professor of the Department of Epidemiology of the Avicenna Tajik State Medical University. Address: 734026, Republic of Tajikistan, Dushanbe city, 29-31 Sino street. Tel.: (+992) 93 344039

Kobilov K. K. - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Topographic Anatomy and Operative Surgery, ibni Sino TSMU. Address: 734026, Republic Tajikistan, tel 93440 88 87.

НАТИҶАҲОИ ТАҲКИҚОТИ САТҲИ ВИТАМИНИ D ДАР АҲОЛИИ ДОРОИ МАССАИ МУЪТАДИЛИ БАДАН ВА ФАРБЕҲӢ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН Абдуллозода С.М., Усманова Г.М.

Кафедраи эпидемиологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мубрамӣ. Таҳлили маълумоти адабиёт хеле зиёд шудани шумораи одамони дорои массаи зиёд ва фарбеҳро дар саросари ҷаҳон, аз ҷумла дар ҷумҳурии мо, нишон медиҳад [1, 2, 7, 10]. Дар ин замина ихтилолҳои сершумор дар мубодилаи моддаҳо рушд мекунад, ки дар оқибат хатари ба вучуд омадани бемориҳои дилу раг, диабет қанд ва синдроми метаболикиро хеле зиёд мекунад [9].

Вактҳои охир хусусиятҳои мубодилаи витамини D як масъалае гардидааст, ки дар алоқамандӣ бо одамони дорои вазни бадани гуногун зуд-зуд мавриди баҳсу баррасӣ қарор дода мешавад ва таълифоти сершумор дар нашрияҳои адабиёти илмӣ тиббии русӣ ва англисӣ гувоҳии инанд. Тавре

маълум аст, нақши асосии витамини D дар организм иштирок дар мубодилаи калсий ва фосфор, инчунин азнавсозии бофтаҳои устухон мебошад [3-6]. Аммо як қатор таҳқиқотҳо иштироки витамини D-ро дар дигар равандҳои мубодилаи моддаҳо низ ошкор намуданд [8]. Тавре собит карда шуд, аз сабаби он ки витамини мазкур дар равшанӣ ҳафзаанда буда, қисми асосии он дар бофтаҳои зерпӯстӣ ҷойгир мешавад, ба ақидаи бархе аз пажӯҳишгарон, дар шахсони фарбеҳ аз сабаби камтар ворид шудан ба маҷрои умумии хун коҳишёбии он ба вучуд меояд [3], 5, 8]. Аммо як зумра олимони намоён исбот кардаанд, ки дар ҷавонон байни фарбеҳӣ ва норасоии витамини D вобастагӣ ба вучуд надорад ва дар генези он дар ба-



робари массаи зиёдати бадан дигар омилҳои хавф низ нақш доранд [4, 10]. Дар ин замина як қатор коршиносон истеъмоли нокифояи витамини Д ҳамроҳи ғизо, мавҷудияти ихтилолҳои гормоналӣ ва инсолятсияи нокифояи организм барои синтези эндогении ин витаминро сабаби асосии гиповитаминоз медонанд [10]. Дар робита ба ин, алҳол вобастагии байни норасоии витамини Д ва фарбеҳӣ, махсусан дар ҷавонон ва шахсони дорои омилҳои зиёди хавф, ки мубодилаи ин витаминро ҳалалдор мекунанд, баҳсбарангез боқӣ мемонад. Ҳамаи гуфтаҳои боло, инчунин мавҷуд набудани таҳқиқотҳои калонеро ба назар гирифта, ки ба омӯзиши сатҳи витамини D дар аҳолии ка-

лонсоли ҷумҳурии мо ва алоқамандии он бо вазни зиёдати бадан равона шудаанд, таҳқиқоти мазкур ба ҳамин масъала бахшида шудааст.

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани сатҳи витамини D дар аҳоли бо вазни муътадил ва фарбеҳи минтақаи мо.

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Таҳқиқи сатҳи витамини D дар ҳунобаи 550 шахси калонсоли дорои вазни муътадил ва барзиёди бадан. Аз байни таҳқиқшудагон 221 нафар (40,2%) аз ҷинси мард ва 329 нафар (59,8%) аз ҷинси зан буданд. Синни иштирокчиёни таҳқиқоти мазкур аз 18 то 84-сола буд, ки ба ҳисоби миёна $42,2 \pm 0,6$ солро ташкил медод (ҷадвали 1).

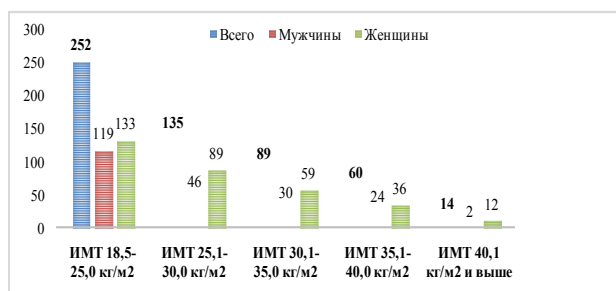
Ҷадвали 1. Нишондиҳандаҳои антропометрии иштирокчиёни таҳқиқшуда

Нишондиҳанда	Ҳамаи иштирокчиён (n=550)	Мардон (n=221)	Занҳо (n=329)	p
Қад (см)	$165,9 \pm 0,4$	$171,3 \pm 0,5$	$162,2 \pm 0,5$	$<0,001$
Вазн (кг)	$74,0 \pm 0,7$	$76,5 \pm 1,1$	$72,4 \pm 0,9$	$<0,01$
Индекси массаи бадан ($\text{кг}/\text{м}^2$)	$26,9 \pm 0,3$	$26,1 \pm 0,4$	$27,6 \pm 0,4$	$<0,01$
Синни миёна	$42,2 \pm 0,6$	$40,9 \pm 0,9$	$43,1 \pm 0,7$	$<0,05$
Даври миён (см)	$88,0 \pm 0,8$	$85,1 \pm 1,1$	$89,9 \pm 1,1$	$<0,01$
Даври рон (см)	$97,1 \pm 0,8$	$93,8 \pm 1,1$	$99,3 \pm 1,0$	$<0,01$
Индекси миён/рон	$0,906 \pm 0,004$	$0,905 \pm 0,005$	$0,906 \pm 0,005$	$>0,05$

Эзоҳ: p – аҳамиятнокии омории фарқи нишондиҳандаҳо миёни занон ва мардон (мувофиқи меёри U-и Манн-Уитни)

Мавҷудияти вазни барзиёд ва фарбеҳӣ дар таҳқиқшудагон дар асоси индекси вазни бадан аз рӯи формулаи Кетле ($\text{ВЗБ} = \text{массаи бадан (кг)} / \text{қад}(\text{м}^2)$) муайян карда шуд, ки Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ ба сифати воситаи асосии ташҳиси фарбеҳӣ ҳангоми скринингҳои оммавӣ тавсия додааст.

Тақсимои иштирокчиён вобаста ба ВЗБ дар расми 1 оварда шудааст.



Расми 1. Тақсимои иштирокчиён аз рӯи индекси массаи бадан ($\text{кг}/\text{м}^2$)

Тавре дар расм дида мешавад, вобаста ба ВЗБ ҳамаи иштирокчиёно ба панҷ гурӯҳ тақсим кардан мумкин аст: бо ВЗБ-и муътадил, ВБ-и зиёдтӣ, фарбеҳии дараҷаи 1, 2 ва 3. Тафтиши тақсимои онҳо мувофиқи меёри Шапиро-Уилк нишон дод, ки дар баъзе гурӯҳҳо мувофиқати тақсимо ба меёр ҳалалдор шудааст, зеро дар онҳо фарқҳои аз лиҳози омор аҳамиятнок нисбат ба хати қачи Гаус ($p < 0,05$) (ҷадвали 2) ҷой доштанд. Дар робита ба ин таҳлили дескриптивӣ бо ҳисоббарории медиана (Me) бо кватилҳои болоӣ ва поёӣ анҷом дода шуд ([25q; 75q]). Таҳлили дисперсионӣ мувофиқи меёри Крускал-Уоллис бо post-hoc-таҳлили минбаъда дар асоси меёри Манн-Уитни гузаронда шуд.

Чадвали 2. Тафтиши ба меъёр мувофиқат кардани тақсимои қаторҳои вариатсионӣ (мувофиқи меъёри Шапиро-Уилк)

Нишондиҳандаҳои антропометрии	Индекси массаи бадан									
	18,0-24,9 (n=16)		25,0-29,9 (n=12)		30,0-34,9 (n=14)		35,0-39,9 (n=10)		40,0 ва зиёд (n=12)	
	W	p	W	p	W	p	W	p	W	p
Син (сол)	=0,848	=0,013	=0,929	>0,05	=0,943	>0,05	=0,876	>0,05	=0,946	>0,05
Вазни бадан (кг)	=0,881	=0,041	=0,855	=0,042	=0,766	=0,002	=0,900	>0,05	=0,904	>0,05
Қад (см)	=0,873	=0,030	=0,860	=0,049	=0,766	=0,002	=0,793	=0,012	=0,932	>0,05
Даври миён (см)	=0,917	>0,05	=0,906	>0,05	=0,818	=0,008	=0,803	=0,016	=0,949	>0,05
Даври ронҳо (см)	=0,967	>0,05	=0,915	>0,05	=0,860	=0,049	=0,718	=0,001	=0,759	=0,003
Даври гардан (см)	=0,954	>0,05	=0,966	>0,05	=0,955	>0,05	=0,788	=0,011	=0,936	>0,05

Эзоҳ: W – нишондиҳандаи меъёри Шапиро-Уилк; p – аҳамиятнокии омории фарқи нишондиҳандаҳо дар қиёс бо хати қачи Гаус

Таҳқиқи сатҳи витамини Д дар хунобаи иштирокчиён бо усули хроматографияи моеъ, ки сатҳи баланди дақиқӣ дорад, дар шароити лабораторияи ООО «Диамед» дар шаҳри Душанбе анҷом дода шуд. Бузургҳои референсии он мувофиқи ин усул 30-100 нг/мл-ро ташкил медиҳанд, сатҳи 20-30 нг/мл ҳамчун нокифоягии витамин тафсир карда мешавад, агар ин нишондиҳанда аз 20 нг/мл поён бошад, ҳамчун камбуд (норасоӣ)-и он.

Барои ба даст овардани маълумотҳои дақиқтар дар ҳамаи ҳолатҳо хуни варидаи пагоҳӣ, дар шиками гурусна гирифта мешуд. Аз шахсоне, ки тамоку истеъмол мекунаманд, хун 30 дақиқа пас аз истеъмоли охири тамоку гирифта мешуд. Ҳамчунин то гирифтани хун анамнези ҳар як иштирокдор муфассал ва мавҷудияти патологияи ҳамроҳ ё табобатгирии ҳамзамон дар лаҳзаи қорӣ муайян карда шуд.

Чадвали 3. Тақсимбандии таҳқиқшудагон вобаста ба сатҳи гормонҳо дар хуноба

Нишондиҳанда	Аз меъёр поён (n=112)			Меъёр (n=438)			p
	Ҳама	мартон	занон	ҳама	мартон	занон	
Микдори иштирокдорон	112 (20,4%)	51 (23,1%)	61 (18,5%)	438 (79,6%)	170 (76,9%)	268 (81,5%)	<0,001
Син	44,0 [34,0; 57,75]	42,0 [32,5; 54,0]	46,0 [36,0; 58,0]	40,0 [30,25; 52,0]	37,5 [29,25; 47,0]	42,0 [31,0; 53,0]	>0,05
Массаи бадан	82,0 [67,5; 91,75]	86,0 [67,0; 97,0]	79,0 [70,0; 90,0]	70,0 [60,0; 81,0]	70,0 [62,0; 85,25]	68,5 [60,0; 80,0]	<0,001
Қад	165,5 [160,0; 171,0]	170,0 [167,5; 177,0]	160,0 [157,0; 165,0]	166,0 [160,0; 172,0]	170,0 [166,0; 176,0]	161,0 [156,0; 168,0]	>0,05
Шоҳис (индекс)-и массаи бадан	30,7 [22,9; 34,9]	26,8 [22,0; 31,9]	31,6 [26,1; 35,4]	24,9 [21,7; 29,8]	22,9 [21,5; 27,1]	26,3 [21,8; 30,4]	<0,001
Даври миён	97,0 [80,0; 107,0]	92,0 [80,5; 100,0]	98,0 [80,0; 113,0]	87,0 [70,0; 100,0]	82,5 [70,0; 98,0]	90,0 [72,0; 100,0]	<0,001
Даври рон	105,0 [94,0; 114,0]	101,0 [87,0; 110,0]	109,0 [98,0; 120,5]	98,0 [80,25; 108,0]	94,5 [80,0; 106,0]	100,0 [83,0; 108,0]	<0,001
Даври гардан	36,0 [31,75; 39,75]	35,0 [30,0; 40,0]	37,0 [34,0; 39,5]	34,0 [30,0; 37,0]	32,0 [30,0; 38,0]	34,0 [30,0; 36,75]	>0,05
Сатҳи витамини Д	22,0 [16,75; 27,75]	25,0 [19,0; 28,0]	21,0 [14,0; 24,75]	51,0 [41,0; 68,0]	49,0 [40,0; 64,5]	52,0 [41,0; 70,0]	<0,001

Эзоҳ: p – аҳамиятнокии омории фарқи нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (мувофиқи Н-меъёри Крускал-Уоллис)



Инчунин нишондиҳандаҳои антропометри муқаррар карда шуданд.

Коркарди омории маълумот бо истифода аз барномаи Statistica 10.0 (StatSoft, ИМА) гузаронда шуд. Таҳлили робитаҳои коррелятсионӣ мувофиқи Спирмен анҷом дода шуд. Фарқҳо дар сурати $p < 0,05$ будан дорои аҳамияти омории доништа мешуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Медианаи миқдори витамини Д дар гурӯҳи мавриди омӯзиш 46,0 [33,0; 62,0] нг/мл-ро ташкил дод ва аз рӯи ҷинс фарқи дорои аҳамият дошт – мутаносибан 41,0 [31,0; 61,0] нг/мл дар мардон ва 48,0 [34,0; 64,0] нг/мл дар занон ($p < 0,05$). Тавре дида мешавад, дар занҳо дар муқоиса бо мардон миқдори витамини Д 17,1% зиёд буд.

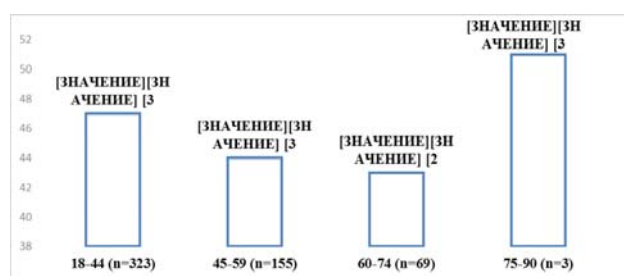
Тақсимбандии иштирокдорон вобаста ба сатҳи меъерӣ ва норасоии витамини Д дар ҷадвали 3 оварда шудааст.

Тавре аз маълумоти дар ҷадвали 3 пешкашгардида маълум мешавад, дар 18,5% занон ва 23,1% мардон нишондиҳандаҳои миқдори витамини Д дар хуноба камтар аз 30,0 нг/мл буд. Ҷи гунае ки таҳлили омории ошкор кард, фарқи назарраси син, массаи бадан, индекси массаи бадан, даври миён ва рон дар байни гурӯҳҳои дорои нишондиҳандаҳои меъерӣ ва бо норасоии витамини Д, ҳам дар маҷмӯъ ва ҳам дар алоҳидагӣ мувофиқи ҷинс ба қайд гирифта шуданд. Чунончӣ, мардон бо норасоии витамини Д дар муқоиса бо мардоне, ки сатҳи муътадили онро доштанд, 4,5 сол калонтар ва дорои 22,9% вазни беш-

тар буданд. Ғайр аз ин, медианаи ИМБ дар онҳо 3,9 воҳид, даври миён ва рон мутаносибан 9,5 см ва 6,5 см кам буданд.

Дар занҳо манзараи шабеҳ мушоҳида мегардид. Аз ҷумла, занҳо бо норасоии витамини Д дар қиёс бо занҳое, ки миқдори муътадили онро доштанд, 4 сол калон ва 15,3% вазинтар буданд. Медианаи фарқи ИМБ 5,3 воҳидро, даври миён ва ронҳо мутаносибан 8,0 см ва 9,0 см-ро ташкил доданд.

Нишондиҳандаҳои сатҳи витамини Д вобаста ба синни таҳқиқшудагон дар расми 2 пешниҳод шудаанд.



Расми 2. Сатҳи витамини Д вобаста ба син (р- аҳамияти омории фарқи байни ҳамаи гурӯҳҳои синнусолӣ (дар асоси Н-меъери Крускал-Уоллис)

Тавре дида мешавад, фарқи аҳамиятноки миқдори витамини Д дар робита ба синни муоинашудагон қайд нагардидааст, ҳарчанд дар афроди синни миёна ва солдидагон сатҳи он 6,8% ва 9,3% нисбат ба иштирокдорони синни ҷавон коҳиш меёфт. Нишондиҳандаҳои миқдори витамини Д дар хуноба аз рӯи ИМБ-и таҳқиқшудагон дар ҷадвали 4 оварда мешаванд.

Ҷадвали 4. Нишондиҳандаҳои витамини Д вобаста ба индекси массаи бадан

Нишондиҳанда		Индекси вазни бадан					p ₂
		Массаи меъерии бадан (ИМБ=18,5-24,9) (n=252)	Массаи барзиёди бадан (ИМБ=25,0-30,0) (n=135)	Фарбеҳии дараҷаи 1 (ИМБ=30,1-34,9) (n=89)	Фарбеҳии дараҷаи 2 (ИМБ=35,0-40,0) (n=60)	Фарбеҳии дараҷаи 3 (ИМБ=40,1 и >) (n=14)	
Сатҳи витамини Д (нг/мл)	мардон	48,0 [35,5; 66,0]	41,0 [28,0; 56,5]	38,0 [30,5; 51,75]	36,5 [26,75; 47,0]	32,5 [22,75; 39,75]	<0,001
	занон	55,0 [37,5; 71,0]	51,0 [38,0; 62,0]	38,0 [18,0; 55,0]	39,0 [24,75; 47,0]	35,0 [26,0; 48,0]	<0,001
	ҳама	51,0 [36,0; 70,0]	48,0 [36,0; 61,0]	40,0 [24,0; 55,0]	36,5 [25,75; 47,0]	34,0 [27,75; 41,25]	<0,001
p		<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	

Эзоҳ: р – аҳамияти омории фарқияти байни мардон ва занон (мувофиқи U-меъери Манн-Уитни); р₂ – аҳамияти омории фарқияти байни ҳамаи гурӯҳҳои мавриди омӯзиш (мувофиқи Н- меъери Крускал-Уоллис)

Тафсири натиҷаҳои бадастомада вобаста ба ИМБ нишон дод, ки бо афзоиши массаи бадан камшавии назарраси миқдори витамини Д дар хуноба ба қайд гирифта мешавад. Ба ин тариқ, дар ашхоси гирифтори фарбеҳии дараҷаи 1 нисбат ба иштирокчиёне, ки массаи баданашон муътадил аст, сатҳи витамини Д 27,5% кам буд, ки ин адад аҳамиятнок аст ($p < 0,001$). Ҳамин гуна манзара дар гурӯҳи иштирокчиёне, ки фарбеҳии дараҷаи 2 ва 3 доранд, низ мушоҳида гардидааст: дар онҳо сатҳи витамини мазкур мутаносибан 39,7% ва 50% кам шудааст ($p < 0,001$). Ҳангоми муқоисаи дохилигурӯҳии сатҳи витамини Д дар иштирокчиёне, ки фарбеҳӣ дош-

танд, фарқи сатҳи он дар афрод бо фарбеҳии дараҷаи 1 ва 3 ба назар мерасид ($p < 0,001$). Гайр аз ин, дар шахсоне, ки сатҳи муътадили ИМБ ва ИМЗБ доштанд, фарқият дар миқдори витамини Д мувофиқи мансубияти ҷинсии иштирокдорон ба назар расид – дар занон нисбат ба мардон сатҳи он 14,6% ва 24,4% зиёд буд. Дар баробари ин, тафовути омӯрӣ дар байни сатҳи витамини Д дар мардон ва заноне, ки дараҷаи гуногуни фарбеҳӣ доштанд, қайд нагардид.

Вобастагии коррелятсионии сатҳи витамини Д бо маълумоти антропометрии таҳқиқшудагон дар ҷадвали 5 манзур мегардад.

Ҷадвали 5. Коррелятсияҳои дараҷавии Спирмен

Омил	r	p
Ҷинс (м; з)	0,08	0,047
Қад (см)	0,07	0,093
Вазн (кг)	-0,26	0,0000
Индекси массаи бадан ($\text{кг}/\text{м}^2$)	-0,29	0,0000
Син (сол)	-0,08	0,047
Даври миён (см)	-0,21	0,0000
Даври ронҳо (см)	-0,23	0,0000
Индекси миён/рон	-0,13	0,002

Коррелятсияи дараҷавии нишондиҳандаҳои ҷисмонии таҳқиқшудагон бо миқдори витамини Д ошкор кард, ки танҳо ҷинсият бо сатҳи ин витамин робитаи коррелятсионии мусбат дошт ($r = 0,08$; $p = 0,047$), аммо массаи бадан ($r = -0,26$; $p < 0,001$), ИМБ ($r = -0,29$; $p < 0,001$), син ($r = -0,08$; $p = 0,047$), даври миён ($r = -0,21$; $p < 0,001$), ронҳо ($r = -0,23$; $p < 0,001$) ва гардан ($r = -0,13$; $p = 0,002$) – робитаи манфӣ.

Мақсади асосии ин кор омӯзиши хусусиятҳои тағйирёбии миқдори витамини Д дар шароити вариантҳои гуногуни вазни бадан буд. Дар ин замина мо робитаҳои мустақими коррелятсионии байни ИМБ ва сатҳи ин витаминро ба даст овардем. Даври миён, рон ва индекси миён/рон, ки чанде аз меъёрҳои ташҳиси фарбеҳӣ мебошанд, низ бо коҳиши сатҳи витамини Д робитаи муста-

қим доштанд.

Ба ин тариқ, метавон хулоса кард, ки бо зиёд шудани ИМБ камшавии витамини Д дар хуноба мушоҳида мешавад ва дар байни гурӯҳи муоинашуда дар 20,4% ҳолатҳо нокифоягӣ ё норасоии он ошкор шудааст.

Ҳотима. Афзоиши вазни бадан бо паст шудани сатҳи витамини Д дар организм алоқаманд аст, норасоии витамини мазкур дар 18,5% занон ва 23,1% мардон ошкор шуд. Дар коҳиши сатҳи витамини Д, дар баробари афзоиши вазни бадан, инчунин синну соли иштирокдорон, зиёдшавии андозаи миён, ронҳо ва гардани онҳо нақш бозиддааст. Натиҷаҳои бадастомада нақши назарраси фарбеҳиро дар рушди норасоии витамини Д тасдиқ мекунанд ва дар робита ба ин, ин гурӯҳи аҳоли бояд мунтазам табобати ивазкунанда гирад.

Адабиёт

1. Абдуллозода, С.М. Распространённость ожирения среди взрослого населения Таджикистана / С.М. Абдуллозода // Вестник Авиценны. – 2022. – Т. 24, № 1. – С. 19-28.



2. Анварова, Ш.С. Краевые особенности проблемы ожирения в Таджикистане, меры профилактики и лечения / Ш.С. Анварова, Н.Ф. Ниязова, М.Э. Музафарова // Авджи Зухал. - 2021. - № 1. - С. 121-124.
3. Козыбаева Ж.Ж. Дефицит витамина D и ожирение / Ж.Ж. Козыбаева, Д.С. Никифорова // Sciences of Europe. - 2023. - № 118. - С. 20-23
4. Кузнецова А.Ф. Взаимосвязь ожирения и дефицита витамина D / А.Ф. Кузнецова, Т.Ф. Слободенюк // Забайкальский медицинский вестник. - 2020. - № 1. - С. 89-103.
5. Михно А.Г. Роль витамина D в развитии ожирения / А.Г. Михно, В.А. Солнцева // Педиатрия. Восточная Европа. - 2017. - Т. 5, № 2. - С. 167-176.
6. Нарушения метаболизма витамина D при ожирении / И.И. Дедов [и др.] // Ожирение и метаболизм. - 2011. - Т. 8, № 2. - С. 3-10.
7. Салехова, М.П. Психологический стресс как патогенетический триггер развития алиментарного ожирения / М.П. Салехова, М.К. Гулов, А.И. Корабельников // Вестник Новгородского государственного университета. - 2021. - № 1. - С. 58-61.
8. Салухов В.В. Взаимосвязь ожирения, дефицита витамина D и остеопороза, а также методы их коррекции / В.В. Салухов, Е.А. Ковалевская // Фарматека. - 2023. - Т. 30, № 1/2. - С. 232-239.
9. Скрининг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди населения высокогорной местности Таджикистана / М.К. Гулов [и др.] // Вестник Авиценны. - 2020. Т. 22, № 2. - С. 209-221.
10. Суплотова Л.А. К вопросу о патогенетических механизмах влияния ожирения на уровень витамина D / Л.А. Суплотова, В.А. Авдеева, Л.Я. Рожинская // Ожирение и метаболизм. - 2021. - Т. 18, № 2. - С. 169-174.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ ВИТАМИНА D У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Абдуллозода С.М., Усмонова Г. М.

В статье отражены результаты исследования уровня витамина D у 550 человек (221 мужчин и 329 женщин) с нормальной и избыточной массой тела. Возраст обследованных в среднем составил $42,2 \pm 0,6$ года. 252 человек имели нормальный индекс массы тела (ИМТ), 135 – избыточную массу тела, 89 – ожирение 1 степени, 60 – ожирение 2 степени, 14 – ожирение 3 степени.

Медиана содержания витамина D составила 46,0 [33,0; 62,0] нг/мл, и имела значимое различие по полу - 41,0 [31,0; 61,0] нг/мл у мужчин и 48,0 [34,0; 64,0] нг/мл у женщин соответственно ($p < 0,05$). У 18,5% женщин и 23,1% мужчин отмечался его дефицит. Не отмечалось значимого различия уровня витамина D от возраста обследованных.

С увеличением массы тела отмечалось значимое снижение уровня витамина D. В частности, у лиц с ОЖ 1 степени по сравнению с обследованными с нормальной ИМТ его уровень был сниженным на 27,5%, у лиц с ожирением 2 и 3 степеней на 39,7% и 50% соответственно.

Только пол имел положительную корреляционную связь с уровнем витамина D ($r=0,08$; $p=0,047$), а масса тела ($r=-0,26$; $p<0,001$), ИМТ ($r=-0,29$; $p<0,001$), возраст ($r=-0,08$; $p=0,047$), окружность талии ($r=-0,21$; $p<0,001$), бёдер ($r=-0,23$; $p<0,001$) и шеи ($r=-0,13$; $p=0,002$) отрицательную связь.

Ключевые слова: избыточная масса тела, ожирение, витамин D, дефицит витамина D.

RESULTS OF THE STUDY OF THE LEVEL OF VITAMIN D IN THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN WITH NORMAL BODY WEIGHT AND OBESITY

Abdullozoda S.M., Usmanova G. M.

The article presents the results of a study of vitamin D levels in 550 people (221 men and 329 women) with normal and overweight. The average age of the surveyed was 42.2 ± 0.6 years. 252 people had a normal body mass index (BMI), 135 were overweight, 89 were 1st degree obese, 60 were 2nd degree obese, and 14 were 3rd degree obese.

The median content of vitamin D was 46.0 [33.0; 62.0] ng/ml, and had a significant difference by sex - 41.0 [31.0; 61.0] ng/ml in men and 48.0 [34.0; 64.0] ng/ml in women, respectively ($p < 0.05$). 18.5% of women and 23.1% of men had its deficiency. There was no significant difference in the level of vitamin D from the age of the examined.

With an increase in body weight, a significant decrease in the level of vitamin D was noted. In particular, in persons with OB of 1 degree, compared with those examined with normal BMI, its level was reduced by 27.5%, in persons with obesity of 2 and 3 degrees by 39.7% and 50% respectively.

Only gender had a positive correlation with vitamin D levels ($r = 0.08$; $p = 0.047$), while body weight ($r = -0.26$; $p < 0.001$), BMI ($r = -0.29$; $p < 0.001$), age ($r = -0.08$; $p = 0.047$), waist ($r = -0.21$; $p < 0.001$), hip ($r = -0.23$; $p < 0.001$) and neck ($r = -0.13$; $p = 0.002$) negative relationship.

Keywords: overweight, obesity, vitamin D, vitamin D deficiency

Абдуллозода Саид Муртазо – н.и.т., унвонҷӯйи кафедраи эпидемиологияи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Суроға: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, шҳари Душанбе, кучаи Сино 29-31. Телефон (+992) 44 6003659. E-mail: saidxoja@gmail.com

Усмонова Гулнора Муқимовна - д.и.т., профессори кафедраи эпидемиологияи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Суроға: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, шҳари Душанбе, кучаи Сино 29-31. Телефон (+992) 93 344 03 93. E-mail: gulnora.usmanova.64@mail.ru

Абдуллозода Саид Муртазо – к.м.н., соискатель кафедры эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734026, Республика Таджикистан, город Душанбе, ул. Сино 29-31. Телефон (+992) 44 600 36 59. E-mail: saidxoja@gmail.com

Усманова Гульнора Муқимовна - д.м.н., профессор кафедры эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734026, Республика Таджикистан, город Душанбе, ул. Сино 29-31. Телефон (+992) 93 3440393. E-mail: gulnora.usmanova.64@mail.ru

Abdullozoda Said Murtazo Usmanova Gulnora Mukimovna - Candidate of Medical Sciences, Applicant of the Department of Epidemiology of the Avicenna Tajik State Medical University. Address: 734026, Republic of Tajikistan, Dushanbe city, 29-31 Sino street. Tel.: (+992) 44 6003659. E-mail: saidxoja@gmail.com

Usmanova Gulnora Mukimovna - MD, professor of the Department of Epidemiology of the Avicenna Tajik State Medical University. Address: 734026, Republic of Tajikistan, Dushanbe city, 29-31 Sino street. Tel.: (+992) 93 344 03 93.



ОМУЗИШИ ТАМОЮЛИ БЕМОРИИ СИЛИ ФАЪОЛ ДАР ЧУМХУРИИ ТОЧИКИСТОН

Нидоев С., Ф. Рачабзода, А. Юсуфзода

Раёсати технологияҳои иттилоотӣ, коммуникатсионӣ, таҳрир ва нашри Дастгоҳи Маҷлиси намояндагони Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Муҳимият. Тағйироти шадиди вазъи иҷтимоӣ-иқтисодӣ дар охири асри 20 дар ҷаҳон алалхусус дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, ба мушкилоти шадиди афзоиши бемории сил оварда расонд, ки ба тамоми кишварҳои ҷаҳон таъсир расонд. [3,4]. То имрӯз, бемории сил дуввумин сабаби асосии марг миёни бемориҳои сироятӣ дар байни калонсол боқӣ мондааст, ки ҳар сеюмин зани 15 то 44-сола аз бемории сил азият мекашанд. Тибқи пешгӯиҳои Созмони Умумиҷаҳонии Тандурустӣ (минбаъд ТУТ), ки 50 сол пеш дода буд, қайд гардид, ки то соли 2020 тақрибан 1 миллиард нафар дар ҷаҳон ба микобактерияҳои сил сироят ёфта 200 миллион нафар бемор мешаванд ва 35 миллион нафар аз он мефавтад, ки сабаби асоси набудани кӯмаки муассир мебошад. Монеаҳои асосӣ барои беҳтар кардани табобати сил нокифоягии ошкоркунии беморӣ мебошад. Мушкилоти дигар пайдоиши паҳншавии сили ба дору тобовар аст, ки онро аксари доруҳои маълум табобат намекунад [1,3,4,6].

Мувофиқи маълумоти Институти нишондиҳандаҳо ва баҳодиҳии саломатӣ (ИПОЗ), дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бемории сил аз 137,4 дар 100,000 дар соли 2004 то 107,7 дар соли 2017 коҳиш ёфтааст [1,4]. Тоҷикистон яке аз 10 кишвари ҷаҳон аст, ки бори гарони бемории сил бо муқовимати зиёди доруворӣ дорад; ҳамаи ин кишварҳо, ба истиснои Сомайлӣ, ба минтақаи Аврупои ТУТ (Озарбойҷон, Беларус, Қазоқистон, Қирғизистон, Ҷумҳурии Молдова, Федератсияи Русия, Тоҷикистон, Узбекистон ва Украина) тааллуқ доранд [3,4,6]. Муҳоҷирати меҳнатӣ омили асосианд, ки ба паҳншавии сил дар кишвар мусоидат мекунад. лоиҳаи ХОУП, USAID, ТУТ ва дигар шарикон оид ба ташкили мубориза бо сил дар сатҳи кӯмаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ (КАТС) ва стратегияи мубориза бо сил, ки аз ҷониби ТУТ тавсия шудааст (курси кӯтоҳи табобат таҳти назорати мустақим) кор мекунад. Дар лоиҳаи баҳодиҳии НСЗ -

2020 нишондиҳандаҳои беморӣ ва фавт аз ТБ 78,5 ва 6,2 дар 100 000 аҳоли мутаносибан дар соли 2010 дар асоси маълумоти ҷамъоварии маркази иттилоотии идоракунии тандурустӣ нишон дода шудаанд. Тақрибан сеяки ҳарду нишондиҳанда то соли 2017 мутаносибан то 59,2 (маълумот дар нимсола) ва 4,0 (аз рӯи маълумоти Агентии омили тиббии Вазорати Тандурустӣ) коҳиш ёфт,

Ин коҳиш ёбӣ метавонад афзоиши шумораи одамони гирифтори хатари бемории сил дар муассисаҳои КАТС (аз 77% дар соли 2010 то 87,3% дар соли 2017) - ро инъикос кунад [3,5,].

Агар ба динамикаи бемории сил баъди ба даст овардани истиқлолият дар солҳои 90-ум назар афканем, пас бемории сил то соли 2006-2007 хуруҷ ёфтааст. Дар ин вақт, бемории сил дар 100,000 аҳоли 64,7 нафарро ташкил дод, ки нисбат ба соли 1991 32,6 ба 50,38% афзоиш ёфт. Тибқи Маълумоти Агентии омили назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нишон дода шудааст, ки давлат тавонист вазъи бемории силро муътадил гардонад ва то соли 2020 ба 100.000 аҳоли 32,5 нафарро ташкил дод. [1,4,7].

Мақсади таҳқиқот. Омузиши вазъи паҳншавии бемории сили фаъол дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Маълумоти оморӣ Агентии омили назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон барои соли 2021 ва Агентии омили тиббии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли дар ҚТ истифода шуданд. Коркарди оморӣ натиҷаҳо тавассути усулҳои оморӣ тавсифӣ бо истифода аз барномаҳои "MS Office EXCEL 20017" иҷро карда шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаҳои онҳо. Тибқи Маълумоти Агентии омили тиббии Вазорати тандурустӣ дар ҷумҳурӣ то имрӯз дар Вилояти Хатлон миқдори зиёди бемории сил ошкор карда шудааст. Тавре ки дар ҷадвали № 1 дида мешавад дар соли 2018 шумораи беморони сил 4603 нафарро ташкил

дод. Агар ба динамикаи дар расми 1 нишон додашуда назар афканем дида мешавад, ки

дар давраи солҳои 2018-2022 шумораи беморони сил фаъол 24,41% коҳиш ёфтааст.

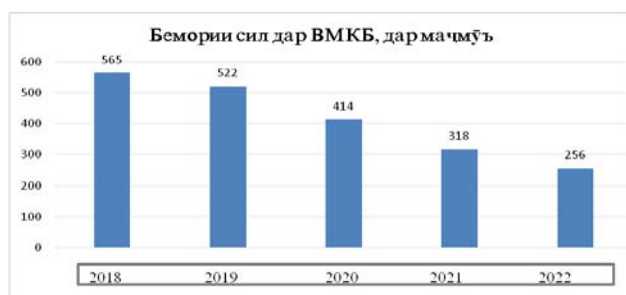
Солҳо	2018с.	2019с.	2020с.	2021с.	2022г.
Сили фаъол дар Вилояти Хатлон, дар маҷмӯъ	4603	4513	3984	3414	3479



Вазъи бемории сили фаъол дар Вилояти мухтори Кӯҳистони Бадахшон дар ҷумҳурии нисбат ба дигар вилоятҳо мусбаттар аст (нигаред ба қадвали 2). Дар ин минтақа дар муқоиса бо Хатлон шумораи беморони сил 8 маротиба камтар аст. Дар расми 2 маълум аст, ки шумораи беморон дар давраи солҳои 2018-2022 54,7% кам шудааст.

Расми.1. Динамикаи бемории сил дар вилояти Хатлон, Ҷумҳурии Тоҷикистон

Солҳо	2018с.	2019с.	2020с.	2021с.	2022с.
Бемории сил дар ВМКБ, дар маҷмӯъ	565	522	414	318	256



Дар Вилояти Суғд шумораи гирифтори бемории сил аз соли 2019 то 2021 0,94 фоиз афзудааст, вале то соли 2022 16,97 фоиз коҳиш ёфтааст.

Рис.2. Динамикаи бемории сил дар ВМКБ, Ҷумҳурии Тоҷикистон

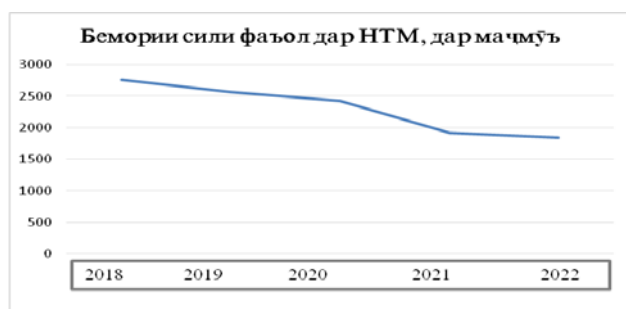
Солҳо	2018с.	2019с.	2020с.	2021с.	2022с.
Бемории сил дар Вилояти Суғд, дар маҷмӯъ	2601	2845	2872	2872	2362



Сили фаъол дар НТМ, тавре ки дар қадвали 4 ва расми 4 нишон дода шудааст, дар давраи солҳои 2018-2022 33,30% коҳиш ёфт, ки ин ҳам барои давлат динамикаи мусбат аст.

Рис.3. Динамикаи бемории сил дар Вилояти Суғд, Ҷумҳурии Тоҷикистон

Солҳо	2018 с.	2019 с.	2020 с.	2021 с.	2022 с.
Бемории сили фаъол дар НТМ, дар маҷмӯъ	2760	2568	2425	1915	1841



Тибқи маълумоти маркази ахбори оммаи ТУТ (Женева) аз 21.03.2012, муайян карда шуд, ки дар ҳаҷон бемории сил дар байни кӯдакон зиёд мешавад. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз синни 0-17- сола диспансер оид ба бемории сили фаъол дар кишвар то соли 2021 1300 кӯдакро ташкил додааст.

Рис.4. Динамикаи сили фаъол дар НТМ, Ҷумҳурии Тоҷикистон



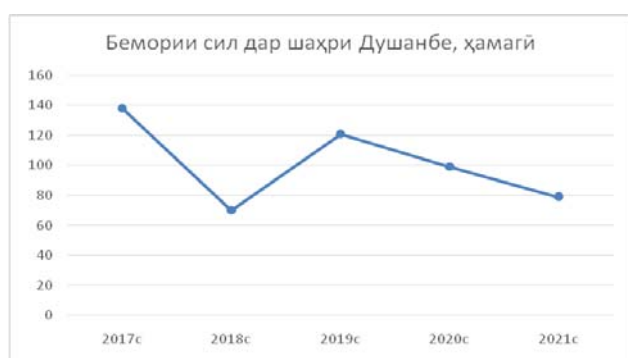
Солҳо	2017с	2018с	2019с	2020с	2021с
Бемории сили фаёл Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, дар маҷмӯъ	1074	921	986	851	650



Рис.5. Динамикаи бемории сил дар байни кӯдакон аз 0-17- сола дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба қайд гирифта шудааст

Шумораи кӯдакони гирифтори сил дар пойтахт дар давраи солҳои 2017-2021 42,75% коҳиш ёфтааст (Расм.6).

Солҳо	2017с	2018с	2019с	2020с	2021с
Бемории сил дар шаҳри Душанбе, ҳамагӣ	138	70	121	99	79



Расми 6. Динамикаи бемории сил дар байни кӯдакони аз 0-17 сола , ки ба қайди диспансер дар пойтахти Ҷумҳурии Тоҷикистон гирифта шудааст

Дар вилояти Суғд шумораи кӯдакони бемор дар давраи солҳои 2017-2022 36,97 баробар кам шудааст (Расм.7).

Бемории сил дар Вилояти Суғд, дар маҷмӯъ

	2017с	2018с	2019с	2020с	2021с
маҷмӯъ	238	195	243	187	150

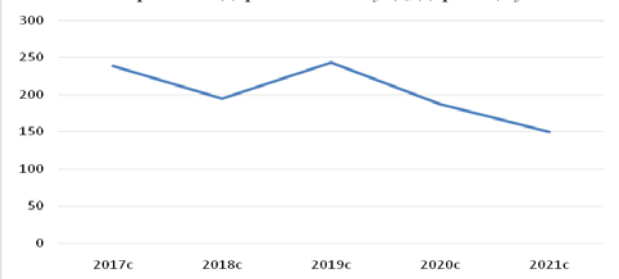
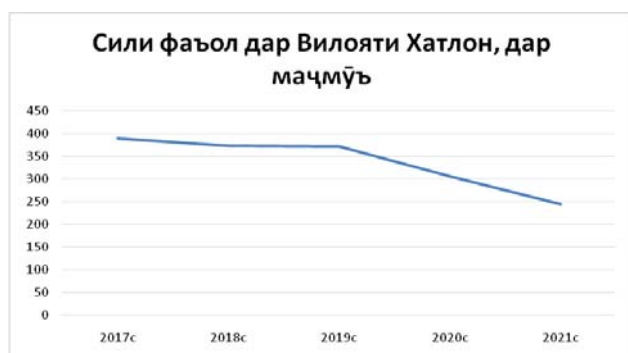


Рис.7. Динамикаи бемории сил дар байни кӯдакони аз 0-17 сола , ки ба қайди диспансер дар вилояти Суғди Ҷумҳурии Тоҷикистон гирифта шудааст

Ҳам дар байни аҳолии калонсол ва ҳам дар синни 0-17 - солагӣ шумораи зиёди беморони сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар вилояти Хатлон мушоҳида мешавад. Дар

давраи 5 сол шумораи кӯдакони гирифтори бемории сили фаёл 37,27 маротиба коҳиш ёфта, шумораи онҳо то соли 2021 244 кӯдакро ташкил дод (Расм.8).

Солҳо	2017с	2018с	2019с	2020с	2021с
Сили фаёл дар Вилояти Хатлон, дар маҷмӯъ	389	373	371	306	244



Рас.8. Динамикаи бемории сил дар байни кӯдакони аз 0-17- сола , ки ба қайди диспансер дар вилояти Хатлони Ҷумҳурии Тоҷикистон гирифта шудааст

Шумораи камтарини беморони сил дар байни кӯдакон дар ВМКБ мушоҳида гардид (Ҷад. 9), ки он дар давраи солҳои 2017-2021 то 53,85% коҳиш ёфтааст (расм.9).

Солҳо	2017с	2018с	2019с	2020с	2021с
Бемории сили фаъол дар ВМКБ, дар маҷмӯъ	39	43	35	27	18



Рас.9. Динамикаи бемории сил дар байни кӯдакони аз 0-17- сола , ки ба қайди диспансер дар ВМКБ-и Ҷумҳурии Тоҷикистон гирифта шудааст

Нишондиҳандаҳои паҳншавии сили фаъол дар НТМ, тавре ки дар ҷадвали 10 оварда шудааст, паст мешавад. Агар дар соли 2017 шумораи беморон 270 кӯдакро ташкил меод, пас то соли 2021 ин нишондиҳанда 159 кӯдакро ташкил дод.

Солҳо	2017с	2018с	2019с	2020с	2021с
Бемории сили фаъол дар НТМ, дар маҷмӯъ	270	240	216	232	159



Рис.10. Динамикаи бемории сил дар байни кӯдакони аз 0-17 сола, ки ба қайди диспансер дар НТМ-и Ҷумҳурии Тоҷикистон гирифта шудааст

Хулоса. Бояд қайд кард, ки имрӯз барои ҳукумат динамикаи мусбӣ коҳиши сили фаъол дар кишвар ҳам дар байни калонсолон ва ҳам дар байни кӯдакон мебошад, аммо чораҳои пешгирии антибиотикорезистентнокии ба микобактерияҳои сил бояд баррасӣ карда шаванд, чунончи оиди ин масъала дар боло нишон дода шудааст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон миёни кишварҳои ба минтақаи

Аврупои ТУТ дохилшаванда (Озарбойҷон, Беларус, Қазоқистон, Қирғизистон, Ҷумҳурии Молдова, Федератсияи Россия, Тоҷикистон, Узбекистон ва Украина) муқовимати микобактерияҳои сил баландтар мебошад.

Ба сифати пешгирикунӣ барои пешбурди истифодаи оқилонаи доруҳои зиддимикробӣ ва мунтазам назорат кардани таъинот дар муассисаҳои тиббӣ чораҳои зарурӣ андешидан лозим аст. 2. Баланд бардоштани самаранокии омӯзиши кормандони тиббӣ ва байторӣ барои истифодаи дурусти доруҳои зиддимикробӣ. Татбиқи курсҳои омӯзишӣ барои мутахассисони бактериологӣ татбиқи усулҳои муайян кардани ҳассосият дар ҳама лабораторияҳои бактериологӣ. 3. Таъмин намудани муайянкунии ҳассосият дар ҳама ҳолати ошкоркунии микроорганизмҳо. 4. Сохтани базаи ягонаи маълумот аз рӯи натиҷаҳои муайян кардани ҳассосияти ба антибиотик 5. Андешидани чораҳо оид ба тавсияи доруҳои зиддимикробӣ ва зиддибактериявӣ дар сатҳи ҳукумат.

Адабиёт

1. Анализ фармацевтического рынка антибактериальных лекарственных препаратов в Республике Таджикистан Душанбе[Текст] / Ф.Д. Шоев, Ф.К. Курбонов, М.Н. Саидова // Наука и Инновация. – 2018. – №1. – С.29-33.
2. ABC/VEN и частотный анализ лекарственного обеспечения кардиологического отделения Центральной больницы района Дангары [Текст] / С.Х. Абдуалимов, Ф.Д. Давроншозода, М.Н. Саидова // Наука и инновация. – Душанбе, №4. – 2019. – С.
3. Практический справочник ВОЗ по туберкулезу. Модуль 1. Профилактика: профилактическое лечение туберкулеза / ВОЗ// 2020 г.-С.168.



4. <https://www.pnp.ru/social/kto-otkryl-miru-tuberkulyoz.html>
5. Внелёгочный туберкулёз : руководство для врачей / Под ред. Н. А. Браженко // СПб.: СпецЛит, 2013. — 395 с.; илл. — ISBN 978-5-299-00556-1
6. *Перельман М. И., Корякин В. А., Богадельникова И. В.* Фтизиатрия : учебник / Изд. 3-е, перераб. и доп. // М.: Медицина, 2004. — 520 с.; илл. — ISBN 5-225-04082-9
7. Сводное руководство ВОЗ по лечению лекарственно-устойчивого туберкулёза. — Женева : ВОЗ, 2019. — 116 с. — ISBN 978-92-890-5446-1.
8. : <https://www.asiaplustj.info/ru/news/tajikistan/society/20210223/bolnie-tuberkulezom-v-tadzhikistane-poluchili-vozmozhnost-lechitsya-po-novomu-metodu>
9. <https://www.usaid.gov/central-asia-regional>
10. Пулотзода И.П. Фармакоэпидемиологический анализ потребления антимикробных препаратов при заболеваниях нижних дыхательных путей в пульмонологическом отделении многопрофильного стационара Республики Таджикистан [Текст] / М.Н. Саидова, Н.С. Сангинова // Journal of Siberian medical sciences. №1. Новосибирск. 2021 г. – С. 81-92.
11. Юсуфзода, А. Дж. Антимикробная активность новых производных эпихлоргидрина с остатками аминокислотами /С.С. Исмоилзода, А.Дж. Юсуфзода, С.И. Раджабов, З. Ашурова// Научный журнал, наука и инновация. Таджикский национальный университет; - Душанбе, 2019. №4-С. 130-133.
12. Анализ российского рынка антибактериальных препаратов для педиатрии [Текст] / И.А. Наркевич, О.Д. Немятых, Д.М. Медведева, Ю.М. Ладутько, Т.М. Тернинко, Д.Э. Загалов, Ю.В. Михайлова // Журнал «Ремидиум». – 2019. – №10.– С. 52–57.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕНДЕНЦИИ АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Нидоев С.Н., Раджабзода Ф.К., Юсуфзода А.Дж.

В статье рассмотрены динамика распространения активного туберкулеза по Республике Таджикистан. На сегодняшний день туберкулез остается второй основной причиной смертности от инфекционных заболеваний среди взрослого населения, причем каждая третья женщина в возрасте 15 -44 лет больна туберкулезом. По прогнозам Всемирной организацией здравоохранения (далее ВОЗ), который был дан 50 лет назад, к 2020 году около 1 млрд людей в мире будет инфицировано микобактериями туберкулеза, 200 млн заболеют и 35 млн умрут от туберкулеза, в основном по причине отсутствия действенной помощи. Основным препятствием для улучшения лечения туберкулеза является недостаточное выявление заболевания. Другой проблемой также яв-

ляется распространение тойчивого туберкулеза, который не поддается лечению большинством известных лекарственных препаратов. Республика Таджикистан на сегодняшний день является одной из 10 стран мира с самым высоким бременем туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью; все эти страны, кроме Сомали, относятся к Европейскому региону ВОЗ (Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Узбекистан и Украина).

Ключевые слова. Туберкулез, инфекционные заболевания, противомикробные препараты, Республики Таджикистан, противобактериальные, лекарственные препараты, лекарственные средства.



STUDY OF THE TREND OF ACTIVE TUBERCULOSIS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Nidoev S.N., Rajabzoda F.K., Yusufzoda A.J.

The article discusses the dynamics of the spread of active tuberculosis in the Republic of Tajikistan. To date, tuberculosis remains the second leading cause of death from infectious diseases among the adult population, and every third woman aged 15-44 years has tuberculosis. According to forecasts by the World Health Organization (hereinafter WHO), which gave 50 years ago, it was reported that by 2020 about 1 billion people in the world will be infected with *Mycobacterium tuberculosis*, 200 million will get sick and 35 million will die from tuberculosis, mainly due to the lack of effective help. The main obstacles to improving the treatment of tuberculosis is insufficient detection of the

disease. Another problem is also the emergence of the spread of drug-resistant tuberculosis, which is treated with most of the known drugs. The Republic of Tajikistan is currently one of the 10 countries in the world with the highest burden of multidrug-resistant tuberculosis; all of these countries, except Somalia, belong to the WHO European Region (Azerbaijan, Belarus, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Republic of Moldova, Russian Federation, Tajikistan, Uzbekistan and Ukraine).

Keywords. Tuberculosis, infectious diseases, antimicrobials, Republic of Tajikistan, antibacterial, medicinal products, medicinal products.

Нидоев Сулхиддин Назриддинович - н.и.фарм, Сардори раёсати технологияҳои иттилоотӣ, коммуникатсионӣ, таҳрир ва наиши Дастгоҳи Маҷлиси намояндагони Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Ражабзода Ф. К. - н.и.б., дотсенти кафедраи химия фарматсевти ва идораву иқтисодиети фарматсевтии ДМТ. Телефон 906888188.

Юсуфзода Аҳлиддин Ҷаъфаридин – Донишгоҳи миллии Тоҷикистон, н.и.х., муаллими калони кафедраи химияи фарматсевтӣ ва идораву иқтисодиёти фарматсевтӣ. E-mail: ahliddin2491@mail.ru. Телефон: 201719797.

Нидоев Сулхиддин Назриддинович – кандидат фарм. наук, Заведующим отделом переводов, редактирования и печати Аппарата Маҷлиси намояндагон Маҷлиси Оли Республки Таджикистан.

Раджабзода Ф. К - к.б.н., доцент кафедры фармацевтической химии и управления экономики фармации ТНУ: Адрес: 734025 г. Душанбе, пр. Рудаки 17. тел: 906888188;

Юсуфзода Ахлиддин Джаъфаридин – Таджикский национальный университет, к.х.н., старший преподаватель кафедры фармацевтической химии и УЭФ. Адрес: 734025, Республика Таджикистан, г. Душанбе, проспект Рудаки 17. E-mail: ahliddin2491@mail.ru. Телефон: 201719797.

Nidoev Sulkhiddin Nazriddinovich - Candidate of Pharmaceutical Sciences, completing the Translation Department, editorial Office and hardware of the Majlisi Namoyandagon Majlisi Oli of the Republic of Tajikistan.

Rajabzoda F.K.-Candidate of Biological Sciences, Associate Professor of the Department of Pharmaceutical Chemistry and Management of Pharmacy Economics TNU. Adres: 734025. pr.Rudaki 139. Phone: 906888188;

Yusufzoda AhliddinJafaridin - Tajik National University, Candidate of Chemical Sciences, Senior Lecturer of the Department of Pharmaceutical Chemistry and Pharmacy Management and Economics. Address: 17 Rudaki Avenue, Dushanbe, 734025, Republic of Tajikistan. E-mail: ahliddin2491@mail.ru . Phone: 201719797.



АРЗЁБИИ МУНОСИБАТИ АҲОЛӢ БА ҶОРӢ НАМУДАНИ ВАКСИНАГУЗАРОНӢ ЗИДДИ УФУНАТИ НАВИ КОРОНАВИРУСИИ COVID-19

¹Рӯзиев М.М., ²Усмонова.Г.М., ¹Мирзоалиев Ю.Ю., ¹Ҷаъфаров Н. Ҷ., ¹Воҳидов С.Д.

¹Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тиббӣ профилактикӣ»-и ВТ ва ҲИАҶТ; ²МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мубрамӣ. Дар моҳи январи соли 2020 Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ (ТУТ) хуручи COVID-19-ро дар соҳаи тандурустии ҷамъиятӣ вазъи фавқулодаи дорои аҳамияти байналмилалӣ (PHEIC) эълон намуд [8].

Азбаски пандемия аз сабаби мавҷуд набудани вакцинаи зидди COVID-19 оғоз ёфт, кишварҳо тадбирҳои даҳолати маҳдудкунандаи ғайрифармасевтиро, аз қабилӣ маҳдуд кардани тамосҳо миёни аҳоли, ҷорӣ карданд [1,6].

Чи тавре ки маълум аст, ба Ҷумҳурии Тоҷикистон вируси тоҷдор дар моҳи апрели соли 2020 роҳ ёфт ва дар давраи аз моҳи январ то тасдиқ шудани ҳодисаҳои нахустини сироятёбӣ имкон барои пурзӯр намудани чораҳои омодагӣ ва вокуниш ба хуручи беморӣ фароҳам омад. Чораҳое, ки дар ҷумҳури ҷорӣ карда шуданд, аз бастанӣ роҳҳои рафтуоӣ нақлиёт байни кишварҳо ва ҷойҳои таҷаммуи мардум, ба монанди мактаб, бозор, қаҳвахона, масҷидҳо, инчунин ҷорӣ намудани маҳдудиятҳо дар гузарондани ҷорабиниҳое аз қабилӣ маҷлис, семинар, шабнишиниҳо, маросимҳои тӯёна, дафнӣ ва ғайра иборат буданд. Тадбирҳои дигари профилактикӣ, ки ба аҳоли тавсия гардида, фаъолон иҷро мешуданд, чунин буданд: зуд-зуд шустани дастҳо бо собун ва истифодаи воситаҳои безараркунӣ, пӯшидани ниқобҳои рӯй ва дастпӯшакҳо дар ҷойҳои ҷамъиятӣ, нигоҳдоштани 1,5 метр масофаи иҷтимоӣ аз нафарони дигар (фосилагирии иҷтимоӣ) [2,7].

ТУТ аз сабаби ба вуҷуд омадани ҳолати фавқулода дар робита ба сирояти нави коронавируси SARS-CoV-2 пандемия эълон намуд ва аз давлатҳо даъват ба амал овард, ки тадбирҳои фаврӣ, аз ҷумла дар самти таҳия ва қорбурди вакцинаҳо бар зидди бемории мазкур андешанд [4].

Пеш аз татбиқи нақшаи вакцинагузаронӣ дар ҷумҳури тасмим гирифта шуд, ки муно-

сибати аҳоли ба он арзёбӣ гардад, то ки ҳолати ҷории донишҳо, сатҳи дарк ва таҷрибаҳои аҳоли оид ба COVID-19 фаҳмида шаванд. Гузарондани таҳқиқоти мазкур аз диди муайян кардани назари аҳоли ба иқдомҳои амалии дар посух ба сирояти COVID-19 ба нақша гирифташуда то шуруи васеи эҷкунӣ алайҳи COVID-19 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон масъалаи ниҳоят муҳим буд.

Натиҷаҳои арзёбӣ метавонистанд дар таҳияи ҷорабиниҳои илман асосноки иртиботӣ ва ҷоринамоии самараноки эҷугзаронӣ барои ташаккул додани талабот дар мутобиқат бо марҳилаҳои муайян кардани афзалиятҳои вакцинавӣ, ки Ҳукумати Тоҷикистон татбиқ менамуд, барои оғохсозии саривактӣ ва дақиқи аҳоли ва рафъи ҳамагуна овозаю маълумоти бардурӯғ кумак кунанд.

Ҳадафи таҳқиқот. Муносибати ҷории аҳоли ба вакцинагузаронии интизоршаванда зидди COVID-19 ва амалҳои аҳоли дар робита ба он.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Заминаи назариявии методологияи таҳқиқот иборат аз равиши омехта ва методологияи маҳсуси “Донишҳо, муносибат, амалия ва рафтор” иборат буд. Ҳангоми гузарондани арзёбӣ ҳам равишҳои миқдорӣ ва ҳам сифатӣ истифода шуданд. Барои маълумоти миқдорӣ пурсишнома аз қабл барномарезӣ шуда буд ва дар асоси он маъхази маълумот дар барномаи SPSS таҳиягардид, ки ҳамчунин барои таҳлили додаҳо қорбурд мешуд. Мувофиқи ҳадафҳои таҳқиқот оид ба арзёбии муносибат (дарк), ки дар супориши техникӣ оварда шуданд, гурӯҳ нақшаи интиҳоби иштирокчиёро барои гузарондани пурсиш тартиб дод. Интиҳоб бисёрмарҳилавӣ, худудӣ, дар асоси таснифоти нуқтаҳои аҳолинишин (шаҳр ва деҳот), мутаносиб ва дар заминаи квотаҳо аз рӯйи ҷинс, синну сол ва асоси тақсимот ба дигар гур-

ӯҳҳои мақсаднок гузаронда шуд.

Барои ҷамъ овардани маълумоти миқдорӣ усули мусоҳибаи инфиродӣ ба кор бурда шуд. Баҳри гузарондани пурсиш системаи мухтори ворид намудани маълумот бо ёрии планшет бо саволномаи электронӣ истифода гардид.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Ҳамагӣ дар пурсиш 716 нафар аз вилоятҳои ВМКБ, Хатлон, Суғд, НТҚ ва шаҳри Душанбе ширкат варзиданд. Аз миқдори умумии пурсидашудагон 34% ба вилояти Хатлон, 29% ба вилояти Суғд, 22% ба НТҚ рост омад. Аз респондентҳои боқимонда 12% қайд карданд, ки дар шаҳри Душанбе зиндагӣ мекунанд ва 3% худро аз ВМКБ муаррифӣ намуданд. 74% иштирокчиёни пурсиш дар маҳалли деҳот истиқомат мекунанд.

Аз байни пурсидашудагон аз гурӯҳҳои мақсаднок қисми бештарро шахсони солхӯрдаи 60-69-сола (52%) ва 70-солаю калонтар (27%) ташкил доданд. Зияда аз нисфи иштирокчиён мардон буданд (51%). Ҳиссаи баландтарини иштироки занон дар пурсиш дар шаҳри Душанбе (57%) ва пасттарин дар вилояти Суғд (45%) мушоҳида гардид; мутаносибан, сатҳи иштироки мардон дар Душанбе аз ҳама паст ва сатҳи иштироки мардон дар вилояти Суғд дар қиёс ба се минтақаи дигар баландтар буд.

Сеяки пурсидашудагон қайд намуданд, ки ягон бемории музмин доранд (35%). Бештар аз ҳама мавҷудияти фишорбаландии шарёнӣ номбар мешуд (59%). Дар байни занон аз ҳама зиёд бемориҳои зерини баръало зухурёфта вохӯрданд: диабети қанд - 71%, гипертония (фишорбаландӣ) - 66%, бемориҳои музмини роҳҳои нафас - 64%, бемории ишемиявии дил - 63%.



Расми 1. Мавҷудияти бемориҳои музмин

Аксарияти пурсидашудагон симптомҳои COVID-19-ро аз қабилҳарорати баланд

(79%), сулфа ва беҳолӣ (68%) қайд намуданд.

Ба ақидаи респондентҳо, шустани дастон бо собун ва ё истифода аз воситаи безараргардонӣ (83%) ва ҳамеша пӯшидани ниқоб (73%) бапешгирӣ аз COVID-19 ва мубориза бо он мусоидат мекунад.

Мувофиқи посухҳои, ки аз пурсидашудагон гирифта шуданд, онҳо ақида доранд, ки кормандони тиббӣ сарчашмаи бозътимодтарини маълумот дар бораи COVID-19 ва вакцинагузаронӣ дар ҷомеа мебошанд (92%).

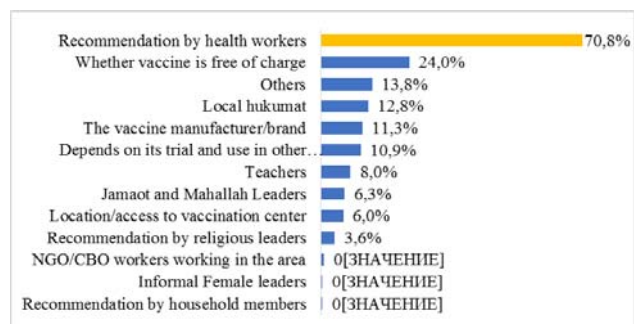
Аксари респондентҳо қайд намуданд, ки ба вакцинагузаронӣ тайёр мебошанд (87%). Муассисаи тиббӣ ҷойи асосиест, ки онҳо пурсидашудагон мехостанд вакцина гузаронанд (82%). Нигарониҳо аз бехатарӣ ва самаранокии вакцина (таъсирҳои манфӣ) сабабҳои асосии тайёр набудани респондентҳо ба вакцинагузаронӣ гуфта шуд (26%). Ба ақидаи онҳо, дар навбати аввал одамони солхӯрда, кормандони тиб, шахсони гирифта ба бемориҳои музмин ва муаллимонро эҳтимоли кардан лозим аст.

Наздиқ ба нисфи респондентҳо дар навбати аввал эҳтимоли кардани занҳо ё ҳамчун гурӯҳҳои дорои афзалиятнокии баробар эътироф кардани занҳо ва мардонро пешниҳод намуданд.



Расми 2. Омодагӣ ба вакцинагузаронӣ зидди COVID-19

Тавсияи кормандони тиб омили асосие буд, ки аз он тасмири респондент оид ба роziшавӣ ба вакцинагузаронӣ ё рад кардани он вобастагӣ дошт (70,8%).

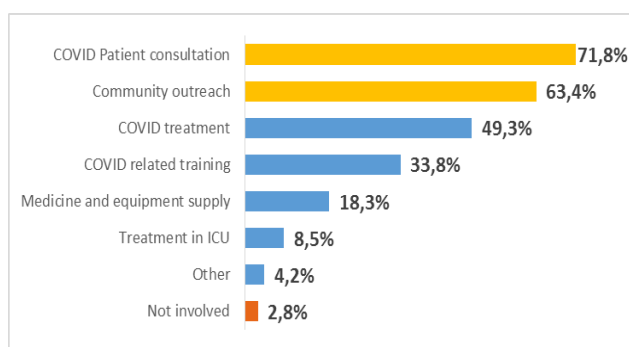


Расми 3. Омилҳои, ки ба қабули қарор оид ба вакцинагузаронӣ таъсир доранд



Ҳамагӣ дар чаҳорчӯби таҳқиқоти доир-гардида оид ба арзёбии муносибат ба вак-синагузаронӣ зидди COVID-19 ҳамчунин 71 корманди тиб аз пурсиш гузашт. Аксари онҳо, 35%, аз вилояти Хатлон, 28% аз вило-яти Суғд, 24% аз НТҚва 3% аз навоҳии ВМКБбуданд. Ҳиссаи кормандони тибби пурсидашуда дар шаҳри Душанбе 10%-ро ташкил дод. Респондентҳои пурсиш аксаран занҳо (56%), табибон (55%) ва кормандони тибби 30-39-сола буданд (32%).

Самтҳои асосие, ки зимни онҳо корман-дони тибби ба пурсишҳо оид ба COVID-19 ҷалб шуданд, машваратдиҳӣ ба беморон бо COVID (71,8%) ва кор бо ҷомеа (63,4%) буд.



Расми 4. Иштирок дар мубориза бо COVID-19

Аксарияти респондентҳо аз миёни кор-мандони тиб ишора карданд, ки аз на-қшаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба ҷорӣ кардани вакцинаи зидди COVID-19 дар киш-вар оғаҳанд (82%). Бештар кормандони тиб нақшаҳоеро аз қабилӣ марҳилаҳои ҷорӣ кардани вакцина (84%), ҷадвали тахминии вакцинагузаронӣ (81%) ва раванди воридна-моии вакцина (77%) зикр менамуданд.

Дар байни кормандони тиб, аксаран мар-дон, муътадил қабул шудани вакцинаи COVID-19 аз ҷониби аҳоли қайд мегардид. Ба ақидаи занони корманд, вакцинаи зидди COVID-19-ро аҳоли бад қабул хоҳад кард.

Бино ба назари респондентҳо, дастрасӣ ба маълумоти марбут ба вакцина (50%), ин-

чунин бехатарӣ ва самаранокии вакцина (46%) нерӯи асосии пешбар барои сатҳи ба-ланди эътирофи вакцинаи COVID-19 аз ҷониби аҳоли хоҳад буд.

Ба сифати масъалаҳои асосие, ки дар ро-бита бо эмкунии аҳоли ба миён омада ме-тавонанд, арзиши вакцина (47%) ва ҳама гуна омилҳои дигаре (31%), ки мушкилот эҷод карда метавонанд, номбар шуданд.

Ба ақидаи кормандони тибӣ аз ҷинси мард, мушкилоти асосие, ки дар робита ба эмкузаронӣ ба аҳоли метавонанд ба амал оянд, чунинанд: сарфи вақт/ наватҳо барои вакцинагирӣ (75%), надоштани хоҳиш/имко-ният барои танҳо рафтан (60%). Кормандо-ни зан ақида доранд, ки проблемаи асосие, ки дучор шудан лозим меояд, масофа то марказҳои вакцинагузаронӣ (60%), хароҷо-ти вакцина (58%) ва набудани вакцина дар муассисаҳои тиббии ноҳиявӣ (55%) шуда метавонад. Сарфи назар аз ин, ҳам мардо-ну ҳам занон ҳамақайда буданд, ки ба қато-ри мушкилоти дигар набудани иттилоот оид ба вакцинагузаронӣ, иҷозатгирӣ ва пар-дохт барои вакцинагузаронӣ дохил меша-ванд.

Хулоса. Ин таҳқиқот муносибати мусбат-ро ба вакцинагузаронӣ зидди COVID-19 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ошкор намуд. Кор-мандони тиб ҳамчун манбаи бозътимодта-рини иттилоот омиле, ки ба пешбурди вак-сина таъсир мерасонад, қайд гардиданд. Ашхоси солхӯрда, кормандони тиб, шахсо-ни гирифта ба бемориҳои музмин ва му-аллимон ҳамчун гурӯҳҳои дучор ба хавфи зиёдтарини сирояти COVID-19 номбар шу-данд ва пешниҳод гардид, ки онҳо аз ҳама аввал вакцина гиранд. Арзиши вакцина ҳам-чун мушкили асосии вакцинакунӣ, алалху-сус барои мардон қайд карда шуд. Бо вучу-ди ин, ҳиссаи пурсидашудагон, ки ақида доштанд, ҳеҷ мушкиле бо вакцинагузаронӣ аз COVID-19 нахоҳанд дошт, ки аксаран занҳо буданд, ҳамчунин баланд буд.

Адабиёт

1. Акимкин В. Г., Кузин С. Н., Семененко Т. А., Шипулина О. Ю., Яцышина С. Б., Тиванова Е. В. и другие. Модели распространения эпидемии SARS-CoV-2 в условиях мегаполиса. Вопросы вирусологии. 2020, 65(4), стр. 203–211.

2. Биличенко Т. Н. Эпидемиология новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Академия медицины и спорта. 2020;1(2), стр. 14–20.
3. Ковалев Е.В., Слис С.С., Янович Э.Г., Пичурина Н.Л., Воловикова С.В., Гаевская Н.Е. и др. Некоторые особенности эпидемического распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в Российской Федерации. Медицинский вестник Юга России. 2020; 11(4), стр. 99–106.
4. Cucinotta D., Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. Acta Biomed. 2020. Vol. 19. N91(1). P. 157–160.
5. Пахомов Д.В. Вакцинопрофилактика COVID-19. Практическая пульмонология. 2020, № 3. С. 74–79.
6. Пандемия ковид-19: Оценка качества информации для принятия управленческих решений. Отчет о результатах кабинетного исследования. Санкт-Петербург, октябрь 2020 г. С. 26. <https://gorod-812.ru/city/uploads/2020/05/stastika-koronavirusa-zao-reshenie.pdf>.
7. Chou R., Dana T., Buckley D.I., et al. Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers: A Living Rapid Review// Annals of internal medicine. 2020. Vol. 173, № 2. P.120–136.
8. Выступление Генерального директора ВОЗ на пресс-брифинге, посвященном коронавирусной инфекции 2019-nCoV, [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru/dg/speeches/detail/who-directorgeneral-s-remarks-t-he-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-February-2020/>.

ОЦЕНКА ВОСПРИЯТИЯ НАСЕЛЕНИЕМ ВНЕДРЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹Рузиев М.М., ²Усманова Г.М., ¹Мирзоалиев Ю.Ю., ¹Джафаров Н. Дж., ¹Вохидов С.Д.

¹Государственное учреждение «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» МЗ и СЗН РТ

²Государственное образовательное учреждение «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Анализ текущего восприятия и действия населения в отношении ожидаемой вакцинации против COVID-19.

Материалы и методы исследования. Анализ данных, полученных в ходе проведенного в 2021 году опроса для оценки поведенческих представлений (знание, отношение, практика и поведение) населения, относительно ожидаемой вакцинации против COVID-19.

Результаты исследования. Респондентами из целевых групп исследования были в основном пожилые люди в возрасте 60-69 лет и 70 лет и старше - 44% и 25% соответственно. По мнению опрошенных респондентов, в первую очередь, необходимо вакцинировать пожилых людей, медицинских работников, людей с хроническими заболеваниями и учителей. Согласно полученным

ответам опрошенных, медицинские работники являются наиболее надежным источником информации о COVID-19 и вакцинации против него в обществе (92%).

Большинство респондентов указали, что готовы к вакцинации (87%). Медицинское учреждение - основное место, где респонденты хотели бы пройти вакцинацию (82%).

Основной проблемной, которая может возникнуть в связи с вакцинацией, была названа стоимость вакцины (37%). В то же время чуть менее половины респондентов указали, что проблем с вакцинацией не будет (48%). Большинство респондентов из ГБАО (85%) указали, что у них не возникнет проблем с получением вакцины против COVID-19.

Заключение. Настоящее исследование выявило положительное отношение к вак-



цинации против COVID-19 в Республике Таджикистан. Медицинские работники были указаны как наиболее надежный источник информации и фактор, влияющий на продвижение вакцины. Пожилые люди, медицинские работники, люди с хроническими заболеваниями и учителя были обозначены как группа наибольшего риска по COVID-19, им предложили пройти вакцина-

цию первыми. Стоимость вакцины была указана как основная проблема вакцинации, особенно для мужчин. Хотя доля респондентов, считающих, что у них не возникнет никаких проблем, в основном со стороны женщин, с вакцинацией от COVID-19, также была высокой.

Ключевые слова: вакцинация, COVID-19, вакцина.

ASSESSMENT OF THE POPULATION'S PERCEPTION OF THE INTRODUCTION OF VACCINATION AGAINST THE NEW CORONAVIRUS INFECTION COVID-19 IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

¹Ruziev M.M., ²Usmanova G.M., ¹Mirzooliev Y.Y., ¹Jafarov N.J., ¹Vohidov S.D.

¹State Institution "Tajik Research Institute of Preventive Medicine" of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

²State Educational Institution «Avicenna Tajik State Medical University»

Purpose of the study. Current public perceptions and actions regarding expected COVID-19 vaccinations.

Materials and methods. Analysis of data obtained from the 2021 survey to assess the behavioral perceptions (knowledge, attitudes, practices and behaviors) of the population regarding the expected vaccination against COVID-19.

Research results. Respondents from the target groups of the study were mostly elderly people aged 60-69 years and 70 years and older - 44% and 25%, respectively. According to the interviewed respondents, the elderly, healthcare workers, people with chronic diseases and teachers should be vaccinated first. According to the responses received from the respondents, according to the respondents, health workers are the most reliable source of information about COVID-19 and its vaccination in the community (92%).

The majority of respondents indicated that they were ready for vaccination (87%). Medical facility is the main place where respondents

would like to get vaccinated (82%).

The main problems that may arise in connection with vaccination were the cost of the vaccine (37%). At the same time, slightly less than half of the respondents indicated that there would be no problems with vaccination (48%). The majority of respondents from GBAO (85%) indicated that they would have no problem getting a COVID-19 vaccine.

Conclusion. This study revealed a positive attitude towards vaccination against COVID-19 in the Republic of Tajikistan. Medical professionals were cited as the most reliable source of information and a factor influencing vaccine promotion. The elderly, healthcare workers, people with chronic illnesses, and teachers were identified as the highest risk group for COVID-19 and offered to be the first for vaccinating. The cost of the vaccine was cited as a major issue with vaccination, especially for men. Although the proportion of respondents who believe that they will not have any problems with vaccination against COVID-19 was also high, most of them were women.



Рӯзиев Муродали Меҳмондӯстович- доктори илмҳои тиб, директори Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикӣ»-и ВТ ва ҲИА ҚТ, тел.: (+992) 918-71-32-66; почтаи электронӣ: m.ruziev@mail.ru

Усмонова Гулнора Муқимовна- доктори илмҳои тиб, мудири кафедраи эпидемиологияи ба номи профессор Рафиев Х.К., МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”, тел.: (+992) 93-344-03-93; почтаи электронӣ: gulnora.usmanova.64@mail.ru

Мирзоалиев Юнусҷон Юсуфалиевич- ходими хурди илмӣи МД «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикӣ»-и ВТ ва ҲИА ҚТ, тел.: (+992) 93-999-90-26; почтаи электронӣ: yunus.mirzoaliev@gmail.com

Чаъфаров Наврӯз Ҷунайдуллоевич- ходими хурди илмӣи МД «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикӣ»-и ВТ ва ҲИА ҚТ, тел.: (+992) 907-81-55-98

Воҳидов Сухроб Давлатович- мудири шуъбаи омӯзиши эпидемиологияи бемориҳои сироятӣи МД «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикӣ»-и ВТ ва ҲИА ҚТ

Рӯзиев Муродали Меҳмондӯстович - д.м.н., директор ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» тел.: (+992) 918-71-32-66; e-mail: m.ruziev@mail.ru

Усмонова Гулнора Муқимовна – д.м.н., заведующая кафедрой эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» тел.: (+992) 93-344-03-93; e-mail: gulnora.usmanova.64@mail.ru

Мирзоалиев Юнусҷон Юсуфалиевич - младший научный сотрудник ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»; тел.: (+992) 93-999-90-26; e-mail: yunus.mirzoaliev@gmail.com

Джафаров Навруз Ҷунайдуллоевич – м.н.с. отдела изучения эпидемиологии инфекционных болезней ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»; тел.: (+992) 907-81-55-98

Воҳидов Сухроб Давлатович- заведующий отделом изучения эпидемиологии инфекционных болезней ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

Ruziev Murodali Mehmondustovich - Doctor of Medical Sciences, Director of the State Institution “Tajik Research Institute of Preventive Medicine”, tel.: (+992) 918-71-32-66; e-mail: m.ruziev@mail.ru

Usmanova Gulnora Mukimovna - Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Epidemiology named after professor Rafiev, SEI “TSMU named after Abualiibn Sino”, tel.: (+992) 93-344-03-93; e-mail: gulnora.usmanova.64@mail.ru

Mirzoaliev Yunusjon Yusufalievich - junior researcher of the State Institution “Tajik Research Institute of Preventive Medicine”; tel.: (+992) 93-999-90-26; e-mail: yunus.mirzoaliev@gmail.com

Jafarov Navruz Djunaydullovich - junior researcher, Department for the Study of the Epidemiology of Infectious Diseases of the State Institution “Tajik Research Institute of Preventive Medicine”; tel.: (+992) 907-81-55-98

Vohidov Suhrob Davlatovich - Head of the Department for the Study of the Epidemiology of Infectious Diseases, State Institution “Tajik Research Institute of Preventive Medicine”



ФАРБЕҲӢ ДАР БАЙНИ ПИРОНСОЛОНИ ШАҲРИ ДУШАНБЕ ВА НОҲИЯҲОИ ТОБЕИ МАРКАЗИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Шарипов С.Ф.

Кафедраи беҳдошти муҳити зисти МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Муҳиммият. Пешгирӣ ва табобати вазни зиёди бадан (бемории фарбеҳӣ) ба масъалаҳои афзалиятноки тиббӣ-иҷтимоӣ ва байни соҳавӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон муайян гаштааст [10].

Дар аксарияти давлатҳои кураи замин вайроншавии таркиби ғизо ва камҳаракатӣ сабаби асосии фавт ва инкишофи бемориҳои гайрисироятӣ, ба монанди фарбеҳӣ, фишорбаландӣ, диабет қанди намуди 2, саратон ва гараҳо муайян гардидаанд [2, 3, 4, 9].

Омӯзиш, пешгирӣ ва табобати фарбеҳӣ дар доираи «Барномаи пешгирии фарбеҳӣ ва ташаккули ғизои солим дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2019-2024», ҳамчун масъалаи афзалиятноки соҳаи тандурустӣ муайян гардидааст [10].

Мақсади тадқиқот: Омӯзиши ҳолати ғизои гурӯҳи аҳолии пиронсолони ш.Душанбе ва НТЧ, чун омили мусоидаткунандаи бемории фарбеҳӣ мебошад.

Мавод ва усулҳои тадқиқот: Омӯзиши ҳолати ғизо бо истифодаи барномаи компютерии «Tj_RCN 2» (№ қайди давлатӣ 2201700350 аз 3 майи соли 2017) [11] дар бай-

ни 473 пиронсолони ш.Душанбе ва НТЧ гузаронида шуд.

Тавассути барномаи компютерии инноватсионӣ «Tj_RCN 2» статуси ғизои (вазни бадан бо вазнченкунаки “Seca” бо аниқии то $\pm 0,1$ кг ва дарозии бадан бо қадченкунаки истеҳсоли Англия, ки аз тарафи Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ баррасӣ гардидааст, тибқи таснифи умумиҷаҳонӣ дар асоси муайян намудани индекси вазни бадан [4, 16]) пиронсолон ва таҳлили омӯри амалӣ гардид.

Натиҷаҳои тадқиқот: Натиҷаи кори илмӣ оид ба инкишофи фаъолияти ҷисмонии пиронсолони ш.Душанбе ва НТЧ дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Аз ҷадвали 1 дида мешавад, ки ихотаи ташхисшудагон 473 нафарро ташкил менамояд. Синну соли миёна, вазн ва қад омӯзишшудагон 50,6 сола, 78,9 кг ва 171,2 см-ро мутаносибан, ташкил намуд. Натиҷаи кори илмӣ оид ба ҳолати ғизои пиронсолони ш.Душанбе ва НТЧ дар ҷадвали 2 пешниҳод шудааст. Муайян гардид, ки ҳолати ғизои меъёрӣ (ИВБ 18,50 - 24,99) дар мардҳои ташхисгардида, 41,65%-ро ташкил менамояд.

Ҷадв. 1. Нишондодҳои инкишофи ҷисмонии пиронсолони ш.Душанбе ва НТЧ (с.2020)

Гурӯҳ	Микдор	Синну сол	Қад, см	Вазн, кг
Пиронсолон	473	66,6	165,7	76,2

29,39% пиронсолони омӯзишгардида вазни зиёди бадан (ИВБ 25,00 - 29,99) дошта, 23,47%-он мубталои бемории фарбеҳианд. Аз 111 пиронсолони гирифтори бемории фарбеҳӣ, 82 (73,87%)

нафарашон дорои фарбеҳии дараҷаи сабук (ИВБ 30,00 - 34,99), 24 (21,6%) – фарбеҳии дараҷаи миёна (ИВБ 35,00 - 39,99) ва 5 (4,5%) - фарбеҳии дараҷаи вазнин (ИВБ >40,00) мебошанд.

Ҷадв. 2. Ҳолати ғизои пиронсолони ш.Душанбе ва НТЧ (с.2020)

ИВБ	Баҳодиҳии ИВБ	Пиронсолон	
		N	%
<18,49	НСН дар умум	26	5,5
18,50 - 24,99	ХҒМ*	197	41,65
25,00 - 29,99	ВЗБ*	139	29,39
> 30	Фарбеҳӣ дар умум	111	23,47
30,00 - 34,99	Фарбеҳии дараҷаи сабук	82	73,87
35,00 - 39,99	Фарбеҳии дараҷаи миёна	24	21,6
>40,00	Фарбеҳии дараҷаи вазнин	5	4,5

Эзоҳ: НСН* - норасоии сафедаю неру; ХҒМ* - ҳолати ғизои меъёрӣ; ВЗБ* - вазни зиёди бадан.

Муҳокимаи натиҷаҳои тадқиқот: Паҳншавии вазни зиёди бадан ва фарбеҳӣ сабаби инкишофи бемориҳо ва маҷбурӣ гашта, сатҳу сифати зиндагии аҳолиро паст менамояд, инчунин ба нишондоди дарозумрии аҳоли таъсири манфӣ мерасонад. Тибқи маълумотҳои илмӣ-эпидемиологӣ муҳимияти муайянкунии индекси вазни бадан (ИВБ) дар он аст, ки фарбеҳӣ (ИВБ > 30,00) омили инкишофи чунин бемориҳо мебошад [1, 3, 7, 15]:

- бемориҳои дилу рағҳои хунгард (фишорбаландӣ, ишемияи дил ва ғ.);
- саратон (саратонҳои бачадон, простата, ғадуди сина, рӯдаи ғафс ва борик, гурда, чигар ва талхадон);
- диабет қанди намуди 2;
- остеопороз, артрит, никрис;
- тромбози венаҳо;
- санги талха ва гурда;
- вайроншавии раванди ҳомилагӣ ва вазиҳои репродуктивӣ ва ғайраҳо.

Натиҷаи тадқиқот муайян намуд, ки 29,39% пиронсолони ш.Душанбе ва НТҚ дорои вазни зиёди бадан буда 23,47%-он мубталои бемории фарбеҳӣ мебошанд. Тибқи маълумоти омӯрӣ [5], паҳншавии вазни зиёди бадан ва бемории фарбеҳӣ дар байни аҳолии ИМА зиёда аз 50%, Британияи Кабир 51%, Олмон 50%, Хитой 15%, Ҷопон 16%-ро ташкил менамояд. Ин нишондод дар Федератсияи Россия аз 20,5 то 54% [2, 7]. ва Ҷумҳурии Қазоқистон 48% (занҳо 50,6% ва мардҳо 45,4%) [13] мебошад.

Паҳншавии вазни зиёди бадан ва бемории фарбеҳӣ дар байни аҳолии ш.Душанбе ва НТҚ нисбат ба мамлакатҳои овардашуда хеле паст мебошад. Қобили қайд аст, ки бо дарназардошти маълумотҳои овардашуда ва нақши тиббӣ-иҷтимоӣ иқтисодии фарбеҳӣ бояд омӯзиши ҳаматарафаи вазни зиёди бадан ва бемории фарбеҳӣ (ҷамбаҳои иҷтимоӣ иқтисодии паҳншавӣ, омилҳои хавфи инкишоф, раванди инкишоф - синд-

роми метаболитикӣ ва ғ.) бо мақсади нигоҳдории сатҳи паҳншавии он дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шавад.

Намудҳои ҷамъшавии ҷарб дар бадани одам хатари таъсири манфӣ ба саломатии одам доранд. Ду намуди ҷамъшавии ҷарб мавҷуд аст: геноидӣ (намуди занона ё ҷамъшавии баробар дар бадан ё бештар дар қисми поён аз миён, ки намуди нокро дорад) ва андронидӣ (мардона ё ҷамъшавии ҷарб дар қисми шикам, ки намуди себро дорад) [6].

Дар тадқиқот намудҳои ҷамъшавии ҷарб - андронидӣ ва геноидӣ омӯзиш гардид. Ҷамъшавии ҷарб дар қисмҳои алоҳидаи бадан барои баҳодихии хусусияти фарбеҳӣ ва оқибатҳои он барои саломатӣ нақши муҳим мебошад.

Адабиётҳои илмӣ-таҷрибавӣ ҷамъшавии ҷарб дар намуди андронидӣ дараҷаи баланди хавфи инкишофи бемориҳои дилу рағҳои хунгард (фишорбаландӣ, сактаи дил ва мағзи сар), диабет қанд, саратони ғадуди сина дар занҳо ва фавтро дошта, ба гипертрофия ва гиперплазияи ҳуҷайраҳои ҷарбҳои дохили пардаи шикам хос аст [14].

Омори маводи бадастомада нишон медиҳад, ки дар байни шахсони мубталои бемории фарбеҳӣ 64,0%-он дорои намуди фарбеҳии андронидӣ мебошанд.

Хулоса. Омӯзиши ҳолати ғизои пиронсолони ш.Душанбе ва НТҚ муайян намуд, ки 29,39%-он вазни зиёди бадан дошта, 23,47% ба бемории фарбеҳӣ гирифташанд.

Дар байни гирифташони бемории фарбеҳӣ, 64,0%-он дорои намуди фарбеҳии андронидӣ мебошанд.

Бо дарназардошти хатар ва нақши тиббӣ-иҷтимоӣ иқтисодии фарбеҳӣ бояд омӯзиши ҳаматарафаи вазни зиёди бадан ва бемории фарбеҳӣ бо мақсади боздоштани сатҳи паҳншавии он дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шавад.

Адабиёт:

1. Богданов А.Р., Дербенева С.А., Строкова Т.В., Сурков А.Г., Каганов Б.С. Изучение состояния сердечно-сосудистой системы у больных с избыточной массой тела и ожирением // Вопросы питания. 2012. Т.1, № 81. С. 69-74.



2. Бутрова С.А. От эпидемии ожирения к эпидемии сахарного диабета // Международный эндокринологический журнал. - 2013. - №2(50). - С.19-24.,
3. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. ВОЗ. - 2004. - 21 с.; План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. ВОЗ, 2012, 40 с.
4. Европейская министерская конференция ВОЗ по борьбе с ожирением. //Отчет о работе конференции. ВОЗ. Дания.- 2006. - 42 с.
5. Ивлеева А.Ю., Бурков С.Г. Избыточный вес и ожирение - проблема медицинская, а не косметическая // Ожирение и метаболизм. - 2010. - Т.7. - №3. - С.15-19.
6. Исследование, по оценке статуса питания и здоровья населения Казахстана. /Минздрав РК, Казахская академия питания, Алматы, 2014. - 296 с.
7. Лескова И.В., Ершова Е.В., Никитина Е.А., Красниковский В.Я., Ершова Ю.А., Адамская Л.В. Ожирение в России: современный взгляд под углом социальных проблем. Ожирение и метаболизм. 2019;16(1):20-26.]
8. “Меъёрҳои физиологии истеъмоли нерӯ ва моддаҳои ғизоӣ барои гурӯҳҳои алоҳидаи аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон”. Хайров Х.С., Сатторов С.С., Азонов Ҷ. // – Душанбе, 2013. – 63 с.
9. Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий. Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, No 96. ВОЗ, 2005, 525 с.
10. «Программа профилактики ожирения и формирования здорового питания в Республике Таджикистан на 2019-2024 годы». Постановление Правительство Республики Таджикистан от 2 октября, № 463.
11. Хайров Х.С. “Захираи иттилоотӣ”, № государственной регистрации 2201700350 от 3 мая 2017 года, - Душанбе, - 2017.
12. Хайров Х.С. “Пешгирии вазни зиёди бадан ва табобати бемории фарбеҳӣ тавассути ғизо (дастури методӣ)”. Душанбе, 2020, -100с.
13. Тажибаев Ш.С., Балгимбеков Ш.А., Кайнарбаева М.С. Здоровое питание - основа профилактики избыточной массы тела и ожирения (Модуль 1). - Алматы: Казахская Академия питания, 2012. - 32 с.
14. Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012"2016. WHO, Copenhagen, Denmark, 2012, 34 p.
15. Causes of death 2008: data sources and methods. Department of Health Statistics and Informatics. World Health Organization, Geneva, April 2011.
16. WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8–11 December 2008, 47 p.

ОЖИРЕНИЕ СРЕДИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ГОРОДА ДУШАНБЕ И РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ПОДЧИНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Шарипов С.Ф.

Кафедра гигиены окружающей среды ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”

В статье проанализированы проблемы лишнего веса и ожирения среди пожилых людей городу Душанбе и Районов республиканского подчинения Республики Таджикистан. Были исследованы причины распространения ожирения и ее последствия на организм

человека. Приведены статистические данные по распространенности заболеваний и ожирения среды населения города Душанбе и районов республиканского подчинения.

Ключевые слова: ожирение, лишний вес, питание, образ жизни.



OBESEITY AMONG ELDERLY PEOPLE OF DUSHANBE AND REGIONS OF REPUBLICAN SUBJECTION OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

S.F.Sharipov

Department of Environmental Hygiene SEI “Avicenna TSMU”

The article analyzes the problems of overweight and obesity among elderly people in Dushanbe and Regions of Republican Subjection of the Republic of Tajikistan. The reasons for the spread of obesity and its consequences on the human body were

investigated. Statistical data on the prevalence of diseases and obesity in the environment of the population of the city of Dushanbe and regions of republican subordination are presented.

Key words: obesity, overweight, nutrition, lifestyle.

Шарипов Солеҳ Фаридунович, муаллими калони кафедраи беҳдошти муҳити зисти МДТ “ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино”. E-mail: soleh.sharipov@gmail.com, Тел: 907 83 11 33

Шарипов Солеҳ Фаридунович, старший преподаватель кафедры гигиены окружающей среды ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. E-mail: soleh.sharipov@gmail.com, Тел: 907 83 11 33

Sharipov Soleh Faridunivich, senior lecture at the Enviromental health department SEI “Avicenna Tajik State Medical University”. E-mail: soleh.sharipov@gmail.com, Tel: 907 83 11 33



ШАРҲИ АДАБИЁТ

ИСТИФОДАИ ТАБОБАТИ ЛАЗЕРӢ ВА ФОТОДИНАМИКӢ ҲАНГОМИ ОМОСҲОИ БАДФАРҶОМИ ПӢСТ

Масляков В.В.¹, Ким Л.М.²

¹Муассисаи федералии давлатии бучавии таҳсилоти олии «Донишгоҳи давлатии тиббии Саратов ба номи В.И. Разумовский»; ²Муассисаи хусусии таълимии таҳсилоти олии Донишгоҳи тиббии «Реавиз»

Мақсади тадқиқот - пешниҳод намудани маълумотҳои адабиётҳо оид ба истифодаи табобати фотодинамикӣ ҳангоми омосҳои бадфарҷоми пӯст.

Яке аз самтҳои нави табобати бемориҳои бадфарҷоми пӯст ин васеъ ҷорӣ намудани истифодаи нурафкании лазерӣ маҳсуб меёбад. То имрӯз якҷанд самтҳои муайян карда шудаанд, ки бо таъсири нурафкании лазерӣ ба бофтаи бадфарҷом алоқаманд мебошанд. Ба самти аввал истифодаи энергияи баландро дохил кардан мумкин аст, ки ҳангоми нурафкании лазерӣ тавлид шуда, боиси нобудшавии омос мегардад. Самти дуюм ба таъсири фотохимиявии ин нурафканӣ ба омосҳои бадфарҷом алоқаманд аст [1, 2]. Аз рӯи маълумотҳои, ки дар адабиёт оварда шудаанд, айни замон барои муолиҷаи омосҳои бадфарҷоми пӯст лазерҳои гуногун истифода мешаванд, ки фарқияти асосии байни онҳо моддаи фаъол мебошад. Аз рӯи ин таснифот байни лазерҳои, ки дар сӯзишвории саҳт, газҳо ва моеъҳо, инчунин дар нимноқилҳо амал мекунанд, фарқ гузошта мешавад [3, 4]. Таснифи дигар ҳамаи лазерҳоро аз рӯи дарозии мавҷи шуъоии онҳо тақсим мекунанд. Мувофиқи ин гурӯҳбандӣ лазерҳоеро ҷудо мекунанд, ки дар спектри ноаён (спектри ултрабунафш ва инфрасурх) ҷойгиранд ва дар нури намоён фаъол мешаванд. Илова бар ин, таҷҳизоти лазерӣ метавонанд дар речаҳои гуногуни тавлиди кор кунанд, масалан, импулсӣ ё пайваста [5]. Дар маҷмӯъ, нурафкание, ки лазер ба вучуд меорад, ҳамчун электромагнитӣ тасниф карда мешавад. Қайд кардан лозим аст, ки чунин радиатсияро метавон нодир ҳисобид, зеро дар табиат ба ин монанд нурафканӣ вучуд надорад. Манбаи шуъоҳои лазерӣ генераторҳо мебошанд, ки

принсипи кори онҳо ба нурафкании квантӣ асос ёфта, мавҷҳои электромагнитиро тавлид ва зиёд мекунанд. Хусусияти фарқкунандаи ин нурафканӣ дар монохроматӣ, когерентӣ, қутбият ва изотопнокии он ифода меёбад [6, 7]. Чунон ки дар таҷриба ва клиника исбот гардидааст, таъсири нурафкании лазерӣ бевосита ба як қатор параметрҳо вобастагӣ дорад: дарозии мавҷи нурафканӣ; зичии ҷараёнҳои радиатсионӣ; вояи нурафканӣ, ки ба сохтори бофтавӣ таъсир мерасонад [8]. Вояи гирифташуда бевосита аз консентратсияи сарфшуда барои зичии воҳиди нуктаи рӯшноии натиҷавӣ вобаста аст, ки он бо Ч/см^2 ифода карда мешавад. Ин нишондиҳанда бевосита муқаррароти асосиеро ифода мекунанд, ки дар амалияи тиббӣ истифода мешавад, ки дар он нурафкании лазерӣ истифода мешавад [9]. Зичии ҷараёни энергия дар ҳудуди $4-100 \text{ Ч/см}^2$ барои бидепрессия шароити заруриро ба вучуд меорад, ки дар натиҷаи қисман нобудшавии ҳуҷайраҳо ба амал меояд. Баландшавии реаксияи ҳароратӣ дар минтақае, ки аз радиатсияи лазерӣ осеб дидааст, $40-50 \text{ }^\circ\text{C}$ мебошад, ки ин дар навбати худ ба терморегулятсияи иловагии ҳуҷайра оварда мерасонад. Афзоиши минбаъдаи вояҳо ба вайроншавии биологӣ ва сӯхтани бофтаҳо оварда мерасонад, ки дар 400 Ч/см^2 рух медиҳад [10]. Истифодаи ин навъи нурафканӣ барои аз байн бурдани омосҳои бадфарҷоми пӯст маҳз бо ин зухурот алоқаманд мебошад. Айни замон дар таҷрибаи онкологӣ вайронкунии бофтаи омосӣ ё фотокогулятсия дар якҷоягӣ бо гипертермияи лазерии интерститсиалии омос (Laser induced thermotherapy) васеъ истифода мешавад [11]. Асоси фотокогулятсия бо истифода аз гипертермияи интерститсиалии истифо-

даи лазери дорои иқтидори баланд аст, ки дар речаи тамос таъмин карда мешавад. Ҳучайраҳои омосӣ ба таври фаъол нурро азхуд мекунад, ки ба гипертермия ва баъдан ба nobудшавии ҳучайра оварда мерасонад [12]. Илова бар ин, гипертермияи инкишофёфтае, ки аз нурафкании лазерӣ ба вучуд омадааст, ба вайроншавии рағҳои гизодиҳии омос мусоидат мекунад ва боиси гипоксияи бофта мегардад. Ин, дар навбати худ, ба синхронизатсияи сикли митотикӣ мусоидат мекунад ва ҳассосияти омоси бадфарҷомро ба таъсири рентгенҳо ва ситостатикҳо беҳтар мекунад [13]. Самти дигари ба таври фаъол инкишофёбандаи табобати омосҳои бадфарҷоми пӯст ин истифодаи нурафкании лазери камшиддат дар якҷоягӣ бо табобати фотодинамикӣ (ТФД) мебошад. Механизми амали ТФД дар якҷоягӣ бо нурафкании лазери камшиддат бо қобилияти моддаҳои муайяно чамъкунии ҳучайраҳои ғайримаъмулӣ алоқаманд аст, ки онҳоро “фотосенсибилизаторҳо” меноманд. Пас аз ворид кардани ин моддаҳо бофтаи омоснокро бо шуои лазерӣ, ки диапазони он аз 400 то 700 нм аст, радиатсия мекунад, зеро маҳз дар ҳамин диапазон ҷаббидашавӣ ба амал меояд. Дар натиҷаи ин раванд реаксияи фотохимиявӣ ба амал меояд [11, 13].

Ҳамчун натиҷа, фотосенсибилизатори молекулавӣ озод мешавад, ки раванди интиқоли молекулаҳо, ки ба он ҷудокунӣ энергия ҳамроҳ мебошад, ба вучуд меорад. Илова бар ин, оксигени молекулавӣ ва микдори муайяни моддаҳои фаъоли биологӣ хориҷ карда мешаванд. Моддаҳое, ки дар натиҷаи ин раванд ба даст омадаанд, метавонанд бо сохторҳои ҳаётан муҳими ҳучайра ҳамкорӣ кунанд. Ин боиси сар задани аксуламали илтиҳобӣ, равандҳои апоптоз ва некрози ҳучайраҳои ғайримаъмулӣ мегардад. Ҳамаи ин ба вайрон шудани қабати эндотелии рағҳои хун мусоидат мекунад, ки дар навбати худ ҳалалдоршавии микроциркулятсияро ба вучуд меорад, ки боиси ташаккули тромб ва дар ниҳояти қор вайроншавии бофта мегардад [14]. Аз ҳисоби пайдоиши илтиҳоб паҳншавии ҳучайраҳои макрофагҳо ва лимфоидҳо руҳ медиҳад, ки

боиси афзоиши фаъолияти функционалии онҳо мегардад ва ба фаъол шудани масунияти зиддиомосии маҳаллӣ мусоидат мекунад [11].

Истифодаи табобати фотодинамикиро метавон дилпуруна ба як стратегияи наведохил кард, ки ба табобати саратон нигаронида шудааст. Ин табобат ба татбиқи нуқсони ҳучайраҳои омосӣ аз сабаби реаксияи фотохимиявӣ асос ёфтааст [10, 12, 15]. Асоси ин усули табобат таҳияи усули бинарӣ ё дучузъӣ мебошад. Самаранокии ин таъсир бо инкишофи реаксияҳои муайяне, ки дар ҳучайраи ғайримаъмулӣ дар натиҷаи реаксияҳои фотохимиявӣ ва фотобиологӣ ба амал меоянд, шарҳ дода мешавад, ки боиси вайроншавии бебозгашти ин ҳучайраҳо мегардад. ТФД истифодаи ду қисми асосиро дар бар мегирад. Қисми якуми ҷузъи ТФД аз фотосенсибилизатори туморотропӣ иборат буда, дуюмаш бо таъсири рӯшноӣ асос ёфтааст. Механизми амали ин табобатро ба ҳучайраҳои варам чунин муаррифӣ кардан мумкин аст: нурдиҳии маҳаллии массаи варам бо мавҷи рӯшноӣ, ки дарозии он пешакӣ муайян карда шудааст ва ба азхудкунии максималии фотосенсибилизатор мувофиқат мекунад, ки боиси инкишофи реаксияи фотохимиявӣ дар ҳучайра мегардад. Ин раванд ба реаксияи фотохимиявие оварда мерасонад, ки дар натиҷа оксидантҳои хеле фаъоли биологӣ ба вучуд меоянд, ки намоёндагони онҳо оксигени синглетӣ, инчунин як қатор дигар моддаҳои радикалии озод мебошанд. Ин моддаҳо ба массаи омосӣ таъсири умумии захролуддоранд ва боиси марги он мешаванд. Таҷрибаи охирин нишон дод, ки техникаи ТФД дар якҷоягӣ бо фотосенсибилизаторҳои гуногун метавонад дар табобати омосҳои гуногуни бадфарҷом, ки ба пӯст, забон, луобпардаи даҳон, ҳалқ, шуш, масона ва узвҳои меъдаю рӯда таъсир мерасонад, бомуваффақият истифода шавад [1, 14]. Бо боварӣ гуфтан мумкин аст, истифодаи ТФД дар муқоиса бо усулҳои анъанавии табобати саратон як қатор бартариҳо дорад. Ба чунин бартариҳо инвазияи пасти ин усулро дохил кардан мумкин аст, дар ҳоле ки он



барои омос хеле интихобӣ аст. Доруҳое, ки дар давоми ин табобат таъйин карда мешаванд, захролудшавии паст доранд, яъне хатари пайдоиши оризаҳо аз бофтаҳои маҳаллӣ ва осеби тамоми система вучуд надорад. Бартарии дигари раднашавандаи ин усули табобат дар он аст, ки онро ҳамчун монотерапия ё яқоя кардан бо усулҳои гуногуни табобати саратон, аз қабилӣ чарроҳӣ, шуъоӣ ва химиотерапия истифода бурдан мумкин аст, ки инро маълумотҳои дар адабиёт овардашуда тасдиқ мекунад. Аз рӯи маълумотҳои ин сарчашмаҳо, истифодаи ТФД дар муолиҷаи комплекси саратон натиҷаҳои табобати ҳам радикалӣ ва ҳам паллиативии беморони гирифтори саратони маҳалҳои гуногунро беҳтар мекунад. Дар ин мавридҳо, маводи табобатии истифодашаванда доруест, ки ба фотосенсибилизатсияи фаъоли намудҳои гуногуни реактиви моддаҳои фаъоли биологӣ, ки аз O_2 ташаккул меёбанд, мусоидат мекунад. Дар натиҷа, онҳо бо мембранаи ҳуҷайра ба реаксия даромада, аз сабаби осеби он ба нобудшавии ҳуҷайраи саратон оварда мерасонанд. Таҳлили адабиёт нишон медиҳад, ки гоյи истифодаи фотосенсибилизаторҳо барои табобати саратон дар раванди рушди худ роҳи тӯлонӣ ва душворро тай кардааст. Асосҳое, ки ташаккулёбии ин намуди табобатро ташкил додаанд, аз ибтидои асри 20 оғоз меёбанд. Дақиқан, дар соли 1900, донишҷӯи факултети тиббӣ Оскар Рааба таъсири фармакологии баъзе рангҳоро дар концентратсияи паст дар лаборатория омӯхта, муайян кардааст, ки барои таъсири фармацевтии ин моддаҳо оксиген зарур мебошад [16]. Пайдоиши гузоришҳои аввалини марбут ба табобати фотодинамикии саратон бо кашфи самарас, ки “таъсири фотодинамикӣ” ном дорад, алоқаманд буд [11, 17]. Ин реаксия бо таъсири мутақобилаи бевоситаи сенсбилизатор, ки дар зери таъсири рӯшноӣ ба ҳаяҷон меояд, бо асосе, ки ин таъсир ба он нигаронида шудааст, алоқаманд аст. Дар натиҷаи ин реаксия радикалҳои гузариш ба амал меоянд, ки баъдан бо O_2 ҳамкорӣ мекунад.

Дар натиҷаи фурубарии кванти шуъоӣ

фотосенсибилизатори молекулавӣ ба ҳолати ангежавӣ меояд. Дар минбаъда реаксия бо ду роҳ пеш рафта метавонад. Дар ҳолати аввал, фотосенсибилизатор ба шакли аввалаи худ бармегардад ва кванти шуъоӣ медиҳад, ки онро флуоресцентсия меноманд. Дар ҳолати дуюм, фотосенсибилизатор дар шакли сегона бо молекулаҳои фаъоли биологӣ ҳамкорӣ мекунад. Дар ин ҳолат, фотосенсибилизатор аз ин молекулаҳо электроноҳои гидроген ё атомҳоро қабул мекунад, ки боиси ба вучуд омадани радикалҳои озод мегардад, ки раванди оксидшавиро ба вучуд меоранд. Ин реаксия аслан автооксидшавии фотоангежавӣ махсуб меёбад [12]. Дар ин ҳолат, фотосенсибилизатори сегона энергияи худро медиҳад, ки он ба O_2 интиқол дода мешавад, ки дар ҳолати молекулавӣ қарор дорад. Дар натиҷаи ин реаксия шакли синглети O_2 ба вучуд меояд. Чунин шаклҳои таъсири мутақобила бо оксиген то имрӯз хеле хуб омӯхта шудаанд [18]. Шакли синглети O_2 дар системаи биологӣ муддати кӯтоҳ, на бештар аз 0,04 микросония вучуд дорад. Ин омил далели он аст, ки атоми оксиген дорои радиуси хурди таъсир буда, аз 0,02 микрон зиёд нест. Бо вучуди ин, ин модда бо чузҳои гуногун, ки қисми мембранаи ҳуҷайра мебошанд, зуд ба реаксия медарояд [10, 13]. Махз ҳамин омил далели он аст, ки мембранаи биологии ҳуҷайра ҳадафи асосӣ қарор дорад ва осеби он дар зери таъсири табобати фотодинамикӣ боиси марги ҳуҷайра мегардад [16]. Таҷрибае, ки дар натиҷаи таҳлили бартариятҳо ва камбудии моддаҳои фотосенсибилизаторӣ, ки ба насли якуми доруҳо тасниф шудаанд, чамъ гаштааст, ба мо имкон дод, ки фарзияро муайян кунем, ки дар асоси он сифатҳои асосие муайян карда шаванд, ки фотосенсибилизатори оптималӣ ном дорад. Чунин дору бояд дорои хосиятҳои зерин бошад:

1. Захролудшавии кам ё бидуни захролудшавӣ.

2. Қобилияти баланди интихобии чамъшавӣ дар бофтаи омосӣ ва қобилияти аз узвҳо ва бофтаҳо дар охири курси табобат зуд хориҷ шуданро дошта бошад.

3. Дору бояд моддаи оддӣ бошад ва таркиби доимӣ дошта бошад.

4. Шартӣ макбул сатҳи баланди барориши квантии сегона ва интиқоли энергияи дақиқ барои эҷоди синглети O_2 мебошад.

5. Моддаи истифодашаванда бояд ҳадди максималии ҷаббишро дар он минтақаи рӯшноӣ дошта бошад, ки ҳамчун спектри сурх тасниф шудааст. Сабаб он аст, ки маҳз дар ҳамин маҳал бофтаҳо «шаффофияти» бештар доранд [1, 19].

Шубҳае нест, ки истифодаи моддае ба монанди фотосенсибилизатор дар амалияи клиникӣ муайян кардани речаи табобатӣ ва таҳияи протоколи табобатро талаб мекунад, ки он бояд оптималӣ бошад. Барои ноил шудан ба ин ҳадаф, донише лозим аст, ки на танҳо дар бораи бофтаҳо ва маконҳои ҳуҷайравии таъсири ин дору, балки инчунин дар бораи механизмҳои таъсире, ки метавонанд ба пайванди асосӣ таъсир расонанд ва боиси фотодеструкцияи ҳуҷайраҳои ашаддӣ шаванд, маълумот дошта бошанд. Вобаста ба тасаввуроти муосир фаъол кунонида ни яке аз механизмҳои марбут ба амалисозии марғи ҳуҷайраҳои саратон аз ҳисоби истифодаи ин усули табобат бо як қатор омилҳои алоқаманд аст, ки пеш аз ҳама, онҳоро қобилияти ҷамъ кардани ин модда дар массаи бофта, инчунин самаранокии ҳуди дору ба вучуд овардааст [8, 13, 15]. Дар татбиқи доруи зиддиомосӣ қобилияти ҷамъшавии он дар сохтори муайяни бофта, инчунин хусусиятҳои фармакокинетикӣ нақши асосӣ доранд [19, 20]. Тропизми фотосенсибилизатор ба бофтаи омосӣ аҳамияти арзишманде дорад, ки боиси тӯлонитар нигоҳ доштани ин модда дар бофтаи зарардида ва зудтар хориҷ шудани бофтаи солим мегардад. Чунин қобилияти ба таври интиҳобӣ дар бофтаҳои омосҳои бадфарҷом ҷамъ кардани сенсбилизатор ҳанӯз пурра омӯхта нашудааст. Тибқи баъзе таҳминҳо, ин метавонад ба хусусиятҳои физиологии омоси саратонӣ вобаста бошад [19]. Исбот шудааст, ки ангиогенези омосӣ боиси вайрон шудани баъзе рағҳои абберрантӣ мегардад, ки онҳо ҳам аз ҷиҳати сохтор ва ҳам аз ҷиҳати функцияшон ноқис мебошанд. Ҳамаи ин ба хусусиятҳои ноди-

ри физиологии раванди саратон дар пӯст оварда мерасонад. Ҳамин тариқ, дар натиҷаи таъсири патофизиологии ҳуҷайраҳои саратон камшавии консентратсияи O_2 ба амал меояд, ки боиси паст шудани рН-и берун аз ҳуҷайра, коҳиши глюкоза ва баланд шудани сатҳи лактат мегардад. Ҳуди стромаи омоси бадфарҷом характери нуқсонӣ дошта, боиси пайдо шудани фосилаҳои калони байни-тиссиалӣ, набудани девораҳои зичи рағҳо ва синтези зиёди нахҳои коллагенӣ мегардад [16, 18]. Илова бар ин, ҳуҷайраҳои саратон липидҳоро ба вучуд меоранд, ки ба доруҳои липофилӣ наздикӣ доранд [15]. Ҳамаи ин омилҳо метавонанд барои нигоҳ доштани фотосенсибилизатор дар онҳо шароити хуб фароҳам оранд. Илова бар ин, омилҳои мусоиди ҷамъшавии ин модда дар ҳуҷайраҳои аз ҷиҳати патологӣ тағйирёфта он аст, ки онҳо миқдори зиёди липопротеинҳои зичии паст доранд ва фотосенсибилизатор маҳз бо онҳо мутақобила мекунад [9, 20]. Тибқи маълумоти мавҷуда, баъзе зергурӯҳҳои омосҳои бадфарҷом метавонанд миқдори зиёди ретсепторҳои мембранаро, ки ин нави липопротеинҳоро мепайванданд, ифода кунанд. Дар натиҷа комплексҳои, ки аз липопротеидҳо ва фотосенсибилизаторҳо иборатанд, дар мембранаи ситоплазми ҳуҷайра ҷой гирифта, баъд бо истифода аз эндоситоз ба ситоплазмаи ҳуҷайра дохил мешаванд ва баъдан дар мембранаи митохондрия, лизосома, аппарати Голҷи ва дар ядро ҷойгир мешаванд. [22]. Эҳтимол аст, ки маҳз ҳамин механизм асоси индуксияи зарари ҳуҷайраҳои омосиро бо истифода аз ТФД ташкил медиҳад. Барои мисол он сенсбилизаторҳое, ки сафедаҳои вазнини силсилаи албуминро интиқол медиҳанд, боиси вайрон шудани девори рағҳо мешаванд ва сенсбилизаторҳое, ки тавассути сафедаҳои дорои вазни молекулавии камтар интиқол дода мешаванд, ба ташаккули некроз ва апоптоз оварда мерасонанд [12]. Яке аз сабабҳои, ки муддати тӯлонӣ ба мо имкон намерасонад, ки механизми дақиқи нобудшавии ҳуҷайраҳоро дар натиҷаи таъсири ТФД муайян кунем, мавҷудияти ҳадафҳои зиёде буд, ки ҳам дар ҳуди ҳуҷайра ва ҳам дар фазои зерҳуҷайра ҷойгиранд. Таҳия ва



татбиқи усулҳо бо истифода аз дастовардҳои муосир дар соҳаи биохимия ва технологияи молекулавӣ имкон дод он хатҳои ҳуҷайравӣ муайян карда шаванд, ки ба таъсири ТФД ҳассостар мебошанд механизмҳои тавсиф карда шаванд, ки пас аз таъсири фотосенсибилизатор дар бофта ба амал меоянд. [19]. Яке аз ин механизмҳо аз он иборат аст, ки ҳангоми дучор шудан ба ин модда дар натиҷаи таъсири лизосомаҳо ва митохондрияҳо марғи ҳуҷайра ба амал меояд [14, 15]. Дар натиҷаи таъсири ТФД дар ҳуҷайра маҷмӯи тамоми равандҳои гуногун ба амал меоянд, ки табиати мураккаб доранд [16, 23].

Илова ба ҷалби лизосомаҳо ва митохондрияҳо, ҷузъҳои дигари ҳуҷайра низ ҳамчун ҳадаф қарор мегиранд. Дар ин ҳолат, ҳар як элементи ҳуҷайравӣ бо ёрии сенсibiliзатори мушаххас нобуд карда мешавад. Масалан, лизосомаҳо дар зери таъсири лизилхлорин, мембранаҳо бо таъсири порфиринаи монокатионӣ ва митохондрияҳо дар зери таъсири мономерии порфитсин лиз мешаванд [11, 16]. Тахмин кардан мумкин аст, ки сенсibiliзаторе, ки дар митохондрия ҷамъ мешавад, боиси индуксияи апоптоз мегардад ва доруе, ки дар мембрана ҷамъ мешавад, дар зери таъсири мавҷҳои рӯшноӣ ба инкишофи некроз мусоидат мекунад [19]. Ҷамъшавии дору дар таркиби моеъи ҳуҷайра – ситозол боиси вайрон шудани сафедаҳои мегардад, ки аз микротубулҳо-тубулин иборат мебошанд [14]. Ин ба он оварда мерасонад, ки ҳуҷайраҳо дар марҳилаи митозӣ ҷамъ мешаванд ва мемиранд [24]. Дар маҷмӯъ эътироф шудааст, ки механизме, ки ба нобудшавии селективии омос дар зери таъсири ТФД мусоидат мекунад, бо чор омили асосӣ алоқаманд аст:

- 1) ғавти бевоситаи ҳуҷайраҳои омос;
- 2) вайроншавии микросиркулятсияи бофтаи омосӣ;
- 3) рушди илтиҳоб;
- 4) мавҷудияти аксуламали масунӣ.

Бешубҳа, нобудшавии пурраи ҳуди омос, инчунин монъешавии дарозмуддати афзоиши он танҳо дар якҷоягӣ бо омилҳои дар боло зикршуда имконпазир аст [16]. Шубҳае нест, ки яке аз нишондиҳандаҳо, ки хо-

сияти объективии зиддисаратонии ТФД *in vivo* маҳсуб меёбад, зинда мондани ҳуҷайраи саратон дар *in vitro* мебошад, ки онро таҳлили колонияҳои ҳуҷайра тасдиқ мекунад. Ҳамин тавр, дар натиҷаи тадқиқотҳо дар ҳайвоноти лабораторӣ, ки ба онҳо фотосенсибилизаторҳои гуногун ҳамчун ТФД гузаронида шуда буданд, маълум гардид, ки ин усул боиси кам шудани шумораи умумии ҳуҷайраҳои саратон мегардад, вале онҳоро пурра нест намекунад [4, 17, 21.]. Истифодаи ТФД яке аз усулҳои ояндадор дар дерматология мебошад. Ин бо он шарҳ дода мешавад, ки пӯст аз ҷиҳати истифодаи лазерӣ дастрастарин аст, ки барои ворид кардани ин усул ба стандарти табобат шароит фароҳам овардааст. Тибқи маълумоти адабиёт, мақолаҳои илмие мавҷуданд, ки ба истифодаи ин намуди табобат барои муолиҷаи омосҳои, ки аз пӯст сарчашма мегиранд, бахшида шудаанд [5, 18]. Натиҷаҳои хуби чунин табобати омосҳои бадфарҷоми пӯстро бисёр осори илмии нашршуда тасдиқ мекунад [12, 18, 25].

Тибқи натиҷаҳои пешниҳоднамудаи ин муҳаққиқон, истифодаи ТФД дар 100% ҳолатҳо ба натиҷаи мусбӣ оварда расонд. Албатта, натиҷаҳои бадастомада дар 100% беморон ба пурра нест шудани омоси саратон оварда нарасонданд. Ҳамин тариқ, тибқи маълумоти пешниҳодшуда, дар аксарияти мутлақии табобатшудагон – 66,3% нобудшавии пурраи омоси бадфарҷом ва дар 33,7% қисман нобудшавии омос ба қайд гирифта шудааст. Дар баробари ин, истифодаи ин усули табобат як қатор афзалиятҳо дошт: табобат хуб таҳаммул карда шуд, чунин табобат дар беморхона бистарӣ кардани беморонро талаб намекард, онҳо дар асоси амбулаторӣ табобат карда мешуданд. Афзалиятҳои раднашавандаи ТФД аз он иборат аст, ки ин намуди табобат ҳангоми такрорёбӣ дар натиҷаи дигар намудҳои табобат самаранок аст ва инчунин ба рушди нуқсони косметикӣ оварда намерасонад. Дар айни замон барои муолиҷаи бемориҳои онкологии пӯст доруҳо, ки ҳосилаҳои кислотаи аминолевулӣ мебошанд [16, 19, 20], инчунин фотосенсибилизаторҳои хлор [6, 13, 15] истифода меша-

ванд. Асоси истифодаи табобати фотодинамикӣ дар муолиҷаи шакли муайяни омоси бадфарҷоми пӯст маҷмӯи як қатор омилҳо, ба монанди теъдоди зиёди шифоёфтагон ва кам шудани ғавт мебошанд. Омили муҳими асоснок кардани ин табобат кам кардани хароҷоти пулӣ ҳангоми табобат мебошад. Тахмин кардан мумкин аст, ки истифодаи фотодинамика дар он ҳолатҳои душвор, ки истифодаи усулҳои анъанавии табобат натиҷаҳои мусбӣ намерасад, ё боиси марғи возеҳ мегардад, мавқеи сазовори худро мегирад. Аз ҷиҳати чунин маҳалҳо пӯстро дар бар мегирифтанд. Афзалияти ин намуди табобат бо он шарҳ дода мешавад, ки интиқоли нур дар ин локализатсия хеле содда аст. Аммо бояд гуфт, ки дар ҷиҳати истифодаи ТФД истифодаи ин намуди табобат маҳдудиятҳои ҷиддӣ дошт. Ин аз он сабаб буд, ки аввалин дорухое, ки ҳамчун фотосенсибилизатор истифода мешуданд, ҳосилаҳои гематопорфирин (HpD) буданд ва истифодаи онҳо боиси хатари баланди пайдоиши ҳассосияти шадиди пӯст гардид. Яке аз самтҳои ояндадори амалияи онкологӣ, ки дар он ТФД тавоноии худро нишон дода метавонад, истифодаи ин усул барои табобати омосҳои бадфарҷоми пӯст мебошад. Механизмҳои таъсири терапияи фотодинамикиро метавон ҳамчун мустақим, вобаста ба таъсир дар сатҳи ҳуҷайра ва ғайримустақим, вобаста ба таъсир ба шабакаи рағҳо ва ангиғиши системаи масунӣ тавсиф кард [17, 23]. Омӯзиши ин механизмҳо боиси самараноктар истифода шудани ин усул дар амалияи клиникӣ, инчунин асосноккунии истифодаи ТФД бо дигар усулҳои табобат мегардад. Илова бар ин, тадқиқот дар соҳаи табобати фотодинамикӣ ба ҳалли мушкилоти марбут ба назорати давраи ҳаёт ва марғи ҳуҷайраҳо мусоидат мекунад. Сабаб он аст, ки донишхое, ки дар натиҷаи омӯхтани ин масъала ба даст омадаанд, заминаи бунёдӣ доранд. Бояд қайд намуд, ки айни замон оид ба омӯзиши дорухое ба насли дуюми фотосенсибилизаторҳо тааллуқдошта дониши кофӣ ва системавӣ вучуд надошта, таҳқиқотҳои клиникӣ пурра анҷом наёфтаанд, ки ин барои истифодаи клиникӣ терапияи фотодинамикӣ монеаи

ҷиддӣ гашта, тасаввуротҳоро оид ба механизми марғи ҳуҷайраҳо дар зери таъсири ин дорухо танг мекунад. Ин далел боиси эҷоди мушкилоти муайян мегардад, ки таҳияи речаҳои оптималии ба таъсири табобати ниғаронидашуда бо истифода аз ҳама гуна фотосенсибилизаторҳои мавҷударо душвор мегардонад. Дар ин ҷо боз як далели муҳиме, ки ба маблағгузории ин лоиҳа марбут аст, таъкид кардан лозим аст. Гап дар сари он аст, ки барои ҳамчун яке аз усулҳои пешбари табобати саратони пӯст дида баромадани ТФД, ки бедардтарин ва муассиртарин маҳсуб мешавад, маблағгузории босифат барои тамоми соҳаҳои марбут ба ТФД зарур аст.

Яке аз усулҳои умедбахши ин табобат қобилияти нест кардани шаклҳои гуногуни пигментии пӯст, инчунин он омолсхое мебошад, ки дар чуқурии бофта ҷойгиранд. Гузашта аз ин, ин усул имкон медиҳад, ки курсҳои табобатии такрорӣ кам карда шаванд [19]. Инро бо чунин далел тасдиқ кардан мумкин аст, ки ин навъи табобат ба теъдоди зиёди беморон гузаронида шудааст, ки шумораи онҳо аллақай ба якҷанд ҳазор нафар мерасад. Камбудии назарраси ин тадқиқотҳо он аст, ки барои табобати омосҳои бадфарҷом дорухое гуногун истифода мешуданд, ки шарҳи тафсири натиҷаҳои бадастомадаро душвор мегардонад. Аммо, сарфи назар аз ин, метавон бо итминон гуфт, ки истифодаи ТФД бартарҳои муайян дорад, ки дар байни онҳо набудани истифодаи наркоз, камдардӣ баъди гузаронидагии тадбирҳои табобатиро ба таври алоҳида қайд кардан лозим аст, ки ин истифодаи аналгетикҳои наркотикиро аз байн бурда пайдоиши хунравиро пешгирӣ менамояд. Дар байни нуқсонҳои ТФД инсолятсияи ҳатмиро махсус зикр кардан лозим меояд. Қайд кардан мумкин аст, ки табобати фотодинамикӣ ҳангоми муолиҷаи саратони пӯст дурнамои хуби истифода дорад, аммо мутаассифона то ҳол бисёр масъалаҳои ҳалношуда боқӣ мондаанд. Маҷмӯи ин омилҳо бошад дар таҳияи речаҳои оптималии табобат бо истифодаи табобати фотодинамикӣ мушкилиҳои зиёдро пеш меоранд.



Адабиёт

1. Капинус В.Н., КапланМ.А., Спиченкова И.С. Фотодинамическая терапия эпителиальных злокачественных новообразований кожи // Фотодинамическая терапия и фотодиагностика. – 2014. – № 3. – С. 9–14.
2. SihotaR., TandonK., Betharia S.M. etal.MalignanteyelidtumorsinanIndianpopulation // ArchOphthalmol. – 2016. – Vol. 114. – P. 108–109.
3. WangJ.K., LiaoS.L., Jou J.R. etal.MalignanteyelidtumorsinTaiwan // Eye (Lond). – 2013. – Vol. 17. – № 2. – P. 216–220.
4. NemetA.Y., DeckelY., Martin P.A. etal. Management of periorbicular basalcellandsquamouscellcarcinoma a seriesof 485 cases // Am. J. Ophthalmol. – 2016. – Vol. 142. – P. 293–297.
5. Rass K. Treatmentofmelanomaandnonmelanomaskincancer // Adv. Exp. Med. Biol. – 2017. – Vol. 624. – P. 296–318.
6. Lever W.F. Histopathologyoftheskin. – 7-theds. – Philadelphia:Lippincott, 1990. – 1408 p.
7. MannorG.E. Eyelidandperiorbitalskinbasalcellcarcinoma: oculoplasticmanagementandsurgery // Int. Ophthalmol Clin. – 2017. – Vol. 49. – P. 1–16.
8. Chakrabarty A., Geisse J.K. Medical Therapies for non-melanoma skin cancer // Clin. Dermatol. – 2004. – Vol. 22. – P. 183–188.
9. Филоненко Е.В. Флюоресцентная диагностика и фотодинамическая терапия, обоснование применения и возможности в онкологии // Фотодинамическая терапия фотодиагностики. – 2014. – № 1. – С. 3–7.
10. Ярославцева-ИсаеваЕ.В., КапланМ.А., Капинус В.Н. и др.Опыт применения фотодинамической терапии злокачественных новообразований кожи у лиц молодого возраста // Лазерная медицина. – 2020. – Т. 24. – № 2-3. – С. 15–21.
11. КапинусВ.Н., КапланМ.А., Спиченкова И.С. и др. Фотодинамическая терапия с фотосенсибилизатором фотолон плоскоклеточного рака кожи // Лазерная медицина. – 2012. – Т. 16. – Вып. 2. – С. 25–31.
12. МиронычеваА.М., КириллинМ.Ю., ХиловА.В. и др.Комбинированное применение двухволнового флуоресцентного мониторинга и бесконтактной термометрии при фотодинамической терапии базальноклеточного рака кожи // Современные технологии в медицине. –2020. – Т. 12. – № 3. – С. 47–54.
- 13.ГамаюновС.В., КалугинаР.Р., Шахова Н.М. и др. Анализ предикторов эффективности фотодинамической терапии рака кожи // Российский биотерапевтический журнал. – 2012. – № 11. – С. 2–12.
14. КуртуковВ.А., ШаракА.В., Цеймах А.Е. и др.Сочетание операционной эндоскопии и фотодинамической терапии (ФТД) в онкологии // Фотодинамическая терапия и фотодиагностика. – 2018. – № 7. – С. 34.
15. Гамаюнов С.В., ШаховаН.М., Денисенко А.Н. Фотодинамическая терапия – преимущества новой методики и особенности организации службы // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2014. – № 2. – С. 101–104.
16. Luistro L.,HeW., Smith M.Preclinicalprofileof a potent y-secretaseinhibitortargetingNotchsignalingwithinvivoefficacyandpharmacodynamicsproperties // CancerRes. – 2016. – Vol. 68 (19) – P. 7672–7680.
17. TullettM., SagiliS., Barrett A. etal. Excision ofperiocular basalcellcarcinoma guidedbyenfacefrozensection // Br. J. OralMaxillofacSurg. – 2013. – Vol. 51. – № 6. – P. 520–524.
18. PfurtnerR., MohrC., DaamenJ. etal.Orbitaltumors: operativeandtherapeuticstrategies // FacialPlastSurg. – 2014. – Vol. 30. – № 5. – P. 570–577.
19. Epstein E.H. Basal cell carcinomas: attack of the hedgehog // Nat. Rev. Cancer. – 2008 Oct. – Vol. 8. – № 10. – P. 743–754.

20. Francis I.C. MBA ten-yearhospitalsurveyofeyelidcancer // Aust. J. Ophthalmol. – 2014. – Vol. 12. – P. 121–127.
21. Ma T.Y. Mechanism of extracellul arcalciumregulation ofintestinalepithe lialtightjunctionpermeability: Roleofcytoskeletoninvolvement // MicroscResTech. – 2017. – Vol. 51. – P. 1656–1689.
22. Maisonpierre P.C. Angiopoietin-2, a naturalantagonistfor Tie-2 thatdisruptsinvivoangiogenesis // Science. – 2017. – Vol. 277. – P. 55–60.
23. Margo C.E. Basalcellcarcinomaoftheeyelidandperiocularskin // Su.rvOphthalmol. – 2013. – Vol. 38. – P. 169–192.
24. Brougham N.D., DennettE.R., Tan S.T. Changing incidence of nonmelanoma skin cancer in New Zealand // ANZ J. Surg. – 2011 Sep. – Vol. 81. – N 9. – P. 633–636.
25. Масляков В.В., Ким Л.М., Захаров Г.В. Улучшение результатов лечения больных, оперированных по поводу опухолей кожи // Исследования и практика в медицине. – 2018. – Спец. выпуск №2. – 101-102.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ КОЖИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Масляков В.В.^{1,2}, Ким Л.М.²

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», ²Частное учреждение высшего образования «Медицинский университет «Реавиз»

Цель исследования – представить данные литературы о применении фотодинамической терапии при злокачественных опухолях кожи. В статье представлены современные литературные данные о механизме воздействия фотоди-

намической терапии на злокачественные клетки, показана эффективность и безопасность данного метода в клинической практике.

Ключевые слова: рак кожи, фотодинамическая терапия, механизм действия.

LASER AND PHOTODYNAMIC THERAPY IN SKIN MALIGNANCIES (LITERATURE REVIEW)

Maslyakov V.V.^{1,2}, Kim L.M.²

¹Federal state budgetary institution of higher education “Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky”. ² Private institution educational organization of higher education “Medical University”Reaviz”

The purpose of the study is to present literature data on the use of photodynamic therapy in malignant skin tumors. The article presents modern literature data on the mechanism of effect of photodynamic therapy on malignant cells, shows the effectiveness and safety of this method in clinical practice.

Keywords: skin cancer, photodynamic therapy, mechanism of action.

Масляков Владимир Владимирович – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи ҷарроҳии факултативӣ ва онкологияи Муассисаи федералии давлатии бучавии таҳсилоти олии «Донишгоҳи давлатии тиббии Саратов ба номи В.И. Разумовский».

Масляков Владимир Владимирович – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии и онкологии федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»



Maslyakov Vladimir Vladimirovich - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Faculty Surgery and Oncology of the Federal State Budgetary Institution of Higher Education "Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky"

Ким Лариса Михайловна - аспирант кафедраи бемориҳои ҷарроҳии Муассисаи хусусии таълимии таҳсилоти олиӣ "Донишгоҳи тиббии Реавиз"

Ким Лариса Михайловна – аспирант кафедры хирургических болезней частного учреждения высшего образования «Медицинский университет «Реавиз»

Kim Larisa Mikhailovna – graduate student of the Department of Surgical Diseases of a private institution educational organization of higher education "Medical University "Reaviz"

ТАҲЛИЛИ КОМПЛЕКСӢ ВА АРЗӢБИИ САМАРАНОКИИ ИСТИФОДАИ ЯКҶОЯИ МЕТОТРЕКСАТ ДАР ШАКЛҲОИ ГУНОГУНИ ДОРУГӢ ВА ЭТАНЕРСЕПТ ДАР РЕҶАИ ИНТЕНСИВӢ, КИ БА ПРИНСИПҲОИ СТРАТЕГИЯИ «TREAT TO TARGET» ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ШАКЛИ ФАӢОЛИ БАРВАҚТИИ АРТРИТИ РЕВМАТОИДӢ АСОС ЁФТААСТ

Маҳмудзода Х.Р., Талабова М.М., Мадҷонова М.М., Охонава О.Д., Саидов Ё.У.

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, шаҳри Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мубрамият. Номуайянии этиология, мураккабӣ ва гетерогеннокии механизмҳои патогенетикӣ, шаклҳои клиникӣ ва ҷараёни АР муолиҷаи онро вазифаи ҷиддӣ мегардонанд [1-6].

Пешравии назаррасе, кидавоми ду даҳсолаи охир дар ҳалли мушкилоти АР, пеш аз ҳама дар омӯзиши масъалаҳои асосии патогенези беморӣ, ташхиси барвақтии он, муайян кардани омилҳои пешгӯикунандаи оқибатҳои номусоид [4,5,7-9] ва махсусан, муҳимтар аз ҳама, дар муолиҷаи доругии беморӣ, ки бо пайдоиши доруҳои асосии зидди илтиҳобии баландтаъсир (ДАЗБ - МТ ва лефлуномид) дар захираҳои ревматологҳои амалӣ ва боз муҳимтар аз ҳама, таҳияи доруҳои генно-инженерии биологӣ (ДГИБ) ба даст омаданд, ба васеъ гаштани имкониятҳои табобати патогенетикии беморӣ мусоидат намуданд [2,10-14].

Омили дигаримухиме, ки ба бозбинии куллии стратегияи табобати АР мусоидат кард, таҳияи тавсияҳои байналмилалӣ дар доираи стратегияи Т2Т мебошад [15-18]. Стратегияи Т2Т, ки дар худ аз як тараф, дастовардҳои илмӣ ва таҷрибаи ғании клиниро дар идоракунии беморони АР муттаҳид ва ҳамҷониба инъикос мекунад ва аз тарафи дигар, ба дастурҳои миллӣ оид ба

табобати ин беморӣ ба таври васеъ ворид карда шудааст, ҳоло дар саросари ҷаҳон эътироф гардидааст [19-23].

Дар раванди татбиқи фаъолонаи принсиҷо ва тавсияҳои асосии стратегияи Т2Т дар ревматологияи амалӣ, бисёр муҳаққиқон ба як ҳулосае омаданд, ки чунин бархӯрд ва мунобатҳои принципиалӣ, махсусан муҳим мебошанд:

а) зарурати табобати фаъол ва/ё агрессивии АР бо истифодаи ДАЗБ-и муосир (пеш аз ҳама МТ дар шаклҳои гуногуни доругӣ) ва ДГИБ дар оғози беморӣ (дар доираи "равзанаи имкониятҳо");

б) зарурати нигоҳ доштани самараи бадастомада (ҳолати ФПБ ва/ё беҳбудии клиникӣ) дар давоми беморӣ (қариб тӯли тамоми ҳаёт);

в) алоқаи зичи табиби ревматолог ва бемор, ки ба беҳтаршавии максималии майлу сҳохиши бемор ба табобат нигаронида шудааст [9,15,19,24-26].

Дар ин бобат маълумотхое, ки аз корҳои илмии тадқиқотчиёни ФР ва дигар мамлакатҳои ИДМ ба даст оварда шудаанд, хеле киматбаҳо мебошанд. Натиҷаҳои пешакии аз ин тадқиқотҳо ба даст овардашуда нишон медиҳанд, ки табобати барвақтии фаъол/агрессивӣ дар доираи стратегияи Т2Т

имкон медиҳад, ки ба зиёда аз 80% беморони гирифтори АР-и барвақтӣ ба ҳадафи ниҳии муолиҷа - ҳолати ФПБ/беҳбудӣ ноил шаванд [7,10,15,17],18,27].

Натиҷаҳои ниҳӣ, ки дар доираи “консепсияи артрити барвақтӣ” ба даст оварда шудаанд, ба таври возеҳ нишон медиҳанд, ки марҳилаи барвақтии АР ҳамон давраи муҳиме мебошад, ки муолиҷаи барвақтии фаъол ва/ё агрессивии зидди илтиҳобӣ (хусусан дар доираи стратегияи Т2Т) метавонад чараёни клиникаи АР-ро ба таври мусбӣ модификатсия намуда, авҷгирии бемориро суст намояд ва/ё боздорад [8,9,16,25,28,29].

Аммо, аз як тараф, тағйирпазирии возеҳи аломатҳои ибтидоӣ ва вариантҳои пайдоиши АР, мавҷуд набудани аломатҳои воқеан патогномонии клиникӣ ва лабораторӣ омилҳои маҳсуб меёбанд, ки барои саривақт санҷидани ташҳиси АР-и барвақтӣ монеаҳои ҷиддӣ ба вучуд меоваранд, аз тарафи дигар, бошад парокандагии маълумотҳо оид ба самаранокии истифодаи якҷояи МТ дар шаклҳои гуногуни доругӣ ва этанерсепт дар речаи интенсивӣ ҳамчун як қисми стратегияи Т2Т дар беморони гирифтори АР-и барвақтӣ масъалаҳои мебошанд, ки таҳқиқоти минбаъда ро талаб мекунанд [2,9],18,26,30,31].

Ҳадафи тадқиқот: таҳлили комплексӣ ва арзёбии самаранокии истифодаи якҷояи МТ дар шаклҳои гуногун ва этанерсепт дар речаи интенсивӣ ҳамчун як қисми стратегияи Т2Т дар беморони гирифтори АР-и барвақтии фаъол.

Мавод ва усулҳо. Ба тадқиқот 28 беморони бо ташҳиси дақиқи АР-и барвақтӣ (аз рӯи меъёрҳои ACR/EULAR, 2010) ворид карда шуданд. Хусусиятҳои фарқкунандаи клиникӣ ва иммунологии беморони муоинашудаи бо АР барвақтӣ инҳо буданд:

а) бартарияти беморони ҷинси занона (78,6%) ва синнусоли миёна - 44,6;

б) аксари беморон фаъолнокии баланд - DAS28 (disease activity score) >3,3 (53,8%) доштанд ва аз рӯи омили ревматоидӣ (ОР) (71,4%) ва антителаҳои пептиди ситрулинии сиклӣ (АПСС) (85,7%) серопозитив (дорои реаксияи мусбати зардоби хун) буданд.

в) мавҷудияти зуҳуроти вистсералии АР дар 32,1% беморони муоинашуда мушоҳида гашт.

Дар раванди муолиҷа ва мушоҳидаи беморони муоинашуда бо мақсади назорати фаъолнокии АР ва арзёбии самаранокии табобат инҳо истифода шуданд:

а) параметрҳои ба таври умум қабулшудаи клиникӣ ва лабораторие, ки фаъолнокии бемориро тавсиф мекунанд: сахтии субҳгоҳӣ - СС, шкалаи аналогии визуалӣ - ШАВ, теъдоди бугумҳои дардманд - ТБД, теъдоди бугумҳои илтиҳобёфта - ТБИ, суръати такшиншавии эритроцитҳо - СТЭ, сафедаи С-реактивӣ - СРБ);

б) шохисҳои байналмиллалии DAS28, SDAI (simplified disease activity index) ва НФИ (нишондиҳандаи фаъолнокии илтиҳобӣ) [32];

в) меъёрҳои КАР (Коллегияи амрикоии ревматологҳо) 20/50/70%; ;

г) таркиби ситокинҳои зидди илтиҳобӣ - ФНО-а ва ИЛ-6 ва параметрҳои инфиродии ҳуҷайравӣ (CD4+, CD8+, CD4+/CD8+) ва иммунитетҳои гуморалӣ (IgA, IgM, IgG). Ҳама параметрҳои клиникӣ ва лабораторӣ, ки фаъолнокии АР-ро инъикос менамоянд, инчунин ҳолати нишондиҳандаҳои DAS28, SDAI ва ФЗИ, фавран пеш аз огози муолиҷаи фаъол (нуқтаи сифрӣ), минбаъд дар чараёни беморӣ пас аз 3, 6 ва 12 моҳ аҳлил ва арзёбӣ карда шуданд.

Ба ҳамаи беморони дорои фаъолнокии муътадили АР - дараҷаи II (46,4%) ба сифати ДАЗИМТ-и даҳонӣ дар вояи ибтидоии 7,5 мг / ҳафта таъйин карда шуд. Минбаъд, ба таври ҳарчи зудтар (ҳар 1-3 ҳафта) зиёдкунии вояи дору то 20-25 мг/ҳафта (вобаста ба таҳаммулпазирии дору) сурат гирифт. Ҳамзамон, ба ҳамаи беморони дорои фаъолнокии баланди АР-и дараҷаи -III (53,6%) ҳамчун аввалин ДАЗИ шакли зерипӯстии доругии МТ-методжект-МТЖ (MEDAC, Олмон) бо вояи ибтидоии 7,5 мг/ҳафта, инчунин бо шиддатёбии босуръат (ҳар 1-3 ҳафта) вояи то 20-25 мг / ҳафтатаъйин карда шуд. Бо мақсади ба ҳадди пасттарин расонидани таъсири иловагии манфии доруҳо ҳама беморон, як рӯз пас аз гирифтани МТ



ва МТЖ, мунтазам кислотаи фолийро дар вояи 5 мг / хафта қабул карданд.

Пас аз 3 моҳи оғози табобат, ҳангоми расидан ба ҳадафи ниҳии стратегияи Т2Т - ҳолати ФПБ/беҳбудӣ, ҳамаи беморони гирифтори АРбарвакӣ гирифтани монотерапияи МТ ё МТF-ро идома доданд. Дар ҳолатҳои ба даст наомадани ҳолати ФПБ/беҳбудӣ, бо роҳи гузаронидани машварати тиббӣ ва розигии беморон масъалаи ислоҳи мувофиқи муолиҷа- тағйир додани табобат ё идома додани курси қаблӣ ҳал карда шуд. Дар натиҷа, пас аз 3 моҳи оғози табобат ҳамаи беморони муоинашуда ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд:

а) бемороне, ки ба ҳолати ФПД/беҳбудӣ дар заминаи монотерапия бо МТ ва МТЖ расидаанд, ки табобати қаблӣро идома доданд.

б) беморони бо воқуниши ғайриқаноатбахш ба монотерапияи МТ ва МТЖ. Бемороне, ки дар давоми 3 моҳи табобат ба ҳолати ФПД/беҳбудӣ нарасидаанд (46,4%) ба речаи табобати омехта гузаронида шуданд. Ба ин гурӯҳи беморон ҳамчун доруи дуюм этанерсепт (Altebrel, Эрон) дар як вояи 50 мг ба таври зерипӯстӣ таъин карда шуд.

Муҳокимаи натиҷаҳо. Ҳангоми бори аввал ба беморхона ташрифовардани беморон- 3 моҳ пас аз оғози табобат дар заминаи муолиҷаи фаъоли зиддиилтиҳобӣ, моҳияти ҳама нишондодҳои клиникӣ ва лаборатории омӯхташудаи фаъолнокии раванди илтиҳобӣ

амалан дар беморони гирифтори АР-и барвакӣ ба пастшавӣ тамоюл пайдо намуданд- (ҷадвали 1.-). Умуман, ҳангоми ташрифи якум дар заминаи муолиҷаи фаъоли зидди- илтиҳобӣ дар қисми зиёди беморони гирифт- ори АР-и барвакӣ (53,6%) (Ҷадвали 1.-), коҳиши аз ҷиҳати омӯрӣ аҳамиятноки ($p<0,05-0,01$) сатҳи клиникӣ (СС, ШВА, ТБД, ТБИ) ва марҳилаи шадиди (СТЭ, СРБ) фаъ- олнокии беморӣ, чунон ки қаблан аз ҷониби дигар тадқиқотчиён гузориш дода шудааст [10,15,17,33,34] ба мушоҳида расид.

Минбаъд, дар беморони муоинашудаи бо АР-и фаъоли барвакӣ, ҳам монотерапияи МТ дар шаклҳои гуногуни доругӣ ва ҳам дар якҷоягӣ бо этанерсепт ба регрессияи про- грессивӣ ва аз ҷиҳати омӯрӣ муҳими ($p<0,01-0,001$) тамоми параметрҳои кли- никӣ ва лаборатории фаъолнокии беморӣ мусоидат карданд. Дар лаҳзаи анҷоми тад- қикот, дар аксарияти беморони гирифтори АР-и барвакӣ (92,8%), арзишҳои СС, ШВА, ТБД, ТБИ, СТЭ ва ССР амалан бо онҳое, ки дар гурӯҳи назоратӣ қарор дош- танд, муқоисашаванда буданд. Натиҷаҳои ба ҳамин монанди динамикаи параметрҳои клиникӣ ва лаборатории ба таври умум қабулшудаи фаъолнокии АР дар заминаи муолиҷаи фаъоли назоратшаванда дар асо- си принципҳои стратегияи Т2Т дар беморо- ни гирифтори АР-и барвакӣ дар қорҳои тадқиқотии як қатор тадқиқотчиёни муосир нишон дода шудаанд [15, 17,19,26,31].

Ҷадвали 1.-Таҳлил ва арзёбии сатҳи нишондиҳандаҳои клиникӣ ва лаборатории ба таври умум қабулшудаи фаъолнокии раванди илтиҳобӣ дар динамикаи беморони гирифтори АР-и барвакӣ (Ме 25q; 75q, n=28)

Нишондод	Ибтидоӣ	Баъди 3 моҳ	Баъди 6 моҳ	Баъди 12 моҳ	P
СС, дақ	120,0 [90;180]	90,0 [60;120]	45,0 [30;90]	30,0 [15;30]	<0,001
ШВА, мм	70,0 [60,0;90,0]	60,0 [40,0;80,0]	35,0 [25,0;45,0]	10,0 [5,0;10,0]	<0,001
ТБД	10,0 [6,0; 14,0]	8,0 [4,0; 12,0]	6,0 [2,0; 8,0]	1,0 [1,0; 2,0]	<0,001
ТБИ	18,0 [14,0;20,0]	12,0 [6,0; 12,0]	4,0 [2,0; 6,0]	2,0 [1,0; 2,0]	<0,001
СТЭ, мм/соат	42,8 [34,0; 50,6]	30,0 [25,0;40,0]	25,0 [18,0;30,0]	16,0 [12,0;20,0]	<0,001
ССР, мг/л	25,5 [20,5; 34,5]	20,0 [14,0;25,0]	16,0 [10,0;18,0]	5,5 [2,0; 6,0]	<0,001
Серомукоид, ед	0,50 [0,35;0,55]	0,40 [0,25;0,35]	0,25 [0,18;0,30]	0,16 [0,14;0,20]	<0,001

Эзоҳ: р – моҳияти омӯрии фарқияти нишондодҳои байни ҳамаи нуқтаҳои назоратӣ (санаи тадқиқот); ANOVA Фридман.

Дар ревматологияи муосири амалӣ, дар партави татбиқи принципҳои асосии страте-

гияи Т2Т бо истифодаи васеи ДПИБ дар амалияи воқеии клиникӣ ҳамчун парамет-

рҳои лабораторӣ барои арзёбии самаранокии муолиҷа, дар баробари параметрҳои муқаррарии клиникӣ ва лабораторӣ, ки фаъолнокии АР-ро ҳарчи бештар инъикос менамоянд, инчунин таҳлил ва арзёбии динамикии таркиби ситокинҳои илтиҳобӣ, инчунин нишондиҳандаҳои иммунитетӣ ҳам гуморалӣ ва ҳам ҳучайравӣ истифода мешаванд [35-37].

Бо дарназардошти гуфтаҳои дар боло зикршуда, мо дар беморони гирифтори АР-

и барвақтии фаъол, хусусияти таъсири муолиҷаи фаъоли зиддиилтиҳобии назоратшавандаро (ҳамчун қисми стратегияи Т2Т) бо истифодаи на танҳо ДАЗИ (МТ ва МТЖ), балки инчунин ингибитори ФНО-а (этанерсепт) дар сатҳи ФНО-а, ИЛ-6, параметрҳои иммунитетӣ гуморалӣ (IgA, IgM, IgG) ва як қатор нишондиҳандаҳои иммунитетӣ ҳучайравӣ (CD4+, CD8+ ва CD4+/CD8+)-ро таҳлил ва арзёбӣ кардем. (Ҷадвали 2-).

Ҷадвали 2.-Сатҳи ибтидоӣ ва динамикаи нишондодҳои профили ситокинӣ (ФНО-а ва ИЛ-6), иммунитетӣ ҳучайравӣ ва гуморалӣ дар беморони барвақтӣ (Ме 25q; 75q, n = 28)

Нишондод	Ибтидоӣ	Баъди 6 моҳ	Баъди 12 моҳ	p
ФНО-α, пг/мл	5,2 [4,0; 5,6]	3,6 [3,2; 4,4]	2,4 [2,2; 3,4]	<0,001
ИЛ 6, пг/мл	6,0 [5,2; 7,4]	3,8 [3,6; 4,2]	2,3 [2,1; 2,6]	<0,001
CD4+, %	236,8[228,4; 248,2]	222,2[214,4;224,8]	198,4[188,6; 218,4]	<0,001
CD8+, %	158,6[142,4; 164,2]	130,7[122,3; 140,6]	120,2[114,8;132,5]	<0,001
Ig A, мг/%	1518,4[1496;1536]	1470,2 [1446; 1476]	1414,6[1388;1426]	<0,001
Ig M, мг/%	40,6 [32,3; 46,8]	32,6 [24,2; 36,7]	24,6 [20,2; 32,4]	<0,001
Ig G, мг/%	26,8 [20,6; 30,4]	20,8 [16,4; 24,5]	16,8 [14,2; 20,6]	<0,001

Эзоҳ: p – моҳияти омории фарқияти нишондодҳои байни ҳамаи нуқтаҳои назоратӣ (санаи тадқиқот); ANOVA Фридман..

Дар аввал, пеш аз оғози муолиҷаи фаъоли зиддиилтиҳобии назоратшаванда (ҳамчун қисми стратегияи Т2Т), дар беморони гирифтори АР-и барвақтӣ, афзоиши аз ҷиҳати омӯрӣ назарраси сатҳи ситокинҳои зидди илтиҳобӣ - ФНО-а ва ИЛ-6, нишондодҳои иммунитетӣ гуморалӣ (IgA, IgM, IgG) ва як қатор параметрҳои иммунитетӣ ҳучайравӣ (CD4+, CD8+ ва CD4+/CD8+) нисбат ба маълумоти гурӯҳи назоратӣ мушоҳида карда шуд (ҷадвали 2.-).

Натиҷаҳои, ки мо ҳангоми таҳлил ва арзёбии параметрҳои иммунологии омӯхташудаи динамикаи беморони муоинашудаи бо АР-и барвақтии фаъол дар заминаи муолиҷаи фаъоли зиддиилтиҳобӣ ба даст овардем, аз коҳиши прогрессивии сатҳи ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ (ФНО-а, ИЛ-6), инчунин параметрҳои иммунитетӣ гуморалӣ ва ҳучайравӣ шаҳодат медиҳанд. (ҷадвалҳои 3.7- ва 3.8-).

Дар маҷмӯъ, натиҷаҳои ниҳойӣ, ки ҳангоми таҳлили муқоисавӣ ва арзёбии таъсири муолиҷаи фаъоли зиддиилтиҳобӣ бо истифода аз МТ дар шаклҳои гуногуни доругӣ ва этанерсепт ба таркиби ситокинҳои зиддиил-

тиҳобӣ (ФНО-а, ИЛ-6) ва параметрҳои иммунитетӣ гуморалӣ ва ҳучайравӣ (CD4+, CD8+, IgA, IgM, IgG) ба даст омадаанд, бо маълумотҳои дигар тадқиқотчиён мувофиқат мекунанд ва нишон медиҳанд, ки назаррастарин тағйироти мусбат ва аз ҷиҳати омӯрӣ дақиқ ($p < 0,01-0,001$) дар параметрҳои иммунологии омӯхташуда дар беморони гирифтори МТЖ дар шакли монотерапия ё дар якҷоягӣ бо этанерсепт мушоҳида шудааст, ки қаблан аз ҷониби дигар тадқиқотчиёназ ин хусус гузориш дода шудааст [15,17,36-39].

Дар марҳилаи ниҳойӣ ин таҳқиқот, дар беморони муоинашудаи гирифтори АР-и барвақтӣ, дар заминаи муолиҷаи таффриқавии ҷорӣ бо истифодаи дорухҳои симптоматикӣ, МТ дар шаклҳои гуногуни доругӣ ва этанерсепт, мо фаъолнокии умумии АР-ро дар динамика (пас аз 3, 6 ва 12 моҳ) мувофиқи индексҳои байналмилалӣ DAS28, SDAI ва PVA таҳлил ва арзёбӣ кардем. Қиматҳои ибтидоии нишондиҳандаҳои DAS28, SDAI ва PVA дар ҳамаи беморони гирифтори АР-и барвақтии аз ҷониби мо муоинашуда ($n=28$) ба ҳолати фаъолнокии муътадил ва баланди беморӣ мувофиқат карданд (ҷадвали 3.-).



Чадвали 3-.Микдори (n,%) беморони гирифтори АР-и барвақтӣ (n = 28), ки бо гузашти вақт ба ФПБ/беҳбудӣ аз рӯи нишондиҳандаҳои DAS28-СТЭ, ПВА ва SDAI дар заминаи муолиҷаи фаъоли зиддиинфлюмматорӣ назоратшаванда дар доираи стратегияи T2T ноил шудаанд.

Дарачаи фаъолноки	Ибтидоӣ	3 моҳ	6 моҳ	12 моҳ
DAS28-СОЭ:				
беҳбудӣ (<2,6)	0	6 (21,4)	12 (42,8)	17 (60,7)
фаъолнокии паст (2,6-3,2)	0	9 (32,2)	11 (39,3)	9 (32,2)
фаъолнокии муътадил (3,3-5,1)	13 (46,4)	6 (21,4)	3 (10,7)	2 (7,1)
фаъолнокии баланд (>5,1)	15 (53,6)	7 (24,8)	2 (7,1)	0 (0)
ПВА:				
беҳбудӣ (<10)	0	7 (24,9)	13 (46,4)	18 (64,3)
фаъолнокии паст (<60)	0	10 (35,7)	12 (42,8)	8 (28,6)
фаъолнокии муътадил (60-140)	13 (46,4)	5 (17,9)	2 (7,1)	2 (7,1)
фаъолнокии баланд (>140)	15 (53,6)	6 (21,4)	1 (3,6)	0 (0)
SDAI:				
беҳбудӣ (0)	0	4 (14,3)	10 (35,7)	15 (53,6)
фаъолнокии паст (2,6-3,2)	0	7 (24,9)	9 (32,1)	7 (24,4)
фаъолнокии муътадил (3,2-5,1)	13 (46,4)	8 (28,6)	5 (17,6)	5 (17,6)
фаъолнокии баланд (≥5,1)	15 (53,6)	9 (32,1)	4 (14,3)	1 (3,6)

Дар заминаи муолиҷаи фаъоли зиддиинфлюмматорӣ фаъол, дар аксарияти беморон қисми прогрессивӣ ва аз ҷиҳати оморӣ назарраси фаъолнокии беморӣ аз рӯи нишондиҳандаҳои DAS28, SDAI ва ПВА ба мушоҳида расид. Дар маҷмӯъ, дар заминаи муолиҷаи фаъоли назоратшаванда дар беморони гирифтори АР-и барвақтии фаъол дар заминаи муолиҷаи фаъол дар речаи интенсивӣ, дар доираи стратегияи T2T, арзиши прогрессивӣ ва аз ҷиҳати оморӣ муҳим ($p < 0,05-0,001$), шохисҳои DAS28, SDAI ва ПВА ба қайд гирифта шуданд. Натиҷаҳои ба ин монанд аз рӯи динамикаи нишондиҳандаҳои фаъолнокии АР дар заминаи муолиҷаи тафриқавии фаъол қаблан дар паҷуҳишҳои дигар тадқиқотчиён нишон дода шудаанд [10,13,18,25,27,30].

Дар лаҳзаи анҷомёбӣ (пас аз 12 моҳ), баъсамади (%) ноил шудан ба ҳадафи ниҳоии стратегияи T2T - ҳолати ФПБ/беҳбудӣ дар беморони гирифтори АР-и барвақтӣ мутаносибан 24,9 ва 53,6% буд. Маълумоти шабеҳ дар бораи теъдоди ноил шудан ба ҳолати беҳбудии клиникӣ (%) дар беморони гирифтори АР-и барвақтии фаъол 12 моҳ пас аз оғози табобати фаъоли назорат-

шаванда бо истифодаи МТ/МТЖ дар якҷоягӣ бо этанерсепт ҳамчун як қисми стратегияи T2T дар натиҷаҳои ниҳоии тадқиқотҳои руссиягии REMARKA, инчунин дар як қатор дигар тадқиқотҳои клиникӣ пешниҳод карда шуданд. [15,17,18,24,26,29].

Ҳамин тариқ, истифодаи дарозмуддати (солонаи) МТ/МТЖ ва мувофиқи нишондохҳо дар якҷоягӣ бо этанерсепт дар речаи интенсивӣ ва дар шароити назорати бодикқат ҳамчун як қисми стратегияи T2T дар беморони гирифтори бемории ибтидоии фаъол инҳоро нишон медиҳад:

а) пастшавии аз ҷиҳати оморӣ хеле дақиқи ($p < 0,001$) сатҳи параметрҳои ҳамлабораторӣ- клиникӣ ва ҳам иммунологии фаъолнокии беморӣ;

б) ҳамзамон ҳам МТЖ ва ҳам этанерсепт дар баробари фаъолнокии намоёни имуносупрессивӣ ва/ё имуномодуляторӣ (пастшавии назарраси консентратсияи ФНО- α , ИЛ-6 ва имуноглобулинҳо) самаранокӣ зиддиинфлюмматорӣ худро нишон медиҳанд;

в) сатҳи баланди индуксияи ҳолати ФПБ ё беҳбудии клиникӣ дар 12 моҳи табобат мутаносибан 32,2 ва 60,7% ба қайд гирифта шуд.

АДАБИЁТ

1. Волкова М.В. Ассоциация клинического фенотипа и профиля аутоантител при ревматоидном артрите / М.В. Волкова, Е.В. Кундер // Научно-практическая ревматология. – 2018. – №56 (3, прил. 2). – С.26-27.

2. Клиническая ревматология: третье издание, переработанное и дополненное (руководство для врачей) / Под ред. академика В.И. Мазурова // М: Е-нот. – 2021. – 696с.
3. Ревматология: российские клинические рекомендации / Под ред. академика РАН Е.Л. Насонова // Издательская группа «Геотар – Медиа». – 2019. – 461 с.
4. Carina A.I. Mechanisms leading from systemic autoimmunity to joint-specific disease in rheumatoid arthritis / A.I. Carina [et al.] // Nat. Rev. Immunol. - 2017. - № 13 (2). - P. 79-86.
5. McInnes I.B. Pathogenetic insights from the treatment of rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2017; 389(10086):2328-37.
6. Насонов Е.Л. Ревматоидный артрит: проблемы ремиссии и резистентности / Е.Л. Насонов, Ю.А. Олюнин, А.М. Лиля // Научно-практическая ревматология. – 2018. – 56 (№3). – С.263-271.
7. Бекмуродзода С.Б. Клинико-фармакоэкономические аспекты активной контролируемой противовоспалительной терапии ревматоидного артрита, основанной на принципах стратегии “treat-to-target”: современное состояние вопроса / С.Б.Бекмуродзода, Ё.У.Саидов, Х.Р.Махмудов // Вестник Авиценны. – 2019.–21.–№ 1.–С. 141-146.
8. Каратеев Д.Е. Современные принципы ведение больных с ревматоидным артритом / Д.Е. Каратеев, Е.Л. Лучихина // Медицинский совет. - 2017. - №17. - С. 92-101.
9. Насонов Е.Л. Рекомендации EULAR по диагностике и лечению раннего артрита: 2016 / Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. – 2017. - №55(2). – С. 138-150.
10. Муравьев В.В. Мультицентровое открытое рандомизированное сравнительное 12-недельное исследование эффективности и безопасности при ревматоидном артрите метотрексата в форме концентрированного раствора для подкожного введения и в форме таблеток в дозе 15/мг нед / В.В. Муравьев, В.И. Мазуров, Е.Л. Насонов// Научно-практическая ревматология. – 2017. – №55 (прил. 1). – С.39-46.
11. Аронова Е.С. Переносимость инфликсимаба у пациентов с ревматоидным артритом в реальной клинической практике / Е.С. Аронова, Г.В. Лукина, Я.А. Сигидин // Научно-практическая ревматология. – 2020. – №58(1). – С.31-36.
12. Выживаемость и причины отмены генно-инженерных биологических препаратов в течение первого года лечения у больных ревматоидным артритом / Е.С. Аронова [и др.] / Научно-практическая ревматология. – 2020. - №58 (5). – С. 579.
13. Котовская М.А. Стратегия снижения дозы и отмены генно-инженерных биологических препаратов при ревматоидном артрите в стадии ремиссии / М.А. Котовская, Н.Ю. Никишина, Ю.А. Олюнин // Научно-практическая ревматология. - 2018. - №56 (1). - С. 99-106.
14. Насонов Е.Л. Перспективы применения упадацитиниба при ревматоидном артрите и других иммуновоспалительных ревматических заболеваниях / Е.Л. Насонов, А.М. Лиля / Научно-практическая ревматология. – 2020. – №58(5). – С.532-543.
15. Махмудов Х.Р. Стратегия «Лечение до достижения цели» в терапии ревматоидного артрита / Х.Р. Махмудов, Ё.У. Саидов // Вестник Авиценны. – 2015. – № 4 (65). –С. 126-132.
16. Махмудов Х.Р. Оценка эффективности применения метотрексата у больных с ревматоидным артритом в свете имплементации стратегии “treat to target” в реальной клинической практике / Х.Р.Махмудов, Ё.У.Саидов, Р.Н. Зубайдов // Вестник Авиценны. – 2015. - №3 (64). – С. 77-82.
17. Первое российское стратегическое исследование фармакотерапии ревматоидного артрита (РЕМАРКА): результаты лечения 130 больных в течение 12 месяцев / Д.Е. Каратеев [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2014. – 52(6). – С. 607–614.
18. Отдаленные результаты интенсивной терапии раннего ревматоидного артрита в дебюте заболевания (по данным Российского регистра ОРЕЛ) / В.В. Рыбакова // Научно-практическая ревматология. – 2021. - №59(3). – С. 269-274.
19. Characterizing deviation from treat-to-target strategies for early rheumatoid arthritis: the first three years. Wabe N [et al.] // Arthritis Res Ther. - 2015. – V.17. – P.48-54.



20. Burmester G.R, Pope J.E. Novel treatment strategies in rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2017;389(10086):2338-48.
21. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update / J.S. Smolen [et al.] // *Ann Rheum. Dis.* - 2020. - V. 79(6). - P. 685-699.
22. Treat to Target in rheumatoid arthritis: facts, fiction or hypothesis / D.H.Solomon [et al.] // *Arthritis Rheum*. 2014. - №.66 (4). - P. 775-782.
23. Smolen J.S. Treat-to-target: rationale and strategies / J. S. Smolen // *Clin Exp Rheumatol*. - 2012. - V. 30(4 Suppl. 73):S2-S6. doi: 10.1136/annrheumdis-2015-207524.
24. Clinical and radiological outcomes of 5-year drug-free remission-steered treatment in patients with early arthritis: IMPROVED study / G. Akdemir [et al.] // *Ann Rheum Dis.* - 2018. - V. 77 (1). - P. 111-118.
25. Baseline autoantibody profile in rheumatoid arthritis is associated with early treatment response but not long-term outcomes / E.C. De Moel [et al.] // *Arthritis Res Ther.* - 2018. - V. 20 (1). - P. 33.
26. Эффективность и безопасность применения левилимаба в комбинации с метотрексатом у пациентов с ревматоидным артритом: результаты II фазы исследования AURORA / В.И. Мазуров // *Научно-практическая ревматология* - 2021. - № 59(2). - С. 141-151.
27. Применение подкожной формы метотрексата для лечения больных активным ревматоидным артритом (исследование РЕМАРКА) / Д.Е. Каратеев [и др.] // *Научно-практическая ревматология*. - 2017. - № 55 (прил. 1). - С.1-13.
28. Clinical trials of new drugs for the treatment of rheumatoid arthritis: focus on early disease / J.S. Smolen [et al.] // *Ann Rheum Dis.* - 2016. - V.75 (7). - P. 1268-1271.
29. Оценка эффективности и безопасности терапии филготинибом у пациентов с ревматоидным артритом с недостаточным эффектом терапии метотрексатом: результаты 52 недель клинического исследования CombeB. / [B. Combe et al.] // *Научно-практическая ревматология*. - 2020. - №58 (5). - С. 602 - 604.
30. Continuation of etanercept monotherapy after achievement of remission with etanercept and methotrexate combination therapy: subanalysis from the COMET study / P. Emery [et al.] // *Ann. Rheum. Dis.* - 2015 (Suppl 2). - P. 468.
31. Methotrexate monotherapy and methotrexate combination therapy with traditional and biologic disease modifying antirheumatic drugs for rheumatoid arthritis: abridged Cochrane systematic review and network meta-analysis / G.S. Hazlewood [et al.] // *BMJ*. 2016. - 353: i1777
32. G6bor F. Visualization of DAS28, SDAI, and CDAI: the magic carpets of rheumatoid arthritis / F.G6bor, A.Somogyi, Z.Szekanecz // *Clinical Rheumatology*. - 2014. - V.33. - № 5. - P.623-629.
33. Эффективность этанерцепта у больных ревматоидным артритом (результаты российского многоцентрового исследования ЭТАЛОН) / А.О. Пчелинцева [и др.] // *Научно-практическая ревматология*. - 2013. - №51 (6). - С.639-645.
34. Эффективность и безопасность сарилумаба в комбинации с метотрексатом у пациентов с активным ревматоидным артритом и неадекватным эффектом монотерапии метотрексатом (результаты исследования III фазы по протоколу MOBILITY) / Е.Л. Насонов [и др.] // *Научно-практическая ревматология*. - 2019. - №57(2). - С.142-148.
35. The effect of tumor necrosis factor inhibitors, methotrexate, non-steroidal anti-inflammatory drugs and corticosteroids on cardiovascular events in rheumatoid arthritis, psoriasis and psoriatic arthritis: a systemic review and meta-analysis / C. Roubille [et al.] // *Ann Rheum Dis.* - 2015. - V. 74. - P. 480-489.
36. Чичасова НВ. Этанерцепт и его биоаналог в лечении ревматоидного артрита: эффективность и безопасность / Н.В. Чичасова, А.М. Лиля // *Русский медицинский журнал* - 2021. - № 7. - С. 44-49.

37. Динамика показателей цитокинового профиля на фоне применения биоаналога ритуксимаба (Ацеллбия, «БИОКАД») и оригинального препарата (Мабтера, «Ф. Хоффман-Ля Рош») в терапии ревматоидного артрита / А.С. Авдеева [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2019. – №57(3). – С. 46-56.
38. Иммунологические эффекты биоаналога ритуксимаба (ацеллбия. «биокад») у больных ревматоидным артритом / А.С. Авдеева [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2018. – №56(5). – С.556-563.
39. Роль показателей цитокинового профиля в прогнозировании эффективности терапии раннего ревматоидного артрита / В.В. Рыбакова [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2021. - №59 (4). – С. 517.
40. Шодиев Д. Р. – н.и.т. ассист. Каф кардиорев Последипл. 93594 5752.

**КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА В РАЗЛИЧНЫХ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМАХ И ЭТАНЕРЦЕПТА В ИНТЕНСИВНОМ РЕЖИМЕ,
ОСНОВАННОЙ НА ПРИНЦИПАХ СТРАТЕГИИ «TREAT TO TARGET» У
ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

Махмудзода Х.Р., Талабова М.М., Маджонова М.М., Охонова О.Д., Саидов Ё.У.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: комплексный анализ и оценка эффективности комбинированного применения метотрексата (МТ) в различных формах и этанерцепта в интенсивном режиме в рамках стратегии «Treat to Target - T2T» - («Лечение до достижения цели») у пациентов с активным ранним ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы: Всего обследовано 28 больных с достоверным ранним РА (по критериям ACR/EULAR, 2010 г. Наиболее отличительными клинико-иммунологическими особенностями обследованных больных с ранним РА являлись: а) превалирование пациентов женского пола (78,6%) и среднего возраста (медианное значение возраста – 44,6 лет); б) большинство пациентов имели высокую активность – DAS28 (disease activity score) >3,3 (53,8%) и были серопозитивными по ревматоидному фактору (РФ) (71,4%) и по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) (85,7%). Все пациенты обследовались по стандартам, рекомендованным Ассоциацией ревматологов Российской Федерации (2004 г.) на базе ревматологического отделения Городского медицинского центра №2 им. академика К.Т. Таджиева г. Душанбе в период с 2018 по 2022 гг.

Результаты: итоговые результаты, которые были получены при сравнительном анализе и оценке влияния активной противовоспалительной терапии с применением метотрексата (МТ) в различных лекарственных формах и по показаниям в сочетании с этанерцептом у пациентов с активным ранним РА, с одной стороны, свидетельствуют о прогрессивной и статистически достоверной ($p < 0.01-0,001$) регрессии всех изучаемых клинико-лабораторных параметров активности заболевания и уровня изучаемых провоспалительных цитокинов (ФНО-а, ИЛ-6), а также показателей гуморального и клеточного иммунитета, а с другой, - о достижении состояния низкой активности заболевания (НАЗ) и клинической ремиссии у подавляющего большинство пациентов (78,5%)

Заключение: длительное (годовое) применение МТ в различных лекарственных формах и по показаниям в сочетании с этанерцептом в интенсивном режиме в условиях тщательного контроля в рамках стратегии T2T у пациентов с активным ранним РА демонстрирует следующее: а) статистически высокое достоверное снижение уровня как клинико-лабораторных, так и иммунологи-



ческих параметров активности заболевания; б) высокий уровень индукции конечной цели стратегии T2T - состояния НАЗ/ремиссии к 12 мес. терапии 32,2 и 60,7% соответственно.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, ранний ревматоидный артрит, стратегии «TreattoTarget», метотрексат, методжект, этанерцепт, низкая активность заболевания, ремиссия.

COMPREHENSIVE ANALYSIS AND EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF COMBINED USE OF METHOTREXATE IN VARIOUS DOSAGE FORMS AND ETANERCEPT IN INTENSIVE MODE, BASED ON THE PRINCIPLES OF THE “TREATTOTARGET” STRATEGY IN PATIENTS WITH ACTIVE EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS

Makhmudzoda Kh. R., Talabova M.M., Madzhonova M.M., Okhonova O.D., Saidov E.U.

Department of Propaedeutics of Internal Diseases, AbualiibniSino Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Goal: comprehensive analysis and evaluation of the effectiveness of combined use of methotrexate (MT) in various forms and etanercept in intensive mode within Treatto Target in patients with active early rheumatoid arthritis (RA).

Material and methods: A total of 28 patients were examined with a significant early diagnosis (according to the ACR/EULAR criteria, 2010). The most distinctive clinical and immunological features of the examined patients with early RA were: a) the prevalence of female patients (78.6%) and middle-aged (median age - 44.6 years); b) the majority of patients had high activity-DAS 28 (diseaseactivityscore) >3.3 (53.8%) and were seropositive for rheumatoid factor (RF) (71.4%) and antibodies to cyclic citrulline peptides (ADCs) (85.7%). All patients were examined according to the standards recommended by the Association of Rheumatologists of the Russian Federation (2004) on the basis of the rheumatology Department of the City Medical Center No. 2. academician K.T. Tadzhiyev. Dushanbe in the period from 2018 to 2022

Results: The final results obtained in the comparative analysis and evaluation of the effect of active anti-inflammatory therapy with

methotrexate (MT) in various dosage forms and according to indications in combination with etanercept in patients with active early RA, on the one hand, were progressive and statistically significant ($p < 0.01-0,001$) regressions of all studied clinical and laboratory parameters of disease activity and the level of studied proinflammatory cytokines (TNF- α , IL-6), as well as indicators of humoral and cellular immunity, and on the other hand, the achievement of a state of low disease activity (NAZ) and clinical remission in the vast majority of patients (78.5%)

Conclusion: long-term (one-year) use of MT in various dosage forms and according to indications in combination with etanercept in intensive mode under careful monitoring as part of the T2T strategy in patients with active early RA demonstrates the following: a) a statistically significant decrease in both clinical and laboratory and immunological parameters of disease activity; b) a high level of induction of the final goal of the T2T strategy - the state of NAZ/remission by 12 months of therapy-32.2 and 60.7%, respectively.

Key words: rheumatoid arthritis, early rheumatoid arthritis, methotrexate, methodject, etanercept, low disease activity, remission.

Махмудзода Х.Р. – н.и.т., ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунӣ, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Талабова М.М.- унвонҷӯи кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунӣ, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Маджонова М.М. - унвонҷӯи кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунӣ, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Охонова О.Д. - ассистент кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунӣ, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Саидов Ё.У. – д.и.т., профессори кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунӣ, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Махмудзода Х.Р. – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан.

Талабова М.М. - соискатель кафедры пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан.

Маджоновна М.М. - соискатель кафедры пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан.

Охонова О.Д. - ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан.

Саидов Ё.У. - д.м.н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан.

X Makhmudzoda. N. - Assistant of the Department Propaedeutics of Internal Diseases, Tajik State Medical University. Abuali ibni Sino, Dushanbe, Republic of Tajikistan.

Talabova M.M. - candidate of the Department Propaedeutics of Internal Diseases, Tajik State Medical University. Abuali ibni Sino, Dushanbe, Republic of Tajikistan.

M. Majonova. M. - candidate of the Department Propaedeutics of Internal Diseases, Tajik State Medical University. Abuali ibni Sino, Dushanbe, Republic of Tajikistan.

Okhonova O. D. - Assistant of the Department Propaedeutics of Internal Diseases, Tajik State Medical University. Abuali ibni Sino, Dushanbe, Republic of Tajikistan.

Saidov E. U. - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department Propaedeutics of Internal Diseases, Tajik State Medical University. Abuali ibni Sino, Dushanbe, Republic of Tajikistan.

ҶАНБАҲОИ МУОСИРИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ СКАРҲОИ ПАС АЗ СӢХТАГИВУ ХАДШАНОКИ ГАРДАН ВА ҚАФАСИ СИНА

(Шарҳи адабиёт)

Саидов И.С.

¹ МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино;

² Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо;

Муҳиммияти мавзӯ. Деформатсияҳои пасазҷарроҳии хадшаноки гардан ва қафаси сина дар байни ҳамаи осебҳо паҳншударин ва фочеаноктарин ба шумор мераванд, чунки дар он барои беморон ҳолатҳои шадидтарини психоэмотсионалӣ дида мешаванд, ва минбаъд ҳам ба бемориҳои интеркуррентӣ (психосоматикӣ) ва ҳам ба маъюбшавӣ оварда мерасонанд [3-5]. Зиёд шудани микдори беморони дорои деформатсияҳои пасазҷарроҳии хадшаноки гардан ва сатҳи

пеши қафаси сина, аз як тараф ба зиёд шудани микдори сӯхтагӣҳо вобаста бошад, аз тарафи дигар, бо хеле бехтар шудани зиндамонии беморони сӯхтагӣ алоқаманд аст [1].

Масъалаҳои табобати ҷарроҳӣ ва реабилитатсияи беморони дорои оқибатҳои сӯхтагӣ бинобар ин ки 40-75%-и беморони мубтало ба сӯхтагии амиқ дар оянда ба гузаронидани ҷарроҳии реконструктивӣ-пластикӣ ниёздоранд, то ҳанӯз яке аз про-



блемаҳои афзалиятнок ва мушкили тибби муосир маҳсуб мешаванд [2].

Контрактураҳои пас аз сӯхтагӣ – ин маҳдудияти устувори ҳаракатнокии мавзеи осебдида мебошад, ки дар натиҷаи тағйироти патологияи бофтаҳои нарм, тарангшавии дар натиҷаи хадшаҳо пайдошудаи пӯст, пайҳо ва мушакҳо ба амал меояд. Дар байни бемороне, ки ҷарроҳии реконструктивӣ-барқароршавӣ мешаванд, контрактураҳои пас аз сӯхтагӣ 23%-36,5%-ро ташкил медиҳанд [9-11].

Мувофиқи баҳодиҳии гуногун, ки дар адабиёти илмӣ оварда шудаанд, сӯхтагиҳои гардан аз 4% то 33,9%-и ҳамаи дигар ҷойгиршавихоро ташкил медиҳанд [6-8]. Таҳлили сабабҳои сӯхтагиҳо тибқи маълумоти Шаробаро В.И. бо ҳаммуаллифон (2013), дар байни 832 бемор ($n=524$; 63% – занҳо; $n=308$; 37% – мардҳо) нишон медиҳад, ки дар бештари ҳолатҳо омили этиологӣ сӯхтагӣ пз шуълаи оташ буд – дар 649 бемор (78%) [4].

Дар ҳар як бемори сеюм, ки сӯхтагиҳои амиқ гардан ва қафаси синаро аз сар гузаронидаас, деформатсияҳои васеи хадшагии пасазсӯхтагӣ ва контрактураҳо боқӣ мемонанд. Чунин контрактураҳо дар ҳар бемори дуюм низ дида мешавад, агар осеби майдони сӯхтагӣ аз 10%-и сатҳи бадан зиёд бошад [2].

Аломати асосии оризаҳои сӯхтагии гардан ва қисми болоии девораи қафаси сина деформатсияҳои хадшанок ва контрактура мебошанд.

Деформатсияҳои хадшаноки пас аз сӯхтагии гардан ва қисми болоии девораи қафаси сина - ин ҳолатест, ки пас аз сӯхтагӣ хадшаҳои ҷудогона ва ё сершумор пайдо мешаванд ва функцияи мавзеҳои марбут ба осебдидаро вайрон мекунанд ва боиси сар задани нуксонҳои гуногуни эстетикӣ мешаванд. Деформатсияҳои хадшаноки гардан дар 4–30,5%-и одамоне, ки дучори осебҳои сӯхтагӣ шудаанд, ба мушоҳида мерасад [5,9,10,11].

Усулҳои ҷарроҳии табобат. Бартараф кардани деформатсияҳои хадшаноки пас аз сӯхтагии гардан ва қисми пеши қафаси сина вобаста аз хусусиятҳои анатомӣ: мавҷуд будани сохторҳо (рағҳои бузурги магистралӣ,

танаи асабҳо ва асаббофтҳо) ва узвҳои ҳаётан муҳим (гадуди сипаршакл, *parathyroideae et glandulae salivaris*); хусусиятҳои функционалӣ – иштирок кардан дар амали нафаскашӣ, хойидан, фонетика ва иҷтимоӣ- эстетикӣ, яке аз вазифаҳои мушкилтарин дар назди ҷарроҳии реконструктивӣ ва пластикӣ мебошанд.

Айни замон, ҷарроҳони пластикӣ ҳангоми оқибатҳои сӯхтагии гардан ва қисми пеши қафаси сина усулҳои гуногуни ҷарроҳии эстетикӣ (пластикӣ) ва реконструктивӣ-барқарорсозиро истифода мекунанд, ки ҳам ба барқарор сохтани ихтилолҳои функционалӣ ва ҳам ба даст овардани натиҷаҳои оптималии эстетикӣ нигаронида шудаанд, чунки намуди муносиби эстетикӣ пас аз гузаронидани ҷарроҳиҳона танҳо аҳамияти иҷтимоӣ касб мекунад, балки ба сифати ҳаёт низ бевосита таъсир мерасонад.

Дар ин замина, деформатсияҳои васеу амиқ хадшаноки пас аз сӯхтагии гардан ва сатҳи пеши қафаси сина ҳам аз лиҳози интихоби усулҳои оптималии ислоҳи ҷарроҳӣ, роҳҳои муносиб ва самараноки реабилитатсия, нокифоя будани захираҳои донории пӯст ва ҳам аз нуқтаи назари аҳамияти эстетикӣ мушкilotи муайянро пеши рӯ меоранд.

Ба муваффақиятҳои назарраси дар соҳаи табобати ҷарроҳии оқибатҳои сӯхтагиҳои васеъ ва амиқ, ки дар ин марҳилаи рушди тибби клиникӣ ба даст оварда шудаанд, нигоҳ накарда, усулҳои ислоҳи ҷарроҳӣ на ҳамеша имконият медиҳанд, ки ба таври муносиб проблемаи реабилитатсияи чунин беморон ҳаллу фасл карда шавад. Барои ҳамин ҳам, проблемаи тактика ва интихоби усули муносиби пластика бахшнок боқӣ мемонад [12,13].

Дар интихоби усули амалиёти ҷарроҳӣ ҷарроҳон мавқеъ, амиқӣ, майдони деформатсияи хадшанок ва контрактураи гардан, ҳамчунин ихтилолҳои функционалии ба он алоқаманд ва камбудии эстетикиро мадди назар қарор медиҳанд [14,15].

Барои ҳамин ҳам, бо мақсади ба даст овардани натиҷаҳои муносиби эстетикӣ ба сифати пурра гардонидани қабати нестшудаи пӯст тавассути пластикаи порчавӣ ва

захираҳои донории пӯст оптималӣ ба ҳисоб меравад.

Таҳлили сарчашмаҳои илмӣ бахшида ба масъалаҳои табобати деформатсияҳои хадшавии баъди сӯхтагии гардан ва сатҳи пеши кафаси сина нишон медиҳад, ки чарроҳон, дар марҳалаи имрӯза, дар фаъолияти амалии худ чунин намудҳои чарроҳии пластикӣ ва реконструктивӣ-барқарорсозиро ба кор мебаранд.

Истифодаи пояи Филатов ё ба истилоҳ пластикаи ҳиндӣ- итолиёӣ аҳамияти бузургӣ таърихӣ дорад. Баъзе камбудҳои он: гузаронидани чарроҳии бисёрмарҳилавӣ; муддати тӯлонӣ дар ҳолати маҷбурӣ қарор доштани бемор, ҳамчунин дар ҳамаи марҳалаҳо мигратсияи поя талафоти назаррас дида мешавад ва бад шудани сифати маводи пластикӣ ба амал меояд, чандирии пӯст кам мешавад, ки ҳамаи инҳо боиси ретсидивҳои зиёди контрактураи гардан мешаванд. Бариловаи ин, маводи пластикӣ ҳам аз рӯи хусусиятҳои худ ва ҳам ранги пӯсти атрофии нуқсон[16] фарқ мекунад. Барои ҳамин ҳам ин методика истифодаи васеъ пайдо накард дар фаъолияти амалии чарроҳон.

Пластикаи озоди пӯст дар амалия дар зиёда аз таърихи садсола ба таври васеъ мавриди истифода қарор дорад [17,19]. Дар хадшаҳои васеъва мураккаби деформатсияҳои хадшавии пас аз сӯхтагии гардан трансплантати қабат ба қабати пӯст бомуваффақият истифода мешавад.

Тибқи маълумоти баъзе муаллифон пластикаи пӯст бо усулҳои дар боло зикршуда на ҳамеша ба даст овардани самаранокии функционалӣ ва эстетикӣ муяссар мешавад, ки аз ретраксияи такрорӣ ва диспигментатсияи пӯсти пайванд кардашуда вобаста буда, дар натиҷаи тавлид шудани хадшаҳои гипертрофикӣ дар мавзёҳои донорӣ ба амал меояд[20].

Беморони дорои хадшаҳои баъдисӯхтагии гардан ва кафаси сина, аксар вақт ба мушкилоти функционалӣ рӯ ба рӯ мешавад, бинобар мавҷуд будани контрактура. Stekelenburg C.M.etal (2017) чунин меҳисобад, ки агар контрактура хурд ва ростхати бошад, онҳоро бо бофтаҳои худӣ бартараф

кардан мумкин аст бо пластикаи Wва Z-шакл[21], ки дар фаъолияти амалии чарроҳии пластикӣ дар давоми зиёда аз 150 сол истифода мешаванд.

Gvishkevich V.M. et al(2015) муносибат ва методикаи нави табобати контрактураҳои баъди сӯхтагӣ ва барқарор шудани пӯсти гардан бо истифода аз пластикаи трапетсияшакл таҳия карда мешаванд, ки махсусан ҳангоми табобати контрактураи гардан дар кӯдакон самаранок аст. Натиҷаҳои табобати бомуваффақияти 11 кӯдакони (дар синну соли аз 5 то 14 сола) дорои контрактураи пеши гардан бо истифодаи порчаҳои мавзеи хадшавӣ- фатсиалӣ пешниҳод карда шудааст. Натиҷаҳои мусбати функционалӣ дар ҳамаи 11 бемор ба даст оварда шуд: Контрактура пурра бартараф карда шуд, контрактура гардан, кунҷи ментосервиалӣ ва ҳаракати сар барқарор карда шуданд. Ҳамин гуна натиҷаҳои хуби функционалӣ ҳам дар байни кӯдакон ва ҳам калонсолон (дар 24 нафар аз 26 нафар) бемор ба даст оварда шудааст[22].

Шалтакова Г.Ч.ва Матеев М.А.(2009) дар давраи солҳои 2005-2007 31 бемори дорои деформатсияҳои хадшавии пасазчарроҳии гардан бо истифодаи секунча ва порчаҳои трапетсияшакли пӯсту фатсиалӣ чарроҳӣ карда шуданд.

Пластикаи пӯст дар 24 бемор иҷро карда шуд. Интиҳоби усул дар заминаи таснифи муаллиф нуқсонҳои баъдисӯхтагии пӯст иҷро карда шуд. Сихат шудани порча дар 96%-и беморон ба амал омад[23].

Муаллифи методикаи дермотензияи экспандерӣ(ДЭ) Neumann C.G.(1956) мебошад, вай ба фаъолияти амалии чарроҳони пластикӣ бо шарофати таҳқиқотҳои C.Radovan фаъолона дохил шудаанд, ҳамчунин дигар муаллифон, ки истифодаи онро баҳогузурӣ намудаанд[29,30].

ДЭ чарроҳии интиҳобӣ аст дар беморони дорои деформатсияҳои хадшавии пасазсӯхтагии маҳдудбо майдони кофии қабатҳои пӯст барои имплантатсияи экспандер, пӯсти нозук бо миқдори ками ҳучайрабофти зерипӯстӣ –чарбӣ дар маҳалҳои донорӣ аст ва иштироки муваффақонаи беморон-



ро талаб мекунад. Гардан ва сатҳи пеши қафаси сина ноҳияҳои қулай барои иҷрои ДЭ мебошанд.

Мувофиқи маълумоти М.М.Мадазимов бо ҳаммуаллифон (2013) ҳангоми таҷрибаи 16- солаи истифода кардани бофтаҳои васеъшуда дар ҷарроҳии пластикӣ дар клиникаи ш. Андиҷон ҳангоми деформатсияҳои ҳадшавӣ ва контрактураи гардан натиҷаҳои хуб дар 86,4%-и беморон ба даст оварда шуд. Натиҷаҳои қаноатбахш, ки дар 13,6%-и беморон дар натиҷаи инкишофи равандҳои фасоднок пайдо шудаанд, вобаста аз ин ба муаллифон тавсия карда мешавад, ки антибиотикотерапияи минтақавии лимфатикӣ дар шабонарӯзи тоҷарроҳӣ ва дар давраи пасазҷарроҳӣ карда шаванд[31].

Дар бемороне, ки дорои сӯхтагиҳои ин методика имконият медиҳад, ки сатҳи порча зиёд карда шавад ва маводи пластикӣ, мувофиқи ҳосиятҳо аз пӯсти мӯътадил фарк мекунад.

Bozkurt A. et al.(2008) натиҷаҳои таҷрибаи истифодаи 102 дермотензияҳои экспандерӣ дар байни 57 бемори оқибатҳои сӯхтагӣ дар давоми 8 солро таҳлил карданд. Натиҷаҳои ба даст овардашуда аз он дарак медиҳанд, ки васеъ шудани бофтаҳо варианти хуб ва бехатар мебошад[32].

Мутахассисони Россия эндоэкспандерҳои латексинӣ ва силикониро истифода мекунанд. Ба андешаи онҳо, эндоэкспандерҳои силиконӣ, дар муқоиса аз технологияҳои латексинӣ нисбатан ғайри ғайри мебошад. Бо шарофати истифода кардани технологияҳои инноватсионӣ бо ёрии эндоэкспандерҳои силиконӣ, зиёд кардани чандирии бофтаҳо ду маротиба бештар буд (аз 40% то 20%), ки ин ба кам шудани микдори оризаҳо оварда расонид [20,29,33]. Дар ин маврид имплантатсияи экспандер бояд таҳти пӯсти интактӣ сурат бигирад, дар акси ҳол ҷарроҳӣ маънӣ надорад.

Порчаҳои ротатсионӣ, пӯсти –ҷарбӣ, пӯстӣ-фасиалӣ ва пӯстӣ-мушакӣ дар пойчаи рағҳо ҳангоми нокифоя будан барои пластикаи мавҷудаи бофтаҳои мавзей истифода мешаванд. Дар ин маврид порчаҳо чунин бартарияҳоро доранд: иҷрои амали-

ётҳои яклаҳзаинаи ҷарроҳӣ ва зиндамони хуб тавассути пойчаҳои зичи ғизодиҳандаи рағҳо [34].

Истифодаи усулҳои зикршуда ҳангоми осебҳои васеи ҳадшавии гардан ва девораи пеши сина маҳдуд аст.

Ба андешаи Ratter B.M. et al.(2007), табобати ҷарроҳии деформатсияҳои ҳадшавии пасазҷарроҳии гардан вазифаи мураккаб аст. Дар 13 ҳолат аз порчаҳои озоди пӯст истифода шуд. Нишондиҳандаи асосӣ контрактура ё ҳадшаҳои гипертрофикӣ буданд. Бештар порчаҳои озод истифода шуданд: порчаи пешӣ-ронӣ(31%), шона/ параскапулярӣ(31%) ва порчаи соидии бозу(17%). Дар маҷмӯъ ҷарроҳӣ дар 94%-и ҳолатҳо бомуваффақият буд. Дар 2 ҳолат оризаи мавзеи донорӣ ва сироятнок шудани порча ба назар расид[35].

Нақши пайвандсозии озоди микрочаррохиро дар барқарор шудани ҳаҷми ҳаракати гардан ҳангоми деформатсияҳои ҳадшавии васеи пас аз сӯхтагӣ ва контрактураҳо баён дошта, муаллифон қайд мекунанд, ки порчаи озод пайванд кардашуда усули пурқимат аст барои натиҷаҳои сӯхтагии гардан ва қафаси сина[36].

Wang C.H., Wei F. C. (2010) ва дигар муаллифон баён доштаанд, ки ҷарроҳҳои микрочарроҳӣ бо пайванд кардани порчаи озод дар соҳаи реконструксияи гардан ҳозиразамон буда, натиҷаҳои олиӣ функционалӣ ва эстетикиро ба бор меорад[37].

Ramos R.R. ва Ferreira L. M. (2017) 3 ҳолати клиникиро дар занҳои дорои контрактураҳо, ки аз сӯхтагиҳо ба вучуд омадаанд ва боиси дефисити (камбудӣ) функционалӣ ва эстетикӣ гаштаанд, тасвир кардааст. Бартараф кардани контрактура бо истифода аз порчаи пӯстӣ- фасиалӣ гузаронида шудааст. Натиҷаҳо қаноатбахш буданд ва оризаҳо ба монанди уфунат ва некрозро ба вучуд наоварданд[38].

Ба бартарии назаррас нигоҳ накарда, усули зикршуда ҷарроҳии мураккаб, хатарнок ва тӯлонӣ мебошад. Дар ин маврид шароити зарурӣ барои иҷро намудани он мавҷуд будани минтақаҳои осебнадидаи муайяни донорӣ ва рағҳои тағйирнаёфтаи ретсипиент (гиранда) зарур аст. Ғайр аз ин, ки

усулро оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ ҳамроҳӣ мекунад, ки аз ҷарроҳони пластикӣ маҳорати олиро талаб мекунад.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба проблемаи мазкур дар давоми 30- соли охир якҷанд таҳқиқот аз тарафи олимони ватанӣ иҷро карда шудааст. Чунончи, Қурбонов У.А. бо ҳаммуаллифон (2015) дорои таҷрибаи бузурги фаъолияти амалии табобати ҷарроҳии оқибатҳои ҷарроҳӣ, аз ҷумла деформатсияҳои хадшаноки гардан ва сатҳи пеши қафаси сина мебошад. Муаллиф дар мисоли 48-бемор 4 варианти клиники контрактурҳои ноҳияҳои зикршударо ҷудо кардааст. Пластикаи пӯст бо истифода аз усулҳои модификатсионии пластикаи Z шакл дар 25 %-и ҳолатҳо иҷро карда шуд, порчаҳои регионарӣ ва ҷарроҳии мавзей-пластикӣ дар 20,8%, порчаи дармонтензияи экспандерӣ ва ғайризоди наздишонагии пӯсту фастсиалӣ дар 37,5% ва 16,7% ҳолат анҷом дода шудааст. Тақрибан дар ҳамаи ҳолатҳо натиҷаҳои хуби функционалӣ ва эстетикӣ ба даст оварда шуд [39,40].

Ба модификатсияҳои сершумори усулҳои табобати ҷарроҳии зикршудаи оқибатҳои сӯхтагии гардан ва сатҳи пеши қафаси сина нигоҳ накарда, алгоритми ягонаи интиҳоби усули бартараф кардани нуқсон

бофтаҳои нарми ин ноҳияҳо мавҷуд нест. Усулҳои мавҷудбудаи ҷарроҳии барқарорсозӣ на ҳамеша имконият медиҳанд, ки проблемаи реабилитатсияи ҷунин беморон ба таври муносиб ҳаллу фасл карда шавад.

Ҳамин тавр, таҳлили гузаронидашудаи адабиёти илмӣ нишон медиҳад, ки проблемаи табобати ҷарроҳии деформатсияҳои хадшаноки баъди сӯхтагии гардан ва сатҳи пеши қафаси сина дар марҳалаи муносири рушди ҷарроҳии пластикӣ (эстетикӣ) ва реконструктивӣ – барқарорсозӣ мубрами худро нигоҳ медорад. Вучуд надоштани муносибати мушаххас ва ягона дар интиҳоб намудани табобати ҷарроҳии деформатсияҳои хадшаноки баъди сӯхтагии ин ноҳия барои ҷустуҷӯҳои фаъоли таҳқиқотӣ ва эҷодиро уфукҳои навро мекушояд, бо мақсади коркарди усулҳои самараноки ислоҳи ҷарроҳии онҳо.

То ҳанӯз, дар дасти ҷарроҳони пластикӣ усулҳои гуногуни амалиёти ҷарроҳӣ зарурӣ ба шумор мераванд: аутодермопластика, пластикаи бофтаҳои маҳаллӣ, пластика бо порчаи пойчаи ғизодиханда ва ауто трансплантатсияи озоди микроҷарроҳии бофтаҳо, ҳамчунин дермотензияи экспандерӣ, ки бо шарофати онҳо натиҷаҳои дилхоҳи функционалӣ ва эстетикӣ ба даст оварда мешавад.

Адабиёт

1. Wolfram D, Tzankov A, Pylzl P, Piza-Katzer H. Hypertrophic scars and keloids - a review of their pathophysiology, risk factors, and therapeutic management. *Dermatol Surg*. 2009; 35(2):171-81. DOI: 10.1111/j.1524-4725.2008.34406.x.
2. Соколов ВА, Адмакин АЛ, Петрачков СА, Степаненко АА, Камаев ВВ. Ожоги после террористических актов и чрезвычайных ситуаций мирного времени. *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*. 2014; 2:24-32.
3. Cuttle L, Kempf M, Liu P-Y, Kravchuk O, Kimble RM. The optimal duration and delay of first aid treatments for deep partial thickness burn injuries. *Burns*. 2010; 36(5):673-9. DOI: [10.1016/j.burns.2009.08.002](https://doi.org/10.1016/j.burns.2009.08.002)
4. Шаробаро ВИ, Мороз ВЮ, Юденич АА, Ваганова НА, Гречишников МИ, Ваганов НВ. Пластические операции на лице и шее после ожогов. *Клиническая практика*. 2013; 4:17-21.
5. Sarkar A, Raghavendra S, Jeelani Naiyer MG, Bhattacharya D, Dutta G, Bain J, Asha J. Free thin anterolateral thigh flap for post-burn neck contractures - a functional and aesthetic solution. *Ann Burns Fire Disasters*. 2014; 27(4): 209-14.
6. Дмитриев ГИ, Арефьев ИЮ, Короткова НЛ, Меньшенина ЕГ, Поято ТВ, Богосьян РА, Полякова АГ. Совершенствование комплексной реабилитации больных с последствиями ожогов. *Медицинский Альманах*. 2010; 2(11): 225-8.



7. Афоничев КА, Филиппова ОВ, Баиндурашвили АГ, Буклаев ДС. Реабилитация детей с рубцовыми последствиями ожогов: особенности, ошибки, пути решения. *Травматология и ортопедия России*. 2010; 1(55): 80-4.
8. Филиппова ОВ, Афоничев КА, Баиндурашвили АГ, Голяна СИ, Степанова ЮВ, Цыплакова МС. Особенности развития вторичных деформаций у детей с рубцовыми последствиями ожогов, принципы хирургического лечения. *Травматология и ортопедия России*. 2012; 1(63): 77-84.
9. Stow NW, Gordon DH, Eisenberg R. Technique of temporoparietal fascia flap in ear and lateral skull base surgery. *Otol Neurotol*. 2010; 31(6):964-7. DOI: 10.1097/MAO.0b013e3181e3d33c.
10. Сарыгин ПВ, Короткова НЛ. Разработка унифицированного подхода к хирургическому лечению рубцовых поражений нижней трети лица после ожога. *Анналы хирургии*. 2012; 6:10-4.
11. Дмитриев ГИ. Метод местной кожной пластики. *Вестник Российской Академии медицинских наук*. 2013; 68(4):52-6.
12. Akita S, Hayashida K, Takaki S, Kawakami Y, Oyama T, Ohjimi H. The neck burn scar contracture: a concept of effective treatment. *Burns Trauma*. 2017; 5:22. DOI: 10.1186/s41038-017-0086-8.
13. Соколов ВА, Петрачков СА, Степаненко АА, Адмакин АЛ, Кабанов ПА, Якимов ДК. Ожоги у беременных. Медицинские, этические и правовые аспекты проблемы. *Вестник Российской военно-медицинской академии*. 2017; 2(58): 27-30.
14. Мадазимов ММ, Назиров СУ, Темиров ПЧ, Орипов ДУ, Тешабоев МГ, Мадазимов КМ. Принципы хирургического лечения рубцовых поражений туловища. *European Journal of biomedical and life sciences*. 2017; 1:20-6. DOI: [10.20534/ELBLS-17-1-20-26](https://doi.org/10.20534/ELBLS-17-1-20-26)
15. Короткова НЛ, Иванов СЮ. Хирургическая тактика лечения больных с последствиями ожогов лица. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 2012; 4:10-7.
16. Ulrich D, Fuchs P, Pallua N. Pre-expanded vertical trapezius musculocutaneous flap for reconstruction of a severe neck contracture after burn injury. *J Burn Care Res*. 2008; 29(2):386-9. doi: 10.1097/BCR.0b013e31816677d9.
17. Goel A, Shrivastava P. Post-burn scars and scar contractures. *Indian Journal of Plastic Surgery*. 2010; 43(Suppl):S63-S71. doi:10.4103/0970-0358.70724.
18. Шаробаро ВИ, Мороз ВЮ, Юденич АА, Ваганова НА, Мантурова НЕ, Исамутдинова ГМ, Зленко ВА, Ткачев АМ. Ранние пластические операции при лечении последствий ожогов. *Хирург*. 2011; 8:23-6.
19. Xie F, Li H, Li Q, Gu B, Zhou S, Liu K, Zan T, Xie Y. Application of the expanded lateral thoracic pedicle flap in face and neck reconstruction. *Burns*. 2013; 20:S0305-4179 DOI: 10.1016/j.burns.2013.01.003.
20. Мадазимов ММ, Орипов ДУ, Темиров ПЧ, Тешабоев МГ, Мадазимов К.М. Хирургическое лечение рубцовых деформаций лица. *American Scientific Journal*. 2017; 2(10): 17-9.
21. Stakelenburg CM, Marck RE, Verhaegen PDHM, Marck KW, van Zuijlen PPM. Perforator-based flaps for the treatment of burn scar contractures: a review. *Burns Trauma*. 2017; 27;5:5. DOI: 10.1186/s41038-017-0071-2.
22. Grishkevich VM, Grishkevich M, Menzul V. Postburn neck anterior contracture treatment in children with scar-fascial local trapezoid flaps: a new approach. *J. Burn Care Res*. 2015; 36(3):e112-9. DOI: 10.1097/BCR.0000000000000118.
23. Шалтакова ГЧ, Матеев МА. Реконструкция при послеожоговых рубцовых дефектах головы и шеи. *Хирургия*. 2009; 6:58-60.
24. Albarah A, Kishk T, Megahed M. Pre-expanded extended island parascapular flap for reconstruction of post-burn neck contracture. *Ann Burns Fire Disasters*. 2010; 23: 28-32.
25. Grishkevich VM. Trapeze-flap plasty: effective method for postburn neck contracture elimination. *Burns*. 2010; 36(3):383-8. doi: 10.1016/j.burns.2009.05.008.

26. Mann RJ, Martin MD, Eichhorn MG, Neaman KC, Sierzant CG, Polley JW, Girotto JA. The Double Opposing Z-Plasty Plus or Minus Buccal Flap Approach for Repair of Cleft Palate: A Review of 505 Consecutive Cases. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 2017; 139(3): 735-44.
27. Mody NB, Bankar SS, Patil A. Post Burn Contracture Neck: Clinical Profile and Management. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014; 8(10):NC12-NC17. doi:10.7860/JCDR/2014/10187.5004.
28. Короткова НЛ, Дмитриев ГИ. Оперативное лечение больных с последствиями ожогов лица. *Вопросы травматологии и ортопедии*. 2011; 1:22-5.
29. Богосьян РА. Экспандерная дермотензия – новый метод хирургического замещения дефектов кожных покровов. *СТМ*. 2011; 2:31-4.
30. Motamed S, Niazi S, Atarian S, Motamed A. Post-burn head and neck reconstruction using tissue expanders. *Burns*. 2008; 34(6): 878-84. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2007.11.018>
31. Мадазимов ММ, Тешабоев МГ, Арыстанова ДР, Асханов ЗП, Кетмонов АГ. Устранение рубцовых деформаций и контрактур шеи с помощью предварительно растянутых тканей. *Вопросы Травматологии и Ортопедии*. 2013; 1(6):32-5.
32. Bozkurt A, Groger A, O'Dey D, Vogeler F, Piatkowski A, Fuchs PCh, Pallua N. Retrospective analysis of tissue expansion in reconstructive burn surgery: evaluation of complication rates. *Burns*. 2008; 34(8):1113-8. DOI: 10.1016/j.burns.2008.05.008.
33. Шаробаро ВИ, Мороз ВЮ, Юденич АА, Ваганова НА, Гречишников МИ, Ваганов НВ, Романец ОП. Алгоритм хирургического лечения больных с последствиями ожоговой травмы. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2015; 3:65-70.
34. Gьven E, Upurlu AM, Носаoplu E, Kuvat SV, Elbey H. Treatment of post-burn upper extremity, neck and facial contractures: report of 77 cases. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2010; 16(5):401-6. DOI: 10.1097/PRS.00000000000003127
35. Parrett BM, Pomahac B, Orgill DP, Pribaz JJ. The Role of Free-Tissue Transfer for Head and Neck Burn Reconstruction. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 2007; 120(7): 1871-8. DOI: 10.1097/01.prs.0000287272.28417.14
36. Park CW, Miles BA. The expanding role of the anterolateral thigh free flap in head and neck reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011; 19(4):263-8. DOI: 10.1097/MOO.0b013e328347f845.
37. Wong CH, Wei FC. Microsurgical free flap in head and neck reconstruction. *Head Neck*. 2010; 32(9):1236-45. DOI: 10.1002/hed.21284.
38. Ramos RR, Ferreira LM. Sub fascial flap based on the supraclavicular artery in reconstruction of neck burn contractures. *Burns*. 2017; 43(5):e1-e4, DOI: 10.1016/j.burns.2017.03.031
39. Курбанов УА, Давлатов АА, Джанобилова СМ, Джононов ДжД, Холов ШИ. Хирургическое лечение послеожоговой контрактуры шеи. *Вестник Авиценны*. 2015; 1:7-18.
40. Курбанов УА, Давлатов АА, Джанобилова СМ, Джононов ДжД. Новый способ хирургического лечения послеожоговых рубцовых деформаций и контрактур шеи. *Вестник Авиценны*. 2011; 3:7-14.

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ШЕИ И ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Саидов И.С.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино;
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии;

Актуальность проблемы хирургической коррекции послеожоговых рубцовых деформаций шеи и передней поверхности грудной клетки определяется не только высокой частотой их встречаемости, но и определёнными трудностями при выборе оп-



тимального способа их устранения. В обзоре литературы представлена оценка преимуществ и недостатков основных методов хирургического лечения по устранению последствий ожогов шеи и передней поверхности грудной клетки.

Анализ литературы показывает, что отсутствие чёткого и единого подхода в выборе метода хирургического лечения послеожоговых рубцовых деформаций шеи и грудной клетки оставляет новые горизонты для активного исследовательского и творческого поиска с целью разработки эффективных способов хирургического лечения

послеожоговых деформаций шеи и передней поверхности грудной клетки.

На сегодняшний день в арсенале пластических хирургов имеются различные способы оперативного вмешательства: пластика местными тканями, эспандерная дермотензия, а также пластика лоскутами на питающей ножке или свободная микрохирургическая аутоотрансплантация тканей.

Ключевые слова: ожоги шеи, ожоги передней поверхности грудной клетки, послеожоговые рубцовые деформации и контрактуры, эспандерная дермотензия, местно-пластические операции, аутоотрансплантация тканей.

ON THE ISSUE OF SURGICAL TREATMENT OF POST-BURN SCAR DEFORMITIES OF THE NECK AND ANTERIOR SURFACE OF THE CHEST

Saidov I. S.

Abuali Ibni Sino Tajik State Medical University; Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery;

The urgency of the problem of surgical correction of post-burn scar deformities of the neck and anterior surface of the chest is determined not only by the high frequency of their occurrence, but also by certain difficulties in choosing the optimal method for their elimination. The literature review provides an assessment of the advantages and disadvantages of the main methods of surgical treatment to eliminate the consequences of burns of the neck and anterior surface of the chest.

An analysis of the literature shows that the lack of a clear and unified approach to the choice of surgical treatment of post-burn scar deformities of the neck and chest leaves new

horizons for active research and creative search in order to develop effective methods for surgical treatment of post-burn deformities of the neck and anterior surface of the chest.

Today in the arsenal of plastic surgeons there are various methods of surgical intervention: plastic surgery with local tissues, expander dermotension, as well as plastic surgery with flaps on the feeding leg or free microsurgical autotransplantation of tissues.

Key words: burns of the neck, burns of the anterior surface of the chest, post-burn scar deformities and contractures, expander dermotension, local plastic surgery, autotransplantation of tissues.

Саидов И.С. – н.и.т., МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино», кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2, 734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, тел.: +992 918 273398; e-mail: mediskandar29m@mail.ru

Саидов И.С. – к.м.н., ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», кафедра хирургических болезней №2, 734025, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139, тел.: +992 918 273398; e-mail: mediskandar29m@mail.ru

Saidov I. S. - Candidate of Medical Sciences, State Educational Institution "Tajik State Medical University named after. Abuali ibni Sino", Department of Surgical Diseases No. 2, Republic of Tajikistan, Dushanbe, tel.: +992 918 273398; e-mail: mediskandar29m@mail.ru

МИКРОЭКОЛОГИЯИ РӮДАҶО ДАР КӮДАКОН

Талабзода М.С., Ахмедова С.С., Назарова Ф.Ҳ.

Кафедраи эпидемиология ва бемориҳои сироятии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон,
факултети тиббӣ

Микробиосенози рӯда маркази системаи микроэкологии инсон мебошад. Рӯдаи инсон микроэкосистемаест, ки бо мувозинати мураккаби динамикии байни гомеостази макроорганизм ва ассотсиатсияҳои микробҳои истиқомати он тавсиф мешавад. Таҳмин карда мешавад, ки дар рӯдаҳои одами калонсол шумораи микроорганизмҳо 10^{13} , дар холигии даҳон - 10^{10} , дар пӯст - 10^{12} ташкил мекунад [5,10].

Микроорганизмҳое, ки микрофлораи организми одамро ташкил мекунад, дар муносибатҳои гуногун (нейтрализм, рақобат, мутаализм, синергия, комменсализм, паразитизм ва ғайра) мебошанд. Норасоӣ ё зиёдати ин ё он субстрат ё метаболит, инчунин тағирот дар муҳити атроф ҳамчун хабар барои тағирёбии мутобиқшавӣ ё бебозгашт дар звенои мувофиқи системаи микроэкологӣ хизмат мекунад. Ин система аз ҷумла унсурҳои худтанзимкуниро камаш дар доираи муайян ба тағйироти шароити муҳит ва тағйирёбии зич ва таркиби популятсияи микробҳо тоб оварда метавонад [5,7,11].

Қариб 100% микроорганизмҳои озод ҳаракаткунанда ва ҳам дар организмҳои одам ва ҳайвонот дар шакли микроколониҳо, ки ба сатҳи гуногун ҷойгир шудаанд, зиндагӣ мекунад. Пас аз собит, онҳо экзополисахаридҳоро истеҳсол мекунад, ки хучайраи микробҳоро ихота мекунад, ки дар дохили онҳо тақсимои хучайраҳо ва таъсири мутақобилаи байни хучайраҳо ба амал меоянд [11,15].

Полисахарид гликокаликс аз сабаби мубодилаи ионҳо аттрактанти пайвастагҳои гуногуни органикӣ ва ғайриорганикӣ буда, инчунин микроорганизмҳоро аз таъсири протозойҳо, бактериофагҳо ва ғайра муҳофизат мекунад. Ҳамин тариқ, аз мавқеъҳои муосир микрофлораи мукаррариро бояд ҳамчун ҷузъи ҷудонашавандаи организми инсон, як намуди узвҳои экстракорпоралӣ,

ки дар синтез ва таназзули моддаҳои худ ва бегона иштирок мекунад, сохторе, ки бори аввал дар азхудкунӣ иштирок мекунад ва тавассути он интиқоли ҳам агентҳои фоиданок ва ҳам эҳтимолан зараровар, аз ҷумла пайдоиши микробҳо ба амал меояд.

Хусусиятҳои намояндагони микрофлораи мукаррарии рӯда

Се гурӯҳи асосии микрофлораи рӯда вучуд дорад: ҳатмӣ - доимӣ (резидентӣ, автохтонӣ, бумӣ), изофавӣ (вобаста) ва муваққатӣ (тасодуфӣ, аллохтонӣ);

Намояндагони асосии гурӯҳи микрофлора

Облигатӣ: бифидо-, лактобактерияҳо, бактериоидҳо, *E. coli*, *veillonella*, пептококкҳо, фузобактерияҳо

Изофавӣ: стафилококкҳо, занбӯруғҳо

Муваққатӣ: микроорганизмҳои шартан патогенӣ (*Klebsiella*, *Proteus*, *Streptococcus*, *Clostridia* ва ғ.)

Микрофлораи облигатӣ бартарӣ дорад (95-98%) ва аз анаэробҳо иборат аст: бактериоидҳо (10^{5-12} мк дар 1 г начосат), лактобатсилаҳо (10^{5-7} мк/г) ва бифидобактерияҳо (10^{8-10} мк/г). Дар байни микрофлораи аэробӣ ҷубчамикроби рӯда (10^{6-9} мк/г) ва энтерококк (10^{3-9} мк/г) бартарӣ доранд. Бактерияҳои маҳаллӣ минтақаи туршшавӣ ба вучуд меоранд (бифидобактерияҳо - то pH 5,0; лактобактерияҳо - то pH 4,0), бо дигар бактерияҳо барои ҷойгиршавӣ дар энтероситҳо рақобат карда, дар сатҳи луобпардаи рӯда микропардаи муҳофизатӣ ташкил мекунад [5,6].

Микрофлораи изофавӣ ва муваққатӣ ҳамагӣ 1-4%-и биомассаи умумии микробҳои рӯдаро ташкил медиҳад. Микроорганизмҳои гуногуни оппортунистӣ метавонанд дар ҳаҷми то 10^5 микрон/г мавҷуд бошанд.

Намояндагони асосии микрофлораи рӯда 3 оиларо дар бар мегиранд:

• *Bacteroidaceae*, ки аз се насл иборат аст: лептотрихия, фузобактерия, бактериоидҳо;



- Actinomycetaceae, ки ба он наслҳои Actinomyces, Bifidobacterium, Bacterionema, Rothia дохил мешаванд;

- Lactobacillaceae, аз ҷумла чинси Lactobacillus.

Бактероидҳо ҷубҳои анаэробии грамм-мусбат мебошанд, ки спора ташкил намеkunанд. Ба ин навъи *B. fragilis* дохил мешавад.

Бифидобактерияҳо микроорганизмҳои анаэробии грам-мусбат, бе спора, ғайримуқаррарӣ мебошанд, ки дар нӯғҳо ғафсшавии клубшакл ва дар як ё ҳарду кутб бифуркатсия мешаванд.

Аз рӯи таснифоти Берга бифидобактерияҳо ба 11 намуд тақсим мешаванд: *B. bifidum*, *B. adolescentis*, *B. infantis*, *B. breve*, *B. longum*, *B. pseudolongum*, *B. thermophilum*, *B. suis*, *B. asteroides*, *B. inducum*, *B. coryneforme*. Дар рӯдаҳо бифидобактерияҳо нобаробар тақсим мешаванд: ба микдори кам - дар рӯдаи дувоздаҳангушта, бештар дар куррӯда ва рӯдаи кундалангчарха.

Лактобактерияҳо грам-мусбат, спора надоранд, ҷубҳои ҳаракатнашаванда, анаэробҳо мебошанд. Насли онҳо 25 намудро дар бар мегирад. Навъи он *L. delbrückii* мебошад.

Лактофлора пас аз чанд рӯзи таваллуд пайдо мешавад ва дар 75-100% кӯдакон дар 1г наҷосат 1 миллиард ҳуҷайраи микробҳоро ташкил медиҳад. Lactobacilli дар ҳама қисмҳои рӯдаи ҳозима мавҷуд аст.

Дар айни замон, ягон меъёри қатъӣ ва возеҳ вучуд надорад, ки ҳангоми баҳодихии натиҷаҳои мушаххаси тадқиқот микрофлораи “муқаррарӣ” ва “ғайринормалӣ” -ро тавсиф кардан мумкин аст.

Кашфи аломатҳои гуногуни таъсири мутақобилаи макроорганизм бо микробҳои истиқомати он ба мо имкон медиҳад, ки мустақимкории организмро бо микрофлораи автохтонии он як навъ сироят ҳисоб кунем, ки хусусияти симбиоз дорад, ки албатта барои ҳарду ҷониб фойданок аст, гарчанде ки онро ҳамеша «бо меъёрҳои неқ ва бад ба осонӣ арзёбӣ кардан мумкин нест» [5,6,12].

Аз нуқтаи назари умумии биологӣ, байни микроорганизмҳои патогении «шартӣ»

ва «ғайришартӣ» фарқияти кулӣ вучуд надорад, зеро ҳамаи онҳо танҳо «потенсиалӣ» патогенӣ мебошанд. Татбиқи қобилияти эҳтимолии боиси беморӣ аз ҳолати макроорганизм вобаста аст. Фарқият танҳо дар дараҷаи ҳосиятҳои инвазивӣ аст.

Микроорганизмҳои патогенӣ беҳтар «мусаллаҳ» мешаванд (онҳо капсулаҳо, антигенҳои пардавӣ доранд), дар ҳоле ки микроорганизмҳои шартан патогенӣ танҳо ҳангоми заиф шудани ҳосиятҳои муҳофизатии макроорганизм, аз ҷумла номутавазунии микробҳо (нурғирӣ, таъин кардани антибиотикҳо, иммунодепрессантҳо) метавонанд раванди патологиро ба вучуд оранд.

Дар ин маврид мо бояд ба мафҳуми Т.Розбери (1962) оид ба флораи «индигенӣ» ё автохтонии одамон ва ҳайвонот таваққуф кунем. Монографияи ӯ «Микроорганизмҳои таҳҷоии инсон» як кори беназири илмӣ мебошад, ки дар он хусусиятҳои микроорганизмҳое, ки одатан дар китобҳои дарсӣ ва дастурҳои фанҳои клиникӣ баррасӣ намешаванд, баррасӣ мешавад [15].

Азбаски қор қарда баромадан ва истифодаи усулҳои нави ҷудо кардани микроорганизмҳои гуногун нишон дод, ки на танҳо бактерияҳо (флора), балки протозойҳо (фауна) ҳам автохтонӣ мебошанд, Т.Розбери барои муайян кардани популятсияи микробҳои автохтонии организмҳои олии номи «Микробиота»-ро пешниҳод мекунад.

Ба маънои қатъӣ, танҳо намудҳои резидентиро метавон автохтонӣ номид, ки гӯё дар байни намудҳои патогенӣ ва транзитӣ мавқеи фосилавиро ишғол мекунад. Бо вучуди ин, номҳои пештара - «комменсализм» ва «комменсалҳо», ба қавли Т.Розбери, нодурустанд ва бояд бо истилоҳоти “амфибиоз” ва “амфибионт” иваз қарда шаванд. Охирин метавонад дар байни симбионҳо (пробиоз) ва патогенҳо ё антибиотикҳо ҷойгир қарда шавад. Амфибиозро дар дигар андоза бо сапрофитизм, яъне қобилияти зиндагӣ берун аз организми зинда муттаҳид қардан мумкин аст. Аммо амфибияи маъмулӣ, ба гуфтаи Т.Розбери, «облигатӣ-паразитӣ (ғайрисапрофитӣ) ва ғайриоблигатӣ-патогенӣ» мебошад [15]. Муаллиф меъёрҳои

пешниҳод мекунад, ки имкон медиҳад ин ё он микроорганизм ба амфибионтҳо тасниф карда шавад:

1) зуд-зуд дар як ё якчанд ҷойҳои маъмулӣ (басомад ба таври қатъӣ маҳдуд нест);

2) баробари зуд-зуд ошкор кардани беморӣ ҳангоми мавҷудият ва набудани беморӣ.

Аслан мафҳуми амфибионтҳо, ки Т.Розбери додааст, ба бактерияҳои оппортунистӣ мувофиқат мекунад. Инҳо микроорганизмҳои мебошанд, ки дар макроорганизм зиндагӣ ва афзоиш меёбанд, ки ба он зарари ошкоро нарасонанд, аммо дар сурати вайрон шудани мувозинати микроб-мизбон ё мувозинати экологӣ дар ассотсиатсияҳои микробҳо қодиранд бемориҳоро ба вучуд оранд [12,17].

Мувофиқи маълумотҳои муосир 96-98 фоизи тамоми микрофлораи рӯдаи ғафс анаэробҳо, пеш аз ҳама бифидобактерияҳо мебошанд. Флораи аэробӣ 1-4%, намуди бартаридоштаи *E. coli* муқаррарӣ ва стафилококкҳо ва дигар микроорганизмҳои оппортунистӣ танҳо 0,010-0,001% шумораи умумии микроорганизмҳоро ташкил медиҳанд. Дар 1 г наҷосат ба таври мутлақ 1 миллиард бифидобактерияҳо, 1 миллион эшерихиҳо ва аз 10 то 1000 ҳуҷайраҳои микробҳои микроорганизмҳои оппортунистӣ мавҷуданд [6, 8,12,13].

Мавҷудияти бактериоидҳо барои микробиотсенозҳои муқаррарӣ дар кӯдакони шашмоҳи аввали ҳаёт хос нест. Баръакс, дар кӯдакони аз яксола калонтар нишондодҳои микдории таркиби флораи микробҳо ба меъёрҳои калонсолон наздик мешаванд.

Таркиби микрофлораи рӯда дар шахси солим хеле устувор аст, ки бо кори як қатор механизмҳо алоқаманд аст. Омилҳои асосии ҳуҷаине, ки афзоиши аз ҳад зиёди бактерияҳоро дар рӯдаҳои бориқ маҳдуд мекунанд, аз кислотаи гидрохлории меъда (муҳити кислотавӣ) ва ҳаракати муқаррарии рӯда иборатанд. Ҳатто таъхири кӯтоҳмуддати транзити рӯдаҳои бориқ боиси афзоиши босуръати флораи микробҳои оппортунистӣ мегардад. Нақши муҳим ба луоби эпителиалӣ тааллуқ дорад, ки дар он бакте-

рияҳо ҳамеша мешаванд. Ҳангоми фаъолияти мӯътадили моторӣ, луоб дар баробари бактерияҳо аз рӯдаи бориқ ба рӯдаи ғафс зуд мегузарад. Барои нигоҳ доштани таркиби мӯътадили флораи рӯда, таркиби гизо, функцияи секретории ғадудҳои ҳозима, ҳаҷми эпителии дескватацияшудаи рӯда, секретсияи иммуноглобулинҳо (махсусан таркиби IgA-и секреторӣ дар таркиби рӯда) ва якпорчагии луобпардаи рӯда низ муҳим аст [5,8,9,10,18].

Хусусиятҳои бактерияҳо, ки таркиби устувори ҳудро дар рӯдаи одам нигоҳ медоранд, инҳоянд:

- рақобат барои истифодаи маводи гизӣ;
- тағйирёбии сатҳи рН дар дохили рӯда;
- истеҳсоли метаболитҳои захирашуда ва ферментҳо;
- истифодаи оксиген аз ҷониби аэробҳо, ки ба афзоиши штаммҳои анаэробӣ мусоидат мекунад.

Сарфи назар аз доимии таркиби микрофлораи рӯдаҳо, далелҳои тағйирёбии он вобаста ба омилҳои ҷуғрофӣ, мавсимӣ, синну сол ва дигар омилҳо, аз ҷумла ҳолати системаи ҳозима, гизо ва ғайра мавҷуданд. Ҳамин тавр, ҳангоми омӯзиши динамикаи микрофлораи рӯда сокинони як маҳалла, ки шароити иқтисодӣ ва маишиашон якхела буданд, муайян карда шуд, ки дар фасли баҳор 47,5% лактобатсиллаҳои анаэробӣ, дар тирамоҳ 62,3%, намояндагони ҷинси *Escherichia* мутаносибан 0,4 ва 2,7%ро ташкил медиҳанд [12,18].

Эҳтимол, сабабҳои тағйирёбии мавсимии таркиби микрофлора омилҳо ба монанди ҳарорати муҳити атроф ва хусусияти гизо мебошанд. Тағйирёбии мавсимии ҳарорати муҳити зист метавонад ба ҳолати мувозинати байни макроорганизм ва флораи он таъсир расонад ва боиси тағйирёбии таркиби охирин гардад. Тафовути сер шудани организм аз витаминҳо дар давраҳои гуногуни сол метавонад боз ҳам муҳимтар бошад. Тадқиқоти М.Хилл микрофлораи наҷосати одамон дар Англия (68 нафар), Шотландия (23), ИМА (сафедҳо - 22, сиёҳпӯстон - 12), Уганда (48), Ҷопон (17) ва Ҳиндустон



(51) муқоиса карда шудааст. Муайян карда шуд, ки шумораи бактериоидҳо дар сокинони Уганда, Чопон ва Ҳиндустон камтар (lg - 8,2; 9,4 ва 9,1) нисбат ба намояндагони кишварҳои Аврупо ва Амрико (lg - 9,7-9,8) аст [12,14,15,16].

Ҳамаи ин мавҷудияти фикру мулоҳизаҳо - таъсири микрофлора ба макроорганизмро нишон медиҳад. Аммо, зухуроти тавсифшударо танҳо дар асоси мавқеъи антибиотикҳо (нест кардани бактерияҳои ҳассос, интиҳоби флораи оппортунистии ноҳассос) баррасӣ кардан мумкин нест, зеро имконияти такрористеҳсоли охириин бо заифшавии ҳамзамон механизмҳои муҳофизатии мизбон ба антибиотикҳо алоқаманд аст.

Ташаккули микробиотсенози муътадил хусусиятҳои синну сол дорад. Дар тифли навзод, меъдаю рӯда барои 10-20 соат безарар аст (марҳилаи асептикӣ). Сироятчаспий ибтидоии кӯдак бо микробҳо аз ҳисоби флораи маҳбали модар, ки аз лактобатсиллаҳо асос ёфтааст, сурат мегирад [5,8].

Дар 2-4 рӯзи аввали ҳаёт (марҳилаи дисбактериозҳои «гузаранда») рӯдаҳои кӯдак вобаста ба омилҳои зерин бо микробҳо пур мешаванд:

- вазъи саломатии модар, аз ҷумла микробиотсенозҳои канали таваллуди ӯ (ба патологияи ҳомилагӣ ва бемориҳои соматикӣ ҳамроҳ таъсири манфӣ мерасонад);
- хусусияти ғизои кӯдак, дар ҳоле ки афзалияти бешубҳа ба ширмакони тааллуқ дорад;
- хусусиятҳои ифлосшавии микробҳои муҳити зист;
- фаъолияти механизмҳои мудофиявии аз ҷиҳати генетикӣ муайяншуда (фаъолияти макрофагҳо, секретсияи лизотсим, пероксидаза, нуклеазаҳо ва ғайра);
- мавҷудият ва дараҷаи фаъолияти масунияти пасивӣ, ки аз ҷониби модар тавассути хун тавассути транспласентӣ ва бо шир ҳангоми синамакони аввал мегузарад;
- хусусиятҳои системаи асосии гистомүтобиқати антигенӣ, ки сохтори молекулаҳои ретсепторро, ки колонияҳои микробҳо бо онҳо ба таври илтиёмӣ амал мекунад, бо ташаккули минбаъдаи ассотсиатсияҳои зид-

димикробҳои алоҳида, ки муқовимати колонизатсияи макроорганизмро муайян мекунад, муайян мекунад.

Агар дар давоми муҳлати муайяншуда бифидофлора, ки нашъунамо ва такрористеҳсолкунии он ба ном миёнарав аст омилҳои бифидогении шири модар - лактоза (в-галактосилфруктоза), бифидус омили I (N-ацетил-б-глюкозамин) ва бифидус II вучуд надоранд, олудашавии рӯдаҳо бо коккҳо ва дигар микроорганизмҳои муҳити зист ба амал меояд. Флораи доимии рӯдаҳои кӯдак дар ин рӯзҳо ҳанӯз ташаккул наёфтааст. Ба дароз шудани марҳилаи дисбактериозҳои «гузаранда» дер синамакони, таъини до-руҳои гуногун (антибиотикҳо, гормонҳо ва ғ.) ба навзод дар рӯзҳои аввали ҳаёт мусоидат мекунад [7,8,11].

Беморӣҳое, ки дар ин давра дар модар ба вучуд омадаанд, ба колонизатсияи рӯдаҳои кӯдак, аз ҷумла штаммҳои дохили беморхонавии бактерияҳо мусоидат мекунад; мумкин аст микдори умумии эшерихияро бо хосиятҳои гемолизкунанда ва ферментативии сабук дошта ва ғайра зиёд гарданд.

Дар давоми 2-3 ҳафтаи ояндаи ҳаёт (марҳилаи трансплантатсия) таркиби микрофлора ба тағирёбии назаррас дучор мешавад. Муътадилшавии нисбии микрофлора дар охири моҳи аввали ҳаёт мушоҳида мешавад. Бифидофлора аз ҳисоби истифодаи омилҳои бифидогении дар шири сина мавҷудбуда бартарӣ дорад. Физодиҳии сунъӣ ва омехта давраи трансплантатсияро дар вақташ кашол медиҳад. Дар чунин кӯдакон, бифидофлора ба таври назаррас депрессия мешавад - ин фарқи асосии онҳо аз кӯдакони ширмак аст.

Асоси (95%) массаи микробҳои навзодро анаэробҳо - бифидобактерияҳо ва бактериоидҳо ташкил медиҳанд, баъдтар энтеробактерияҳо (эшерихиҳо) ва лактобактерияҳо пайдо мешаванд. Дар микрофлораи кӯдакони навзод анаэробҳои ғайриспораӣ (бифидо-, эубактерияҳо, бактериоидҳо, пептококкҳо, спириллаҳо) бартарӣ доранд [6,8,14].

Дар кӯдакони синни мактабӣ, таркиби микрофлораи рӯда бо микрофлораи калонсолон якхела аст. Стафилококкҳои ғайрипа-

тогенӣ (аз ҷумла эпидермалӣ) рӯдаҳои кӯдаконро аз рӯзҳои аввали ҳаёт пур мекунад. Баъзан стафилококкҳои дорои хосиятҳои патогенӣ ба микдори кам мавҷуданд.

Бифидофлораи рӯда дар тӯли ҳаёти инсон паҳн шуда, ғайрипатогенӣ боқӣ мемонад, дар ҳоле ки ҳамаи дигар намояндагони флораи ҳатмӣ дар шароити муайян метавонанд боиси беморӣ шаванд.

Таносуби мутаносиби ҷузъҳои гуногуни микробиотсенозро “эубиоз” ё “таносуби эубиотикӣ” меноманд. Эубиоз вазъияти муътадили микроэкологиро чи дар узв, ё умуман система ва ё дар тамоми макроорганизм инъикос мекунад.

Ҳамин тариқ, микробиотсенози рӯда маркази системаи микроэкологии инсон буда, дар он рӯдаи инсон ҳамчун микроэкосистемаест, ки бо мувозинати мураккаби

динамикии байни гомеостази макроорганизм ва ассотсиатсияҳои микробҳои истиқомати он тавсиф мешавад.

Микроорганизмҳое, ки микрофлораи организми одамро ташкил мекунад, дар муносибатҳои гуногун (нейтрализм, рақобат, мутаализм, синергия, комменсализм, паразитизм ва ғайра) мебошанд. Норасоӣ ё зиёдати ин ё он субстрат ё метаболит, инчунин тағирот дар муҳити атроф ҳамчун хабар барои тағирёбии мутобикшавӣ ё бебозгашт дар звенои мувофиқи системаи микроэкологӣ хизмат мекунад. Дар мақола маълумотҳои муосир оиди тавсифи муфассали сифатӣ ва микдори микрофлораи муътадили рӯдаи инсон, хусусан кӯдакон, омилҳои устувории он, марҳилаҳои ташаккули микробиотсенози рӯда оварда шудааст.

Адабиёт

1. Ардатская М.Д. Пробиотики, пребиотики и метаболиты в коррекции микроэкологических нарушений кишечника. Медицинский совет, 2015, 13.
2. Беляева И. А., Бомбардирова Е. П., Митиш М. Д., Потехина Т. В., Харитонов Н. А./ Онтогенез и дизонтогенез микробиоты кишечника у детей раннего возраста: триггерный механизм нарушений детского здоровья. Вопросы современной педиатрии. 2017; 16 (1): 29–38.
3. Макарова С. Г., Броева М. И. Влияние различных факторов на ранние этапы формирования кишечной микробиоты. Педиатрическая фармакология. 2016; 13 (3): 270–282.
4. Меджито Р. Врожденный иммунитет / Р. Меджито // Казанский медицинский журнал. 2004. - № 3. - С. 161-169.
5. Пахомовская Н.Л., Венедиктова М.М. Здоровая колонизация кишечника у ребенка – крепкий иммунитет. Медицинский совет № 17, 2018.
6. Пинегин В.В., Мальцев В.Н., Коршунов В.Н. Дисбактериозы кишечника. М., 1984. 144 с.
7. Перетц Л.Г. Значение нормальной микрофлоры для организма человека. М., 1955. 436 с.
8. Самсыгина Г. А. Особенности становления биоценоза кишечника у грудных детей и кишечный дисбактериоз / Г. А. Самсыгина // Consilium Medicum. 2003. - № 2. - Р. 30-34.
9. Трапезов Е.В. Микробная экология пищеварительного тракта у больных с острыми кишечными инфекциями. /Е.В.Трапезов, Н.И.Леонтьева, В.М.Бондаренко. // ЖМЭИ. -1992. -№3. -с.25-28.
10. Хавкин А.И. Микрофлора пищеварительного тракта. М.: 2006; 323–324
11. Куваева И.Б., Ладодо К.С. Микроэкологические и иммунные нарушения у детей. М., 1991. 240 с.
12. Чаплин А. В., Ребриков Д.В., Болдырева М.Н. Микробиом человека/ Вестник РГМУ. 2, 2017.
13. Шевченко Ю.Л. Микроорганизмы и человек. /Ю.Л.Шевченко, Г.Г.Онищенко. // ЖМЭИ. -2011. -№2. -с.94-104.
14. Шендеров Б.А. Медицинская микробная экология и функциональное питание. Микрофлора человека и животных и ее функции. Т. 1. - М.: ГРАНТЪ; 1998. - 288 с.



15. Щербаков П.Л. с соавт. Микроэкология кишечника у детей и ее нарушения. Журн. «Фарматека» 2007, № 14, с. 28-34.
16. Rambaud J-C, et al. Gut Microflora. John Libbey Eurotext, Paris 2006:247.
17. Rosebury T. Airborne Contagion and Air Hygiene. An Ecological Study of Droplet Infections. by William Firth Wells. Quarter Rev Biol 1956;31(2):161-62.
18. Nissle A. Über die Grundlagen einer neuen ursachlichen Bekämpfung der pathologischen Darmflora. Dtsch Med Wochenschr 1916;42:1181-84.

МИКРОЭКОЛОГИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

М.С.Талабзода, С.С.Ахмедова, Ф.Х.Назарова

Таджикский национальный университет, медицинский факультет

Кишечный микробиоценоз является центром микроэкологической системы человека, в которой кишечник человека представляет собой микроэкосистему, характеризующуюся сложным динамическим балансом между гомеостазом макроорганизма и его резидентными микробными ассоциациями.

Микроорганизмы, входящие в состав микрофлоры организма человека, находятся в различных отношениях (нейтрализм, конкуренция, мутуализм, синергизм, комменсализм, паразитизм и др.). Дефицит или избыток того или иного субстрата или ме-

таболита, а также изменения в окружающей среде служат информацией для адаптивных или необратимых изменений в соответствующем звене микроэкологической системы. В статье представлены современные сведения по подробной характеристике качества и количества нормальной микрофлоры кишечника человека, особенно детского, факторов ее стабильности, этапов формирования кишечного микробиоценоза.

Ключевые слова: микрофлора кишечника, дети, анаэробы, бифидобактерии, патогенные микроорганизмы.

MICROECOLOGY OF THE INTESTINAL IN CHILDREN

M.S.Talabzoda, S.S.Akhmedova, F.Kh.Nazarova

Tajik National University, Faculty of Medicine

Intestinal microbiocenosis is the center of the human microecological system, in which the human intestine is a microecosystem characterized by a complex dynamic balance between the homeostasis of a macroorganism and its resident microbial associations.

Microorganisms that make up the microflora of the human body are in different relationships (neutralism, competition, mutualism, synergism, commensalism, parasitism, etc.). Deficiency or excess of one or another substrate or metabolite, as well as

changes in the environment serve as information for adaptive or irreversible changes in the corresponding link of the microecological system. The article presents modern information on a detailed description of the quality and quantity of normal human intestinal microflora, especially children's, factors of its stability, stages of formation of intestinal microbiocenosis.

Key words: intestinal microflora, children, anaerobes, bifidobacteria, pathogenic microorganisms.

Талабзода Мухаммадали Сайф – профессор кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней медицинского факультета Таджикского национального университета, д.м.н. E-mail: m.talabov@mail.ru, почтовый индекс: 734025. Тел.: (+992) 918672315.

Ахмедова Санавбар Саидовна – ассистент кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней медицинского факультета Таджикского национального университета, E-mail: sanavbar.67@mail.ru; почтовый индекс: 734025. Тел.: (+992) 939090894.



Назарова Фарангис Хусейновна – ассистент кафедры микробиологии и вирусологии медицинского факультета Таджикского национального университета, E-mail: Farangis68@bk.ru, почтовый индекс: 734025. Тел.: (+992) 555550478.

Талабзода Мухаммадали Сайф – профессор кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней медицинского факультета Таджикского национального университета, д.м.н. E-mail: m.talabov@mail.ru, почтовый индекс: 734025. Тел.: (+992) 918672315.

Ахмедова Санавбар Саидовна – ассистент кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней медицинского факультета Таджикского национального университета. E-mail: sanavbar.67@mail.ru: почтовый индекс: 734025. Тел.: (+992) 939090894.

Назарова Фарангис Хусейновна – ассистент кафедры микробиологии и вирусологии медицинского факультета Таджикского национального университета. E-mail: Farangis68@bk.ru, почтовый индекс: 734025. Тел.: (+992) 555550478.

Talabzoda Muhammadali Saif - Professor of the Department of Epidemiology and Infectious Diseases, Faculty of Medicine, Tajik National University. E-mail: m.talabov@mail.ru, Tell: (+992) 918-67-23-15.

Akhmedova Sanavbar Saidovna - Assistant of the Department of Epidemiology and Infectious Diseases, Faculty of Medicine, Tajik National University. E-mail: sanavbar.67@mail.ru: zip code: 734025. Tel.: (+992) 939090894

Nazarova Farangis Huseynovna- Assistant of the Department of Microbiology and Virology, Faculty of Medicine, Tajik National University. E-mail: Farangis68@bk.ru: postal code: 734025. Tel.: (+992) 555550478.

УСУЛҲОИ МУОСИРИ ТАБОБАТИ СИМПТОМОКОМПЛЕКСИ ПОСТАКНЕ

Шукурова Ф.Ш.

Кафедраи дерматовенерологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Табобати симптомокомплексии постакне (СПА) яке аз проблемаҳои мураккаби дерматокосметология ба шумор меравад, зеро то имрӯз оид ба тактикаи муҳофизати ин гурӯҳи беморон вқдаи ягона мавҷуд нест [1,2]. Ин аз он вобаста аст, ки мавҷуд будани унсурҳои илтиҳобии акне дар марҳалаи табобати СПА интиҳоби усултабобатро мушкил месозад [3,4]. Яъне, барои таъмин кардани табобати муносиби СПА ба даст овардани ремиссияи тӯлонии акне зарур аст.

Мувофиқи маълумоти адабиёти илмӣ барои интиҳоб кардани усули нисбатан оптималии табобати хадша СПА гузаронидани ташҳиси дақиқи ин симптомокомплекс, махсусан ҳангоми мавҷуд будани хадшаҳои патологӣ муҳим аст [5,6]. Агар хадшаи атрофикӣ аз гипертрофикӣ фарқ карда шавад, асосан мушкилие рух намедихад, аммо фарқ кардани хадшаи гипертрофикӣ ва келоидӣ на ҳамеша муяссар мешавад. Вобаста аз ин, дар соли 2006 D. Goodman ва Вагон Тавсифи глобалии сифатии хадша

дар асари акне пайдошударо пешниҳод карданд, ки мувофиқи он СПА вобаста аз саҳи осеб ба 4 дараҷа ҷудо карда мешавад: макулярӣ (дар сурати вучуд на доштан ё вучуд доштани хадшаҳои нормотрофикӣ), суст (дар сурати суст намоён будани хадшаҳои атрофикӣ ва гипертрофикӣ), миёна (дар сурати вучуд доштан хадшаҳои муътадили атрофикӣ ва гипертрофикӣ), возеҳ (дар сурати вучуд доштан хадшаҳои возеҳи атрофикӣ ва гипертрофикӣ) [7,8].

Воситаҳои зиёди тропикӣ мавҷуданд, ки тавассути онҳо оқибатакне табобат карда мешаванд. Самаранокии гели «Эгаллохит» исбот карда шудааст, дар таркибаш полифеноли ҷойи кабудро дорад [8], ки аз ҳисоби доштани қобиляти маҳвсозии маҳсулоти коллаген сади роҳи ташаккул ёфтани хадшаҳои дағал мешавад. Фитопрепарати дигар креми «Келофибраз» мебошад, ки ба таркиби он мочевина, камфора ва гепарини натрий мавҷуд аст, ин дар таъсири антиромботикӣ ва зиддиилтиҳобӣ доштани он



зиҳир мешавад ва барои васеъ шудани рағҳои хунбар мусоидат намуда, трофикаи бофтаҳои хадшаро беҳтар месозад [9]. Марҳами «Траумель С» низ ҳангоми хадшаҳои дағали постакне истифода карда мешавад, зеро худро ҳамчун препаратҳои зиддиинфлюксияи нишон додааст [10,11]. Таъсири он аз муътадилшавии пайдо шудани коллагенҳо ва барқарор шудани кори матрикси ғайрихучайравӣ вобаста аст. Препаратҳои Контрактубекс ва Медерма худро ҳамчун несткунандаи нуқсонҳои на чандон амиқии постакне ҳам ҳангоими монотерапия ва ҳам зиддиинфлюксияи муаррифӣ кардаанд, зеро бар иловаи таъсирҳои устуворсозанда ва зиддиинфлюксияи, препарат антитромботикӣ (гепарин) ва кератолитикӣ (аллантаин) дорад, ҳамчунин таносуби обро дар дар бофтаҳои хадша устувор месозад [12,13]. Ҳамин гуна таъсирбахшӣ дар препаратҳои «Ферменкол» низ дида мешавад, ки дорои протеазҳои коллагенолитикӣ аст, редуксияи матрикси барзиёди хориҷхучайравиро анҷом медиҳад [12]. Аммо, баъзе муаллифон чунин меҳисобанд, ки ин усул дар намуди монотерапия ба қадри кофӣ самаранок нест, онро дар марҳаланитабобат ҳатман бо дигар усулҳои табобат якҷоя кардан зарур аст [12,13].

Ба сифати усули эксперименталии табобати хадшаҳои патологияи постакне истифодаи витамини А ва ҳосилаҳои он (ретиноидҳо) бо роҳи ба болои пӯст молидан ё тазриқҳои дохилипӯстӣ тавсия карда мешавад [14]. Ин усулро қобилияти ба вучуд овардани регрессияи хадшаҳои патологияи бофтаҳо, баланд бардоштани профилиратсияи хучайраҳои эпидермис ва маҳв кардани пролифератсияи фибробластҳо исбот мекунад, ки ба ин васила равандҳои регенератсияро муътадил месозад. Аммо ин усул, ҳангоми табобати хадшаҳои атрофикии пӯст қобили қабул нест, чунки таъсири маҳвкунандаи ҳосилаҳои витамини А ба пролифератсияи фибробластҳои келоидӣ ва қабатҳои коллаген, метавонад, ки амиқии минус-бофтаҳо зиёд кунад [14].

Аз ҷумлаи усулҳои нисбатан агрессивии табобати СПА пилинги химиявӣ, сайқалдиҳии лазерӣ, дермабразия, микронидлинг

мебошанд. Як гурӯҳи муаллифон усулҳои эҳтиёткоронаи СПА-ро ҷонибдорӣ меунанд, ба монанди пилинги химиявӣ, ки дар концентратсияҳои гуногун вобаста аз дараҷаи СПА истифода мешаванд [15,16]. Ҳангоми табобати дараҷаҳои макулярӣ ва сусти СПА кислотаҳоро дар концентратсияҳои суст истифода мекунад, ҳангоми тағйиротҳои возеҳ истифодаи пилинги миёна – сатҳӣ ва мобайнӣ бо кислотаи гликолевӣ 70%, кислотаи 30%-и салитсилӣ, 20-35 ТСА ё кислотаи 40-70%-и пировиноградӣ тавсия карда мешавад [1,6,9,16]. Ҳангоми ислоҳ кардани постакнеҳои макулярии дисхромий таъсири хубро пилинги миёна – сатҳӣ химиявӣ бо истифода аз кислотаи гликолевӣ 70%, кислотаи 40-70%-и пировиноградӣ, кислотаи трихлоруксусӣ 20–35 % ва маҳлули Джесснера [12,17] зоҳир намуданд. Дар соҳаҳои охир самаранокии истифодаи нуқтавии пилинги амиқии кислотаи трихлоруксусӣ (CROSS – техника) исбот карда шудааст, ки беҳтаршавии натиҷаҳои эстетикӣ зиёда аз 50% дар 93,3%-и беморон ба вучуд овард [19].

Истифодаи намудани дермабразияи механикӣ ҳангоми мавҷуд будани микдори зиёди хадшаҳои постакне, ки дар наздикии якдигар қарор доранд, ғайри тавсия карда мешавад, аммо осебрасонӣ ва дарднокии ин усул истифодаашро маҳдуд месозад. Аммо дар соҳаҳои охир микродермабразия ба таври васеъ истифода шуда истодааст, ки таъсири эҳтиёткоронаи худ фарқ мекунад, аммо ҳангоми табобати хадшаҳои возеҳи гипертрофикӣ ва келоидӣ самаранокии кам дорад, самаранокии вай нисбат ба ислоҳи хадшаҳои амиқ камтар зоҳир мешавад [1,7,11]. Ҳамин гуна таъсир ба усули микронидлинг бо истифодаи мезороллерҳо хос аст, ки тибқи маълумоти адабиётҳо, нисбатан самараноктар мисолида, зеро синтези коллагени тип I –ро стимулятсия мекунад [3,9,12]. Баъзе муҳаққиқон самаранокии 10 сеанси микродермабразияро ҳангоми табобати СПА исбот кардаанд. Муаллифони дигар чунин меҳисобанд, ки самаранокии беҳтарин аз истифодаи дермабразияи микрокристаллӣ ба даст оварда мешавад. Аммо дар як гурӯҳи нашрияҳо самаранок набудани

усули мазкур ҳангоми табобати постакне таъкид шудааст, зеро пас аз истифодаи он оризаҳое ба монанди пигментатсия, пайдо шудани телеангиэктазия, милиумҳо, ҳамроҳ шудани сирояти такрорӣ ба қайд гирифта мешавад. Муаллифон чунин ҳисоб мекунанд, ки ин гуна таъсирҳои манфӣ дар ҳолатҳое рух медиҳанд, ки агар ин усул тибқи нишондод истифода нашуда бошад ва ё таъсиррасонӣ ба сатҳи нисбатан амиқтари дерма бошад [20].

Бо мақсади ислоҳ кардани ҳадшаҳои атрофикии пӯст дар солҳои охир стимулятсияи ҳадшаи интрадермалии бофтаҳо (Skinbiogeting) ба таври васеъ истифода мешавад, ки бо сӯзан ва ё риштаи махсуси қаъри ҳадша аз бофтаҳои зери ҷудо кардани он иборат аст, ба андешаи муаллифон вай илтиҳоби асептикиро ба вучуд меорад, ки минбаъд ба фаъл шудани фибробластҳо оварда смарасонад, қаъри ҳадша ғафс ва умқи нуқсон тунук мешавад. Аммо, осебрасонӣ имкон намедиҳад, ки ин усул ҳамеша истифода шавад [21]. Гузаронидани отсепаровкаи қаъри ҳадша ҳангоми нигоҳ доштани чандирии кофӣ дар минтакаи ҳадшаҳои атрофикӣ гузаронида мешавад, пас аз гузаронидани ин протседураворид кардани филлерҳо ба асоси коллаген, барои стимулятсияи ташакклёбии бофтаҳои пайвасткунанда зарур аст [22]. Яъне, протседура бо инвазивнокии зиёд ва агрессивӣ будан фарқ мекунад, ки дар давраҳои муайян ба пайдо шудани ҳадшабандии гипертрофикӣ боис мегардад. Тибқи маълумоти Жидкова, бо мақсади профилактикаи чунин оризаҳо аз ҷароҳатҳои нозарур дар ҳамаи беморон эҳтиёт бояд кард [14]. Ба ҳисоб гирифтани он, ки эпителизатсияи сустшуда, ки зиёда аз 10-14 рӯз давом мекунад, миқдори ташаккулёбии ҳадшаҳои гипертрофикиро хеле зиёд месозад [16,19], эпителизатсияи босуръат профилактикаи ташаккулёбии ҳадшаҳо махсуб мешавад.

Аммо, новобаста аз зухуроти СПА, дар амалия усулҳои мезотерапия бо препаратҳои гуногун мувофиқи намуди зухуроти мвҷудбуда ба таври васеъ истифода мешаванд, аммо ин усулро танҳо дар марҳалаҳои барвакти СПА ва беҳтараш дар якҷоягӣ бо

типҳои гуногуни суфтакунӣ (пилинг, дермабразия, суфтакунии лазерӣ) ба кор бурдан зарур аст [12,18]. Баъзе муаллифон ҳангоми табобати дараҷаи миёна ва возеҳи СПА таъриқи дохилиҳадшагии кортикостероидҳоро тавсия медиҳанд, ки синтези медиаторҳои иотихоб ва пролифератсияи фибробластҳоро нигоҳ медорад. Ҳамчунин воситаҳои топикии кортикостероидҳо ба таври васеъ истифода мешаванд [14].

Лазеротерапияро мумкин аст, ки ҳангоми мавҷуд будани унсурҳои ҷудогонаи илтиҳобӣ ба кор бурд ва таъсири назарраси он бештар ҳангоми суфтакунии аблятивной шлифовки бо CO₂-лазер ба мушоҳида мерасад [23,24].

Дар солҳои охир бо мақсади ислоҳи на танҳо СПА, балки дигар нуқсонҳои эстетикӣ пӯст кислотаи гиалуринонӣ ба таври васеъ истифода мешавад. Бо ин мақсад истифода намудани филлерҳои дермалӣ мадудиятҳои зиёд дорад, зеро вай танҳо барои беморони дорои ҳадшаҳои атрофии U-шакл нишондод доранду тамом ва таъсираш кӯтоҳмуддат аст (3-6 моҳ) [18]. Самаранокии кислотаи гиалуринонӣ дар муқоиса кардани он бо таъсири гели коллагени «коллост» исбот карда шудааст. Дар натиҷаи муқоиса муаллифон исбот намуданд, ки гели «коллост» активизирӯи раванди барқароршавии сохторидермаро фаъл месозад, ҳадшачаро боло мебардорад, тавлиди барқароршавии сохторҳои зарурии пӯстро ангишиш медиҳад, ки ин бо пӯсти муътадил пур шудани нуқсоро ба вучуд меорад, барои ба ҳадшаҳои нормотрофикӣ гузаштани ҳадшаҳои атрофикӣ мусоидат мекунанд [25].

Дар муқоиса азпрепаратҳои коллагендор, истифода намудани кислотаи гиалуринонӣ ҳангоми табобати СПА ҳосил шудани кислотаи гиалуринонии эндогениро ангишиш медиҳад, ки обро ба худ мекашад, ин аснои ҳадшаҳои атрофикӣ нуқсонро пур мекунад. Муаллифон чунин меҳисобанд, ки кислотаи гиалуринонӣ дар фарқият аз препаратҳои коллагенӣ метавонад, ки ҳосилшавии шудани кислотаи гиалуринонии эндогениро ангишиш диҳад, вай барои раванди регенератсияи дерма мусоидат мекунад [26].



Ба андешаи баъзе муаллифон, самаранокии истифодаи намудани кислотаи гиалуронӣ ҳангоми табобати СПА аз он вобаста аст, ки ҳангоми ба ҷӯст ворид кардани он таҳти таъсири маҳсулоти оксидшавии перекиси липидҳо ва гиалуронидази бофтаҳо вайроншавии он ва ҳамчунин шудани олигосахарҳо, экспрессияи ретсепторҳо дар сатҳи ҳуҷайраҳои иммунокомпетентӣ, фибробластҳо ва кератиноситҳо ба баланд мебардоранд, дар натиҷаи ин каскади аксуламалҳои дохилиҳуҷайравӣ ва партоби моддаҳои фаъоли биологӣ оғоз меёбад [27,28]. Дар ин маврид равандҳои тафриқавии ҳуҷайраҳои фаъол мегардад, синтези коллаген ва эластин пурзӯр ва иаҷрои хурди хун беҳтар шуда, ҷузьҳои матрикси байниҳуҷайравӣ таҷдид мешавад [28]. Баъзе муаллифон истифодаи гиалуронидазо барои табобати ҳадшаҳои атрофӣ тавсия медиҳанд, гарчанде таъриқи ва истифодаи берунии ин препарат самаранокии ҳудро танҳо ҳангоми табобати ҳадшаҳои гипертрофӣ нишон додаанд [29,30]. Самаранокии баландро дар табобати ҳадшаҳои атрофӣ креми Имофераза нишон додааст, ки ба таркиби он конъюгати ферменти гиалуронидаз бонокили олимолекулярӣ аз гурӯҳи ҳосилаҳои N-оксиди поли-1,4-этиленпиперазин дохил мешаванд [26,27]. Муаллифон исбот кардаанд, ки ин препарат трофикаи бофтаҳо беҳтар ва варами бофтаҳо кам мекунад, ҳамчунин чандирии ҳадшаҳои ҷӯсти осебдида ро зиёд месозад ва бо ин ҳадшаҳо суфта намуда, сади роҳи пайдошавии онҳо мегардад. Ба андешаи дигар ҳосиятҳои политропии гиалуронидази конъюгатсионӣ дар таъсири зиддивофибрози он инъикос меёбад, ин тавассути таҳқиқотҳои биохимиявӣ ва гистологӣ исбот карда шудаанд [31].

Вобаста аз ин, ки дар патогенези акне нақши ихтилолҳои системаи иммунӣ исбот карда шудааст, дар солҳои охир ба табobati комплекси он препаратҳои дорои таъсири иммуномодулиро дохил намуданд, ки яке аз онҳо интерферон мебошад [32]. Исбот карда шудааст, ки препаратҳои қатори интерферон синтези коллагени типҳои I ва II-ро кам мекунанд, онҳо қатори компонентҳои асо-

сии бофтаҳои келоидӣ ба ҳисоб мераванд. Муайян карда шудааст, ки ҳангоми ба сарҳади дарз пас аз буридани ҳадшаи келоидӣ ворид намудани интерферон-алфа 2b ретсидиви келоид якчанд маротиба бештар пешгири карда мешавад, назар ба тазриқи ҳармоҳаи кортикостероидҳо [33].

Аммо, баъзе муаллифон чунин меҳисобанд, ки бо мақсади таъсир расонидан ба самаранокии возеасти на имуномодулл дар беборони дорои СПА, истифода намудани индукторҳои интерферон бештар самараноктаранд. Дар мисоли истифода намудани препаратии сиклоферон ҳангоми табобати оқибатҳои акне, муаллифон индуктори ситокинҳои зиддиилтиҳобиро муайян карданд, ки вобаста аз ин таъсири муътадилсоии равандҳои оксидшавии озоди радикалиро дораҷ, нафаскашӣ бо бофтаҳо ро беҳтар месозад ва репаратсияи бофтаҳо дар шароити гипоксия ангиэзиш медиҳад [16].

Маълум аст, ки хангоми табобати акне баъзе муҳаққиқон иммуномодулятори Полиоксидонийро ба кор бурдаанд, вай дорои хосиятҳои иммуномодулятсионӣ, антиоксидантӣ ва мембранопротекторӣ мебошад [17,26]. Дар шароити эксперимент исбот карда шудааст, ки хангоми музмин шудани раванди илтиҳобии акне, персистенсияи тӯлонии омили микробӣ дар лонаи осеб ба вайрон шудани системаи иртиботҳои функционалӣ ва ташаккули системаи функционалии патологӣ илтиҳоби музмин оварда мерасонад ва истифодаи кардани полиоксидония қобилияти барқарор намудани ин иртиботҳои функционалӣ, пешгирӣ намудани механизмҳои илтиҳоб ва оптимизатсияи оқибатҳои раванди илтиҳобии бофтаҳоро дорад. Муаллифон исбот кардаанд, ки полиоксидоний фаъолнокии фагоситарии лейкоцитҳо, суръати муҳочиртаи онҳоро дар лонаи илтиҳобӣ, синтези коллагенро бо фибробластҳо, таъсири мутақобилаи ҳучайраҳоро дар лонаи илтиҳобӣ меафзояд, ҳамчунин дар заминаи фаъолшавии синтези ИЛ-10 ҳосилшавии ИЛ-1в –ро кам мекунад [29,31].

Дар солҳои охир бо мақсади табobati
ҷаббанди тағйиротҳои дағали хадшаҳо
препарати Лонгидаза дар якҷоягӣ бо имму-

номодулятори Полиоксидоний ба кор бурда мешавад [13,33]. Аммо, ин препарат асосан ҳангоми табobati хадшаҳои посттравматикӣ дар шакли тазриқҳои дохилимӯшакӣ ва дохилихадшавӣ истифода мешаванд. Исбот карда шудааст, ки ин препарат қобилияти маҳв кардани фазаи маҳсулнокии илтиҳобро дорад, метавонад, ки инкишофи баръакси равандҳои илтиёмӣ, хадшавӣ ва фиброзиро ба миён оварад, ҳамчунин биодастрасии дигар воситаҳои доругиро, ки дар табobati комплексӣ истифода мешаванд, баланд бардорад [19]. Исбот карда шудааст, ки ба минтақаи хадша ворид кардани препарати Лонгидаза таъсир тавассути якҷоя шудани таъсири он дар шакли фермент ба даст оварда мешавад, ки фаъолнокии гиалуронидазаро қувват мебахшад.

Профилактикаи самараноки тавлидшавии барзиёди хадшаҳоро метавон тавассути таъсиррасонии фармакологӣ ба звеноҳои ибтидоии раванди патологӣ ба даст овард. [30,33]. Чунончи, тати таъсири омилҳои агрессивии усулҳои тазриқии табобат дар организми бемор ибтидо тағйиротҳои полифункционалӣ рух медиҳанд, ки таҳти мафҳуми «стресси амалиётӣ (ҷарроҳӣ)» ёд мешаванд, «стресси оксидантиро» ба вучуд меоранд, ки ин ба пайдо шудани тағйиротҳои муҳимми функсияи эндотелияи рағҳо ва ихтилоли регенератсияи бофтаҳо оварда мерасонад [15,17].

Таъсири мусбати табobati муштараки постакне муайян карда шудааст, ки аз ворид сохтани омехтаи оксигену озон ва препаратҳои базирон АС ва Дифферин иборат аст, дар ин маврид динамикаи мусбат на танҳо дар ҳар як раванд, балки дар нишондиҳандаҳои статуси иммунӣ низ рух медиҳад. Муаллифон ишора мекунанд, ки истифода намудани ин усул дар табobati шаклҳои вазниниашон миёнаи акне СПА кам дида мешавад, назар ба гурӯҳи бемороне, ки дар онҳо ин усул ба кор бурда намешавад [22,33].

Биоревитализатсия (инъексияи препаратҳои кислотаи гиалуроноӣ) бештар ҳангоми ҷавон сохтани пӯст истифода мегардад,

аммо дар амалия ҳангоми табobati хадшаҳои атрофикии пӯст низ ба кор бурда мешавад [15,22,27]. Мувофиқи маълумоти муҳаққиқон, истифодаи биоревитализатсия, ҳамчун усули инвазивӣ таъсири пешилтиҳобӣ дорад ва метавонад, ки таъсири илтиҳобиро дар минтақаи осебдида қувват бахшад. Муаллифон барои кам кардани таъсири пешилтиҳобӣ тавсия медиҳанд, ки на кислотаи гиалуронии молекулярнокиаш паст, балки кислотаи гиалуронии молекулярнокиаш баландро истифода кунанд [22,30]. Муаллифони дигар низ ин ақидаро ҷонибдорӣ мекунанд ва исбот намудаанд, ки эфирҳои кислотаи гиалуронии молекулярнокиаш баланд таъсири назарраси танзимкунандаи sebum дорад. Муаллифон ба ноҳияи себореи пӯст препаратҳои кислотаи гиалурониро ворид намуданд ва муайян карданд, ки сатҳи секретсия пас аз табobati ҷорҳафтаина 2 маротиба паст шудааст [14]. Камбудии биоревитализатсия имконпазир будани инкишофёбии шиддати акне аз ҳисоби садамаи тазриқӣ ҳосил шудани миқдори зиёди маҳсулоти молекулярнокиашон пасти пешилтиҳобии катаболизми аз кислотаи гиалуронӣ воридшуда ба ҳисоб меравад.

Барои табobati постакне як гурӯҳ муаллифон дар пажӯҳишҳои худ вақтҳои охир мақсаднок будани истифодаи плазмаҳои сертромбоситро асоснок мекунанд, ки дар он таҳти таъсири тромбоситҳои фаъолшуда комплекси омилҳои инкишоф секретсия мешаванд, ба монанди омилҳои тромбоситарии инкишоф, омилҳои инкишофи фибробластҳо, омилҳои инкишофи эпителиалӣ, омилҳои инкишофи эндотелияи рағҳо, омилҳои табилии инкишоф, ки пролифератсияи эпителиоситҳо, ангиогенез ва репаратсияи бофтаҳоро ангезиш медиҳанд. Омилҳои инкишофи эндотелияи рағҳо ангиогенезро ангезиш медиҳад. Комплекси омилҳои инкишоф пролифератсия ва дифференсатсияи ҳучайраҳоро, ангиогенез, синтези компонентҳои хориҷи ҳучайравии матриксро ангезиш медиҳанд [24]. Аммо ин усул, бо мақсади табобти дастгирикунанда ва зиддиретсидивӣ тақрор кардани курсҳои табобатро талаб мекунад.



Яке аз усулҳои дигари табобати инвазивии СПА усули ба таври васеъ истифодашавандаи мезотерапия ба ҳисоб меравад. Мувофиқи маълумоти баъзе муҳаққиқон ҳангоми мезокоррекцияи нуқсонҳои эстетикӣ пӯст системаи имунӣ тағйир меёбад, ки барояш пайдо шудани норасоии масуният мебошад [11,14]. Муаллифон инро аз он вобаста медонанд, ки ҳангоми мезотерапия дар посух ба осеб دیدани пӯст, ки дар натиҷаи тазриқ рух медиҳад, ҷузъҳои масунияти маҳаллӣ ҷалб шуда, таъсири иммунотропии кислотаи гиалурониро кам месозад [33]. Ба андешаи муаллифон тағйироти бофтаҳои лимфободӣ ҳангоми системаи имунӣ дарк кардани тағйиротҳои инъикос меёбанд [27]. Ғайр аз ин, дар адабиётҳои илмӣ маълумотҳои мавҷуданд, ки новобаста аз он, ки кислотаи гиалуронӣ, ки ба таври дохилипӯстӣ ворид карда мешавад, дар назари аввал раванди беозор менамояд, вай ба зиёд шудани фаъолнокии тавлиди ситонинҳои илтиҳобӣ, ба монанди ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8 тавассути ҳуҷайраҳои иммунии пӯст ба ҳисоб меравад, онҳо илтиҳобро қувват бахшида, ҳуҷайраҳои иммуниро ангезиш медиҳанд, ки шаклҳои фаъоли оксигенро тавлид мекунанд, ки аз ин ҳисоб ҳуҷайраҳо бештар осеб мебинанд [11]. Ба андешаи муаллифон ҳангоми воридсозии дохилипӯстии кислотаи гламуронӣ ба истилоҳ “хотираи иммунологӣ” пайдо мешавад, ки дар он воқуниши таъхиркардаи имунӣ ташаккул меёбад ва метавонад, ки ба варам, эртемаи руқудкарда, гиперпигментатсия оварда расонад. Вобаста аз ин, муаллиф тавсия медиҳад, ки ҳангоми тазриқи дохилипӯстии кислотаи гиалуронӣ аз тактикаи фосилаҳои мушаххасу муваққатӣ истифода шуда, ё протокураҳои дахлдори физиотерапевтӣ дар марҳалаи омодагӣ пеш аз усули тазриқ гузаронида шавад.

Ҳангоми ташаккул ёфтани ҳадшаҳои патологияи постакне таъйин кардани гиалуронидаз мувофиқи мақсад аст, зеро таҳти таъсири он деполиметризатсияи гликозаминогликанҳо ба амал меояд, ки садди роҳи пайдо шудани шудани лифҳои коллагенӣ мегарданд. Аммо ҳангоми парентералӣ тазриқ

кардани онҳо ба зудӣ тавассути ингибиторҳои зардобии хун нофаъол мешаванд, ғайр аз ин, дар бештари ҳолатҳо воқунишҳои аллергиро ба вучуд меорад [29,31]. Вобаста аз ин, кон..ти ферменти протеолитикии гиалуронидаз, препаратҳои Лонгидаза таҳия карда шуд, ки аз гиалуронидази фаъол таъсирҳои тӯлонӣ фарқ мекунанд. Ғайр аз ин Лонгидаза системаи антиоксидантҳо қувват мебахшад ва ихтилолҳои иммуниро барқарор месозад. Таҳқиқҳои нишон доданд, ки лонгидаза синтези коллагенро ангезиш дода, воқуниши баръаксро маҳв месозад, ки бо таъсири возеҳи зиддифиброзӣ зоҳир мешавад, ки вобаста аз ин онро ҳангоми мавҷуд будани ҳадшаҳои гипертрофикии постакне, таъйин карда мешавад. Бештари вақтҳо ин препарат дар шакли тазриқи дохилиҳадшавӣ истифода мешаванд, барои ҳамин ҳам ин гуна усул бинобар травматизатсия, ба такроршавии ҳадшаҳо оварда мерасонад, маҳдудиятҳои зиёд дорад [29].

Ба усулҳои гуногуни мавҷудбудаи физиотерапия нигоҳ накарда, ҳангоми табобати СПО хеле кам истифода мешаванд. Яке аз усулҳои физиотерапевтӣ электрофарез мебошад, ки яқоя бо препаратҳои амилидиз бо мақсади табобати ҳадшаҳои дағали гипертрофикии постакне ба кор бурда мешавад [19]. Усули табобати ултрасадоӣ низ барои ба даст овардани таъсири дефиброзӣ истифода мекунанд, зеро ба босуръат шудани гардиши хун маҳаллӣ оварда мерасонад. Аммо ин усул танҳо ҳангоми табобати ҳадшаҳои нави постакне самаранок аст, дар ҳадшаҳои қуҳнабояд яқчанӣ курси табобат сурат гирад. Букки-терапия гарчанде таъсири антипролиферативӣ дорад, аммо истифода кардани он таъсири ситостатикӣ низ дорад. Табобати лазерӣ стандарти тиллоии ислоҳи ҳадшаҳои постакние мебошад, аммо ба самаранокии олиашон нигоҳ накарда, истифода кардани вай на ҳамеша дастрас аст [13,19].

Дар фаъолияти амалии дерматокосметология усулҳои зиёди СПА мавҷуд аст, аммо басомади дучоршавии онҳо ҳанӯз ҳам баланд боқӣ мемонад ва на ҳамеша таъсири зарурии эстетикӣ ва даст оварда мешавад. Дарачаи баланди тавсияҳо оид ба табоба-

ти постакне дар ягон усулҳои муосири пешниҳодшудаи табобати постакне ба даст оварда нашудааст. Айни замон стандартҳои мушаххаси табобати СПА дида намешавад [1,12,29]. Ба басомади баланди дучоршавии

окибатҳои постакне нигоҳ накарда, имрӯзҳо дар протоколҳои муруқибати беморони дорои акне равишҳои тафриқавӣ ҳангоми зухуроти гуногуни СПМ гузаронида намешавад.

Адабиёт

1. Современные подходы к лечению акне и постакне [Текст] / В.А.Абрамова [и др.] // Авиценна. - 2018. - № 23. - 22-27.
2. Стенько, А.Г. Патологические рубцовые деформации – тактика ведения пациентов [Текст] / А.Г. Стенько, Л.С. Круглова, А.А. Шматова // Лечащий врач. - 2013. - № 4. - С. 32-39.
3. Янец, О.Е. Оптимизация комплексной терапии угревой болезни и оценка Кардиффского индекса акне-инвалидизации (CADI) [Текст] / О.Е. Янец, О.Б. Немчанинова // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. – 2012. – Т. 27, № 3. – С. 120-122.
4. Effects of hydrotherapy with traditional Chinese medicine and magnetotherapy on treatment of scars after healing of deep partial-thickness burn wounds in children [Text] / R. Liu [et al.] // Zhonghua Shao Shang ZaZhi. – 2018. – V. 34. –P. 516-521.
5. European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inverse [Text] / C.C. Zouboulis [et al.] // JEurAcadDermatolVenereol. -2015. - № 29. –P. 619–644.
6. Kurokawa, I. Adjuvant alternative treatment with chemical peeling and subsequent ionophoresis for postinflammatory hyperpigmentation, erosion with inflamed red papules and non-inflamed atrophic scars in acne vulgaris [Text] / I. Kurokawa, N. Oiso, A. Kawada // J. Dermatol. - 2016. - V. 44, № 4. - P. 401-405.
7. Leyden, J.J. Oral antibiotic therapy for acne vulgaris: pharmacokinetic and pharmacodynamic perspectives [Text] / J.J. Leyden, J.Q. Del Rosso // J Clin Aesthet Dermatol. – 2011. -№ 4. –P. 40-47.
8. Rocha, M.A. Acne vulgaris: an inflammatory disease even before the onset of clinical lesions [Text] / M.A. Rocha, C.S. Costa, E. Bagatin // Inflamm Allergy Drug Targets. – 2014. - № 13. –P. 162–167.
9. Wang, Z.C. The roles of inflammation in keloid and hypertrophic scars [Text] / Z.C. Wang // Frontiers in Immunology. – 2020. – V. 11. – P. 60-87.
10. Современный подход к диагностике, профилактике и коррекции симптомокомплекса постакне на основе изучения морфологии кожи неинвазивными методами [Текст] / М.Н. Острцова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. -2018. - № 94. –С. 41-47.
11. Юсупова, Д. Актуальные вопросы диагностики и лечения патологических рубцов кожи лица [Текст] / Д. Юсупова, Ш. Абдуллаев // inLibrary. – 2020. – Т. 20, № 2. – С. 189-194.
12. Сравнительная оценка эффективности геля “Эгаллохит” и геля “Контрактубекс” в профилактике развития послеожоговых рубцов [Текст] / С.В.Смирнов [и др.] // Вопросы травматологии и ортопедии. - 2012. -№ 2. –С. 11-15.
13. Goodman, G.J. Postacne scarring: a qualitative global scarring grading system [Text] / G.J. Goodman, J.A. Baron // Dermatol. Surg. – 2006. - № 32. –P. 1458–1466.
14. Goodman, G.J. The modified tower vertical filler technique for the treatment of post-acne scarring [Text] / G.J. Goodman, A. Van Den Broek // Australas J. Dermatol. - 2016. – V. 57, № 1. - P. 19-23.
15. Gozali, M.V. Effective treatments of atrophic acne scars [Text] / M.V. Gozali, B. Zhou // J. Clin. Aesthet. Dermatol. – 2015. - № 8. –P. 33-40.
16. Сравнительные аспекты иммунокорректирующего действия синбиотика “нормоспектрум” и иммуномодулятора “полиоксидоний” в восстановительном лечении дерматологических больных [Текст] / Н.А. Деревнина [и др.] // Научный аспект. – 2019. - № 8, № 1. –С. 947-948.



17. Средство для профилактики образования патологических кожных рубцов[Текст] / А.И.Трофименко [и др.]/Вестник дерматологии и венерологии. – 2019. – С. 7-14.
18. Средство для профилактики образования патологических кожных рубцов[Текст] / А.И.Трофименко [и др.]/Вестник дерматологии и венерологии. – 2019. – С. 7-14.
19. Шамугия, Б. К. Возможности препарата Траумель С в терапии воспаления[Текст] / Б.К.Шамугия, М.В.Тимошков //Мистецтвозлікування. - 2013. - № 2-3. –С. 98-99.
20. Данилова, С.В. Комплексный подход при лечении рубцовых изменений кожи[Текст] / С.В. Данилова// Дерматовенерология. Косметология. – 2015. - № 1. –С. 129-132.
21. Пересадына, С.К. Применение фонофореза геля ферменкол в лечении рубцов постакне[Текст] / С.К. Пересадына, А.С. Васин // DermatologyinRussia. - 2017. – № 1. – С. 75-76.
22. Итбаева, А.А Применение фонофореза в комплексной терапии акне[Текст] / А.А. Итбаева, А.А. Жантурина, Р.Ж. Мусеркепова // Медицинский журнал Западного Казахстана. - 2012. - № 1. – С. 71-72.
23. Карабут, М.М. Фракционный лазерный фототермолиз в лечении кожных дефектов: возможности и эффективность (обзор) [Текст] / М.М. Карабут, Н.Д. Гладкова, Ф.И. Фельдштейн // Современные технологии в медицине. - 2016. - Т.8, № 2. - С. 98-108.
24. Потекаев, Н.Н. Результаты и перспективы применения методов физиотерапии в дерматологии [Текст] / Н.Н. Потекаев, Л.С. Круглова // Материалы Московского Форума «Здоровье столицы». - 2012. -С. 98-99.
25. Chandrashekar, B.S. Retinoic acid and glycolic acid combination in the treatment of acne scars [Text] / B.S. Chandrashekar, K.R. Ashwini, V. Vasanth // Indian Dermatol Online J. - 2015. - V. 6, № 1. - P. 84–88.
26. Collagen induction therapy for the treatment of upper lip wrinkles [Text] / G. Fabbrocini [et al.] // The Journal of Dermatological Treatment. – 2012. – № 23. – P. 144–152.
27. Comparative analysis of adverse drug reactions to tetracyclines: results of a French national survey and review of the literature [Text] / B. Lebrun-Vignes [et al.] // Br J Dermatol. – 2012. - № 166. –P. 1333-1341.
28. Dermabrasion for acne scars during treatment with oral isotretinoin[Text] /E. Bagatin [et al.] / Dermatol. Surg. - 2010. – V. 36. - P. 483–489.
29. Dissecting cellulitis of the scalp: a retrospective study of 51 patients and review of literature [Text] / A. Badaoui [et al.] // Br J Dermatol., Feb. -2016. - № 174. –P. 421–423.
30. ECM components guide IL-10 producing regulatory T-cell (TR1) induction from effector memory T-cell precursors [Text] / P.L. Bollyky [et al.] // ProcNatlAcadSci, USA. – 2011. - № 108. – P. 7938-7943.
31. Effects of hydrotherapy with traditional Chinese medicine and magnetotherapy on treatment of scars after healing of deep partial-thickness burn wounds in children [Text] / R. Liu [et al.] // Zhonghua Shao Shang ZaZhi. – 2018. – V. 34. –P. 516-521.
32. Efficacy and safety of a gauze pad containing hyaluronic acid in treatment of leg ulcers of venous or mixed origin: A double-blind, randomised, controlled trial [Text] / P. Humbert [et al.] / Int Wound J. – 2013. - № 10. –P. 159–166.
33. Efficacy and safety of superficial chemical peeling in treatment of active acne vulgaris [Text] / H. Al-Talib [et al.] //An Bras Dermatol. -2017. –V. 92, № 2. –P. 212-216.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ СИМПТОМОКОМПЛЕКСА ПОСТАКНЕ (Обзор литературы)

Шукурова Ф.Ш.

Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

В статье представлен обзор основных методов терапии симптомокомплекса постакне (СПА), который является одной из наиболее сложных проблем в дерматокосметологии, так как до настоящего времени нет единого мнения по тактике ведения данного контингента пациентов. Автор описывает основные методы лечения данного симптомокомплекса, представленные в отечественной и зарубежной литературе за последние пять лет. В статье приводятся данные о том, что для выбора наиболее оптимального метода терапии рубцов СПА необходимо проведение точной диагностики данного симптомокомплекса, особенно при наличии патологических рубцов. В статье в критическом аспекте приводятся данные о преимуществах и недостатках средств местной терапии СПА, таких как гель «Эгаллохит», крем «Келофибраз», мазь «Траумель С», препараты Контрактубекс и Медерма. Подробно описыва-

ются современные методы терапии СПА: химические пилинги, лазерная шлифовка, дермабразия, микронидлинг. Приводятся данные о применении интрадермальной стимуляции рубцовой ткани, преимуществах и недостатках мезотерапии, а также данные об эффективности инъекций препаратов гиалуроновой кислоты на основе биоревитализации. По мнению автора, в практической деятельности дерматокосметолога имеется целый арсенал методов лечения СПА, но частота их встречаемости остается высокой и не всегда достигается нужный эстетический эффект. Несмотря на высокую частоту встречаемости последствий акне, на сегодняшний день в протоколах ведения пациентов с акне не приводится дифференцированный подход при разных проявлениях СПА.

Ключевые слова: симптомокомплекс постакне, рубцы, мезотерапия, методы терапии

MODERN METHODS OF TREATMENT OF POST-ACNE SYMPTOM COMPLEX (literature review)

Shukurova F..Sh.

Department of Dermatovenereology, State Educational Institution “AvicennaTajik State Medical University”

The article presents an overview of the main methods of therapy for post-acne symptom complex (SPA), which is one of the most difficult problems in dermatocosmetology, since there is still no consensus on the tactics of managing this group of patients. The author describes the main methods of treatment of this symptom complex, presented in domestic and foreign literature over the past five years. The article provides evidence that in order to choose the most optimal method of treating SPA scars, it is necessary to conduct an accurate diagnosis of this symptom complex, especially in the presence of pathological scars, Kelofibraza cream, TraumeelC ointment, Contractubex and Mederma preparations. Modern methods of SPA therapy are described in detail: chemical peels, laser

resurfacing, dermabrasion, microneedling. Data are given on the use of intradermal stimulation of scar tissue, the advantages and disadvantages of mesotherapy, as well as data on the effectiveness of injections of hyaluronic acid preparations based on biorevitalization. According to the author, in the practice of a dermatocosmetologist there is a whole arsenal of spa treatment methods, but the frequency of their occurrence remains high and the desired aesthetic effect is not always achieved. Despite the high incidence of acne consequence, to date, acne management protocols do not provide a differentiated approach for different manifestations of SPA.

Key words: post-acne symptom complex, scars, mesotherapy, therapy methods

Шукурова Фарзона Шералиевна –докторанти PhD Кафедраи дерматовенерологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»; email: farzona_sherali@mail.ru; телефон 935-33-53-32

Шукурова Фарзона Шералиевна –докторант PhD кафедры дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»email: farzona_sherali@mail.ru; телефон 935-33-53-32

Shukurova Farzona Sheralievna – PhD student of the Department of Dermatovenereology, State Educational Institution “ AvicennaTajik State Medical University” Email: farzona_sherali@mail.ru; phone 935-33-53-32

ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

СИНТЕЗ ВА ОМУӢЗИШИ СОХТИ СТРУКТУРАВИИ 1-АЛКОКСИ-3-(ФЕНОКСИ)-2-АТСИЛОКСИПРОПАН

Обидов Ҷ.М.

Кафедраи химияи биоорганикӣ ва физколлоидии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муҳимият. Баъзе ди- ва триэфирҳои глитсерин, ки молекулашон аз радикалҳои дарози алкилӣ таркиб ёфтаанд, дар соҳаи парфюмерии истифода бурда мешаванд. Синтез ва омузиши сохти структурии нави триэфирҳои ғайрисимметрии глитсерин, ки дар асоси 1-алкокси-3-феноксипропан-2-ол ва кислотаи сирко яке аз самтҳои муҳими соҳаи химияи органикӣ ба шумор мераванд. Дар байни пайвастиҳои аз ҷиҳати биологии ғайри ҳосилаҳои глитсерин бо кислотаи сирко яке аз мавқеи махсусро дар бар мегирад, ки ин гуна пайвастаҳо, ки 3-октадеси-окси-1,2-диол (батиллол) ҳосияти бартараф кардани бемориҳои буғумдардро дорад.

Триэфирҳои ғайрисимметрии нави глитсерини ҳосил кардаи мо, дорои гурӯҳҳои гуногуни эфери сода ва мураккаб мебошанд, дар адабиёт оид ба ин гуна пайвастиҳо маълумотҳо хеле кам мебошад. Аз ин сабаб мо низ тасмим гирифтем, ки дар асоси ҳосилаҳои глитсерин монохлоргидрин ва эпихлоргидрин глитсерин синтези ин эфирҳоро ба роҳ монем. Триэфирҳои глитсерин мавриди истифодаи васеъ қарор доранд. Коркарди роҳҳои нави синтез ва модификасияи триэфирҳои ғайрисимметрии глитсерин яке аз самтҳои ояндадор ва муҳимтарини химияи органикӣ ба шумор меравад.

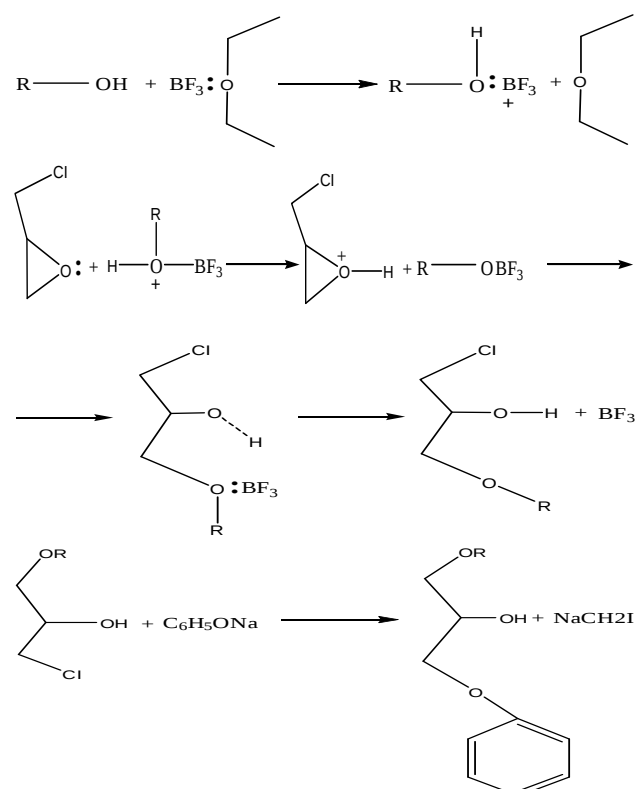
Мақсади таҳқиқот. Коркард ва такмилидиҳии усулҳои нави синтези 1-алкокси-3-фенокси-2-атсилоксипропан дар асоси 1-алкокси-3-фенокси-пропан-2-ол бо кислотаи сирко дар иштироки катализаторҳои гуногун аз ҷумла кислотаи сулфат ва кислотаи хлориди концентрониди омӯхта шудаанд. Сохти структуравӣ ва тозагии пайвасти 1-алкокси-3-фенокси-пропан-2-ол бо кислотаи сирко ҳосил кардаамонро ба воситаи таҳлили элементӣ, спектри ИС, РМП ва ХМҚ муайян кардем.

Мавод ва усули таҳқиқот. То ин вақт аз глитсерин ва ҳосилаҳои он пайвастиҳои зиёде

ҳосил карда шудааст, ки ҳосиятҳои зидди бактериявӣ, танзими икишофи растаниҳо, ҳосиятҳои гипотензивиро дороянд. Як қатор пайвастиҳои ҳосил шудаанд, ба инкишофи растаниҳо таъсир мусбӣ мерасонанд [1]. Баъзе пайвастиҳои глитсерин, ки дар таркиби молекулашон фосфор дорад, ҳамчун ҳосиятҳои антигелмитӣ ва гаметосидӣ истифода бурда мешаванд. Дигар моддаҳо, ки аз глитсерин ҳосил шудаанд, ҳосиятҳои флотатсионӣ доранд [2].

Глитсерин ва эфирҳои он барои тағйир наёфтани нигоҳ доштани таркиби маводҳои хурока низ истифода бурда мешаванд. Дар соҳаи рангкуни ва барои таёр кардани моддаҳои хушбӯй истифода мебаранд [3-4].

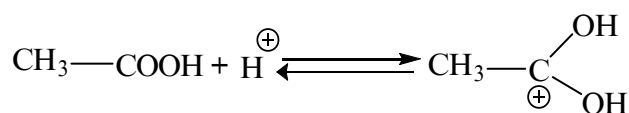
Схемаи синтези реаксияи ҳосилкунии диэфирҳои ғайрисимметрии глитсерин бо феноляти натрий дар иштироки этиэфирати фториди бор аз эпихлоргидрин глитсерин бо чунин механизм мегузарад [5-6].



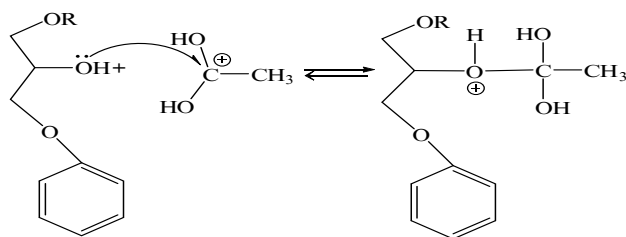
Дар ин чо: $RO=$; CH_3O ; C_2H_5O ; C_3H_7O ; $n-C_4H_9O$; $n-C_4H_9O$; $n-C_5H_{11}O$; $n-C_6H_{13}O$; $n-C_7H_{16}O$.

Глитсерин ва эфирҳои мураккаби он, пайвастиҳои аз ҷиҳати биологӣ фаъол буда, дар соҳаҳои касметалогия, қаннодӣ, тиб ва ҳоҷагии халқ васеъ истифода бурда мешавад [7]. Триэфиҳои нави глитсерине, ки молекулашон аз эфирҳои сода ва мураккаби симметрия ва ғайрисимметрия, ки аз ҷониби мо синтез карда шуданд бо сохт, таркиб ва дигар хусусиятҳои худ аз ҳамдигар фарқ мекунанд [8].

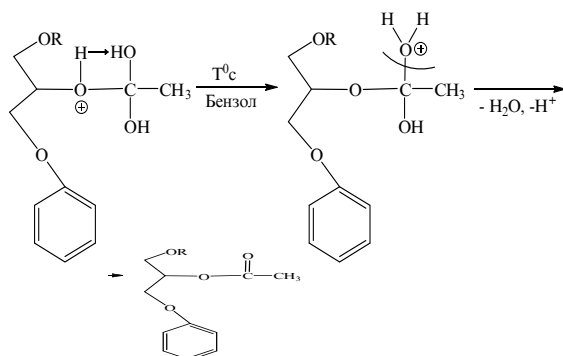
Механизми реаксияи ҳосилшавии 1-алкокси-3-фенокси-2-атсилоксипропан бо механизми ҷойивазкунии нуклеофили мегузарад, ки дар аввал кислотаи сиркои протонидашуда ҳосил мешавад, ки дар схемаи зерин оварда шудааст [8].



Схемаи кислотаи сиркои протонидашуда бо 1-алкокси-3-феноксипропан-2-ол, ки аз ҳисоби ҷуфти электронҳои тақсимнашудаи атоми оксиген ҳосияти нуклеофилии зоҳир мекунад:

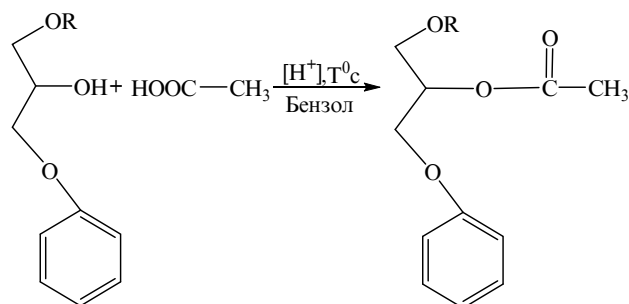


Дар ин реаксия карбокатионӣ ноустувор ҳосил мешавад. Минбаъд он карбокатион аз ҳисоби молекулаи об канда шуда протони устувор ҳосил мешавад.



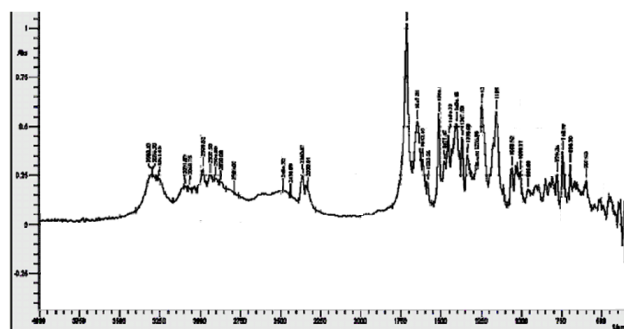
Ҳамин тавр дар реаксияи ҷойгирии нуклеофилии байни кислотаи сирко ва 1-алкокси-3-феноксипропан-2-ол аниони гидроксил (OH^-) ба зарчаи нуклеофили иваз мешавад. Ҳарорати реаксия аз 75 то 98°C ва баромади маҳсулот аз 44 то 77%-ро ташкил медиҳад.

Схемаи пураи реаксияи ҳосилшавии 1-алкокси-3-фенокси-2-атсилоксипропан чунин мебошад :



Дар ин чо: $RO=$; CH_3O ; C_2H_5O ; C_3H_7O ; $i-C_4H_9O$; $n-C_4H_9O$; $n-C_5H_{11}O$; $n-C_6H_{13}O$; $n-C_7H_{16}O$.

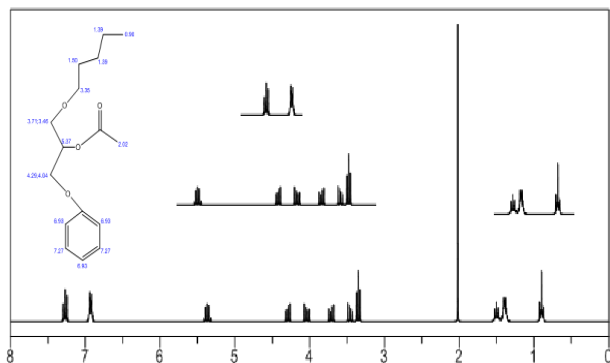
Дар таҳлили спектроскопӣ чунин параметрҳо қайд карда шуд, ки хатҳои нурфурӯбарӣ дар соҳаҳои 3570-3265 cm^{-1} хатҳои нурфурӯбарӣ мавҷҳои махсуси валентии гидрокси гурӯҳ нест шуда, хатҳои нурфурӯбарӣ дар соҳаҳои 1765-1733 cm^{-1} , лапишҳои валентии гурӯҳи функциоалии эфирии мураккаби ғайрисимметрии ($C=O$) мебошад, ошкор карда шуд. Хатҳои нурфурӯбарӣ дар соҳаҳои 1290-1235 cm^{-1} ба эфирҳои содаи гурӯҳи ($C-O-C$) хос аст.



Расми 2. Спектри ИС 1-алкокси-3-фенокси-2-атсилоксипропан

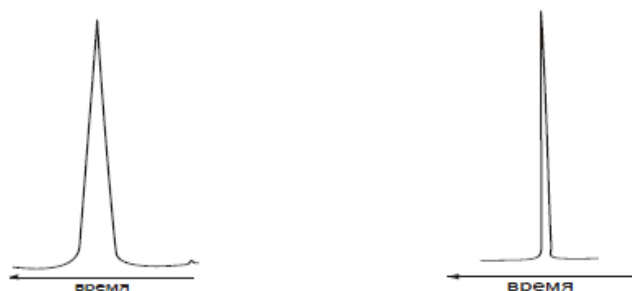
Оид ба триэфири сода ва мураккаби ғайрисимметрии глитсерин дар адабиётҳо маълумоте вуҷуд надорад. Эфирҳои мураккаби ҳосил кардаи мо захираи нави паст мебо-

шад. Пайвастагии 1-алкокси-3-фенокси-2-атсилоксипропани ҳосилшударо барои қадкашии растании навъи гандуми “Наврӯз” санчидем ва натиҷаи хуб низ ба даст овардем.



Расми 2. Спектри РМП 1-пентокси-3-фенокси-2-атсилоксипропан

Дар спектри РМП сигнали протонҳо дар намуди синглет дар ҳудудҳои 5.05 (м, CH, -O-CO-); 3.57 (т, -OC(=O)-C); 4.89 (с, H, -OC); 3.40 (т, H, -O-C); 4.47, (с, H, (-OC=O)); 1.51 (т, H, (-OC)); 1.43 (т, H, -C); 1.26 (с, H, -C); 0.88 (м, H); 3.59 (д, CH₂-CH); 3.35 (д, CH₂-CH); 1.50 (т, CH₂-CH); 1.43 (т, CH₂-CH); 1.26 (с, CH₂-CH); 0.88 (м, CH₃-CH₂) пайдошуданд.



**Расми 3. Расми 4 Расми 5
ХГМ ХГМ**

1-этокс-3-феноксипропан-2-ол 1-этокс-3-фенокси-2-атсилоксипропан

Дар натиҷаи муқоисаҳо мо аз расми 3 ва 4 муайян кардем, ки дар натиҷаи гузариши реаксияи 1-этокс-3-феноксипропан-2-ол бо кислотаи сирко 1-этокс-3-фенокси-2-окси-

атсилоксипропан ҳосил шудааст. Сохт ва структураи пайвастҳои ҳосил шударо омӯхтем, натиҷаи гузаронидани реаксия бо иваз намудани радикалҳо ҳарорат зиёдшуда, маҳсули баромади реаксия кам мешаванд. Бо усулҳои гуногуни физико-химиявӣ, спектри ИС, РМП ва РМЯ сохт ва структураи пайвастагиҳои синтез карда шудаамонро омӯхтем. Ва ба хулосае омадем, ки дар молекула бо зиёдшавии занҷири карбонӣ ва таъсири байниҳамдигари радикалҳо мушоҳида карда шуданд.

Қисми таҷрибавӣ. Маҳлули 1-этокс-3-феноксипропан-2-ол 55.9г (0,28мол), кислотаи сирко 67.9г (0.29мол) ва дар иштироки катализаторҳои (H₂SO₄ ва HCl) –и консентрониди шуда дар мудати 9соат ба воситаи асбоби Дина-Старк 100мл ҳалқунандаҳо бензол, толуол, хлороформ ва тетраҳлорметанро ҳамчун омехтаи азеотропи истифода нмудем. Омехтаи реаксиониро ба воситаи насоси вакуми бўғрони карда, онро тоза намудем. Тозагии моддаи ҳосилшударо бо усули хроматографияи калонкагӣ бо элюенти SiO₂, вагексан-толуол (1:1) санчидем. Моддаи ҳосил карда шудаи мо 0.29 г ва дар муддати 18 соат бо баромади маҳсули реаксия 65% (дар натиҷаи ҳисобкунӣҳо воқунишҳо нишон доданд. Хосиятҳои физикӣ-химиявии пайвастаи ҳосилкардаамонро омӯхтем.

Хулоса. Усули синтези нави триэфирҳои глицерини бо диэфирҳои ғайрисиммерӣ бо кислотаи сирко омӯхта шуда, собитҳои физико-химиявии онҳо омӯхта шудааст. Дар натиҷаи таҳқиқоти худ дигар хосиятҳои фаъоли биологии пайвастҳо синтез шударо омӯхтем. Пайвастаҳои синтезшудаи мо дорои захрокии паст мебошанд. Таркиб ва сохт, индивидуалии (тозагии) пайвастагии 1-этокс-3-алкокси-2-атсилоксипропанҳо ба воситаи таҳлили элементӣ, спектроскопияи ИС, РМП, РМЯ, ХМҚ муайян карда шуданд.

Адабиёт

1. Обидов, Дж.М. Синтез 1,3-ди-(алкокси)-2-ацилоксипропанов / Дж.М. Обидов, Хабибуллоева, М.Б. Каримов // Вестник Таджикского национального университета (научный журнал). ISSN 2074-1874. 1/3 (110). Душанбе, 2013. -С. 94-96.



2. Обидов, Дж.М. Синтез 1,3-ди-(алкокси)-2-бутирилоксипропан/ Дж.М. Обидов, М.Б.Каримов//Вестник Таджикского национального университета (научный журнал).ISSN 2074-1874. 1/3 (134). Душанбе, 2014. -С. 117-120.
3. Олимов, Р.А. Синтез 5-алкоксиметил-2(1¹,2¹,3¹,6¹,-тетрагидро-3,6-эндоксифталевый ангидрид-3¹-ил)-1,3-диоксалан на основе 2-фурил-4-алкоксиметил-1,3-диоксаланов и малеинового ангидрида /Дж.М. Обидов, Р.А.Олимов, М.Б.Каримов//Вестник Таджикского технического университета им. акад. М.С.Осими (научный журнал).ISSN 2075-177. 4 (28). Душанбе, 2014. -С. 28-30.
4. Обидов, Дж.М. Синтез сложных эфиров на основе 1,3-ди-(алкокси)-2-пропанолов и масляной кислоты/Дж.М. Обидов, С.И. Раджабов, М.Б.Каримов, И.В.Блохин// Известия Тульского государственного университета, естественные науки (научный журнал). 16+ ISSN 2071-6176. Выпуска 1. Тула, 2017. -С. 44-48.
5. Обидов Дж.М. Реакция взаимодействия 1,3-ди-(алкокси)-2- фенилацетоксипропан/ Дж.М. Обидов, М.Б. Каримов, С.И. Раджабов, И.В. Блохин /Известия Тульского государственного университета естественные науки, №1. 16+ISSN 2071– 6176. УДК 547.426.21.29 Тула, 2019.-С.36 -39.
6. Обидов Дж.М. Синтез и фармакологические свойства производных глицерина с остатками уксусной кислоты/Дж.М. Обидов, М.Б.Каримов//Доклады академии наук республики Таджикистан (научный журнал). ISSN 0002- 3469. Том 58, №6. Душанбе, 2015. -С. 504-507.
7. Обидов, Дж.М. Душистые вещества на основе производных глицерина / Дж.М. Обидов, Р.А.Олимов, О.К. Хабибуллоева, М.Б.Каримов. // Материалы научной конференции “Современные проблемы естественных и социально – гуманитарных наук” посвященная 10 летию. Научно-исследовательского института ТНУ (28-29 ноября 2014г). Душанбе, 2014. -С. 53-55.
8. Олимов, Р.А. Синтез и фармакологические свойства 3-алкоксипропил-1,2-диатсетат/ Дж.М. Обидов, Р.А.Олимов, М.Б.Каримов. // Материалы международной научно-практической конференции химия производных глицерина: Синтез, свойства и аспекты использования. Дангара, 2016. -С. 9-11.
9. Обидов, Дж.М. Реакция пайвастишавии 1,3-ди-(алкокси)-окси-атсетоксипропан бо фуллерен C₆₀/ Дж.М. Обидов. // Маҷалаи илмӣ – амалии «Авчи Зухал» (ISSN 2616-5252) дар шумораи №2 соли 2022. МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” Душанбе 2022.

СИНТЕЗ И ИЗУЧЕНИЕ СТРОЕНИЯ СТРУКТУРНЫХ 1-АЛКОКСИ-3-(ФЕНОКСИ)-2-АЦИЛОКСИПРОПАН

Обидов Джамшед Махмадназарович

Аннотации. Глицерин и некоторые его триэфиры являются биологически активными соединениями. Производные глицерина в основном представляют собой моно-, ди- и несимметричные триэфиры глицерина с уксусной кислотой. Состав и строение синтезированных соединений изучали методами элементного анализа и ИК, ПМР - спек-

троскопия. Чистота получения 1-алкокси-3-(фенокси)-2-ацилоксипропана исследована методом ТСХ.

Ключевые слова: *Этихлоргидрин, 1,3-дихлорпропан-2-ол, 1-алкокси-3-феноксипропан-2-ол, этанол, пропанол, бутанол, изобутанол, пентанол, изопентанол, гексанол, гептанол, октанол, бензол.*

**SYNTHESIS AND STUDY OF THE STRUCTURE OF STRUCTURAL
1-ALKOXY-3-(PHENOXY)-2-ATSILOXYPROPANE
Obidov Jamshed Mahmadvazarovich**

Annotations. Glycerin and some of its triesters are biologically active compounds. Glycerol derivatives are mainly mono-, di- and unsymmetrical triesters of glycerol with acetic acid. The composition and structure of the synthesized compounds were studied by elemental analysis, IR, NMR -spectroscopy.

The purity of 1-alkoxy-3-(phenoxy)-2-acyloxypropane was studied by TLC.

Key words: Epichlorohydrin, 1,3-dichloropropan-2-ol, 1-alkoxy-3-phenoxypropan-2-ol, acid and sirko, ethanol, propanol, butanol, isobutanol, pentanol, isopentanol, hexanol, heptanol, octanol, benzene.

Обидов Чамшед Махмадназарович-н.и.х., дотсенти кафедри кимиї биоорганики ва физколлоидии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, Тел: 934-02-02-34. obidovjamshed@mail.ru.

Обидов Джамишед Махмадназарович-к.х.н., доцент кафедры биоорганической и физколлоидной химии ГОУ “Таджикский государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино”, Тел: 934-02-02-34. obidovjamshed@mail.ru.

Obidov Jamshed Mahmadvazarovich- c.ch.s., Associate Professor the Department of Bioorganic and Physical Colloid Chemistry, State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University». E-mail: obidovjamshed@mail.ru. Tel: 934.02.02.34.



ГУМАНИТАРӢ

БАЪЗЕ ВИЖАГИҲОИ УСЛУБИИ «ДОНИШНОМА»-И ҲАКИМ МАЙСАРӢ

Юсуфов А.И.

Кафедраи забони тоҷикии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Баъди вуруди Ислом ба Эронзамин забони арабӣ тадриҷан забони арсаи дину давлат ва илм шуда бошад ҳам, боз ҳам форсии дарӣ, ки воқеан сурати таҳаввулфтои забони паҳлавист, бо шеваҳои вожагузинии худ дар миёни донишмандон ривочи чашмгир дошт. Бисёр истилоҳоти тиббии ин давраро минбаъд дар осори ал-Қамарӣ, Ахвайнии Бухорӣ, Муваффақиддини Ҳиравӣ, Ҳаким Майсарӣ ва Абуубайди Ҷузҷонӣ воমেҳӯрем. Чунончи, вожаҳои **darug** (доруг=доруомез, дорусоз), **candih** (чандӣ=камият), **ce-ih** (чий=моҳият), **ciyon-ih** (чунӣ= кайфият), **padirift-or** (пазируфтор =пазиро = қабул), **tan-omand-ih** (танумандӣ=чисмият), **tihig-ih** (тиҳигӣ = хало), **a-jumbag** (ачунбо (ночунбон) = беҳаракат). Истилоҳоти «**оби пушт**»- (нутфа, манӣ), «**чаҳорсӯ**» - (мураббаъ), «**сесӯ**»- (мусаллас), «**дерраванда**» (музмин), «**рағҳои чаҳанда**», «**рағҳои ноҷаҳанда**» (шарён ва варид) ва ғ. дар осори ин донишмандон бар муодилҳои арабияшон бартарӣ доранд. Банда, бо тақя ба далелҳои боло, ҷонибдори ақидаи Ҳасан Ризоии Боғбедист, ки мефармояд: «Бисёре аз вожаҳо ва истилоҳоти форсии бақоррафта дар осори бузургоне чун Ибни Сино ва Берунӣ- бар ҳилофи тасаввури иддае (Муҳаммад Муин «Луғоти форсии Ибни Сино ва таъсири он дар адабиёт» дар «Чашнномаи Ибни Сино», Техрон, 1334 ҳ., ҷ.2., саҳ. 352. дар назар дошта шудааст. (Ю. А.)), - зоидаи зеҳни халлоқи онҳо набуда, балки пеш аз онон, ҳатто дар навиштаҳои паҳлавӣ собиқа доштааст» [1.527].

Донишмандони исломӣ барои осон гаштани ёдгирӣ, сухулат дар ҳифз ва нақли улуми мухталиф осори илмиро ба назм даровардаанд, ки маъруфтарини онҳо «ал-Фикҳ»- и ибни Малик дар илми наҳв ва «Урҷуза фи-т-тиб» - и Абӯалӣ ибни Сино дар илми пизишкӣ маҳсуб мешаванд [2.27]. Яке аз вижагиҳои пизишкӣ дар эрони бостон низ истифода аз шеър барои ёдгирии сареъ

ва интиқоли осони мафҳуми пизишкӣ ба мардуми омма мебошад. Дар шеърӣ форсӣ манзумаҳои зиёде дар илми пизишкӣ таълиф шудаанд, ки қадимтарин ва пураарзиштарини онҳо «Донишнома» - и табиб ва донишманди қарни 4-и ҳиҷрӣ Ҳаким Майсарӣ (ибора аз 4481 байт) мебошад [3].

Бояд зикр кард, ки дар «Донишнома» вожа ва таркибҳое, ки номи доруворӣ, ғизо, гиёҳу дарахтони шифой, нӯшоқиҳо ва ғайраро ифода кардаанд, 1387 адад буда, дар ин миён бо калимаи «об» 98 истилоҳи мураккаб ва ибораистилоҳи фарматсевтӣ (обкома, обзан (зарфи ҷӯбин ё филиззӣ, ё сафолин ба андозаи қомати одаме бо сарпӯши сӯроҳдор, ки беморро дар он мешинонанд ва сар аз сӯроҳ берун кунанд) (4.38) ва номи 2 беморӣ (оби шикам ва оби марворид) сохта шудааст. Калимаи «об» ҳамчун истилоҳ ба маънои «мани мард» омада, дар чанд ҷо ибораи «оби мардон», «оби манӣ», «оби пушт» (Зи мардон низ ронад зуд пас **об**) низ зикр гашта, маънои пешобро ҳам (Ҳалилахӯрдари **обаи** беҳ ояд) ифода кардааст. Муаллиф дар боби «Асмоуладвия» (номи доруҳо) аз 277 гиёҳном бурда, дар боби «Табойиуладвия» (табиати доруҳо) хусусияти шифобахшии онҳоро тавсиф кардааст. Дар асар номи беш аз 281 беморӣ ва тақрибан 158 истилоҳи анатомиро баршумурдем.

Ба андешаи донишмандон, лексикаи илм, аз ҷумла илми тиб, аз се қабати вожаҳо ташкил ёфтааст: лексикаи умумистеъмоӣ, умумиилмӣ ва илмӣ (5. 264). Услуби ниғориши «Донишнома» низ монанди соири матнҳои манзуму мансури қарни 4-уми ҳиҷрӣ содаву раван буда, дар он аносири услубҳои бадеӣ ва илмӣ бо ҳам омезиш ёфта, аксар вақт бо тақозои риояи вазну қофия овозе ҳазф ё баръакс, илова шудааст. Баъзан вожаҳои маъмулӣ ба сифати истилоҳ ба қор рафта, дар бисёр мавридҳо санъатҳои бадеӣ, монанди тазоду ташбеҳ ва маҷозу киноя ба таври ва-

сеъ дида мешаванд. Лексикаи «Донишнома» аз лиҳози фарогирии бахшҳои тиббӣ чунин ба назар мерасад:

1. Номи бемориҳо: Дар асар барои ифодаи номи амроз дар баробари вожаҳои аслии тоҷикӣ инчунин вожаҳои иқтибосие ба мисли вожаҳои арабиву ҷунонӣ ва ғ. ба назар мерасанд, вале қабати асосии лексикаи асарро вожаҳо ва истилоҳоти аслии тоҷикӣ ташкил додааст.

а) истилоҳоти тоҷикӣ: обила, омос ва омоҳ, бод, бановар (ба маънои думмал), бариван (иллатест, ки дар бадани одамӣ пайдо мешавад ва ҳарчанд бармеояд, паҳн мегардад ва хориш мекунад ва онро ба арабӣ кубо мегӯянд), песӣ, оби марворид, боди зишт (боди даҷном ва дашном, ки дар «Заҳира» [б. 621] чунин шарҳ дода шудааст: сурхиест мункар, ки бар рӯй ва атроф падида ояд ҳамчун лавни ибтидоии ҷузъм ва дар зимистон бисёр афтад ба сабаби он ки бухори дамавӣ андар зерӣ пӯст мухтаниқ шавад ва бошад, ки реш гардад), гар, бавли хун, бавли баста;

б) арабӣ: албавосируланф (бавосири бинӣ), иркуннисо, имтило (фаровонии хун ва аҳлот), ихтилоҷ, ихтилоҷи рӯй, тоун, истифрӯғ, исхол, интишор (бемории чашм), иннин (марде, ки бар ҷимӯф қодир набошад), баҳақ, босур (бавосир), бусур (донаҷаҳои дар пӯст пайдошуда), барас, боҳ (ғаризаи ҷинсӣ ва шаҳвонӣ), ниқрис, лақва (фалаҷ ва раъшаи як тарафи рӯй), ташаннуч, ҳадар, кобус, зуком, назла, сил, сакта, варам, истисқо, уфунат, судда(т), чараб, босур, ярақон, саратон, истисқо, сил, саръу фолич (фалаҷ), кулинҷ, бавосир, саръ, думмал, доъйи саълаб (бемориест, ки сабаби рехтани мӯй шавад); Тавре ки ба назар мерасад, дар байни вожа-истилоҳоти иқтибосӣ вожаҳои арабӣ бартарӣ доранд.

в) ҷунонӣ: кулинҷ, молихулиё.

2. Ҳолатҳои ғайритабии организм: қай, хориш, таби гарм, дарди саҳт, исҳолу ҳалфа, яъне ҳайза ва шикамравиш, сукути иштиҳои таом аз бемор, дарду озор, хафа (фишурдагии гулӯ), дарди сар, дамояи қуҳна, истисқои зишти бохатар, дарди ҷигар, хуҳ (арақи одамӣ, хӯй), хуҳи ганда, оби ишқам, чашми торик, дидори бориқ (заъфи бинӣ), сӯхта, қазибӣ суст, дарди зишт, калаф

(доғҳое, ки дар сурати инсонӣ пайдо мешаванд), баҳақ, боди лақва, дандони ҷунбон, заифии чашм, балғами хом, дамо (гармо, таб), адво (сироят), дарди чашм, ҷастани чашм ва ғ.

3. Аъзои бадан ва он чи ба вай иртибот дорад: азал (а), амъо, асаб, аъсоб, бавл, буроз, бод (нафас), бару сина, гулӯ, гӯшт, дандон, дам (хун), дил, димоғ, заҳра. зиҳор, ишқам, кулка (зоҳиран ба маънои куллия (гурда) омадааст), мафосил, меъда, мӯйи қазиб, масона, об (манӣ), олоти бавл, пех, пай, рағҳо, сипурз, садр, тан, устухон, шуш, ҷигар, пистон, мисориқо. Зикр кардан бамаврид аст, ки дар «Донишнома» ин гурӯҳи истилоҳот миқдоран кам буда, асосан истилоҳоти умумиилмӣ мебошанд.

4. Номи аломатҳо: лаҳте сардтар аст; ҳаме сардиву хушкӣ б-устухон аст; ва боди (нафаси) вай ба сони гармдуд аст; набзи заиф; боди ...низору тан нахиф. Дар ин ҷо ифодаи ғайриилмӣ ба назар мерасад, яъне ба ивази номурағтабии нафас, нуқсонӣ нафас ва ё ягон иллати мушаххаси он вожаи нахиф қорбаст шудааст, ки маъниро образнок ва умумӣ ифода кардааст. Гармгавҳар (қавӣ бошад мар-ӯро низ шаҳват), тавиш (гармӣ, ҳарорат). Доираи истеъмоли сифатҳои гарм, хушк, сард, тар, ҳамчун сифати гавҳар (мизоч) дар ифодаи мизочи гиёҳҳои шифой ва дорувориҳо хеле густурда аст. **Вожаи маҳкам** ба маънои ғализ, носолим (савдои маҳкам) омадааст, Вожаи саҳт ба ду маъно во меҳӯрад: а) аз ӯ дандони ҷунбон **саҳт** гардад ва б) мухатра қор бошад **саҳт** бедод (бисёр нобачо, бемавқеъ), вожаи **бекор** (кунад, то гардад он қас зуд **бекор**) ба маънои бемор низ истифода шудааст.

5. Номи амалҳо: Дар услуби илмӣ имрӯза, ба вижа дар баёни матолиби тиббӣ, ҳангоми зикри амалҳо, яъне истифодаи феъл хеле душворӣ пеши рӯ меояд ва аксар вақт ифодаи мушаххаси маъно мушқил аст. Дар ин қор «Донишнома» метавонад, бо феълҳои сода ва таркибии зиёди худ, ба назари мо, хеле муассир воқеъ гардад. Ҷунончи, **фурӯ кардан** ба маънои дохил кардан (яке қатра ба ихтилаш **фурӯ рез**), **гирд омадан** ба маънои муҷомиат кардан (ғаҳи гирд омадан,



ки мард бо зан), ба маънои **ба ҳам наздик шудан** (агар болову пахно гирд ояд), **гирд овардан** ба маънои фароҳам овардан (пас он гаҳ аз дигар дору ба гирд ор), дар **дамондан**, **бӯёнидан**, доғ кардан, хун бардоштан, **фуру бурдан**, **шикофидан**, **шикастан**, **шакидан**, **биншонадаш** дард, **нишонад** зуд-зуд **ӯ** дарди дандон, совидан, таскин додан, **ором кардан** (Ки сафроро диҳад орому таскин), **шикастан** (кам кардан), **рахидан** (сиҳат шудан), ба беморӣ **пирӯз шудан**, **дамондан** (Ба бинӣ дамонаш, то боз оядаш ҳуш), **сутурдан** (мӯй пок аз сар сутурдан), **магар** гирад аз ин иллат каронӣ (шифо ёфтан), **молидан** ва **андудан** (ба бинӣ боз кун, андой бар сар), аз беморӣ **берун омадан** (Касе, к-ояд зи беморӣ ба берун), **бастан** (Ва зуд **ӯ** хуни биниро бибандад), **накӯ** гаштан (сиҳат шудан) (**накӯ** гардонад **ӯ** дидори торик), **баستاني** шикам (исҳолро боздоштан) (Ва хирваъ гарм бошад, баста ишкам), **кушодан** (исҳол овардан) (**Гушояд**, гар-ш иллат ҳаст балғам), **рондан** (Зароеъ аз масона хун биронад ва занонро хайз ронад), **бурдан** (бубарад песиву бошад ба барка (баракат), яъне муфид), **хурсанд** (шифо ёфтан) –В-агар каждум газад касро, зарованд, -**Хӯрад**, гардад зи захми неш хурсанд, **афзудан** - Ва биной **физояд**, ба маънои равшан кардани чашм, яъне қувват бахшидан, зиёд кардани қувваи биной, яке аз аломатҳои тиббӣ; **Маниву боҳ бифзояд**, ... шаҳват физояд; **Андоидан** (ба маънои мoidан) - **Гараш** бар **песӣ андой** ба сирка; **Ангехтан**-**Биянгезад** ҳама дарди ниҳонро; **Афтодан** (**уфтодан**) - Ва исҳол уфтад; **Афкандан** -Яке катра аз **ӯ** дар бинӣ **афкан**; **Бардоштан**-**Чараҳ** бардорду ҳам дойиссаълаб (нест кардан, аз байн бурдан, **шифо** бахшидан; Ба исҳол аз ҳама чулнор бардор (ба маънии интиҳоб кардан); **Бо доштан** (**боз доштан**) - Ки бо дорад ба меъда чизхоро; **Доштан** - Ва дорад бодхоро чун шариф аст (манъ кардан, боз доштан); **Барӣ шудан**-Ва дард аз чашми ту чумла барӣ шуд (билкул нест, нопадид, гум шудан ва аз байн рафтан); **Бех кардан**-**Валекин** частани дил з-ӯ шавад **бех** (муфид ва таъсирбахш будан); **Бар омадан** -Зи навшодир гулӯ аз ҳам бар ояд; **Бар кандан**- барканад аз бун калафро; **Бастан**- Ва чабсин

сард бошад, хун бибандад, **Гушодахун** ба чабсин баста гардад (манъ шудан, пеши роҳи хунравиро гирифтан, садди роҳ шудан); **Болидан**- Биболад санг зуд андар масона (калон шудан), **Бурун овардан**, **бурдан**... оби ишкам, **Бурун** орад ва истиско кунад кам; **Гирифтан**- ... вай парҳез гирад; **Гушодан**, **гушоянда**- Ва басбоса ҳама гарм асту ишкам, **Гушоянда**-ст аз савдои маҳкам, қай кушояд,... рағ кушояд; **Гуворидан**- Ки бигворид сангу устухонро (ҳазм кардан, кам кардан); **Зидоидан**-Зи чашм андар сапедӣ **ӯ** зидояд; **Шикастан**- Ҳама гарм аст нафту боду балғам, **Шикаста** дораду лақва кунад кам. Камкунанда, мағлубкунанда, камкуваткунанда, маҳву нобудкунанда; **Даруна** гарм бошад, **бодишкан**, **бодшикананда**, камкунанда, несткунанда, маҳвкунанда. Ва гарму хушк бошад бишканад бод, боду балғам шикаста дорад, ... бишканад з-ӯ гармиву сард ва ғ.

Тавре ки дида мешавад, донишманд бештар он вожаҳоро интиҳоб кардааст, ки умумиистеъмолиянд ва ё ҳамон вожаҳои маъмулиро ба ҳайси истилоҳ ба кор бурдааст. Ин падида махсусан хангоми ифодаи номи аломату амалҳо бештар ба назар мерасад. Чизи дигаре, ки қобили зикр аст, дар корбурди амалҳо феълҳои аслии забони форсии тоҷикӣ истифода шудаанд, ки имконияти васеи мафҳумсозӣ ва ҳатто истилоҳсозиро касб кардаанд ва назар ба феълҳои иқтибосии арабӣ бартарии назаррас доранд. Муаллифи асар, ҳамчунин бо истифода аз вожаҳои арабӣ ва феълҳои ёридиҳандаи забони тоҷикӣ амалҳои ифодакунандаи мафҳимҳои тиббӣ сохтааст, ки дар муқоиса аз феълҳои тоҷикӣ миқдорашон кам аст. Монанди, тало кардан, илоҷ кардан, ҳуқна бояд кардан, ҳичомат кардан ва ғайра.

Майсарӣ низ, чун дигар донишмандони замонаш, хостааст, ки то ҳадди имкон аз вожаҳои истилоҳие, ки аксарашон арабианд, истифода барад ва дар лаҳзаҳои зарурӣ онҳоро тафсир кунад, ки ин гурӯҳи истилоҳотро исмҳо, яъне номи амрозу узв ва ғайра ташкил медиҳанд. Дар ин маврид ҳам қобилияти фавқулодаи шоирӣ ва ҳам олимии вай баръало падидаи мегардад. Чунончи, дар

шарҳи номи амроз **овардааст**: **Филаъшо** – мар он касро ҳаме шабкӯр хонанд; **Шаъира** он бувад, к-аз пилки чашмон; Баромад чи-заке бе дарду осон; **Филқамал** – касе, к-ӯро шапӯш бошад ба мижгон; **Сулоқ** он аст, ки пирки чашмаконаш, -Варам гирад, бирезад мижагонаш; **Сабал** рағҳо бувад бар тарфи дида; **Ки кобус** ибтидои саръ бошад.

Нуктаи ҷолиби дигар дар мавриди тарзи баёни донишманд ин аст, ки муаллиф дар асар баъзе калимаҳои маъмулии забонро ба маънои истилоҳӣ ба кор бурдааст. Чунончи, вожаи **паймудан** ба маънои андоза кардан (дар хандаса) ва сафар кардан, **сӯхтан** – пок кардан, дардро нест кардан (яке танро зи беморӣ бисӯзад), **гӯши зард** – сафро, **гӯши сиёҳ** - савдо, лахт ва лахтаке – як қисм ё ҳиссаи чизе, андаке (ва пех аз гӯшт лахте сардтар дон).

Дар асар муодили вожа-истилоҳоти маъмули арабӣ калимаҳои ғайриистилоҳии тоҷикӣ корбасти шудааст: гавҳар – миҷоз, гармгавҳар, хуҳ – арақи бадан, хобдида – болиғ, частани чашм – ихтилоҷи чашм, банерӯ – қавӣ, хаста – маҷрӯҳ, дурустӣ – сиҳатӣ, худованди беморӣ – мариз, тарӣ – рутубат, хушкӣ – юбусат, паҳно – арз, жарф – умк, боло – иртифоъ, гуворидан – ҳазм кардан (имрӯз ба ҳамин маъно феъли **гувориш** бори истилоҳиро ба дӯш дорад), хев – луоб, чунбон – мутаҳаррик, бановар – думмал, гар – чараб, беҳ гардадаш кор – сиҳат шудан, хими оҳан – чароҳат, куҳан (куҳна) – музмин (гар ин иллат куҳан бошад), рағ гушодан, хун берун кардан – ҳиҷомат ва ғ. Ҳатто дар як байт истифода кардани як мафҳум бо ду истилоҳ низ дида мешавад: Гар аз хун бошад ин, софин **гушояш**, -Вагарна гӯ, **ҳиҷомат** кун зи пояш.

Дар истилоҳҳои **бусури зишт** (Бирезад з-он бусури зишт мӯяш) ва **боди зишт** калимаи *зишт*, ки тарҷумаи вожаи «**злокачественный**»-и русӣ ва «**Malignus**» - и лотинӣ **мебошад**, ҷолиби таваҷҷуҳ аст, зеро дар матнҳои имрӯзаи тиббии забони тоҷикӣ муродифҳои гуногуни калимаи мазкур (бадсифат, бадҳим, хабис, бохавф бохатар, табобатнашаванда, бадзот ва ғоҳ истилоҳи Cancer) ба назар мерасанд, ки боиси ҳалалдор шудани ҳамгунсозии системаи терминологияи забони тоҷикӣ мегарданд ва ба назари мо, барои ифодаи ин маъно истилоҳи «**зишт**» -ро ба сифати истилоҳ қабул кардан беҳтар аст.

Дар манзума калимаи **гармо** ҳам ба маънои **гармӣ** ва ҳам ба маънои **таб** (қавӣ гардад, шавад эмин зи гармо) ба кор рафтааст. Калимаи «**орзу**» маҷозан дар асар ба маънои хӯрок, таом омадааст (Ва на бар **орзу** бар сабр кардан), ки дар он давра ба ин маъно роиҷ будааст. Чунончи, дар «Шоҳнома» меҳонем: Чунин дод посух, ки аз беш хвард,

Магар **орзу** боз гардад ба дард.

Ҳар ойина, метавон гуфт, ки асари мазкур чӣ аз лиҳози услуби баён ва чӣ аз лиҳози фарогирии истилоҳоти соҳавӣ, махсусан истилоҳоти тиббӣ, тарзу усулҳои интиҳоб, сохтан ва мавриди истифода қарор додани истилоҳот, ғунҷонидани маънии дақиқи илмӣ дар ҷаҳорҷӯии истилоҳоти илмӣ хеле ҷолиб ва қобили паҷуҳиши амиқ мебошад. Мо бояд он воситаю имкониятҳои забони тоҷикиро, ки Ҳаким Майсарӣ ханӯз ҳазор сол муқаддам тавонистааст, бо истифода аз онҳо чунин як матолиби мураккаби илмиро на танҳо бо забони илмии фаҳмои тоҷикӣ, балки гузашта аз ин, ба сурати манзум баён кунад, омӯзем ва ба суди худ истифода барем.

Адабиёт

1. Дар бораи забони форсӣ. Маҷмӯаи мақолот. Техрон: 1375 ҳ.- 442 сах
2. Маҳмуди Начмободӣ. Таърихи тиб дар Эрон пас аз Исломи. Техрон: 1398 ҳ. – 1024 сах.
3. Ҳаким Майсарӣ. Донишнома. Дар зери таҳрири Маҳдии Муҳаққиқ. Техрон: 1398.-325 сах.
4. Муҳаммадхусайни Бурҳон. Бурҳони қотеъ. Душанбе: 1993. - 416 сах.
5. Даниленко В.П. Русская терминология: опыт лингвистического описания. М.: Наука, 1974. -264 с.
6. Сайид Исмоили Ҷузҷонӣ. Заҳираи Хоразмшоҳӣ. Техрон: 1380 ҳ. -399 сах.
7. Заҳро Каримӣ. Муаррифии манзумаи «Ҷрмеъ ул фавоид» -и Ҳаким Юсуфӣ, «Фаслномаи таърихи пизишкӣ» №24, соли 1394 ш.



НЕКОТОРЫЕ СТИЛИСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕРМИНООБРАЗОВАНИЕ В «ДОНИШНОМЕ» ХАКИМА МАЙСАРИ

Юсупов А. И.

Кафедра таджикского языка ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

В данной статье проводится анализ лексических особенностей терминообразования одного из древнейших медицинских трактатов-поэм, написанным Хакимом Майсари таджикском-дари языке под названием «Донишноме». В статье рассматриваются основные и отличительные особенности трактата и мастерство автора в плане использования и образования медицинских терминов на заре становления и формирования системы терминологии таджикского языка. Установлено, что в трактате, особенно в названиях болезней, анатомических терминах, названиях растений и других лекарственных средств, преимущественно используются заимствованные

медицинские термины арабского происхождения. Но при выражении действий частота использования собственно таджикских глаголов выше, чем заимствованных слов. Таким образом, Хаким Майсари своим трудом показал мощь и силу таджикского языка в написании медицинских трактатов, доказав, что таджикский язык, имея огромный запас медицинских терминов, способен быть языком науки.

Ключевые слова: термин, общеупотребительные термины, лексико-грамматические и семантические особенности, терминологизация.

SOME STYLISTIC FEATURES OF THE TERM FORMATION IN "DONISHNAM" BY HAKIM MAYSARI

Yusupov A. I.

Department of the Tajik Language of the State Educational Institution "Abuali ibni Sino State Medical University".

This article analyzes the lexical features of the term formation of one of the oldest medical treatises-poems written by Hakim Maysari in the Tajik-Dari language under the name "Donishname". The article examines the main and distinctive features of the treatise and the author's skill in using and forming medical terms at the beginning of the formation of the Tajik language terminology system. It is established that in the treatise, especially in the name of the disease, anatomical terms, plant names and other medicinal products, borrowed medical

terms of Arabic origin are mainly used. But when expressing action, the frequency of using Tajik verbs proper is higher than that of borrowed words. Thus, Hakim Maysari's work showed the power and strength of the Tajik language in the scientific style, in writing medical treatises, proving that the Tajik language, having a huge stock of medical terms, is capable of being the language of science.

Keywords: term, common terms, lexical-grammatical and semantic features, terminologization.

Юсупов А. И. - номзади илмҳои филология, дотсенти кафедраи забони тоҷикии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тел: 985 63 64 65.

Юсупов А. И. - кандидат филологических наук, доцент кафедры таджикского языка ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Тел: 985 63 64 65.

Yusupov A. I. -Candidate of Philological Sciences, Associate Professor of the Tajik Language Department of the Abuali Ibni Sino State Medical University. Phone: 985 63 64 65.

ЁДБУД



ПУЛОДОВ АЪЗАМ ТОҲИРОВИЧ

Пулодов Аъзам Тоҳирович 15 июни соли 1928 дар шаҳри Самарқанд, дар оилаи омӯзгор ба дунё омадааст. Соли 1949 факултети муолиҷавии Донишкадаи тиббии ба номи И.М. Сеченови шаҳри Москва муваффақона хатм карда, аз соли 1950 то соли 1996 дар Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино фаъолият намуда, аз вазифаи ординатори қаторӣ то дараҷаи профессорӣ ва узви вобастаи Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон камол ёфтааст. Пулодов Аъзам Тоҳирович - доктори илми тибб, профессор, Корманди шоистаи илми Тоҷикистон, узви вобастаи Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон, узви ҳақиқии ҷамъияти байналмилалӣи ҷарроҳони дунё, узви фахрии ҷамъияти ҷарроҳони Федератсияи Россия, узви фахрии ҷамъияти ҷарроҳони шаҳри Москва ва вилояти Москва мебошад. Ӯ ҳамчун олими пурқору донишманд ва табиби ҳозиқ дар ҷумҳурӣ ва кишварҳои хориҷӣ маъруфият дошта, асосгузори соҳаи ҷарроҳии кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистонаст мебошад. Зери роҳбарии бевоситаи ӯ соли 1964 соҳаи ҷарроҳии кӯдакон ва кафедраи ҷарроҳии кӯдакони Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино ташкил ёфт. Маҳорат ва қобилияти баланди ташкилотчигӣ, донишмандӣ, заковат ва

таҷрибаи бойи омӯзгории ӯро ба эътибор гирифта, ба вазифаи сарҷарроҳи Вазорати тандурустии Тоҷикистон, баъдан сармуҳарири маҷаллаи “Ниғаждории тандурустии Тоҷикистон” таъйин гардид. Ӯ дар вазифаҳои пурмасъули бар зимадоштаи худ аз соли 1965 то 1993 бомуваффақият кор намудааст. Соли 1993 бо заҳмат ва талошҳои зиёди устод якумин маротиба дар Ҷумҳурии Тоҷикистон Маркази ҷарроҳии статсионарии якрӯза дар таркиби клиникаи ҷарроҳии кӯдакони беморхонаи клиникӣ №3 ташкил карда шуд, ки дар он мутахассисони баландхисос кор ва фаъолият карда, мушкилиҳои кори шӯъбаҳои махсусгардонидашударо ҳел осон гардониданд. Ҳамин тавр, ташкил кардани соҳаи ҷарроҳии кӯдакон дар Тоҷикистон дар муддати кӯтоҳ зери сарвари Пулодов А.Т. ба як мактаби бузурги омӯзгорӣ, илмӣ ва тақмили ихтисоси кормандони соҳаи тандурустӣ табдил ёфт. Дар як муддати на он қадар дароз, дар ҳамаи вилоятҳо, ноҳияҳои ватанамон шӯъбаҳо ва марказҳои махсусгардонидашудаи ҷарроҳии кӯдакон ташкил карда шуд.

Пулодов А.Т. бо ҳамроҳии шогирдон ва ҳаммаслақонаш як қатор усулҳои нави таҳлили тиббӣ ва муолиҷавиро дар соҳаи ҷарроҳии кӯдакон ихтироъ кардаанд, ки барои расонидани муолиҷаи баландхисоси соҳавӣ натиҷаҳои хубро ба даст овардаанд. Алалхусус, он усулҳои таҳлили ва муолиҷавие, ки барои омӯзиш, пешгирӣ ва роҳҳои муолиҷавие, ки ба беморони мубталои бемориҳои сангҳои пешоббарор, эхинокаккоз, перикардитҳои фасодӣ, остеомиелити гемогенӣ, сухтани сурхрӯда, беҳисгардонӣ ва эҳёи кӯдакони бемор кашф гардида, пешбинӣ шуда буданд, то ба имрӯз ҳам дар самти ҷарроҳони кӯдакони тиббии тоҷик мавриди истифода қарордоранд.

Устоди нотақрор ва олими машҳури соҳаи ҷарроҳии кӯдакон – Пулодов А.Т. тӯли солҳои 1964 - 1996 вазифаи мудирӣ кафедраи ҷарроҳӣ ва эҳғарию беҳисгардонии кӯдакони Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Синоро



ба уҳдадоштаанд. Аз соли 1996 то охири ҳаёт дар шаҳри Москваи Федератсияи Россия умр ба сар бурданд. Аз ҷумлаи дӯстон, ҳамсафон ва ҳаммаслақони он кас академики Академияи илмҳои тибби Россия Исаков Ю.Ф., профессорон РошалЛ.Г., Разумовский А.Ю. ва дигарон он касро гарму ҷӯшон қабулкарда, ҳамчун сармутахассиси корҳои илмии Донишгоҳи педиатрияи Маркази миллии пажӯҳишгоҳи тиббии саломатии кӯдакони Академияи илмҳои тибби Россия, ки дар зертобеи беморхонаи кӯдакони клиникии №20 ба номи К. Тимерязев қарор дорад, қабул кардаанд, ва он кас то охири ҳаёти худ дар ин даргоҳи илму маърифати Россия, бошарафона, фаъолияти илмию эҷодӣ ва таълимии худро идома доданд. Ҳамчунин, дар баробари фаъолияти илмию табобатӣ дар соҳаи тиб, Пулодов А.Т. то охирҳои умри худ узви ҳайати таҳририяи маҷаллаи “Чарроҳии кӯдакон” буданд. Пулодов А.Т. муаллифи зиёда аз 550 корҳои илмӣ оид ба масъалаҳои гуногуни соҳаи чарроҳии кӯдакон ва чарроҳии умумӣ, 10-то монография, қисмҳои китоби дарсӣ бо забони тоҷикӣ барои донишҷӯёни ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино мебошанд. Зери роҳбарии он кас 33 рисолаи номзадӣ ва 3 рисолаи докторӣ Ҳимоя карда шудааст. Қобилияти корӣ, ташкилотчигӣ, илмӣ ва нисбат ба худ ва шогирдон серталабии он касро ба эътибор гирифта, дар байни оммаи тибб қиссаву ривоятҳое пайдо шуда буданд, ки аз истеъдоди баланди худододи он кас гувоҳӣ медоданд. Аз ҷумла бо маҳсул будани кор, интизومي сохти корӣ, роҳнаводан ба амалҳои номатлуб дар кор, софдилона хизмат кардан ба халқ, миллат ва давлат, тарбия кардани кадрҳои баландхатисоси соҳаи чарроҳии кӯдакон, аз ҷумла хатмкунандагони лаёқатманди ДДТТ вағайра.

Ҳамчунин, қобилияти корӣ, эҷодӣ ва илмии он касро ба эътибор гирифта, олимони машҳури Россия, аз ҷумла Рокиский М. – ҷонишини раиси Комитети нигоҳдории тандурустӣ ва варзиши Думаи давлатии Федератсияи Россия дар маҷаллаҳои библиографии шаҳри Москва бахшида ба 75-солагии

он кас мақола чопкарда буд.

Бояд зикр кард, ки Пулодов А.Т. ҳамчун шахсияти таърихӣ, асосгузори чарроҳии кӯдакон дар Тоҷикистон, тамоми лаҳзаҳои бехтарини умри худро сарфи рушди ин соҳа ва тарбияи кадрҳои баландхатисос кардааст. Ҳамин буд, ки ҳоло соҳаи чарроҳии кӯдакон дар Тоҷикистон яке аз соҳаҳои пешрафтаи тиб мебошад.

15-уми июни соли 2023 чарроҳони кӯдакони Тоҷикистон бо ҳамаи ҳаммаслақони ин соҳа дар қаламрави ИДМ 95-солагии мавлуди устои нотақрорро таҷлил карданд. Боиси ифтихор аст, ки он корҳои лмию амалие, ки устод пешниҳод кардаанд, ҳамарӯза дар корҳои илмию амалӣ ҳамчун дастури амал истифода дабурда, такмил дода мешаванд.

Оре, шахсе, ки худро фидои ҷомеа, насли башар ва некхоҳиву хайрхоҳӣ кардааст, абдан дар қалби наслҳои макон мегирад ва аз ёдҳои зудуда нахоҳад шуд.

Сабти номи хештан дар санги хоро шарт нест,

Зинда он номе, ки дар дилҳои мардум ҷо гирифт.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал”, кафедраи чарроҳии умумии №1 МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино.



ҚАҲҲОРОВ АБДУРАУФ НОСИРОВИЧ

Профессор Қаҳҳоров Абдурауф Носирович 22 сентябри соли 1933 дар шаҳри Хучанд, дар оилаи мутахассиси соҳаи пиллапарварӣ Абдуқаҳҳор Носиров таваллуд шудааст. Бобокалонашон Ҳоҷӣ Мансур, бобояшон Ҳоҷӣ Нусрат ва падарашон Абдуқаҳҳор пиллапарвар ва абрешимдорони моҳири Осиё Миёна буданд. Бобои модарашон Абдуқодир ва модарашон Бибинусрат қолинбофони моҳири замони худ буданд. Солҳои 1932-1947 падарашон дар ташкил намудани соҳаи пиллапарварӣ дар минтақаҳои ҷануби ҷумҳурӣ саҳми арзанда гузоштаанд. Баъди хатми мактаби миёна ба номи Луначарский ба Омӯзишгоҳи тиббии шаҳри Хучанд дохил шуда, онро бомуваффақият хатм намуд. Баъдан таҳсилашро дар Донишқадаи давлатии тиббии Тоҷикистон идома дода, онро соли 1958 хатм кардааст. Пас аз хатми донишқада ӯро барои таҳсил ба аспирантураи назди Донишгоҳи тиббии №1 ба номи Н. М. Сеченови шаҳри Москва равон карданд. Дар донишгоҳи мазкур солҳои 1958- 63 зери роҳбарии лимфологи машҳури Иттиҳоди Шуравӣ Жданов Д. А. рисолаи номзади илми тибро дар мавзӯи «Хусусиятҳои мавзеи рағҳои лимфагард ва хунгарди рӯдаи борик» Ҳимоя намуд. Баъд аз хатми ординатура дар солҳои 1964-77 ба ҳайси ассистенти кафедраи ҷарроҳии

умумии факултети муолиҷавии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино ба фаъолият оғоз кардааст. Соҳиби 3 фарзанд мебошад.

Солҳои 1977 - 1981 ба ҳайси дотсенти кафедраи ҷарроҳии умумии факултети педиатрии фаъолият карда, соли 1978 дар мавзӯи «Тағйироти морфологӣ ва вазоифи ҷигар хангоми бемории холетсиситит» рисолаи доктори илми тибро Ҳимоя намудааст. Аз соли 1981 то 2003 вазифаи мудирӣ кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ва бемориҳои ҷарроҳишавандаи факултети стоматологии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Синоро иҷро намудааст.

Бо таъйин шудани ӯ ба ин вазифа кафедра аз бинои Маркази ҷарроҳии қафаси сина ба ҷои пештарааш- бинои беморхонаи шаҳрии №5 кӯчид.

Дар он вақт ассистентони кафедра Азимов А. Ҳ., Абдурахимов А. Р., Нурхонов Б. М., Турский В. Г., профессор Костин В. С. ва духтурон Шагаров А. М., Муҳаммадиев С. М., низ бо кафедра ба БКШ № 5 гузаштанд.

Баъдан, дар қатори ин омӯзгорони ботаҷриба ба қори кафедра омӯзгорони ҷавон Боймуродов О. С., Мадалиев И. Н., Саидов А. С., Сарбаев С., Файзуллоев А. Ҳ., Вознюк И. В., Носиров Қ. Н., Иброҳимов О. ва Ҳакимов Ғ. Ҳ. низ ҷалб карда шуданд. Аз соли 1994 ба кафедра ҷарроҳон аз шаҳри Кӯлоб Гулов М. Қ. ва Қурбонов К.М. даъват карда шуданд.

Профессор Қаҳҳоров А.Н. аз рӯзи аввали ба ин вазифа таъйин шуданашон раванди таълимо дар мадди аввал гузошта, дар ин масъала нисбат ба ассистентон саҳтгир буданд. Ҳама барномаҳои таълимии фанни ҷарроҳии умумӣ таҳлил ва бознашр карда шуданд. Яке аз аввалин профессорони донишгоҳ буданд, ки аз рӯзҳои аввали соҳибистиклолии кишварамон раванди таълимо дар донишгоҳ бо забони давлатӣ ба роҳ монданд. Бо ин мақсад китоби дарсии фанни «Ҷарроҳии умумӣ» ва китоби «Нигоҳубини беморон дар шӯъбаи ҷарроҳӣ»-ро бо забони давлатӣ таълиф намуда, ба таъриф расониданд. Ба ғайр аз ин, барои ординатороне, ки аз кишвари Афғонистон дар ка-



федраи мо таҳсил мекарданд, китоби «Усулҳои ҷарроҳии решмаразӣ меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта»-ро бо ҳуруфи форсӣ таҳия ва пешниҳод намуданд.

Фаъолияти ҷарроҳии Қаҳҳоров А. Н. доманатор буда, муолиҷаи ковокии шикам, кафаси сина, гадуи сипаршакл ва проктологияро дар бар мегирифт. Ӯ усулҳои нави ҷарроҳии бемории ҷоғар ва бурриши меъда ро пешниҳод намуд. Барои табобати бемориҳои фасодӣ марҳами махсуси худро бо номи «Марҳами Қаҳҳоров» таҳия кард.

Бо ташаббуси Қаҳҳоров А. Н. дар ҷарроҳии ҷумҳурӣ соҳаи нави колопроктология ташкил карда шуд. Қаблан дар ин соҳа бо сабаби дар кишварамон мавҷуд набудани мутахассисон беморон дар шӯъбаҳои ҷарроҳии умумӣ табобат меёфтанд, ки натиҷаҳои табобат чандон қаноатбахш набуданд. Бо ин мақсад, бо тавсияи устод Қаҳҳоров А.Н. як гурӯҳи ҷарроҳони ҷавон, аз ҷумла Боймуродов О. С., Холов Қ., Ёқубов У., Вознюк И. В., Файзуллоев А. Х., Ҷӯраев Ҳ. ва Саидов А. С. барои омӯзиши ин соҳа ба Маркази илмӣ проктологии Федератсияи Россия фиристода шуданд.

Бо ташаббуси бевоситаи Қаҳҳоров А.Н. дар беморхонаҳои вилоятии шаҳри Бохтар, Хучанд ва Кӯлоб шӯъбаҳои колопроктологӣ таъсис дода шуданд.

Баъдан дар шаҳри Душанбе Маркази шаҳрии колопроктологӣ ташкил карда шуда, Полвонов Ш.Б. - яке аз шогирдони профессор Қаҳҳоров А.Н.- аввалин директори марказ таъйин шуданд.

Тахти сарвари профессор Қаҳҳоров А.Н. аввалин конференсияи илмӣ- амалии колопроктологони ҷумҳурӣ бо иштироки проктологҳои машҳури Иттиҳоди Шуравӣ баргузор шуд. Аз соли 1988 то соли 1989 конференсияи ҷарроҳони Осиёи Миёна дар шаҳри Душанбе баргузор мешуданд.

Қаҳҳоров А.Н. соли 1994 академики Академияи байналмиллалии антропологияи интегративӣ ва соли 1995 узви вобастаи Академияи байналмиллалии мактабҳои олии интихоб шуда буд.

Профессор Қаҳҳоров А.Н. дар самти тайёр намудани кадрҳои илмӣ ҳиссаи босазо

дорад, шогирдони устои фозил - Мадалиев И.Н., Юсупова Ш.Ю., Саидов А.С., Иброҳимов О., Носиров А.Н., Файзуллоев А.Х., Муҳаббатова Қ. Қ., Полвонов Ш.Б., Пиров Б., Қаҳҳорова Р.А., Ҷӯраев Ҳ., Музаффаров С., Шукуров У., Назаров Б., Ҷумабоев Б. ва дигарон дар мавзӯҳои муҳталифи марбут ба проктология пажӯҳишҳои арзанда анҷом дода, рисолаҳои илмӣ номзадӣ ва доктории илми тибро дифоъ намуданд.

Дар умум, дар давраи роҳбарии профессор Қаҳҳоров А.Н. дар кафедра 3 рисолаи докторӣ, 14 рисолаи номзадӣ ҳимоя карда шудааст.

Абдурауф Носирович на танҳо дар байни шогирдон ва ҳамкасбону донишҷӯён, балки дар байни беморон низ маҳбубияти хос доштанд, эшонро барои хислатҳои наҷибашон, аз қабилӣ меҳрубонӣ, ғамхорӣ ва ҳоксориву саховатмандӣ дар тамоми нуқтаҳои кишвар мешинохтанд ва эҳтиром мекарданд.

Қаҳҳоров А.Н. соли 2005 ба нафақа баромада, якчанд муддат дар Маркази шаҳрии колопроктология ва дар кафедраи амалии ҷарроҳӣ ва анатомияи топографӣ кор карданд. Солҳои охири умрашонро дар шаҳри Хучанд гузаронида, соли 2018 дар ҳамон ҷо вафот карданд. Ёди неки ин марди шариф дар қалби ҳамкорону ҳамкасбон ва дӯстону шогирдонашон то абад боқӣ хоҳад монд.

*Баъд аз вафот турбати мо аз замин маҷӯ,
Дар синаҳои мардуми ориф мазори мо*

Роҳбарияти МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал”, кафедраи ҷарроҳии умумии №1 МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”.

**ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО****Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"
Пешниҳод намудани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:**

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 14 Times New Roman Tj, ҳошияҳо 2,5 см ва фосилаи байни сатрҳо 1,5 мм хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи варақ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электронии мақола пешниҳод гардад.
2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои ҷудогонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 12 саҳифа зиёд набоянд.
3. Пешниҳод кардани Шохиси УДК (индекси мазкурро аз дилҳо 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, мубрамиёт ва қаблан чоп нашудани мақола бояд зикр шавад.
6. Дар аввали мақола унвони он (бо хуруфи Caps Lock сиёҳ), ному насаби муаллиф (нимсиёҳ), номи ҳуқуқи муассиса оварда шавад. Дар охири мақола бо ду забон (русӣ ва англисӣ) маълумот дода шавад. Агар шумораи муаллифон аз 4 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.
7. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, муҳиммият (дар ҳаҷми на бештар аз 1 саҳифа), мақсад, мавод ва усули таҳқиқ, натиҷаҳо ва баррасии онҳо, хулоса, номгӯи адабиёт, суроға барои мукотибот. Аннотатсия (резюме) бояд мазмуни мақоларо дар шакли фишурда ифода кунад. Дар асоси аннотатсия калимаҳои калидӣ на камтар аз 7 то 10 калима ё ибора нишон дода шаванд.
8. Ҳамаи формулаҳо бояд ба таври ҷиддӣ санҷида шуда ва дуруст бошанд. Агар маълумотҳои бо рақам ифодакардашуда зиёд бошанд, онҳоро дар шакли ҷадвал ворид кардан зарур аст. Ҷадвалҳо, диаграммаҳо ва расмҳо бояд мӯъҷаз, ифодаҳо возеҳу равшан, бе ихтисора ва ба забони тоҷикӣ бошанд.
9. Иллюстратсия (ороиш) -ҳо бояд дақиқу возеҳ ва мушаххас бошанд, овардани шарҳ ва ифодаҳои тартибӣ (бо ҳарф ё рақам) ва навиштаҷоти зери расмҳо ҳатмист.
10. Номгӯи адабиёт дар мақолаҳои оригиналӣ бояд аз 20 адад бештар набояд, рақамгузори сарчашмаи адабиёт мувофиқи тартиби дар матн иқтибосшудани онҳо оварда шавад. Рӯйхати адабиёти истифодашуда бояд дар асоси талаботи ГОСТ 7.1-2003 ва ГОСТ 7.0.5-2008 таҳия гардад. Масъулияти дуруст будани маълумот танҳо ба уҳдаи муаллиф вогузор мешавад.
11. Маълумот дар бораи муаллиф ё муаллифони мақола (ҷойи кор ва вазифаи муаллиф, суроға, телефонҳо барои тамос, почтаи электронӣ) дар шакли пурра бо се забон (тоҷикӣ, русӣ, англисӣ) оварда шавад. Ҳаммуаллифӣ бояд аз се нафар зиёд набояд.
12. Талаботи имлои забони тоҷикӣ ба таври қатъӣ риоя карда шавад.
13. Мақолаҳои қаблан дар нашрияҳои дигар чопшуда қабул карда намешаванд.
14. Идораи маҷалла ҳуқуқи тақриз ва таҳрири мақоларо дорад.

**Мақоларо ба суроғаи зерин фиристонед: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон,
ш. Душанбе, ноҳияи Сино 29-31, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»,**

Идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"

*Ба чопаш 15.11.2023 имзо шуд. Андозаи 60x84 1/16
14 ҷузъи чопӣ. Адади нашр 100 нусха.*