



## 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-июни 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 |
| Раҳмонов Э.Р.    | - д.и.т., дотсент   |
| Саидов Ё.У.      | - д.и.т., дотсент   |
| Миралиев С.Р.    | - д.и.т., дотсент   |
| Азизов Г.Қ.      | - д.и.т.            |
| Субҳонов С.С.    | - н.и.т., дотсент   |
| Бобоева Л.А.     | - н.и.т., дотсент   |
| Раҷабов Г.О.     | - н.и.б., дотсент   |
| Назаров М.Н.     | - н.и.б., дотсент   |
| Холбеков М.Ё.    | - н.и.б., дотсент   |

## Нашри ҷорӣ: № 3 (44) 2021

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

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

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

## ШҶҶҶҶ 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-zuhal.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 |
| Раҳмонов Э.Р.    | - д.м.н., доцент    |
| Саидов Ё.У.      | - д.и.т., доцент    |
| Миралиев С.Р.    | - д.м.н., доцент    |
| Азизов Г.Дж.     | - д.м.н.            |
| Субхонов С.С.    | - к.м.н., доцент    |
| Бабаева Л.А.     | - к.м.н., доцент    |
| Раджабов Г.О.    | - к.б.н., доцент    |
| Назаров М.Н.     | - к.б.н., доцент    |
| Холбеков М.Ё.    | - к.б.н., доцент    |

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

|                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| Гадоев Б.Ш.,       | 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 (44) 2021**

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

### АКУШЕРӢ ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

|                                                                                                                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Абдуллаева Н.Ш., Аминов Ҳ.Ҷ., Зурхолова Ҳ.Р. Арзёбии таъсири сирояти ВНМО ба инкишофи тифл дар давраи антенаталӣ, интранаталӣ ва неонаталӣ.....                                | 6  |
| Давлатова М.Ф. Ҳолати акушерӣ-соматикии занони ҳомилаи дорои хадшаи бачадон ҳангоми ҳомилагӣ ва баъди амалиёти кайсариин такрорӣ.....                                          | 9  |
| Муҳаммадиева С.М., Қурбонов Ш.М., Юнусова Д.З. Таҳлили сифати расонидани ёрии тиббӣ ба занони ҳомила, таваллудкунанда ва таваллудкардаи гирифтори оризаи хунравии акушерӣ..... | 16 |

### БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

|                                                                                                                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Саидмуродова Г.М., Мамадҷонова Г.С., Саидова А.З., Ҷонибеки Р.И. Хусусиятҳои ҷараёни ларинготрахеити стенозкунандаи шадид дар кӯдакони хурдсол бо сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ..... | 23 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

### БЕҲДОШТИ МУҲИТИ ЗИСТ

|                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Пиров Д.Д. Ҳалли масъалаи кариесҳои дандон тариқи омӯзиши норасоии ҷузъҳои минералӣ дар об.....       | 27 |
| Хайров Ҳ.С., Шарипов С.Ф. Фарбеҳӣ дар байни мардҳои синну соли 40-59- солаи шаҳри Душанбе ва НТҚ..... | 30 |

### ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

|                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Исоева М.С., Қурбонбекова П.К., Саидинова Т.О. Хусусият ва ҷараёнҳои клиникаи лейшманиози пӯст дар шароитҳои иқлими гарм..... | 35 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

### ЛОР

|                                                                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Назаров З.Х., Махмудназаров М.И., Шоев М.Д. Норасоии калтсий ва фосфор дар кӯдакони гирифтори қашавии миёндевори бинӣ..... | 38 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

### ОНКОЛОГИЯ

|                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Сайфутдинова М.Б. Таъсири ҷанбаи синнусолӣ ва синдроми метаболикӣ ба ҷараёни саратони эндомиетрия..... | 43 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

### ОФТАЛМОЛОГИЯ

|                                                                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Фуркатзод Ф., Каримзода Ҳ.Ҷ., Махмадзода Ш.К. Истифодаи ҷарроҳии сиклодеструктивии намудҳои гуногуни глаукома..... | 49 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

### ПЕДИАТРИЯ

|                                                                                                                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Зурхолова Ҳ.Р. Абдуллаева Н. Ш. Салимов Ҳ. Тавсифи осебёбии сохтори системаи асаби кӯдакони бо ВНМО-сироятёфта.....                                                 | 53 |
| Қурбонов Н.Б., Ҷураев М.Н., Қурбонова Р.Н. Оид ба полипрогмазияи кӯдакон.....                                                                                       | 57 |
| Фатхуллоев З.К., Раҳматова Р.А., Кодирова Ҳ.Р., Набиев З.Н. Пешгирӣ ва табобати сардари баъди пунксионӣ ҳангоми гузаронидани анестезияи передуралӣ дар кӯдакон..... | 60 |

### ПСИХИАТРИЯ

|                                                                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Маликов Н.В, Шаропова Н.М. Таҳлили синнусолӣ ва хусусиятҳои клиникаи беморони муассисаи наркологӣ бо вобастагӣ аз машруботи спиртӣ дар шаҳри Душанбе..... | 63 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

**СТОМАТОЛОГИЯ**

|                                                                                                                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Салимов Б.А., Қосимов М.М., Турсунова Х.Р.</b> Ташкил ва сифати ёрии стоматологӣ ва хадамоти ҷарроҳии ҷоғу рӯй дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.....                                              | 71 |
| <b>Тохтаходжаева С.Т., Уманова Н.Э., Тагаева Ш.О., Бузургова М.Р.</b> Пешгирии оризаҳо дар раванди муолиҷаи эндодонтӣ.....                                                                  | 76 |
| <b>Ҷонибекова Р.Н., Абдурахимов А.Х., Олимов А.М., Абдурахмонов А.З., Рахимов Н.М.</b> Таҳлили нуқсонҳои модарзодии лабу ком дар шароити шӯъбаи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи кӯдакон ва наврасон..... | 80 |

**ТИББИ ОИЛАВӢ**

|                                                                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Ёдгорова М.Ҷ. Баротов И.И., Мукарамова Д.А.</b> Синдроми пас аз ковид дар беморони сирояти COVID-19 –ро аз сар гузаронида дар фаъолияти табиби оилавӣ..... | 84 |
| <b>Носирова М.П., Ёдгорова М.Ҷ.</b> Сохтори бемориҳои кардиологии кӯдакон мувофиқи маълумоти мурочиаткунӣ.....                                                | 87 |

**ТИББИ НАЗАРИЯВӢ**

|                                                                                                                                                        |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Носирҷонова Х.Р.</b> Иртиботи мутақобилаи стресси оксидӣ бо ҳолатҳои мембранаҳо ва нишондиҳандаҳои эндотелия дар беморони гирифтори сили шушҳо..... | 91  |
| <b>Ҳомидҷонова Х.Д.</b> Тағйирёбии баъзе нишондиҳандаҳои антропометрии донишҷӯён ҳангоми никоҳи ҳешутабории падару модар.....                          | 96  |
| <b>Шарипов Ҳ.Ю., Тағойқулов Э.Х., Давлатова Ш.Х., Мавлонов М.А.</b> Баъзе тавсифҳои патоморфологии ҳосилаҳои гиреҳии гадуди сипаршақл.....             | 100 |

**ҶАРРОҲӢ**

|                                                                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Гулаҳмадов А.Д., Шарипов У.А., Рафиев Х.А., Норов Ф.Х., Сафаров Д. М.</b> Таҷрибаи истифода аз биостентҳои коронарӣ дар табобати беморони гирифтори БИД..... | 104 |
| <b>Неъматуллоҳ Фитнат, Абдуллоҳ Дармон Раҳимзода.</b> Арзёбии эпидимилужики тарзизоти садр дар шифохонаи ҳавзаи балх тайи нимаи аввали соли 1398/2020.....      | 108 |
| <b>Раҳмонов Ш.Ҷ., Шамсзода Х.А., Шерназаров И.Б., Бобоев Т.Х.</b> Аввалин ҷарроҳии муваффақи атрезияи сурхрӯда дар Тоҷикистон.....                              | 115 |
| <b>Исматуллоҳ Пупал, Ночиҳ Пупал.</b> Инзори ду бо ҷаҳор печ дар сихи дохили канали азмӣ тадовии кусури қисмати мутаваассити ҷисми қасаба.....                  | 119 |
| <b>Назарзода Ф.Н., Мухсинзода Ғ.М., Қодиров Ф.Д., Қаҳоров М.А.</b> Перитонити баъдазҷарроҳӣ ҳамчун оризаи ҷарроҳии лапароскопӣ.....                             | 125 |

**ФАРМАКОЛОГИЯ**

|                                                                                                                                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Қаландарзода Ё.Қ.,</b> Таълимоти Абӯалӣ ибни Сино ва Абурайҳон Берунӣ дар бораи маводҳои доруворӣ ва аҳамияти онҳо барои тибби муосир..... | 130 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

|                                                                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Бозорова Л.А., Бозорова Л.М., Ҳасанова З.М.</b> Нгоҳи муосир ба насли ҷавони Тоҷикистони соҳибистиклол..... | 137 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

**ҒАЙРИТИББӢ**

|                                                                                                                                                       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Ибронов С.С., Сирочиддинов М.Э., Сафаров С.К.</b> Таҳияи тестҳо аз фанни физика барои баланд бардоштани сифати дониши хонандагон ва донишҷӯён..... | 142 |
| <b>Начмиддинова Д.М., Мухаммадиева З.А.</b> Ташаккули салоҳият ва фарҳанги нутқи донишҷӯён дар машғулиятҳои забони англисӣ.....                       | 146 |



|                                                                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Юлдошева З.И.</b> Муносибати босалоҳият дар таълими осори насрии Садриддин Айни дар курси хониши эзоҳӣ..... | 151 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

### ШАРҲИ АДАБИЁТ

|                                                                                                                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Абдувоҳидов Б.У., Пулотов О.Н., Дехқонов О.Х.</b> Оптимизатсияи тактикаи реваскуляри-<br>затсияи миокард дар беморони гирифтори бемории ишемикии дил..... | 158 |
| <b>Мирзоалӣ Н.Т., Раҷабова З.А.</b> Банақшагирӣ ва оптимизатсияи кормандони тиббӣ ва фар-<br>масевтӣ.....                                                    | 163 |
| <b>Саидзода Б.И.</b> Таърихи ташаккулёбӣ ва рушди хадамоти дерматовенерологӣ дар Ҷумҳу-<br>рии Тоҷикистон.....                                               | 171 |
| <b>Табаров М.С., Шукуров Ф.А., Тоштемирова З.М., Хурсанов Н.М.</b> Хусусиятҳои функцио-<br>налии эндотел ҳангоми бемориҳои ишемикии дил.....                 | 179 |
| <b>Аз ҳаёти олимони маъруф.....</b>                                                                                                                          | 186 |
| <b>Чашнвора.....</b>                                                                                                                                         | 187 |

## АКУШЕРӢ ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

### АРӢБИИ ТАЪСИРИ СИРОЯТИ ВНМО БА ИНКИШОФИ ТИФЛ ДАР ДАВРАИ АНТЕНАТАЛӢ, ИНТРАНАТАЛӢ ВА НЕОНАТАЛӢ.

Абдуллаева Н.Ш.,<sup>1</sup> Аминов Ӣ.Ӣ,<sup>2</sup> Зурхолова Ӣ.Р.,<sup>3</sup>

- 1.МД “Маркази илмӢ-клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакона”.
- 2 МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино”.
3. МД “Пажӯҳишгоҳи илмию тадқиқотии акушерии гинекологӢ ва перинатологӢ”

**Муҳимият.** Вируси норасоии масунияти одам то ҳол ба ҷанбаҳои тиббӣ, демографӣ, иҷтимоӣ-иқтисодӣ ва сиёсии ҷомеа таъсири амиқ мерасонад.

Дар раванди омӯзиши назорати эпидемиологии сирояти ВНМО дар кишвари мо маълум гардид, ки тамоюли афзоиши паҳншавии сирояти ВНМО, бештар дар байни занони ҳомиладор ба назар мерасад. Ин далел зарурати ғавқуллодаи омӯзиши омилҳои хавфро, ки ба ҷараёни ҳомиладорӣ, таваллуд ва билохир ба ҳолати тифле, ки аз зани ВНМО-сироятёфта таваллуд мешавад, ба миён меорад. Яқчанд роҳи интиқоли вирус аз модар ба кӯдак маълум аст: тамосӣ-тамос бо хуни модар ва луобпардаҳои маҳбал (дар давраи интранаталӣ), ба воситаи ҳамроҳак (антенаталӣ) ва ба воситаи шири сина (неонаталӣ).

Дар айни замон далели маълум ин аст, ки дар шароити интиқоли перинаталии сирояти ВНМО дар кӯдакон аломатҳои клиникии ба худ хос, аксаран дар шакли вазнин ҷараён мегирад. Ин кӯдакон хело ҳассос буда, бадани онҳо ба сироятпазирӣ бештар моил аст: дар ин кӯдакон зуд-зуд бемориҳои сирояти шадиди роҳҳои нафас, баъзан дар шакли вазнин, ки ба марги кӯдакон оварда мерасонад, мушоҳида мешавад. Манбаи асосии сироят барои кӯдакони навзод модарони онҳо ба ҳисоб мераванд, ки ҳомили вирусии норасоии масунияти одам ё ин ки бемори БПНМ (бемории пайдошудаи норасоии масуният) мебошанд.

Аксарияти кулли занони аз ВНМО-сироятёфта (90%) дар синну соли ғайри қобили таваллуд (15-49 солагӣ) қарор доранд.

Нишондиҳандаи паҳншавии сирояти ВНМО дар байни ҳомилаҳо дар сатҳи баланд ба қайд гирифта мешавад ва чун на-

тиҷаи ин омил-таваллуди кӯдакони гирифтори сирояти ВНМО шуда метавонад. Дар дунё фисади бо тарзи перинаталӣ интиқоли сирояти ВНМО то 5,0%-ро ташкил медиҳад. Эҳтимолияти интиқоли вирус аз модар ба кӯдак дар давраи перинаталӣ меафзояд, ки ин ба тамоси бевосита бо хуни модар, инчунин бо қабатҳои луобии роҳҳои зоиш вобастагӣ дорад.

Имконияти тавлиди кӯдаки ВНМО-манфӣ аз 14 то 41%-ро ташкил медиҳад. Далели мазкур дар аксари мавридҳо сабаби нигоҳ доштани ҳомиладорӣ шуда метавонад ба шарте, ки табобати антиретровирусӣ (ТАРВ) гузаронида шавад.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Дар тадқиқоти мо таҳлили ретроспективии қортҳои тиббии 42 кӯдаки аз модарони гирифтори сирояти ВНМО таваллудёфта, ки дар қайди МД “Маркази мубориза бо ВНМО шаҳри Душанбе” қарор доштанд, гузаронида шуд.

Кӯдакон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи 1-ум, кӯдаконе, ки дарҳол баъди таваллуд ба онҳо таҳлили сирояти ВНМО гузошта шудааст ва гурӯҳи 2-юм, кӯдаконе, ки дар онҳо ҳанӯз таҳлили сирояти ВНМО тасдиқ нашудааст.

Таҳлис дар асоси ҷенақҳои зерин гузошта шуда буд: маълумотҳои собиқаи воғирӣ, натиҷаҳои таҳлилҳои серологӣ барои ВНМО (ЗРП барои КРН ва КДН ВНМО), натиҷаи санҷишҳои иммунологӣ. Аз руи натиҷаҳои таҳлилҳо кӯдакон ба қайди диспансерии МД “Маркази мубориза бо ВНМО шаҳри Душанбе” гирифта шудаанд.

Раванди назорат ва табобати кӯдаконе, ки дар қайди диспансерӣ қарор доштанд, ва кӯдаконе, ки аз руи собиқаи ҳаёт бо модарони гирифтори сирояти ВНМО дар тамос буданд, аз руи талаботҳои протоколҳои кли-



никӣ, ки аз тарафи Вазорати тандурустӣ ва хифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон тасдиқ шудаанд, гузаронид шуд. Таҳлилҳои клиникаю озмоишгоҳӣ ва асбобии кӯдакон аз руи стандарти расонидани ёрии тиббӣ ба кӯдакони гирифтори вируси норасоии масунияти одам гузаронида шудааст. Дар ҷараёни таҳлил ба ҳолати саломатии кӯдакон бо мониторинги маълумотҳои асосии антропометрӣ баҳогузорӣ карда шуд, инчунин арзёбии инкишофи ҷисмонии кӯдакон гузаронида шуд. Ба таҳлили собиқаи беморӣ, собиқаи воғирӣ ва ҳаёт, усулҳои умумиклиникии тадқиқот диққати махсус дода шуд.

**Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо.** Басомади баланди гестозҳо ва бемориҳои ҳамрадифи сироятӣ модар ба интиқоли бармаҳали сирояти ВНМО ба кӯдак мусоидат менамояд.

Ҳангоми арзёбии нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонӣ дар тадқиқот аз тарафи мо боздори инкишофи дохилибатнии ҷанин дар шакли гипотрофия (41,3%), алоими камхунӣ (49,5%) ва нуқсонҳои модарзодии инкишоф дар (13,1%) ҳолатҳо муайян карда шуд. Дар (37,3%) ҳолатҳо наводон камвазн таваллуд шудаанд. Аз ин шумора (24%) бо вазни то 2500 г ва (7%) аз 2000 г кам таваллуд шудаанд. Бо вазни хело кам (6%) кӯдакон таваллуд шудаанд. Бо вазни аз 2500 г зиёд (63%), аз ин шумора-бо вазни 3000г- (33%), вазни 3500 г (27%) ва бо вазни 4000г ва зиёда (3%) таваллуд шудаанд.

Ченаки таъхисии Апгар имконият медиҳад, ки аз дақиқаҳои аввали ҳаёт дараҷаи аёнияти асфиксияи наводон арзёбӣ гардад. Нишондиҳандаҳои ченаки Апгарро дар байни гуруҳҳои тадқиқотшаванда қиёс намуда,

мо маълум намудем, ки ҳолати наводони гуруҳи якум ҳангоми таваллуд нисбати кӯдакони гуруҳи дуюм бадтар будааст. Ҳамин тариқ дар байни кӯдакони гуруҳи якум ва дуюм дар ҳолати асфиксияи вазнин (аз 4 ҳол кам)-3 кӯдак (14,2%) ва 2 кӯдак (9,6%) мутаносибан таваллуд шудаанд.

Асфиксияи дараҷаи миёна дар 4 (19,0%) ҳолати гуруҳи якум ва 3 (14,2%) ҳолати гуруҳи 2-юм ошкор гардид, асфиксияи дараҷаи сабук дар гуруҳи якум-12 (57,1%) ва гуруҳи 2-юм-13 (61,9%). Бе ҳолати асфиксия дар гуруҳи якум-2 кӯдак (9,6%) ва дар гуруҳи 2-юм-3 кӯдак (14,2%) таваллуд шудаанд.

**Хулоса.** Бемориҳо дар наводоне, ки тамоси перинаталӣ бо ВНМО доранд, дар шакли вазнин ҷараён гирифта, вазнинии он на танҳо ба шакли нозологӣ ва бемориҳои ҳамрадиф (норасид, асфиксияи вазнин ҳангоми таваллуд) вобастагӣ дорад.

Норасоии масуният дар шароити интиқоли перинаталии сироят ба пастшавии муқовимати организм оварда, эҳтимолияти гирифтورشавӣ ба бемориҳои сироятиро меафзояд. Дар ин кӯдакон ҳолатҳои гирифтورشавӣ ба сироятҳои шадиди роҳҳои нафас, ки бо оризаҳо ва хуруҷи сирояти бактериялӣ ҷараён мегирад, бештар мушоҳида мешавад. Таъсири перинаталии вирус ба ҷанини дар батни модар ба он оварда мерасонад, ки ҷисади зиёди кӯдакон бо камвазнӣ ва дар ҳолати асфиксия таваллуд мешаванд. Яке аз зухуротҳои муҳим сирояти ВНМО дар кӯдакон, ки бештар воমেҳурад, ин боздори инкишофи равонӣ ва ҷисмонӣ мебошад. Ҳамаи ин омилҳо албатта ба сифати зиндагии кӯдакон таъсир расонида, ҳафти ҷави кӯдаконро зиёд менамояд.

### Адабиёт

1. Бартлетт, Дж. Ҷабҳаҳои клиникии сирояти ВНМО. / Дж. Бартлетт, Дж. Галант. MMHIV Infection, Sohns Hopkins Medicine, Baltimore, 2007. саҳ.563
2. Барлетт, Дж. Ҷабҳаҳои клиникии сирояти ВНМО (2005-2006) / Дж. Барлетт, Дж. Галант. MMHIV Infection, Sohns Hopkins Medicine, Baltimore, 2006. 455 с
3. Назорати диспансерӣ, нигоҳубин ва табобати кӯдакони аз занони ВНМО-сироотёфта таваллудшуда ва кӯдакони гирифтори сирояти ВНМО: дастурамал барои мутахассисони маркази мубориза бо ВНМО/БПНМ М., 2006. 108 с.
4. Запорожан В. М. Сирояти ВНМО ва БПНМ/ В. М. Запорожан, М. Л. Аряев. 2004.

5. Протоколи клиникки табобати кӯдакони гирифтори ВНМО\БПНМ: дастурамал барои истифодабарӣ / А. А. Ключарева [и др.]. Минск : Белсэнс, 2005. 77 с.
6. Воронин Е.Е., Латышева И.Б., Муссини К. Кӯдакони гирифтори сирояти ВНМО-гурухи махсуси беморон. // Эпидеми. ва бемор. сироятӣ. Масъалаҳои мубрам 2018 № 3.с. 71-75.
7. Афонина, Л.Ю. Тавсияҳои клиникӣ оид ба пешгирии интиқоли сирояти ВНМО аз модар ба кӯдак. / Л.Ю. Афонина, Е.Е. Воронин, Ю.А. Фомин, О.Г. Юрин, Н.В. Козырина, В.В. Покровский, Д.С. Конов. М., 2009. 52 с.

## ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА РАЗВИТИЕ ПЛОДА В ИНТРАНАТАЛЬНОМ, АНТЕНАТАЛЬНОМ И НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

В статье проводится ретроспективный анализ медицинских карт 42 детей, рождённых от ВИЧ-инфицированных матерей, находящиеся на учёте в ГУ «Душанбинский городской центр по борьбе с ВИЧ/СПИД». Дети были разделены на 2 группы: 1-я группа-дети, которым при рождении установлен диагноз ВИЧ-инфекция, и 2-я группа-дети, которым при рождении не установлен диагноз ВИЧ-инфекция

Основанием для постановки диагноза были следующие критерии: сведения эпидемиологического анамнеза, результаты серологических исследований на вирус иммунодефицита человека (ПЦР на РНК, ДНК ВИЧ), результаты анализов иммунного статуса.

Таким образом, течение заболеваний у новорожденных с перинатальным контактом по ВИЧ, как правило тяжёлое, тяжесть которого не может быть объяснено только

нозологической формой или преморбидным фоном ребёнка ( недоношенность, тяжёлая асфиксия при рождении т.д.). Возникающий иммунодефицит при условии перинатального инфицирования приводит к снижению резистентности организма ребенка и таким образом повышает интенсивность восприятия организмом ребенка инфекций. Перинатальное воздействие вируса на плод часто сопровождается рождением маловесных детей, и рождению детей с асфиксией. Среди детей, часто регистрируются эпизоды ОРВИ, осложненными или изолированными формами бактериальной инфекции, с тенденцией к обострению и генерализации.

Все эти факторы существенно влияют на качество жизни и повышают риск летального исхода.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, перинатальный контакт, новорожденные, асфиксия, резистентность.

## ASSESSMENT OF THE IMPACT OF HIV INFECTION ON FETAL DEVELOPMENT IN THE INTRANATALIC, ANTENATAL AND NEONATAL PERIOD

**Conclusion.** The article provides a retrospective analysis of the medical records of 42 children born to HIV-infected mothers, which are taken into account at the Dushanbe City Center for HIV/AIDS. The children were divided into two groups: the 1st group of children diagnosed with HIV at birth, and the 2nd group of children who were not diagnosed with HIV at birth, the following criteria: epidemiological history, results of serological studies on the human immunodeficiency virus and data from virological studies (PCR on

DNA, RNA HIV), results of the analysis of the human immunodeficiency.

Thus, the course of diseases in newborns with perinatal contact with HIV is usually severe, the severity of which can not be explained only by the nosological form or premorbid background of the child (prematurity, severe asphyxia at birth, etc.). Emerging immunodeficiency in the case of perinatal infection leads to a decrease in resistance of the child's body and thus increases the intensity of the child's perception of infections. Perinatal effects of the virus on the



fetus are often accompanied by the birth of underweight children, and the birth of children with asphyxia. Among children, episodes of acute respiratory-viral infection, complicated or isolated forms of bacterial infection, with a tendency to exacerbate and generalize are often

recorded.

All these factors have a significant impact on the quality of life and increase the risk of death.

**Keywords:** HIV infection, perinatal contact, newborns, asphyxia, resistance.

**Абдуллаева Нодира Шомурадовна** н.и.т., дотсент, корманди калони илмийи МД «Маркази ҷумхуриявии илмӣ-клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакон» ВТ ва ҲИА ҚТ, Суруфа: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони И.Сомони, 59-7, тел:+992372365851.

**Абдуллаева Нодира Шомурадовна**-кандидат медицинских наук, доцент, старший научный сотрудник ГУ “Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии” МЗ и СЗН РТ, Адрес: 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. И.Сомони, 59-7, тел:+992372365851.

**Abdullaeva Nodira Shomuradovna** - Ph.D., Associate Professor, Senior Research Fellow of the SI “Republican Research and Clinical Center for Pediatrics and Pediatric Surgery” of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of Tajikistan. Address: 734026, Republik Tajikistan, Dushanbe city, I.Somoni Avenue, 59-7.tel. :+992372365851

## ҲОЛАТИ АКУШЕРӢ-СОМАТИКИИ ЗАНОНИ ҲОМИЛАИ ДОРОИ ХАДШАИ БАЧАДОН ҲАНГОМИ ҲОМИЛАӢ ВА БАӢДИ АМАЛИӢТИ ҚАЙСАРИИ ТАКРОРӢ

**Давлатова М.Ф.**

Кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1 (мудири кафедра д.и.т., Ҳакназарова М.А.), МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Мухиммият.** Басомади зиёд шудани амалиёти қайсарӣ дар робита бо тавсеаи нишондодҳо ба ин амалиёт барои соҳаи акушерии муосир проблемаи навро ба миён овард: проблемаи ҳомилагӣ, таваллудкунӣ ва мураккабии онҳо дар занони баъди таваллудкунӣ тариқи амалиёти қайсарӣ. Баъди гузаронидани амалиёти қайсарӣ як қатор симптомҳои патологӣи узвҳои таносулӣ, бо номи “бемории бачадони ҷарроҳишуда” мушоҳида карда мешавад. Мавҷудияти он ба раванди ҳомилагии минбаъда, ҳолати комплекси фетоплатсентарӣ ва ҷанини дохилибатнӣ таъсири зиёд расонда, хусусиятҳои таваллудкуниро пешакӣ муайян мекунад. Аксари занони ҳомилаи дорои хадшаи бачадон такроран амалиёти қайсаро аз сар мегузаронанд. Амалиёти қайсарии такрорӣ ва усули анестезияи интихобнамуда, ҳолати акушерӣ-соматикии таваллудкунандагонро беҳтар намекунад, сабаби пайдоиш ва шиддат ёфтани раванди патологӣи дар он

вақт мавҷудбуда мегардад. Эволютсияи анестезия ба соҳаи акушерӣ низ таъсири худро расонд, ки дар ин раванд ҷустуҷӯ ва такмил додани усулҳои беҳискуни ҳангоми амалиёти қайсарӣ ҷиҳати расидани ёрии акушерӣ таъсири минималии манфӣ доштан ба модар аҳамияти асосӣ касб мекунад [6-9]. Таъсири манфии анестезияи умумӣ боиси афзоиши усулҳои нейрооксалии беҳискуни ҳангоми таваллудкунии абдоминалӣ шуд. Андешаҳо оид ба қобили қабул будани усулҳои анестезияи регионарӣ ҳангоми амалиёти қайсарӣ то ҳол муҳолифи яқдигаранд.

**Мақсади таҳқиқот.** Муайян кардани хусусиятҳои ҳолати акушерӣ-соматикии занони дорои хадшаи бачадон ҳангоми ҳомилагӣ ва тағйироти он баъд аз амалиёти қайсарии такрорӣ бо намудҳои гуногуни анестезия.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот:** дар таҳқиқоти мазкур назорати клиникӣи давраи ҳомилагӣ, таваллудкунии абдоминалии так-

рорӣ марҳилаи баъдичарроҳӣ дар занони дорои хадшаи бачадон гузаронида шудааст. Аз 100 нафар ҳомилагони дорои хадшаи бачадон 2 гурӯҳ ташкил карда шуд. Ба гурӯҳи якум 50 нафар занони ҳомилаи дорои хадша дар бачадон ворид карда шуд, ки ҳангоми амалиёти қайсари тақрорӣ, ки усули анестезия наркози омехта мебошад, муайян гардид. Гурӯҳи дуюмро 50 нафар занони ҳомилаи дорои хадшаи бачадон ташкил дод, ки ҳангоми амалиёти қайсари тақрорӣ, анестезияи ҳарроммағз истифода шудааст. Барои ҳамаи субъектҳои таҳқиқшуда усулҳои тадқиқи клиникӣ-лабораторӣ, инструменталӣ, бактериоскопӣ, бактериологӣ, рентгенологӣ ва ултрасадоӣ гузаронида шуд. Коркарди омории мавод бо истифода аз барномаҳои “Statistica 10.0” (AtatSoft Inc., USA) амалӣ гардид. Дуруст гурӯҳбандӣ шудани нафарони интихобшуда бо ёрии маҳаки Колмогоров-Смирнов муайян карда шуд. Андозаҳои миқдорӣ дар шакли медианаҳо ва андозаи фосилаи байниквартилӣ сифатӣ дар шакли андозаҳои мутлақ ва фоизҳо пешниҳод карда шудааст.

**Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Синну соли занони муоинашаванда ба гурӯҳҳо тақсим карда шуд: занони ҳомилаи синни фаъол ва баъдии репродуктивӣ. Дар гурӯҳи якуми ҳомилагон ки ҳангоми таваллудкунии онҳо наркози омехта истифода шуда буд, миқдори занони синни фаъоли репродуктивӣ 40 (80%) нафар ташкил дода, ба синни баъдӣ 10 нафар (20%) нисбат дода шуда буданд. Дар гурӯҳи дуюми ҳомилагон, ки ҳангоми таваллудкунии онҳо анестезияи ҳарроммағз истифода шуда буд, миқдори занони давраи фаъоли репродуктивӣ 46 нафарро (92%) ташкил дод, ба синни баъдӣ 4 нафар (8%) нисбат дода шуд. Мувофиқи паритет тақсимои занони ҳомила чунин буд. Миқдори занони тақроран таваллудкунанда, ки дар гурӯҳи онҳо ҳангоми таваллудкунӣ аз наркози омехта истифода намуданд 40 нафарро (74%) ва зиёд таваллудкардагон 10 нафарро (26%) ташкил дод. Дар гурӯҳи занони ҳомила, ки ҳангоми таваллудкунӣ, аз анестезияи ҳарроммағзӣ истифода карданд, миқдори тақроран таваллудкунандагон 45 нафар (26%) ва зиёд таваллудкарда-

### Ҷадвали 1. Хусусиятҳои ҷараён дар занони муоинашаванда

| Оризаҳои ҳомилагӣ                                        | гурӯҳи 1-ум (n=50)<br>Наркози умумӣ |      | гурӯҳи 2-юм (n=50)<br>Анестезияи ҳарроммағзӣ |      |       |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|------|----------------------------------------------|------|-------|
|                                                          | мутлақ                              | %    | мутлақ                                       | %    | p     |
| Бачапартоӣ                                               | 2                                   | 4,0  | 2                                            | 4,0  | >0,05 |
| Пеш истодани ҳамроҳак                                    | 2                                   | 4,0  | 0                                            | 0,0  |       |
| Кандашавии бармаҳали чанини дуруст ҷойгиршуда            | 1                                   | 2,0  | 1                                            | 2,0  | >0,05 |
| Ихтилолҳои гипертензивӣ                                  | 5                                   | 10,0 | 2                                            | 4,0  | >0,05 |
| Ҷойгиршавии косӣ                                         | 3                                   | 6,0  | 0                                            | 0,0  |       |
| Даридагиҳои пеш аз таваллудии пардаҳои чанин             | 6                                   | 12,0 | 4                                            | 8,0  | >0,05 |
| Чанини калон                                             | 5                                   | 10,0 | 2                                            | 4,0  | >0,05 |
| Косҳои танг                                              | 7                                   | 14,0 | 4                                            | 8,0  | >0,05 |
| Ба ҳам наомадани хадшаи бачадон                          | 6                                   | 12,0 | 10                                           | 20,0 | >0,05 |
| Кундалангии хадшаи бачадон                               | 2                                   | 4,0  | 2                                            | 4,0  | >0,05 |
| Деформатсияи хадшавии маҳбал                             | 2                                   | 4,0  | 1                                            | 2,0  | >0,05 |
| Миомаи бачадон                                           | 1                                   | 2,0  | 1                                            | 2,0  | >0,05 |
| Rh(-) ҳомилагии конфликтӣ                                | 1                                   | 2,0  | 3                                            | 6,0  | >0,05 |
| Колпит                                                   | 1                                   | 2,0  | 0                                            | 0,0  |       |
| Ихтилолоти гардиши хун дар системаи модар-ҳамроҳак-чанин | 1                                   | 2,0  | 0                                            | 0,0  |       |
| Дерматити ҳомилагӣ                                       | 1                                   | 2,0  | 0                                            | 0,0  |       |
| Патологияи гарданчаи бачадон                             | 2                                   | 4,0  | 4                                            | 8,0  | >0,05 |
| Бисёробӣ                                                 | 0                                   | 0,0  | 2                                            | 4,0  |       |

Эзоҳ: p - аҳамияти омории тавофути нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (аз рӯйи меъёр  $\chi^2$  барои ҷадвалҳои таваллуди худсарона)



гон 5 нафар (10%)-ро ташкил дод. Ҳамин тавр, тақсимои паритет дар ҳар ду гурӯҳ ҳам якхела ба назар мерасад. Анамнези репродуктивии ҳар ду гурӯҳро омӯхта ба ҳулосаи зерин омадем. Дар гурӯҳи I-и муоинашавандагон басомади баланди қатъ шудани ҳомилагӣ (58%), амалан дар ҳар одами дуюм ошкор гардид. Дар гурӯҳи дуюми муоинашавандагон қатъ шудани ҳомилагӣ дар 18 (36%) зани ҳомилаи дорои ҳадшаи бачадон муайян гардид.

Дар гурӯҳи I-ум басомади таваллудкунии фаврӣ 42 ҳолат (84%) ва бармаҳал 8 ҳолат (16%)-ро ташкил дод. Дар гурӯҳи дуюм басомади таваллудкунии саривактӣ 44 ҳолат (88%) ва бармаҳал бошад 6 ҳолат (12%)-ро ташкил дод.

Хусусиятҳои қараёни ҳомилагии занони дорои ҳадшаи бачадон ки дар қад. 1 нишон дода шудааст, ҳолиб ба назар мерасанд. Басомади оризаҳои раванди гестационӣ (давраи ҳомилагӣ) дар гурӯҳҳои 1-ум ва 2-юм

якхела буданд ва асосан дар шакли ихтилолҳои гипертензивии гурӯҳи I-ум (10%), гурӯҳи II-юм (4%) ва даридагиҳои пардаи чанини гурӯҳи I-ум (12%), гурӯҳи II-юм (8%) ифода меёфтанд.

Оризаи барои ҳадшаи бачадон ҳоси ҳомилагӣ корношоямии ҳадшаи бачадон мебошад, ки дар гурӯҳи I (12%) ва гурӯҳи II (20%) воқеъ шуд.

Дар категорияи занони таҳқиқшаванда даридани бачадон аз рӯи дарзи ҳадша муайян нашудааст. Дар бемориҳои экстрогениталӣ (қадв.2) бошад асосан камхунӣ дар гурӯҳи I-ум (30%), гурӯҳи II-юм (28%), пиелонефрити музмин гурӯҳи I-ум (26%), гурӯҳи II-юм (32%), ҳоҷари эндемикӣ гурӯҳи I-ум (14%), гурӯҳи II-юм (30%), фарбеҳӣ гурӯҳи I-ум (30%), гурӯҳи II-юм (4%), камвазнӣ бадан гурӯҳи I-ум (22%), гурӯҳи II-юм (16%) ба назар мерасад. Тақсимои патологияи экстрогениталӣ дар ҳар ду гурӯҳҳо ҳам як хел буд.

## Қадвали 2. Басомади патологияи соматикӣ дар гурӯҳҳои муоинашаванда

| Бемориҳои экстрогениталӣ     | 1 гурӯҳ (n=50)<br>Наркози умумӣ |      | 2 гурӯҳ (n=50)<br>Анестезияи ҳароммағзӣ |      |       |
|------------------------------|---------------------------------|------|-----------------------------------------|------|-------|
|                              | мутлақ                          | %    | мутлақ                                  | %    | p     |
| Гастрити музмин              | 1                               | 2,0  | 0                                       | 0,0  |       |
| Пиелонефрити музмин          | 13                              | 26,0 | 16                                      | 32,0 | >0,05 |
| Бемориҳои шадиди респираторӣ | 1                               | 2,0  | 2                                       | 4,0  | >0,05 |
| Бемориҳои варикоэӣ           | 4                               | 8,0  | 2                                       | 4,0  | >0,05 |
| Камхунӣ                      | 15                              | 30,0 | 14                                      | 28,0 | >0,05 |
| Фарбеҳӣ                      | 15                              | 30,0 | 2                                       | 4,0  | >0,05 |
| Камвазнӣ бадан               | 11                              | 22,0 | 8                                       | 16,0 | >0,05 |
| Ҳоҷари диффузӣ               | 7                               | 14,0 | 15                                      | 30,0 | >0,05 |
| Бемории санги талхадон       | 2                               | 4,0  | 1                                       | 2,0  | >0,05 |
| Миопия                       | 2                               | 4,0  | 3                                       | 6,0  | >0,05 |
| Бемории лиҳомӣ (часпидагӣ)   | 1                               | 2,0  | 2                                       | 4,0  | >0,05 |
| Холесистити музмин           | 1                               | 2,0  | 1                                       | 2,0  | >0,05 |
| Ҳомили гепатити "В"          | 0                               | 0,0  | 2                                       | 4,0  |       |
| Бронхити музмин              | 1                               | 2,0  | 2                                       | 4,0  | >0,05 |
| Бавосир                      | 0                               | 0,0  | 1                                       | 2,0  |       |
| Фарингит                     | 1                               | 2,0  | 1                                       | 2,0  | >0,05 |

Эзоҳ: p - аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (аз рӯи критерияи  $\chi^2$  барои қадвалиҳои худсарона)

Таҳлили структураҳои патологияи экстрогениталӣ вазни нисбии бемориҳои соматикиро нишон медиҳад, ки дар байни онҳо камхунӣ баста ба оҳан (30%; 28%), бемориҳои сироятӣ системаи пешоббарорӣ (26%; 32%), инчунин ҳолати

кам будани йод (14%; 30%), камвазнӣ бадан (22%; 16%) ва фарбеҳӣ (30%; 4%) афзалият доранд.

Ҳолатҳои зерини акушерии дар қадвали 3 овардашуда, нишондод барои амалиёти кайсари тақрорӣ гардидаанд.

### Ҷадвали 3.- Сохтори нишондодҳои амалиёти қайсари такрорӣ дар гурӯҳҳои муоинашаванда

| Нишондоди амалиёти қайсари такрорӣ                                                   | гурӯҳ 1 (n=50)<br>Наркози умумӣ |      | гурӯҳ 2 (n=50)<br>Анестезияи ҳароммағзӣ |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------|-----------------------------------------|------|
|                                                                                      | мутлақ.                         | %    | мутлақ.                                 | %    |
| Хадша дар бачадон+ба ҳам наомадан                                                    | 5                               | 10,0 | 7                                       | 14,0 |
| Хадша дар бачадон+ пеш истодани ҳамроҳак                                             | 2                               | 4,0  | 1                                       | 2,0  |
| Хадша дар бачадон+анамнези акушерии вазниншуда                                       | 13                              | 26,0 | 5                                       | 10,0 |
| Хадша дар бачадон + преэклампсия                                                     | 2                               | 4,0  | 0                                       | 0,0  |
| Хадша дар бачадон+даридагиҳои пешазтаваллудии пардаҳои чанин                         | 6                               | 12,0 | 3                                       | 6,0  |
| Хадша дар бачадон+нуқсони амалиёти зоимонӣ                                           | 3                               | 6,0  | 6                                       | 12,0 |
| Хадша дар бачадон+мавқеи кундаланги чанин                                            | 1                               | 2,0  | 3                                       | 6,0  |
| Хадша дар бачадон+ҷойгиршавии косӣ                                                   | 3                               | 6,0  | 7                                       | 14,0 |
| Хадша дар бачадон+ деформатсияи хадшавӣ                                              | 2                               | 4,0  | 2                                       | 4,0  |
| Хадша дар бачадон+коси танг                                                          | 3                               | 6,0  | 6                                       | 12,0 |
| Хадша дар бачадон+миомаи бачадон                                                     | 1                               | 2,0  | 1                                       | 2,0  |
| Хадша дар бачадон+чанини калон                                                       | 4                               | 8,0  | 4                                       | 8,0  |
| Хадша дар бачадон+миопияи дараҷаи баланд                                             | 1                               | 2,0  | 3                                       | 6,0  |
| Хадша дар бачадон+анамнези гинекологии вазниншуда                                    | 2                               | 4,0  | 1                                       | 2,0  |
| Хадша дар бачадон+бачадони душоҳа                                                    | 1                               | 2,0  | 0                                       | 0,0  |
| Хадша дар бачадон+ба қабатҳо қисман бармаҳал ҷудо шудани ҳамроҳаки дуруст ҷойгиршуда | 1                               | 2,0  | 1                                       | 2,0  |

Бештар барои амалиёти қайсари такрорӣ ҳамроҳ омадани хадша дар бачадон бо корношоямӣ он нишондод шуданд - 10% ва 14% мутаносибан, ОАА гурӯҳи I-ум (26%), гурӯҳи II-юм (10%), ОГА гурӯҳи I-ум (4%), гурӯҳи II-юм (2%), бо чанини калон гурӯҳи I-ум (8%), гурӯҳи II-юм (8%), бо коси танг гурӯҳи I-ум (6%), гурӯҳи II-юм (12%), нуқсони амалиёти зоимонӣ гурӯҳи I-ум (6%), гурӯҳи II-юм (12%). Дар бештари занони ҳомилаи гурӯҳи I-ум амалиёти қайсари такрорӣ маротибаи дуюм (58%), дар 18% сеюм ва дар 24% маротибаи 4-ум гузаронида шуда буд. Дар гурӯҳи II-юм барои 64% ин амалиёти қайсари дуюм, барои - 24% сеюм ва барои 12% занҳои ҳомила маротибаи 4-ум буд. Ҳангоми истифодаи наркози омехта пешдармониро дар мизи ҷарроҳӣ амалӣ намуданд. Дар марҳалаи то кашида гирифтани кӯдак индуксияи наркоз бо натрии тиопенталӣ бо воияи 3-5 мкг/кг гузаронида шуд, баъд аз кашида гирифтани бо мақсади тақвият бахшидани аналгезия моеи фентанил 3-5 мкг/кг ворид карда шуд. Пунксияи ҳароммағзӣ дар ҳолати якпахлу гузаронида шуд. Барои сӯроҳ кардани пардаи саҳти майна аз сузани “Pencil Point 25 G”

дар сатҳи L2-L3 истифода бурданд. Сипас дар фазои субарахноидалӣ 3,0 мл 0,5% моеи бупивакаинро ворид карданд. Ҳангоми назорати клиникаи давраи баъдиҷарроҳӣ дар гурӯҳҳои занони таҳқиқшаванда ошкор гардид, ки дар байни оризаҳои акушерӣ аз ҳама бештар эндометрити баъдиҷарроҳӣ ба назар мерасад. Дар гурӯҳи I басомади ҳолатҳои мазкур 24% ва дар гурӯҳи II-юм 36%-ро ташкил дод. Гематометр дар гурӯҳи I-ум 12%-ро ташкил дод, дар гурӯҳи II-юм бошад ду маротиба бештар - дар 26% ҳолатҳо таҳхис карда шуд. Тайгиребии мақоми соматикӣ бо он муайян мегардид, ки дар шароити гуногунӣ ва сершумории бемориҳои экстрагениталии гуногунтабиат амалияти қайсари такрорӣ сабаби афзоиши басомади, масалан, камхунӣ дар ҳарду гурӯҳи таҳқиқот гардид. Навъи анестезияи истифодашаванда боиси пайдоиши шаклҳои нави патология гардид, ки на дар давраи пеш аз амалиёт ва на дар давраи баъди амалиёти қайсари такрорӣ вучуд дошт. Оризаи соматикӣ маъмултарин камхунӣ буд - мутаносибан 64% ва 70%, ки басомади он пеш аз ҷарроҳӣ 2 маротиба камтар буд. Патологияи системаи нафаскашӣ, ки аз ибтидо



мавҷуд набуд, баъди ҷарроҳӣ дар гурӯҳи I-ум дар шакли трахеобронхитҳо дар 30% зухур ёфт. Оризаҳои илтиҳобии ситемаи нафаскашӣ бо дастгирии респираторӣ ҳангоми истифодаи шаклҳои омехтаи аналгезия

зич алоқаманд аст. Ин навъ оризаҳо дар гурӯҳи заноне, ки ҳангоми амалиёти қайсарӣ нисбати онҳо аз анестезияи ҳароммазӣ истифода шуд, умуман пайдо нашудааст (ҷадв. 4).

#### Ҷадвали 4.- Структураи оризаҳои акушерӣ ва патологияи соматикӣ дар баъдиҷарроҳӣ дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда

| Ҳолати акушерӣ-соматикӣ таваллудкунандагон дар давраи баъдиҷарроҳӣ | 1-ум гурӯҳ (n=50) нарк.омехта |      | 2-юм гурӯҳ (n=50) анестезияи ҳароммазӣ |      | p     |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------|----------------------------------------|------|-------|
|                                                                    | мутлақ                        | %    | мутлақ                                 | %    |       |
| Эндо метрит                                                        | 12                            | 24,0 | 18                                     | 36,0 | >0,05 |
| Гематометра                                                        | 6                             | 12,0 | 13                                     | 26,0 | >0,05 |
| Инфилтратсияи дарзҳо                                               | 1                             | 2,0  | 3                                      | 6,0  | >0,05 |
| Камхунӣ                                                            | 32                            | 64,0 | 35                                     | 70,0 | >0,05 |
| Трахеобронхит                                                      | 15                            | 30   | 0                                      | 0    |       |
| Ихтилоли неврологӣ (ППГБ, ТКР)                                     | 0                             | 0,0  | 12                                     | 24,0 |       |

Эзоҳ: p - аҳамияти омории тавофути нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (аз рӯйи критерияи  $\chi^2$  барои ҷадвалҳои ихтиёрӣ)

Ҳамзамон бо афзоиши басомади амалёти мазкур вазни нисбии оризаҳои баъдиҷарроҳӣ ва патологияҳои соматикӣ бо истифода аз наркози омехта низ зиёд шуд. Бояд қайд кард, ки ҳангоми омӯзиши оризаҳои махсус зимни истифода аз наркози омехта дар байни оризаҳо патологияи ситемаи бронху шушҳо пешсаф буд. Ҳамин тавр, басомади трахеобронхитҳо баъд аз амалиёти қайсарии 2-юм ба 24,1% баробар шуд, ки баъди амалиёти қайсарии чорум то 33,3% зиёд шудааст. Ҳангоми дастгирии респираторӣ амали нафаскашӣ физиологӣ шу-

морида намешавад. Механизмҳои санатсияи роҳҳои нафаскашӣ вайрон шуда, нойи интубатсионӣ ба роҳҳои болоии нафаскашӣ осеб мерасонад ва ҳамзамон манбаъ ва паҳнкундаи сироят ба шумор меравад. Маҳз бо ҳамин сабаб басомади баланди оризаҳои илтиҳобии роҳҳои болоии нафаскашӣ шарҳ дода мешавад, боз бештар афзудани онро ҳангоми зиёдшавии басомад метавон бо зиёдшавии экспозитсияи найчаи интубатсионӣ алоқаманд намуд, чунки муддати амалиёти қайсарӣ бешубҳа ҳангоми афзоиши басомади он зиёд мешавад.

#### Ҷадвали 5.- Вобастагии басомад ва хусусияти оризаҳои акушерӣ ва патологияи соматикӣ дар давраи баъдиҷарроҳӣ аз басомади амалиёти қайсарӣ ҳангоми истифодаи наркози омехта

| Вазъи акушерӣ-соматикӣ таваллудкунандагон дар давраи баъдиҷарроҳӣ | Баъд аз 2 амалиёти қайсарӣ (n=29) |      | Баъд аз 3 амалиёти қайсарӣ (n=9) |      | Баъд аз 4 амалиёти қайсарӣ (n=12) |      | p     |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------|----------------------------------|------|-----------------------------------|------|-------|
|                                                                   | мутлақ.                           | %    | мутлақ.                          | %    | мутлақ.                           | %    |       |
| Эндо метрит                                                       | 4                                 | 13,8 | 2                                | 22,2 | 3                                 | 25,0 | >0,05 |
| Гематометра                                                       | 3                                 | 10,3 | 2                                | 22,2 | 3                                 | 25,0 | >0,05 |
| Инфилтратсияи дарзҳо                                              | 0                                 | 0,0  | 0                                | 0,0  | 0                                 | 0,0  |       |
| Камхунӣ                                                           | 15                                | 51,7 | 7                                | 77,8 | 11                                | 91,7 | <0,05 |
| Трахеобронхит                                                     | 7                                 | 24,1 | 3                                | 33,3 | 4                                 | 33,3 |       |
| Ихтилоли неврологӣ (ППГБ, ТКР)                                    | 0                                 | 0,0  | 0                                | 0,0  | 0                                 | 0,0  |       |

Эзоҳ: p - аҳамияти омории тавофути нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (аз рӯйи маҳаки  $\chi^2$  барои ҷадвалҳои ихтиёрӣ)

Дар гурӯҳи таҳқиқшавандагон, ки аз анестезияи регионалӣ истифода намуданд, тағйиротҳои ҳолати соматикӣ аз ҳисоби баланд шудани басомади камхунӣ ба мо-

нанди гурӯҳи якум пайдо шуд. Ҳамин тавр, то таваллудкунӣ бо роҳи ҷарроҳӣ басомади камхунӣ дар ин гурӯҳи таҳқиқшавандагон атрофи 28% буд, баъд аз он аз 2 маро-

тиба зиёд шуда, 70%-ро ташкил дод. Возе-хан афҳоиши басомади ҳолатҳои камхунӣ ба талафоти хун хангоми амалиёти қайса-рии такрорӣ вобаста аст. Оризаҳои дорои хусусиятҳои неврологӣ бевосита ба техни-каи иҷроиши ин гуна аналгезияҳо, яъне ин-вазия ба фазои субарахноидаи алоқаманд буд ва дар 24% ҳолатҳо дида мешуд. Аз навъҳои ин патология дарди сари баъди-пункционӣ ва ихтилоли транзиторӣ (мувақ-қатӣ)-и решаҷағӣ (ИМР) ҷой доштанд. ДСБП ва басомади инкишофи он хеле тағй-ир меёбад ва аз омилҳои зиёд вобаста аст. Дар ин ҳолат эҳтимолан таъсири маҷмуи

сабабҳои монанди синни ҷавони таваллуд-кунандагон, ба ҷинси зан тааллуқ доштани таҳқиқшавандагон, мавҷудияти ҳомилағӣ мушоҳида мешавад. Дар инкишофи ин на-муд ориза, диаметр ва намуди сузани пун-ксионӣ аҳамияти хос дорад. Ихтилолҳои транзиторӣ решаҷағӣ асосан дарди кунд ё давомдори вобаста ба пойҳо дар қисмати поёнии сурин пайдо шуданд. Дигар наму-дҳои осебҳои ҳароммағз, ба монанди син-дроми иллати решаҷағӣ “думи асп”, ил-латёбии осебии ҳароммағз ва решаҷағӣ он, иллатёбии осебии дастгоҳи рағу пай му-шоҳида карда нашудааст.

### Ҷадвали 6.- Вобастагии басомад ва хусусияти оризаҳои акушерӣ ва патологияи сомати-кии давраи баъдичарроҳӣ аз басомади амалиёти қайсарӣ хангоми истифодаи анестезияи ҳароммағзӣ

| Ҳолати акушерӣ-соматикӣ<br>таваллудкунандагон дар давраи<br>баъдичарроҳӣ | Баъд аз 2<br>амалиёти<br>қайсарӣ (n=32) |      | Баъд аз 3<br>амалиёти<br>қайсарӣ (n=12) |      | Баъд аз 4<br>амалиёти<br>қайсарӣ (n=6) |      | p     |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|-------|
|                                                                          | мутлақ                                  | %    | мутлақ                                  | %    | мутлақ                                 | %    |       |
| Эндометрит                                                               | 11                                      | 34,4 | 5                                       | 41,7 | 3                                      | 50,0 | >0,05 |
| Гематометра                                                              | 8                                       | 25,0 | 3                                       | 25,0 | 2                                      | 33,3 | >0,05 |
| Инфилтратсияи дарзҳо                                                     | 2                                       | 6,3  | 1                                       | 8,3  | 1                                      | 16,7 | >0,05 |
| Камхунӣ                                                                  | 21                                      | 65,6 | 9                                       | 75,0 | 5                                      | 83,3 | >0,05 |
| Ихтилоли неврологӣ ППДС, ИМР                                             | 7                                       | 21,9 | 3                                       | 25,0 | 2                                      | 33,3 | >0,05 |

Эзоҳ: p - аҳамияти омории тавофути нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (аз рӯйи критерияи  $\chi^2$  барои ҷадва-лҳои ихтиёрӣ)

Ҳангоми омӯзиши таъсири басомади амалиёти қайсарӣ ба вазни нисбии оризаҳои баъдичарроҳӣ ва басомади патологияи со-матикӣ, ҳиссаи онҳо низ бо афзоиши миқ-дори ҷарроҳӣҳои гузаронидашуда каме зиёд мешуд, аммо ин фарқ чандон назаррас на-буд (ҷадв. 6).

### Хулоса.

1. Ба ҳомилагии занони дорои ҳадшаи бачадон басомади баланди оризаҳои гестат-сионӣ, инчунин проблемаҳои, ки ҳуди ҳад-ша дар бачадон ба вучуд меорад, ҳамроҳӣ мекунад.

2. Мақоми соматикӣ занони ҳомилаи дорои ҳадшаи бачадонро бемориҳои экст-рогениталии гуногун оризанок мекунад, аз онҳо анемияи марбут ба камоханӣ (30%; 28%), бемориҳои сироятии системаи пешоб-барорӣ (26%; 32%), инчунин ҳолати кам бу-

дани йод (14%; 30%), камвазнии бадан (22%; 16%) ва фарбеҳӣ (30%; 4%) бештар ба назар мерасид.

3. Тағйироти сохтор ва хусусияти пато-логияи соматикӣ давраи баъдичарроҳӣ дар таваллудкунандагон баъди амалиёти қайса-рии такрорӣ бо даҳолати ҷарроҳӣ бо ҳуди амалиёти ҷарроҳӣ ва усули интиҳобшудаи беҳисгардонӣ зич алоқаманд ва иборат аз камхунӣ (64%, 70%), бемориҳои илтиҳобии роҳҳои болоии нафас хангоми истифодаи анестезияи умумӣ (30%), ихтилолҳои невро-логӣ (24%) хангоми истифодаи аналгезияи регионалӣ мебошад.

4. Басомади амалиёти қайсарӣ новобас-та аз усули интиҳобнамудаи бедардкунан-да омили хавф ба шумор меравад, ки саба-би бадшавии ҳолати акушерӣ-соматикӣ дар таваллудкунандагон дар давраи баъди ҷарроҳӣ мегардад.



## Адабиёт

1. Антипин ЭЭ, Уваров ДН. Эпидуральная анестезия в первом периоде родов - есть ли альтернатива. *Анестезиология и реаниматология*. 2014; 1:18-23
2. Буянова СН, Пучков НВ. Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения: диагностика, тактика ведения, репродуктивный прогноз. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2011; 11(4):36-8
3. Киселевич МФ, Киселевич ММ, Киселевич ВМ. Течение беременности и родов у женщин с рубцом на матке. *Научный результат. Медицина и фармация*. 2014;2:2024.
4. Краснопольская КВ, Попов НВ, Чечнева МА, Федоров АА, Ершова ИЮ. Преградившая метро пластика по поводу несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения: влияние на естественную фертильность и результаты ЭКО. *Проблемы репродукции*. 2015;21 (3):56-62.
5. Қосимов О.И., Муниева С.Х., Хомидов М.Ф., Нуралиев М.Д. Ҳомилагӣ ва ҳадшаҳои келлоидӣ.// Авчи Зухал.-2020.-№2.-С.66-69.
6. Полушин ЮС, Корестелев ЮМ, Вартанова ИВ, Киселев АГ, Широков ДМ Болевой синдром после родов и его влияние на качество жизни. *Анестезиология и реаниматология*. 2015;2: 47-50.
7. Рязанова ОВ, Александрович ЮС, Горьковая ИА, Коргожа МА, Кошкина Ю.В. Влияние обезболивания при родоразрешении на частоту послеродовой депрессии родильниц. *Вестник анестезиологии и реаниматологии*. 2017;14(1): 29-35.
8. Федосенко ЛИ, Логутова ЛС, Виноградов ВЛ. Регионарные блокады при абдоминальном родоразрешении. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2011; 1:31-4.
9. Шакиров РТ, Кинжалова СВ, Макаров РА. Нейроаксиальные методы обезболивания родов. *Вестник анестезиологии и реаниматологии*. 2018; 15(5):65-73.
10. Anim-Somuah M, Smith RM, Cyna AM, Lean Jones. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labor. *Cochrane database of systematic reviews*. 2018; 5: CD 000331.
11. Ding T, Wang DX, Qu Y, Yuan MD, Chen, Qian, Zhu Sai. Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of postpartum depression: a prospective cohort study. *Anesth. Analgesia*. 2014;119(2): 383-9.
12. Vander-Voet LF, Jordans IPM, Brolman HAM, Veersema S, Huirne JAF. Change in the uterine scar during the first year after a Cesarean section: a prospective study. *Gynecology. Obstetrics Investigation*. 2018; 83 (2): 164-170.
13. French CA, Cong X, Chung KS. Labor epidural analgesia and breast-feeding: a systematic reviews. *J. Human Lactation*. 2016; 32(3): 507-520.
14. Freeman LM, Bloemenkamp KW, Franssen MT, Middeldorp M. Patient controlled analgesia with remifentanyl versus epidural analgesia in labor: randomized multicenter equivalence trial. *Brit. Med. J.* 2015; 350: 846.

**АКУШЕРСКО-СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ ПОВТОРНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ****М.Ф. Давлятова**

Кафедра акушерства и гинекологии №1 (заведующая кафедрой, д.м.н.  
Хакназарова М.А.), ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

В настоящей работе изучен акушерско-соматический статус 100 женщин с рубцом на матке во время беременности и после повторного кесарева сечения. Из них у 50

во время повторного абдоминального родоразрешения в качестве анестезии был использован комбинированный наркоз, у оставшихся 50 спинномозговая анестезия. В

послеоперационном периоде установлена частота и структура акушерских осложнений. Определены особенности изменения соматической патологии, связанной с оперативным родоразрешением и типом исполь-

зованной анестезии во время повторного кесарева сечения.

**Ключевые слова:** повторное кесарево сечение, рубец на матке, обезбоживание

## OBSTETRICAL AND SOMATIC STATUS IN THE WOMEN WITH SCAR ON UTERUS DURING PREGNANCY AND AFTER REPEATED CAESAREAN SECTION

M.F. Davlyatova

Department of Obstetrics and Gynecologists №1 (Head of the Department doctor of medical sciences Khaknazarova M.A.). Avicenna Tajik State Medical University

In this work, we analyzed 100 pregnant women with a scar on the uterus, delivered by repeated cesarean section. Of these, in 50 during repeated abdominal delivery, general anesthesia was used as anesthesia, in the remaining 50 - regional spinal anesthesia. A prospective study of the obstetrical and somatic status in the women with scar on uterus during pregnancy established the frequency and structure of gestational complication and main extra genital diseases. During postoperative period defined

obstetrical and somatic status in the women who underwent repeated cesarean section. A comparative analysis of the incidence of complications in the two groups presented showed that the frequency and structure of complications of the postoperative period in women who underwent repeated cesarean section depends on the type of anesthesia chosen and connect with multiplicity of this operation.

Key words: caesarean section, scar on uterus, anesthesia

**Давлатова Маҳина Фарруховна**, н.и.т., дотсенти кфедраи акушерӣ ва гинекологияи №1-и МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

**Давлятова Махина Фарруховна**, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Тел. 91 905 34 68

**Davlyatova Mahina Farruhovna**, candidate of medical sciences, docent, department of Obstetrics and Gynecology №1 **AvicennaTajik State Medical University** Tel. 91 905 34 68

## ТАҲЛИЛИ СИФАТИ РАСОНИДАНИ ЁРИИ ТИББӢ БА ЗАНОНИ ҲОМИЛА, ТАВАЛЛУДКУНАНДА ВА ТАВАЛЛУДҚАРДАИ ГИРИФТОРИ ОРИЗАИ ХУНРАВИИ АКУШЕРӢ

Муҳаммадиева С.М., Қурбонов Ш.М., Юнусова Д.З.

Донишқадаи тахсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии  
Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Муҳиммият.** Хунравии акушерӣ (ХА) муҳимтарин сабаби фавти модарон (ФМ) дар тамоми кишварҳои ҷаҳон ба ҳисоб меравад, ки дар натиҷаи талафоти зиёди хун, шоки геморрагӣ ва норасоии фаъолияти бисёр узвҳо ба бемориҳои шадид, маъюбшавии онҳо оварда мерасонад [WHO, 2014]. Бақайдгирии хунравӣ дар давраи баъд аз таваллуд 1,7-2%-и шумораи умумии таваллудхоро ташкил медиҳад, дар ҳоле, ки ҳис-

саи ФМ аз онҳо ба 60% мерасад [7,9,10]. Дар Тоҷикистон дар сохтори фавти модарон ХА пешсаф аст. Агар дар соли 2014 ин нишондод ба 26,1% бошад, пас он дар соли 2014 то 29% зиёд гардидааст [3.].

Дар айни замон чораҳо барои арзёбии сифати кӯмаки тиббӣ на танҳо дар сурати натиҷаи номусоид, балки дар марҳилаи аввали раванди табобат [1,4,5.] андешида мешавад. Мувофиқи стандарти байналмилалӣ,



сифати кӯмаки тиббӣ ин маҷмӯи хусусиятҳое мебошад, ки бояд мувофиқати ёрии тиббиро ба талаботи инсонӣ ва ҷавобгӯ ба сатҳи муосири илм ва амалияи тиббӣ [ТУТ, 2014.] тасдиқ намояд. Натиҷаҳои таҳқиқоти доир ба ин масъала гузаронида шуда дар шумораи зиёди нашрияҳо дар нашрияҳои маҳаллӣ ва хориҷӣ инъикос ёфта, зарурати таҳқиқоти минбаъдaro дар ин самт нишон медиҳанд [2,6,8,10.].

**Ҳадафи тадқиқот:** омӯختани мушкилоти расонидани ёрии тиббӣ ба занони ҳомила, таваллудкунанда ва таваллудкардаи дорои хунравии акушерӣ ва роҳҳои бартараф намудани онҳо.

**Маводҳо ва усулҳои тадқиқот.** Барои гузаронидани таҳлили ретроспективии 255 таърихи таваллуди заноне, ки аз хунрезии акушерӣ наҷот ёфтаанд, кортҳои мубодила, “Корти инфиродии зани ҳомила ва баъд аз таваллуд” (шакли N029) усули пайвасти истифода шудааст. Ҳодисаҳои хунравии акушерӣ дар беморхонаи сатҳи сеюм – Муассисаи давлатии “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон” (солҳои 2018-2020) ба қайд гирифта шудааст.

Таҳлили муқоисавӣ дар се гурӯҳ гузаронида шуд: гурӯҳи I иборат аз 161 нафар беморони гирифтори хунравии баъд аз таваллуд (ХБТ), гурӯҳи II - 61 нафар заноне мебошанд, ки дар онҳо ҷудошавии бармаҳали машинаи дар ҷои муқаррарӣ ҷойгиршуда (ЧБМДМЧ) ба назар расид, III - 33 зани ҳомила бо гузориши машина (ГМ). Гурӯҳи назоратӣ аз 100 зани таваллудкунандаи бидуни хунравии акушерӣ иборат буд. Коркарди оморӣ бо истифода аз барномаи Microsoft Excel ( $M \pm m$ , t-test Student; U-test Mann-Whitney) гузаронида шуд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот.** Омӯзиши таҳлилии маълумотҳо аз маълумотномаҳои тиббии 255 зане, ки хунрезии акушериро аз сар гузаронидаанд, як қатор омилҳои ҳомилагиро ошкор карданд.

Муайян карда шуд, ки 119 нафар пурсидашуда барои ҳомилагӣ ба қайд гирифта шудаанд, ки  $46.06 \pm 8.4\%$  -ро ташкил медиҳад, 136 боқимонда ( $53.3 \pm 8.5\%$ ) аз ҷониби

акушер-гинекологҳо бо сабабҳои номаълум назорат карда нашудаанд.

Вобастагии амиқи сифати нигоҳубини ҳомиладорӣ ва намуди хунравии акушерӣ ошкор карда шуд ( $p < 0.05$ ; озмоиши хи-квадрат -0.05).

Муайян карда шуд, ки дар байни ҳамаи заноне, ки дар онҳо хунрезии акушерӣ ба қайд гирифта шудааст,  $58,3 \pm 3,8\%$  занони ҳомила таҳти назорати антенатали қарор надоштаанд, ки ин нисбат ба гурӯҳи занони ҳомили гирифтори ГМ ( $27,2 \pm 8,5\%$ ) 2 маротиба зиёдтар аст ( $p < 0.01$ ).

Таҳлилҳо нишон доданд, ки дар байни занони ҳомилаи гирифтори хунрезии акушерӣ, зиёда аз 59% дер ба қайди назорати антенаталӣ гирифта шудаанд (бо ХА -  $58,1 \pm 3,2\%$ , бо ГМ -  $55,0 \pm 3,1\%$ , бо (ЧБМДМЧ) -  $57,3 \pm 3,1\%$ , ки ин метавонад ба муҳочирати зиёди аҳоли вобастаги дошта бошад. Дар гурӯҳи занони ХА,  $61,2 \pm 3,4\%$  пас аз 12 ҳафтаи ҳомиладорӣ ва  $38,8 \pm 3,3\%$  - пас аз 22 ҳафтаи ҳомиладори бо нигоҳубини ҳомиладорӣ фаро гирифта шудаанд, ки ин нисбат ба беморони гурӯҳи ГМ 2 маротиба зиёдтар аст. Аз шумораи умумии заноне, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд, зиёда аз  $72,4 \pm 3,1\%$  ба корманди соҳаи тандурустӣ ҳангоми нигоҳубини ҳомилагӣ танҳо 3 маротиба ташриф овардаанд ва дар байни онҳо беморони ГМ -  $78,9 \pm 3,2\%$ .

Дар ҳолатҳои таҳлилшуда, синну соли миёнаи пурсидашудагон ба ҳисоби миёна  $29,4 \pm 0,4$  солро ташкил дод. Ҳар як зани сеюм ( $39,0\%$ ), ки аз ХА зинда мондааст, синну соли репродуктивии барвақт (20-24 сола) буда, зиёда аз нисфи онҳо ( $56,4\%$ ) – синни фаъоли репродуктивӣ (25-34 сола) ва ҳар даҳумин ( $0,1\%$ ) дар синни калони репродуктивӣ (35 - 44 сола) будаанд. Дар сохтори паритет ҳар дуумин зан такрорзоянда буда ( $51,6\%$ ), ҳар сеюм нахустзоянда будаанд ( $29,1\%$ ).

Дар гурӯҳи занон таҳқиқ гардида бо ХА, шумораи аввалинзояндаҳо ( $34,1 \pm 5,7\%$ ) дар муқоиса бо занони гирифтори оризаи ЧБМДМЧ ( $24,6 \pm 5,7\%$ ) 1,3 маротиба ва аз занони ҳомиладор бо ГМ ( $12,1 \pm 5,7\%$ ) ( $p$

$<0,01$ ) 2,8 маротиба зиёдтар буданд. Дар ҳоле, ки дар миёни гурӯҳи охирин бисёрзо-  
яндагон 2,1 маротиба зиёдтар нисбат ба за-  
нони гирифтори ЧБМДМЧ ( $39,3 \pm 2,8$  ва  
 $18,0 \pm 5,5$ ) ва 2,5 маротиба зиёдтар нисбат  
ба занони гирифтори ГМ ( $15,5 \pm 2,8\%$ )  
( $p<0,01$ ) будаанд. Дар байни занони пурси-  
дашуда, фосилаи байни таваллуд дар 70.7%  
камтар аз 2 сол будааст.

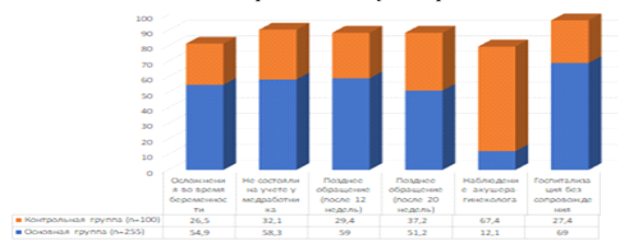
Таҳлили таърих ва доштани таҷрибаи контрацептиви ва ё пешгирии ҳомиладорӣ миёни ин занон нишон дод, ки  $40,3 \pm 4,3\%$  шумораи умумии пурсидашудагон усулҳои пешгирии ҳомиладориро истифода накардаанд, боқимонда спирали дохилирахми истифода кардаанд ( $63 \pm 3,1\%$ ).

Дар байни патологияҳои экстрогенитали камхунии дараҷаҳои гуногун дар  $98,1 \pm 5,2\%$  занон муқаррар карда шуда, дар ҳамаи гурӯҳҳо баробар ба назар расид ( $p > 0.05$ ). Бемориҳои гурда миёни занони таҳқиқшудаи гурӯҳи I ба андозаи 2.2 маротиба зиёдтар нисбат ба гурӯҳи II (мутаносибан  $43,3 \pm 5,8$  ва  $19,2 \pm 5,2\%$ ) ба қайд гирифта шуда, 1,3 маротиба нисбат ба гуруҳи сеюм ( $32,1 \pm 5,2\%$ ) зиёдтар ( $p < 0,01$ ) ба қайд гирифта шудааст. Нисбатан камтар бемориҳои аду-ди сипаршакл - ( $18,4 \pm 5,2$ ) ва варикози рагҳо ( $17,9 \pm 5,4\%$ ) ба қайд гирифта шудааст. Патологияи системаи дилу рагҳо дар  $26,5 \pm 5,1\%$  ҳолатҳо, бемориҳои рӯдаи меъда ва фарбеҳӣ – дар ҳар панҷум (мутаносибан  $20,2 \pm 5,0$  ва  $20,1 \pm 5,0\%$ ) ҳолат, муайян карда шуданд.

Мутаассифона, мушоҳидаи ҳомиладории ин категорияи занон дар тамоми давраи ҳомилагӣ аз ҷониби акушер-гинекологҳо танҳо дар  $12,1 \pm 3,1\%$  ҳолатҳо, дар  $57,7 \pm 3,1\%$  боқимонда ҳолатҳо аз ҷониби духтури оилавӣ ва дар  $30,2 \pm 3,1\%$  ҳолатҳо аз ҷониби момодоя гузаронида шудааст. Таҳлили муқоисавӣ бо гурӯҳи назоратӣ фарқи-ятҳои зеринро нишон дод (Расми №1).

Дар гуруҳи занони таҳқиқшуда, онҳое ки мушкилоти давраи ҳомиладорӣ мавҷуд буда вале зери назорати корманди тиббӣ набудааст - 2 маротиба зиёдтар, пас аз 12 ҳафтаи ҳомиладорӣ ба кайд гирифта шудаанд- 1,7 маротиба зиёдтар, пас аз 20 ҳафтаи хо-

## Омилҳои хавф барои рушди хунравии акушерӣ дар сатҳи амбулаторӣ



**Расми №1 Омилҳои хавф барои рушди  
хунравии акушерӣ дар сатҳи амбулаторӣ.**

милаги ба кайд гирифта шудаанд - 1,3 маротиба камтар, аз ҷониби акушер-гинеколог мушохида карда шудаанд - 5,5 маротиба камтар, дар беморхона бераҳхат бистарӣ шудаанд - 2,5 баробар зиёдтар, ба назар мерасад.

Илова бар маълумот дар бораи мавҷудияти бемориҳои соматикӣ, ки дар корти му-  
бодила бақайдгирифта шудаанд, бемориҳои  
зеринро 14,2% варикози рағҳо, 11,3% - бе-  
мориҳои гадуди сипаршакл ва 17,8% - бе-  
мориҳои чигарро, нишон додаанд. Ҳар як бе-  
мори сеюм аз пиелонефрити музмин азият  
мекашид (35%).

Дар гуруҳи занони баъд аз таваллуд бо ХА бе роххат ба беморхона оварда  $75,2 \pm 3,4\%$  қабул карда шуда, нисбат ба беморони гирифтори ЧБМДМЧ ва ГМ (мутаносибан  $57,4 \pm 6,3$  ва  $57,6 \pm 8,6\%$ ) 1,3 маротиба зиёдтар аст ( $p < 0.05$ ).

Муносибати байни давраи ҳомиладорӣ ва намуди хунравии акушери ошкор карда шуд. Дар мавриди мухлати расидаи ҳомиладори дар беморхона бистари карда шудааст  $37,9 \pm 0,3\%$ , бо оризаи ЧБМДМЧ  $35,1 \pm 0,6\%$  вабо ГМ  $34,3 \pm 0,7$  занон бистари карда шудаанд.

Пас аз таваллуди хонаги 7 нафар ( $4,3 \pm 1,6\%$ ) занони баъд аз таваллуд, ки дорои ХАП мебошанд, дар беморхона бистарӣшуданд.

Муайян карда шуд, ки аз шумораи умумии заноне, ки аз хунрезии акушерӣ наҷот ёфтанд, зиёда аз 60%-ашон дар ҳолати каноатбахш ( $63,1 \pm 8,1$ , ҳар панҷум ( $22,3 \pm 8,2\%$ ) – дар ҳолати вазнини миёна ва  $14,5 \pm 5.8.0\%$ -и онҳо дар ҳолат вазнин, бистари карда шудаанд.



Дар ҳолати вазнинии миёна ҳар як зани сеюм бо ХА ( $33,3 \pm 8,2\%$ ), ҳар як зани панҷум бо ЧБМАМЧ ( $22,9 \pm 5,8,0\%$ ) ва ҳар як зани чорум бо хунравии баъд аз таваллуд қабул карда шудааст ( $19,9 \pm 3,1\%$ ). Ҳангоми қабул, вазъ дар ҳар як зани сеюм бо ЧБМАМЧ ( $29,5 \pm 5,8,0\%$ ) ва ҳар як зани даҳум бо хунравии баъди таваллуд ( $11,8 \pm 3,1\%$ ) арзёбӣ кардашуд.

Таҳлили сабтҳои тиббӣ нишондод, ки нишондодҳо барои бистарӣ шудан ба занони гирифтори хунравии баъд аз таваллуд инҳоянд: ҳомили калон ( $25\%$ ), даридани бачадон ( $17,5\%$ ), пайи ҷарроҳии дар бачадон ( $15\%$ ), дугоникҳо ( $5\%$ ), преэклампсияи шадид ( $29,5\%$ ), даридани пардаҳои атрофи тифл ( $4,0\%$ ) ва дардҳои обструктивии зоиш ( $4,0\%$ ).

Усули дастаҷамъона дар идоракунии ҳолатҳои хунравии баъди таваллуд дар 100 ҳолат муқаррар карда шудааст

Амалиёт дар тӯли  $26.2 \pm 1.7$  дақиқа аз лаҳзаи қабули беморони гирифтори ЧБМАМЧ ва  $31,3 \pm 3,4$  дақиқа бо ГМ гузаронида шуд.

Барои пайи ҷарроҳӣ дар бачадон дар 9 нафар беморони гирифтори оризаи ЧБМАМЧ ( $6.5 \pm 3.2\%$ ) ва  $15 \pm 6.2\%$  дар занони ҳомили гирифтории ГМ амалиёти буриши қайсарӣ гузаронида шуд. Оғози хунравӣ нишондоди лапаротомия дар 17 ҳолати ( $41.5 \pm 7.7\%$ ) занони гирифтори оризаи ЧБМАМЧ, дар  $70 \pm 14.5\%$  - бо оризаи ГМ ва  $8.6 \pm 3.4\%$  барои занони баъди таваллуд бо ХА, буд. Даридани бачадон дар 1 ( $0.6 \pm 0.6\%$ ) ҳолат дар зане бо оризаҳои ХА рух додааст.

Лапаротомия баъд аз таваллуд дар  $31,1 \pm 3,6\%$  занони ҳангоми таваллуд гузаронида шуд.

Ампутатсияи бачадон дар 1 зан баъди таваллуд бо хунравии баъд аз таваллуд гузаронида шуд.

Мувофиқи маълумоти таърихи таваллуд, ёрии таъҷилии акушерӣ тибқи протоколҳои клиникӣ ба 250 зани пурсидашуда ( $98\%$ ) расонида шудааст: 159 ( $98.7 \pm 0.8\%$ ) - занони баъди таваллуд бо хунравии баъд аз таваллуд, 58 ( $95.5 \pm 2.7\%$ ) – занон бо оризаи ЧБМДМЧ ва ба ҳамаи беморони гирифтори ГМ ( $100\%$ ).

Гемотрансфузия дар 29 ( $51,2 \pm 1,9\%$ ) нисбати занон, интиқоли плазма бошад - дар 22 ( $48,0 \pm 1,4\%$ )-и ҳолатҳо гузаронида шудааст.

Омилҳои хавф барои рушди хунравии акушерӣ дар сатҳи статсионарӣ дар расми 2 нишон дода шудаанд.



Расми 2. Омилҳои хавфи рушди хунравии акушерӣ дар сатҳи статсионарӣ

Мо дарёфтем, ки ҷанбаҳои мусбии расонидани кӯмаки фаврии акушери дар ҳолатҳои фавқуллода ин мавҷудияти доруҳо ва таҷҳизоти зарурии тиббӣ дар муассиса буда, ҷорӣ намудани истифодаи роҳнамо ва стандартҳои идоракунии хунравии акушерӣ ва мушкilotи гипертензия ва инчунин кори дастаҷамъӣ, мебошанд.

Дар беморхона, идоракунии фаъоли марҳилаи сеюми таваллудкунӣ (гузаронидани 10 ченаки воҳидии окситоцин, кашиш додани идорашавандаи ноф, масҳ кардани бачадон фавран пас аз таваллуд ( $22,5\%$ ) тибқи стандарт дар  $42,4\%$  ҳолатҳо иҷро карда нашудааст (эҳтимолан сабаби хунравӣ нуқс дар ҳуди машина бошад).

Таҳлили партограммаҳо ба гирифтани маълумоти дурусту дақиқ дар бораи идоракунии ва ё пешбурди дурусти таваллудкунони имкон надод (дар  $22\%$  ҳолатҳо он дар вақти воқеӣ гузаронида нашудаанд).

Тибқи таҳлили маълумотҳои кортҳои тиббии навзод, натиҷа ва пайомадҳои перинаталӣ дар заноне, ки аз хунрезии акушерӣ наҷот ёфтанд чунин буданд.

Аксари қудакони навзод комил таваллуд шудаанд ( $73,6 \pm 2,2\%$ ), дар ҳоле ки дар гурӯҳи занони таваллудкарда бо ХА баъдазтаваллуд,

онҳо нисбат ба заноне, ки оризаи ЧБМАМЧ доштаанд 1,5 маротиба ва нисбат ба ГМ қариб 2 маротиба зиёдтар буданд ( $p < 0.01$ ).

Муайян карда шуд, ки дар муқоиса бо гурӯҳи асосӣ кӯдакони норасида дар гурӯҳи занони гирифтори оризаи ЧБМАМЧ 3,6 маротиба ва занон бо оризаи ГМ 2,8 маротиба зиёдтар буданд ( $p < 0.01$ ).

Дар 5 зан ( $4.0 \pm 4.5\%$ ) Ҷавти антенаталии тифли дар батн буда ба қайд гирифта шудааст: 3 ( $4.9 \pm 2.8\%$ ) бо оризаи ЧБМАМЧ ва 2 ( $6.0 \pm 4.1\%$ ) бо ГМ.

Давомнокии миёнаи рӯзҳои рахти хоб  $6,6 \pm 0,2$  к / д - дар 1,  $8.6 \pm 0.4$  кат/руз дар гурӯҳи II ва  $11 \pm 1.2$  кат/руз дар гурӯҳи III ва дар ҳолати қаноатбахш бо кӯдак 253 ( $96,7 \pm 2,3\%$ ) занони баъд аз таваллуд, бе кӯдак - 22 ( $3,1 \pm 1,4\%$ ) - ро ташкил додааст. Ба шӯъбаи терапевтии Беморхонаи клиники шахрии

№1 ш. Душанбе 1 ( $1,6 \pm 1,6\%$ ) интиқол дода шуда, 1 нафар ( $1,6 \pm 1,6\%$ ) зан бо оризаи ЧБМАМЧ вафот кардааст.

Хулоса.

1. Мушкilotи асосии расонидани ёрии тиббӣ ба заноне, ки аз хунравии акушерӣ наҷот ёфтаанд: сатҳи нокифояи нигоҳубини ҳомиладорӣ, сатҳи нокифояи тайёрии касбии мутахассисон, набудани роҳнамо ва мудирияти дурусту самараноки хизматрасониҳои тиббӣ ба занони ҳомила, таваллудкунанда ва таваллудкарда ва таъхири бистарӣ дар муассисаҳои сатҳи сеюм ва нигоҳубини номуносиби таваллуд дар сатҳи беморхона, мебошад.

2. Гузаронидани тафтишоти махфӣи ҳолатҳои хунравии акушерӣ захираи иловагӣ барои паст кардани ин мушкilot, мазриии модарон ва Ҷавт мебошад.

## АДАБИЁТ

1. Бушмелева Н.М. Дефекты оказания медицинской помощи женщинам в случаях смерти в перинатальном периоде на уровне региона // Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 11. — С. 27-36.

2. Давлятова Г.К. и соавт. Эффективность внедрения новых технологий для оценки качества услуг в снижении материнской смертности. // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. — 2018. - №1. — с. 23-30.

3. Ежегодные статистические сборники Национального Центра медицинской статистики МЗСЗРТ за 2014-2018гг

4. Зайнулина М.С., Корнюшина Е.А., Кривонос М.И. Стратегия преодоления материнской смертности, обусловленной кровотечением/ М.С.Зайнулина, Е.А.Корнюшина, М.И.Кривонос// Журнал акушерства и женских болезней. — 2015. — том L XIV- выпуск 2. — с. 33-41.

5. Логутова Л.С., Ан А.В. Современные подходы к оказанию акушерской помощи с целью снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности/ Л.С.Логутова, А.В.Ан// Российский вестник акушера-гинеколога, 2012.-N 6.-С.4-6.

6. Повышение качества услуг по охране репродуктивного, материнского, неонатального, детского и подросткового здоровья в европейском регионе. Региональная программа поддержки внедрения политики “Здоровье-2020.” Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2017; 53 (1). URL:

7. Сурина М.Н., Марочко Т.Ю. Акушерские кровотечения как основная причина критических состояний и материнской смертности/ М.Н.Сурина, Т.Ю.Марочко// Фундаментальная и клиническая медицина. — 2016. — т. 1. - №3. — с. 81-87.

8. Шувалова М.П., Письменская Т.В., Гребенник Т.К. Результативность третьего уровня системы регионализации перинатальной помощи в Российской Федерации./Ж»Социальные аспекты здоровья населения»-М.,2017,№3 (55)-с.2-5

9. Le Gouez A., Mercier F.J. Major obstetric hemorrhage / A. Le Gouez, F.J. Mercier// Transfus. Clinic. Biol. — 2016. — 23(4). — p. 229-232.



10. NazT., AkhterN., MehnazNaib J. N.Gul J. Material near miss Morbidity and Mortality a continuum/ // J Med SCI. – 2014. – 22(4). – p.171-176.

11. WHO.- Recommendation for prevention and treatment of postpartum hemorrhage Dept. of Reproductive Health and Research, WHO, Geneva, 2014.

## **АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ БЕРЕМЕННЫМ, РОЖЕНИЦАМ И РОДИЛЬНИЦАМ С АКУШЕРСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ**

**Мухамадиева С.М., Курбанов Ш.М., Юнусова Д.З.**

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения  
Республики Таджикистан»

Проведен ретроспективный анализ качества оказываемых медицинских услуг 255 женщинам с акушерскими кровотечениями во время беременности, родов и послеродовом периоде. Установлено, что основными проблемами оказания медицинской помощи женщинам, пережившим акушерские кровотечения являются :ненадлежащий уровень антенатального ухода, недостаточный уровень профессиональной подготов-

ки специалистов, отсутствие «маршрутизации» для беременных, рожениц, родильниц и задержка госпитализации в учреждения третьего уровня, ненадлежащий послеродовой уход в стационаре. Проведение конфиденциального расследования случаев акушерских кровотечений является дополнительным резервом снижения этого осложнения ,материнской заболеваемости и смертности.

## **QUALITY ANALYSIS OF HEALTHCARE SERVICES PROVIDED TO PREGNANT WOMEN, WOMEN IN CHILDBIRTH AND RECENTLY CONFINED WOMEN WITH OBSTETRIC BLEEDINGS**

**Mukhamadieva S. M.,Kurbanov Sh. M.,Yunusova D.Z.**

State Institution “Tajik Scientific and Research Institute of Obstetrics, Gynecology and  
Perinatology”

Retrospective quality analysis of healthcare services provided to 255 women with obstetric bleeding during pregnancy, childbirth and postnatal period was conducted. Main problems of healthcare assistance to women who suffered obstetric bleeding were identified such as inappropriate level of antenatal care, insufficient professional level of specialists, absence of “routing” for pregnant women, women in childbirth and recently confined as well as delay in hospitalization to third-level institutions and inappropriate postnatal care. Conduct of confidential investigation of obstetric bleeding cases is an additional way to decrease level of this complication, level of maternal morbidity and mortality.

**Aim.** To study problems of healthcare assistance provided to pregnant women,

women in childbirth and recently confined women with obstetric bleeding.

**Material and methods.** Applying continuous method, the retrospective analysis of 255 case histories, change-cards and “Individual card of pregnant and recently confined woman” (Form No. 029) of women who gave childbirth and suffered obstetric bleeding, was conducted.

**Results.** Some of antenatal risk factors which evaluates quality of healthcare assistance during obstetric bleeding were identified such as almost every second pregnant woman with aggravated somatic status wasn’t registered as pregnant, more than half wasn’t seeing obstetrician-gynecologist, 75.2% were admitted with postnatal bleeding and more than half was admitted with placenta Previa and premature placental exfoliation without direction to

hospital. Inappropriate postnatal care on hospital level was identified.

**Conclusion.** Main problems of providing healthcare assistance to women who suffered obstetric bleeding are inappropriate level of antenatal care, insufficient professional level of specialists, absence of “routing” for pregnant women, women in childbirth and recently confined women, and delay in hospitalization to third-level institutions as well as

inappropriate postnatal care. Conduct of confidential investigation of obstetric bleeding cases is an additional way to decrease level of this complication, level of maternal morbidity and mortality.

**Key words:** quality of healthcare services, antenatal care, obstetric bleeding, placenta Previa, premature placental exfoliation, postnatal bleeding, missed possibilities, urgent obstetric aid.

**Мухамадиева С.М.,** д.и.т, профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 ДТБКСТ  
ҚТ Email: saohon@mail.ru рақами телефон: 939999128

**Мухамадиева С.М.** - д.м.н., профессор кафедри акушерства и гинекологии №1 ГОУ  
«ИПОСЗРТ», Email: saohon@mail.ru 939999128

**Mukhamadieva S.M.** – Doctor of Medical Sciences, Professor of No.1 Department of Obstetrics and Gynecology of the State Educational Institution “Institute of Postgraduate Healthcare Education of the Republic of Tajikistan”. E-mail: saohon@mail.ru. Mob.: + 992 93 999 91 28



## БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

### ХУСУСИЯТҲОИ ЧАРАӢНИ ЛАРИНГОТРАХЕИТИ СТЕНОЗКУНАНДАИ ШАДИД ДАР КӢДАКОНИ ХУРДСОЛ БО СИРОЯТҲОИ ШАДИДИ ВИРУСИИ РЕСПИРАТОРӢ

Саидмурадова Г.М.,<sup>1</sup> Мамаджанова Г.С.,<sup>2</sup> Саидова А.З.,<sup>3</sup> Джонибеки Р.И.<sup>1</sup>

1. Кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакони (мудири кафедра, н.и.т., дотсент Саидмурадова Г.М.) Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», 2. Кафедраи бемориҳои кӯдакони №1 Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», 3. Муассисаи давлатии «Беморхонаи клиникии шаҳрии бемориҳои сироятии кӯдакон»

**Муҳиммият.** Ларинготрахеити стенозкунандаи шадид (хурӯсак, круп) – ин осебҳои роҳҳои нафаси болоӣ бо ҷойгиршавии чарағии илтиҳобӣ, бештар дар қисми зерӣ чинии ҳалқ, трахея, ки бо нишонаҳои “сегона” – хирригии овоз, сулфай “аккосмонанд”-и дурушт ва нафаскашии сермағал (стено-тикӣ) зоҳир меёбад ва сабаби он беш аз ҳама сироятҳои вирусии зуком, сирояти зукоммонанд (парагрипп), аденовирусҳо, баъзан вирусҳои синцитиалӣ-респираторӣ, микоплазмаи пневмония, инчунин ассотсиатсияҳои вирусӣ-вирусӣ мебошанд. [1—3]. Дар байни сироятҳои шадиди вирусии респиратории (СШВР) омили этиологӣ асосӣ, ки боиси пайдоиши чарағии илтиҳобӣ дар ҳалқ ва трахея шуда, инкишофи синдроми хурӯсакро ҳамроҳӣ мекунад, инҳо вирусҳои зуком ва зукоммонанд (парагрипп) мебошанд [3]. Вожаи «хурӯсак» (круп) истилоҳи тиббӣ набуда, ҳамчун мафҳуми патологоанатомӣ – ин илтиҳоби фибринозии луобпардаи роҳҳои нафас мебошад.

Ларингити обструктивии шадид (хурӯсак) бештар ҳангоми бемориҳои шадиди вирусии респираторӣ дар кӯдакони хурдсол пайдо шуда, якчанд беморӣҳо, ки аломатҳои ба ҳам монанд доранд дар бар мегирад ва дар байни онҳо ларинготрахеити стенозкунандаи шадид (ЛСШ) нақши асосиро мебозад. Дар кӯдакони хурдсол сабабҳои варами фазои зеринӣ ва пайдоиши ларинготрахеити стенозкунандаи шадид ин фаровонии бофтаи лимфодӣ бо миқдори зиёди рағбову ҳуҷайраҳои фарбеҳ ва инкишофи заифи нахҳои эластикӣ дар луобпарда ва қабати зерилуобӣ мебошанд [3,5].

Омилҳои таъйинкунандаи асосии инкишофи хурӯсак (круп) дар кӯдакони хурдсол ин хусусиятҳои анатомӣ физиологӣ ҳалқ ва трахеяи кӯдакон дар шакли диаметри хурд, нозуки ва ёзандагии скелети тағоякӣ, қифшаклӣ ва даромадгоҳи тангу кӯтоҳи ҳалқ, чинҳои садоии кӯтоҳи номутаносиб ва болотар ҷойгиршуда, мутаассиршавандагии зиёди мушакҳо-аддукторҳо, ки роғи садоиро мепӯшонанд, ноболигии функционалии қитъаҳои рефлексогенӣ, гиперпарасимпатикотония, инчунин аксуламади сабабаш доруворӣ, аномалияҳои сохтори ҳалқ, кистридор (лотинӣхушток)-и модарзодӣ, паратрофия, осеби перинаталӣ системаи марказии асаб (СМА), норасидӣ ва ғайраро ҳамроҳӣ мекунад, ба ҳисоб мераванд [4]. Ба бемориҳои роҳҳои нафаскашии ба ҳаёт хатарнок мутааллиқ будани ларинготрахеити стенозкунандаи шадид ва басомади пайдоиши сироятҳои респиратории вирусии шадидро дар кӯдакони хурдсолро ба назар гирифта, имкони омӯзиш ва табобати ҳолати мазкур ба вучуд омадааст.

**Мақсади кор** ин омӯзиши хусусиятҳои чарағии ларинготрахеити стенозкунандаи шадид дар кӯдакони хурдсол бо сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ мебошад.

**Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот.** Дар зер мушоҳида 30 кӯдак бо ташҳиси сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ ва ларинготрахеити стенозкунандаи шадид қарор доштанд, ки дар беморхонаи сироятии клиникии кӯдакони шаҳрии ш. Душанбе дар муддати моҳҳои октябр-декабри соли 2020 бистарӣ буданд. Аз номгӯи онҳо 23 (76,7%) нафарашон кӯдаконисинни хурдсол ва 7 (23,3%)

нафари дигар кӯдакони синни 4-7-сола буданд ва нисбат шумораи писарон 23 (76,7%), нисбат ба духтарон 7 (23,3%) зиёд буд. Ташхиси сироятҳои шадиди вирусии респираториро дар кӯдакони мазкур дар асоси аломатҳои клиникӣ, эпидемиологӣ ва маълумотҳои усули вирусологии таҳлили хун бо истифодаи усули Реактсияи Занчиракии Полимеразӣ (РЗП)) гузошта шуд. Таъйид ё верификатсияи ташхиси хурӯсак дар асоси мавҷудияти аломатҳои сегонаи хос гузошта шудааст: дисфония, сулфаи “аккосмонанд”, нафастангии инспираторӣ, ғайр аз ин, нишондодҳои ташхисии асосии собикаи беморӣ ва шикоятҳо ба ҳисоб гирифта шудаанд, аз ҷумла маълумот дар бораи эмгузаронӣ бо эми пентаваленӣ (АКДС), муоинаи умумии кӯдак, термометрия, басомади нафаскашӣ, аускултатсияи шушҳо, ченкунии фишори шараёнӣ, инчунин дар ҳолатҳои зарурӣ дар кӯдакони дорои аломатҳои гипоксияи вазнин - дараҷаи сершавии хун бо оксиген пулсоксиметрия ва таркиби газии хун гирифта шуд. Аз адади умумии кӯдакони дорои сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ вобаста ба зухуроти клиникӣ дар 16 нафар (53,3%) - зуком, дар 8 нафар (26,7%) - сирояти зукоммонанд (парагрипп), дар 4 нафар (13,3%) сирояти вирусии респираторӣ синтитсиалӣ ва дар 2 нафар (6,7%) кӯдакон сирояти аденовируси тахмин карда шуд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот.** Ларинготрахеити стенозкунандаи шадид (хурӯсак) дар ҳамаи (27) кӯдакони хурдсол бо аломатҳои сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ оғоз шуд ва зимни он дар муддати 1 - 3 рӯз нишонаҳои катаралӣ пайдо шуданд, ки онҳо ҳамроҳ бо табларзаи субфебрилӣ дар 7 (25,9%) нафар ва фебрилӣ дар 20 (74,1%) нафар кӯдак ба амал омаданд.

Аз собикаи бемории 10 (37,0%) кӯдаки дорои сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ-аксуламали ғизӣ ва доруворӣ, дар 6 (22,2%) нафар кӯдак осеби перинаталӣ системаи марказии асаб (СМА), дар 4 (14,8%) нафар паратрофия ва дар 2 (7,4%) нафари дигар норасидӣ муайян карда шуданд.

Оғози беморӣ дар аксарияти кӯдакон 23 (76,7%) ногаҳонӣ буда, бо пайдоиши аломатҳои клиникӣ ларинготрахеити стенозкунандаи шадид асосан бегоҳӣ ва шабонгоҳ; зимнан, кӯдакон аз пароксизми сулфаи дурушти “аккосмонанд” ва нафаскашии мушкили сермағал бедор мешуданд. Зухуроти клиникӣ дар кӯдакони синну соли хурди мубтало ба сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ ва ларинготрахеити стенозкунандаи шадид вобаста ба гузашти вақт аз якчанд дақиқа то ба 1-2 рӯз ба суръат пешрафт карданд. Аз собикаи бемории кӯдакони хурдсол маълум гардид, ки аксарияти онҳо 25 (92,5%) ларинготрахеити стенозкунандаи шадид дар 1-ум ва 2-юм шабонарӯзи пас аз оғози пайдоиши аввалини аломатҳои клиникӣ беморӣ ба беморхона муайян карда шуд.

Дар байни кӯдакони хурдсол, ки мубталои сироятҳои шадиди вирусии респиратории дараҷаи якум (I)-и ларинготрахеити стенозкунандаи шадид (хурӯсак) дар 5 (18,5%) нафар мушоҳида шуд, ки аз назари клиникӣ бо аломатҳои пайдоиши пастшавии садои овоз бо ниғаҳдорӣ овоз ва сулфаи “аккосмонанд”-и давравӣ зоҳир гардиданд. Танҳо ҳангоми нооромӣ ва сарбории ҷисмонӣ кӯдакони бемор, аломатҳои стенози ҳалқ дар шакли нафаскашии сермағал ва хуштакмонанд (стридорӣ) дар муддати аз якчанд соат то то 1-2 рӯз пайдо шуданд.

Дараҷаи дуввуми (II)-и ларинготрахеити стенозкунандаи шадид бо пурзӯршавии ҳамаи аломатҳо дар аксари 19 (70,4%) кӯдакони мубталои сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ ташхис дода шуд ва ҳамаи онҳо дорои ихтилолоти хоб ва ҳаяҷоннокии давравӣ буданд. Нафаскашии стенотикӣ хос, ки аз аз масофаи дур ва дар ҳолати оромӣ ба ҳубӣ шунида мешуд, ҳамчунин нафастангии инспиратории доимӣ дар 15 (55,5%) нафар ва аломатҳои норасоии нафаскашии шадид бо иштироки мушакҳои танаффусӣ дар амали нафаскашӣ, бо пастшавии ҷойҳои мутобиқ дар ҳолати оромӣ, ки ҳангоми нооромӣ шиддат меёфтанд, дар 12 (44,4%) кӯдак мушоҳида шуд. Ҳолати норасоии оксиген (гипоксия) дар ин кӯдакон бо рангпаридагии пӯст ҳамзамон бо кабудшавии атрофи даҳон ошкор



шуд, ки Ҳангоми хуручи сулфаи аккосмонанди дурушт афзоиш меёфт ва то 3-5 рӯз давомнокӣ дошт. Аз ҳисоби гипервентилятсияи шушҳо дар ин кӯдакони хурдсол таркиби гази хун метавонад дар меъёр бошад ва сатуратсияи оксиген то 92-93% паст шавад.

Танҳо 3 (11,1%) кӯдаки хурдсол, ки мубталои ба сироятҳои шадидаи вирусии респираторӣ доштанд, дар шуъбаи эҳғарӣ дар ҳолати вазнини беморӣ бо дараҷаи севвуми (III) ларинготрахеити стенозкунандаи шадид, бо аломатҳои нафастангии омехтаи доимӣ бистарӣ шуданд. Дар ин нафар кӯдакон нооромии ҳолати умумӣ намоён шуд, ки бо сустшавӣ, ҳоболудӣ, ҳамчунон якбора хирри шудани садои овоз, баъзан то паст шудани овоз (афония) иваз мешуд. Аз собиқаи бемории кӯдакон мушаххас шуд, ки дар саршавии беморӣ сулфаи баланди дурушт ва баъдан сулфаи рӯякии паст вучуд доштааст. Дар давраи вуруд ба шуъбаи эҳғарӣ дар ин кӯдакон аломатҳои норасоии нафаскашии вазнин мушоҳида шуд, ки бо афзоиши кори мушакҳои та-наффусӣ ҳамроҳ бо нишонаҳои декомпенсатсияи нафаскашӣ зухур ёфтанд ва вобаста ба дараҷаи зиёдшавии стеноз, нафаскашии амиқӣ сермағал ба нафаскашии рӯякии паст мубаддал шуд. Ҳолати 1 (3,7%) кӯдак дар рӯзи чоруми бистарӣ гаштан дар шуъбаи эҳғарӣ хеле

вазнин шуда, бо нишонаҳои иғмои амиқ бо ихтилоҷҳои такрорёбанда, зиёдшавии нафаскашии рӯякӣ бо ҳамроҳии апноэ, инчунин пастшавии садоҳои дил инкишоф ёфт. Ҳамчунин, норасоии гардиши хун бо инкишофёбии гипоксия, гипоксемия, гиперкапния, атсидози омехта ҳамроҳ бо пастшавии сатуратсияи оксиген <90% ба вучуд омад.

Чорабиниҳои табобатӣ Ҳангоми хурӯсак (круп) дар кӯдакони хурдсол тибқи протоколҳои клиникии тасдиқшудаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шуда ва ба ҳарчи зудтар барқарор кардани функцияҳои нафаскашӣ ва беҳтаркунии ҳолати кӯдаки бемор, пешгирии афзоишҳои стенози ҳалқ, пайдоиши трахеобронхити обструктивӣ ва дар заминаи он ба амалоии марг равона карда шуда буданд.

**Хулоса.** Ҳамин тавр, муайян карда шуд, ки дар кӯдакони хурдсола, ки гирифтोरисироятҳои шадидаи вирусии респираторӣ ларинготрахеити стенозкунандаи шадид бештар (70,4%) дар намуди дараҷаи дуюм, бо ҳамроҳшавии аломатҳои норасоии нафаскашӣ (55,5%) муайян карда шуда, инчунин дар 3 (11,1%) кӯдак дар намуди дараҷаи сеюми ларинготрахеити стенозкунандаи шадид ва нишонаҳои норасоии нафаскашии вазнин гузаштааст.

#### Адабиёт

1. *Генне Н.А., Колосова Н.Г.* Ларинготрахеити стенозкунандаи шадид дар кӯдакон. Фарма-тека 2013; 15: 268: 40—43. (Ge- ppe N.A., Kolosov N.G. Acute constrictive laryngotracheitis in children. Farmateka 2013; 15: 268: 40—43.)
2. *Когут Т.А., Емеличева Л.Г., Ратинская Н.В.* Ларингити стенозкунанда дар кӯдакон. Ки-тоби дарсӣ. Ярославл 2013; 39. (Kogut T.A., Emelicheva L.G., Ratynskaya N.V. Constrictive laryngotracheitis in children. Tutorial. Yaroslavl 2013; 39.)
3. *Саркова С.А.* Метапневмовирусвабокавирус — вирусҳои «нав» дар сохтори этиологии сироятҳои роҳҳои нафаскашӣ дар кӯдакон. Маҷаллаи тибби Урал 2013; 6: 111: 20—25. (Tsarkova S.A. Metapneumovirus and bokavirus the «new» viruses in the etiological structure of respiratory tract infections in children. Uralskijmeditsin- skijzhurnal 2013; 6: 111: 20-25.)
4. *Саркова С.А.* Дастурамали клиникуи таъкилотӣ барои расонидани ёрии таъҷилӣ ба кӯда-кони гирифтори обструксияи шадидаи роҳҳои нафас (стандартҳои худудӣ). Екатеринбург, 2003; 13-20. (Tsarkova S.A. Clinical and organizational guidelines for emergency assistance to children with acute airway obstruction (regional standard). Ekaterinburg, 2003; 13-20.)
5. *Саркова С.А., Фирстова О.В., Каспирова Н.Ю.* Имкониятҳои пешгирӣ ва оптимизатсияи табobati риносинусити Ҳангоми ларинготрахеити стенозкунанда дар кӯдакон. Вестноторинола-рингол 2013; 6: 62-66. (Tsarkova S.A., Fristova O.V., Kaspirova N.Yu. Possibilities of prevention and treatment optimization for rhinosinusitis in stenosinglaryngotracheitis in children. Vestnotorinolarin- gol 2013; 6: 62-66.)

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Саидмуродова Г.М.,<sup>1</sup> Мамаджанова Г.С.,<sup>2</sup> Саидова А.З.,<sup>3</sup> Джонибеки Р.И.<sup>1</sup>

1. Кафедра детских инфекционных болезней (заведующая кафедрой, к.м.н., доцент) Государственного Образовательного Учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуалиибни Сино». 2. Кафедра детских болезней №1 Государственного Образовательного Учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуалиибни Сино». 3. Государственное Учреждения «Городская Клиническая Больница Детских Инфекционных Болезней»

Острый стенозирующий ларинготрахеит (круп) поражение верхних дыхательных путей, с локализацией воспалительного процесса преимущественно в подскладочном отделе гортани, трахеи и клинически проявляется «триадой» симптомов в виде осиплости голоса, грубого «лающего» кашля и шумным (стенотическим) дыханием, причинами чаще всего является вирусная инфекция, которую вызывают вирусы гриппа или парагриппа, аденовирусы, иногда респираторно-синцитиальные вирусы, микоплазма пневмонии, а также вирусно-вирусные ассоциации. [13]. Среди острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) основным

этиологическим фактором, приводящий к воспалительному процессу в гортани и трахее, который сопровождается развитием синдрома крупа, являются вирус гриппа и парагриппа [3]. Термин «круп» не является клиническим термином, а в патологоанатомическом понимании это фибринозное воспаление слизистой оболочки дыхательных путей.

**Ключевые слова:** ларинготрахеит (круп), вирусно-вирусные ассоциации, микоплазма пневмония, этиологический фактор, слизистая оболочка.

## FEATURES OF THE COURSE OF ACUTE STENOSING LARYNGOTRACHEITIS IN YOUNG CHILDREN WITH ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTION

Saidmuradova G. M.,<sup>1</sup> Mamadzhanova G. S.,<sup>2</sup> Saidova A. Z.<sup>3</sup> Jonibeki R. I.<sup>1</sup>

1. Department of Children's Infectious Diseases (Head of the Department, PhD, dotsent) State Educational Institution "Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino". 2. Department of Children's Diseases No. 1 of the State Educational Institution "Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino". 3. State Institution "City Clinical Hospital Of Children's Infectious Diseases"

Acute stenosing laryngotracheitis (croup)- damage to the upper respiratory tract, with the localization of the inflammatory process mainly in the subcladal part of the larynx, trachea and clinically manifested by a "triad" of symptoms in the form of hoarseness of the voice, rough "barking" cough and noisy (stenotic) breathing, the causes are most often a viral infection caused by influenza or parainfluenza viruses, adenoviruses, sometimes respiratory syncytial viruses, mycoplasma pneumonia, as well as viral-viral associations. [13].

Among acute respiratory viral infections (ARVI), the main etiological factor leading to the inflammatory process in the larynx and trachea, which is accompanied by the development of croup syndrome, is the influenza virus and parainfluenza [3]. The term "croup" is not a clinical term, but in the pathoanatomical sense is a fibrinous inflammation of the mucous membrane of the respiratory tract.

**Key words:** laryngotracheitis (croup)- viral-viral associations. mycoplasma pneumonia, etiological factor mucous membrane

**Саидмуродова Гафхар Мирбақоевна**, мудири кафедраи бемориҳои сироятӣи кӯдакони Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», E-mail: [gafhar.saidmuradova@mail.ru](mailto:gafhar.saidmuradova@mail.ru), тел: 907-70-67-44.

**Саидмуродова Гафхар Мирбақоевна**, заведующая кафедры детских инфекционных болезней Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуалиибни Сино», E-mail: [gafhar.saidmuradova@mail.ru](mailto:gafhar.saidmuradova@mail.ru), тел: 907-70-67-44.

**Saidmuradova Gafhar Mirbakoevna**, Head of the Department of Children's Infectious Diseases of the State Educational Institution «Avicenna Tajik State Medical University», E-mail: [gafhar.saidmuradova@mail.ru](mailto:gafhar.saidmuradova@mail.ru), тел: 907-70-67-44.



## БЕҲДОШТИ МУҲИТИ ЗИСТ

### ҲАЛЛИ МАСЪАЛАИ КАРИЕСҲОИ ДАНДОН ТАРИҚИ ОМУЪЗИШИ НОРАСОИИ ЧУЗЪҲОИ МИНЕРАЛӢ ДАР ОБ

Пиров Д.Д.

Муассисаи давлатии “Маркази ҷумҳуриявии ташаккули тарзи ҳаёти солим”

**Мубрамияти таҳқиқот:** Паҳншавии васеи кариес асосан ба нокифоягии бофтаҳои саҳти дандон вобастагӣ дошта, сабаби асосии он бо қадри зарурӣ ворид нагардидани ҷунин ионҳо, аз қабилҳои калсий, магний, фосфор, фтор ва ғайра, инчунин нобаробарии унсурҳои кимёвии болозикри барои бофтаҳои саҳти дандон зарурӣ мебошад [1,2]. Аз ин рӯ, омузиши робитаи байни таркиби химиявии оби нӯшокӣ ва бемории кариес дар бофтаҳои саҳти дандон масъалаи актуалӣ ба ҳисоб меравад. Аз ақидаи муаллифони зиёд, бар меояд, ки сифати оби нӯшокӣ ба ҳолати дандон таъсири ҷидди мерасонад [1,3,4]. Далели он аст, ки 92% эмали дандон аз модаҳои ғайриорганикӣ - апатитҳо, 2,7% - калсий ва намакҳои он, 2,3% намакҳои магний иборат аст. Агар дар оби нӯшокӣ ин модаҳо кифоя набошанд ё онҳо аз ҳад зиёд бошанд, номутавозунӣ ба амал меояд, ки ба вайроншавии сӯри дандон мусоидат мекунад [5,6,7]. Дигар унсурҳои муҳими кимиёвӣ, ки дар оби нӯшокӣ мавҷуд аст, фтор аст. Одам бояд дар як рӯз ҳадди аққал 2 мг фтор истеъмол намояд, ки онро бадани мо асосан аз об ҷаббида мегирад [8,9]. Илова бар ин, шароити иқлимӣ ва ҷуғрофӣ, алалхусус оби нӯшокӣ ва таркиби минералии он, дар байни омилҳои этиологияе, ки ба пайдоиши кариесҳои дандон ва бемориҳои периодонталӣ таъсир мерасонанд, нақши муайян доранд. Ба ҳама маълум аст, ки норасоии фтор дар оби нӯшокӣ боиси афзоиши кариесҳои дандон мегардад [3,10]. Ҳодисаи кариеси дандонҳо бештар аз мавҷудияти микроэлементҳо дар оби нӯшокӣ, ки дар як ҳолат онҳо ҳамчун синергист ва дар ҳолати дигар антагонистҳои фтор: мис, рух, ванадий, манган, стронций, титан, хром, молибден, кобалт, никел, алюминий амал мекунанд, алоқамандӣ дорад [10].

Инчунин, истифодаи оби нӯшокии ду-

руштиаш зиёд боиси баланд гардидани миқдори калсий ва магний дар хун мегардад ва дар навбати худ сатҳи макро- ва микроэлементҳои оби даҳон аз концентратсияи онҳо дар хун вобаста аст [11,12].

**Мақсади таҳқиқот:** омузиши таркиби оби нӯшокӣ дар минтақаҳои Носири Хусрав ва Хуросон бо норасоии ҷузъҳои минералӣ, ки аҳолии истеъмол мекунанд ва боиси кариеси бофтаҳои саҳти дандон мегардад.

**Методи таҳқиқот.** Дар ҷараёни таҳқиқоти мазкур, оби нӯшокии барои мақсадҳои маишӣ ва нӯшокӣ истифодашавандаи минтақаҳои Носири Хусрав ва Хуросони вилояти Хатлон, ки ҳамчун гидрокарбонат-сулфат-калсий дар ноҳияи Носири Хусрав ва сулфат-гидрокарбонат-калсий дар минтақаи Хуросон мавриди таҳқиқи қарор дода шуд. Оби нӯшокӣ дар манбаҳои минтақаҳои омӯхташуда аз ҷиҳати дуруштӣ ҳамчун минерализатсияшон паст, тоза ва нисбатан мулоим тавсиф карда мешавад. Ифлосшавии об хусусияти техногенӣ дошта аз аномалияҳои геохимиявӣ алоқамандӣ дорад, ки дар он элементҳои химиявӣ нақши муҳим доранд. Бо мақсади омузиши таъсири оби нӯшокӣ ба ҳолати узвҳои даҳон, омузиши сатҳи дандонпизишкӣ тибқи методикаи ТУТ дар 71 мактаббачагони синни 13-15 сола таҳқиқот гузаронида шуд, ки аз онҳо: писарон 41 нафар ва духтарон 30 нафар буданд, ки ба 2 гурӯҳ тақсим шуданд: гурӯҳи I - хонандагони мактабҳои ноҳияи Н.Хусрав - 35 нафар; гурӯҳи II - хонандагони мактаби миёнаи ноҳияи Хуросон - 36 нафар; гурӯҳҳо аз рӯи методи “нусхабардорӣ-чуфт” интихоб карда шуданд, яъне шахсият аз рӯи: синну сол, ҷинс, вазъи иҷтимоӣ ва иқтисодии оилаҳо ва синну соли истиқомат дар минтақаи мувофиқ мушоҳида карда шуд. Натиҷаҳои тадқиқот ба қисми махсусе, ки аз ҷониби ТУТ (1997) таҳия гардидааст, дохил

карда шуд, ки дар он онҳо маълумоти шиноснома; рақами мактаб ва синф; санаи санҷиш сабт карда шуданд. Ҳолати дандонҳо индекси КПУ ва КППУ арзёбӣ гардиданд; ҳолати пародонти маргиналӣ - мувофиқи нишондиҳандаҳои CPITN (WHO, 1978; J.Ainamo et al., 1982) ва РМА дар модификатсияи Parma (1960); гигиенаи ковокии даҳон - тибқи нишондиҳандаҳои Ю.А.Федоров -В.В.Володкина (1971) ва J.C.Green, J.R.Vermillion(1964). Дар қортоқҳои тадқиқотӣ

гурӯҳи солимии мактаббачагон низ қайд карда шуданд, ки онҳоро педиатр муайян кардааст.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Арзёбии гигиени сифати оби нӯшокии сокинони ноҳияҳои Н.Хусрав ва Хуросон фарқиятҳои омории назарраси байни нишондиҳандаҳои таркиби минерализиро ошкор намуд. Маълумоти муқоисавии таҳлили кимиёвии об дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

**Ҷадвали 1. -Ҷадвали муқоисавии таҳлили кимиёвии об**

| №  | Номи нишондиҳандаҳо      | Ноҳияҳо    |            |
|----|--------------------------|------------|------------|
|    |                          | Н.Хусрав   | Хуросон    |
| 1  | Тирағӣ, мг/л             | 4,79±0,66  | 2,61±0,34  |
| 2  | Рангноқӣ                 | 21,5±1,55  | 42,3±3,29  |
| 3  | Оксидшавӣ, мг/л          | 6,55±0,57  | 8,35±0,77  |
| 4  | БПК, мг/л                | 2,20±0,53  | 2,63±0,39  |
| 5  | Сульфатҳо, мг/л          | 220,3±7,95 | 100,2±3,18 |
| 6  | Хлоридҳо, мг/л           | 19,9±1,11  | 58,4±1,35  |
| 7  | Боқимондаи хушк, мг/л    | 527,3±55,9 | 300,6±8,46 |
| 8  | Дуруштии умумӣ, мг-экв/л | 7,05±0,92  | 3,42±0,33  |
| 9  | Калсий, мг/л             | 110,5±3,11 | 55,1±1,67  |
| 10 | Магний, мг/л             | 16,1±0,91  | 9,95±0,12  |
| 11 | Фтор, мг/л               | 0,15±0,008 | 0,21±0,01  |

Аз ҷадвали 1 бармеояд, ки сатҳи минерализатсияи оби нӯшоқӣ дар минтақаи Хуросон қаноатбахш ( $300,6 \pm 8,46$  мг / л) ва дар Н.Хусрав нисбатан баланд ( $527,3 \pm 55,9$  мг / л) ба назар мерасад. Дар минтақаи Хуросон об дорои сатҳи пасти ионҳои калсий ( $55,1 \pm 1,67$  мг / л) ва магний ( $9,95 \pm 0,12$  мг / л) аст, дар ҳоле ки оби минтақаи Н.Хусрав дорои миқдори зиёди калсий ( $110,5 \pm 3,11$  мг / л) ва оптималӣ - магний ( $16,1 \pm 0,91$  мг / л) мебошад. Таркиби фтор дар оби ҳар ду манбаъ дар сатҳи паст қарор дорад, мутаносибан  $0,15 \pm 0,008$  мг / л ва  $0,21 \pm 0,01$  мг / л. Омӯзиши сатҳи дандонпизишкии мактаббачагонии 13-15 сола бо истифода аз оби манбаъҳои гуногун, фарқияти омории ҷиддии гирифтҳои кариесҳои дандонпизишкӣ, инчунин дар паҳншавӣ ва шиддатнокии осеби пародонталро нишон дод. Ҳамин тариқ, паҳншавии кариесҳои дандон дар гурӯҳи I - 95,24%; Гурӯҳи II - 86,0% Шиддати кариесҳои дандон мувофиқи нишондиҳандаҳои КПУ ва КППУ мутаносибан дар гурӯҳи I -  $6.65 \pm 0.52$  ва  $8.79 \pm 0.82$  ва гурӯҳи II - 3.88 ±

0.45 ва  $5.08 \pm 0.74$ ; гурӯҳи IV -  $5.64 \pm 0.62$  ва  $7.38 \pm 0.88$ . Ҳолати гигиени ковокии даҳон дар наврасон дар ҳама гурӯҳҳои назоратӣ чандон фарқе надошт. Ҳамин тариқ, ГИ (мувофиқи Федоров -Володкина) дар: гурӯҳи I -  $1,39 \pm 0,06$ ; II гр. -  $1.57 \pm 0.07$ ; ГИ (J.C. Green, J.R. Vermillion) мутаносибан:  $0.82 \pm 0.04$  р .;  $1.04 \pm 0.06$  баробар гардид.

Ҳамин тариқ, шиддатнокии пасти кариесҳои дандонҳо-3.88 (К-1.32; П-2.52; У-0.04) дар гурӯҳи II қайд карда шуд. Эҳтимол, ин ба набудани пурраи ифлосшавии антропогенӣ, таркиби мутаваззуни минералҳо, инчунин таносуби физиологии Mg/Ca вобаста аст.

Паҳншавии бемориҳои илтиҳобии пародонт дар гурӯҳи тадқиқшудаи I - 77,42%; гурӯҳи II - 82.89% ошкор карда шуд. Нишондиҳандаи шиддати ин патология аз рӯи индекси CPITN ба ҳисоби миёна аз 6 секстант дар: гурӯҳи I -  $2,13 \pm 0,19$ ; гурӯҳи II -  $3,37 \pm 0,22$ . Дар байни секстантҳои зарардида дар гурӯҳи I. мушоҳидаҳо хунравии дандониро бартарӣ доранд-  $1.54 \pm 0.17$ ; санги дандон - 0,59



$\pm 0,13$ ; дар гурӯҳи II, баръакс, ҳисобкунии дандон бартарӣ дошт -  $1,77 \pm 0,20$ ; милки хунрав -  $1,60 \pm 0,16$ . Индекси РМА мутаносибан барои гурӯҳҳо ба  $3,93 \pm 0,49\%$ ;  $6.99 \pm 0.55\%$  баробар буд. Ҳамин тариқ, шумораи зиёди осеби пародонталӣ дар шахсони гурӯҳи II, асосан аз ҳисоби сангҳои дандон мушоҳида карда шуд. Инро бо истифодаи оби дарёи Кофарниҳон аз ҷониби мактаббачагон шарҳ додан мумкин аст, ки дар он минерализатсия афзудааст, ки дар натиҷа минерализатсияи босуръати лавҳаҳои мулоими дандоншакл ба вучуд омада, сипас санги дандон пайдо мешавад.

**Хулоса.** Омӯзиши сатҳи дандонпизишкӣ дар наврасон нишон дод, ки истифодаи оби бехтари ошомиданӣ бо минерализатсияи оптималӣ, миқдори оптималии калтсий ва магний, инчунин бидуни ифлосшавии антропогенӣ ба ҳолати бофтаҳои саҳти дандон ва периодонт таъсири бештар мусоид мерасонад.

Тадқиқотҳои гузаронидашуда имкон доданд, ки маҷмӯи чораҳо оид ба пешгирии бемориҳои дандон дар наврасоне, ки аз манбаъҳои гуногун об истифода мебаранд, асоснок карда шаванд.

### Адабиёт

1. Аврамова ОГ. Фториды в питьевой воде и профилактика кариеса // *Российский стоматологический журнал*. ОАО «Издательство «Медицина», 2012. № 5.
2. Бильшук ЛН. Интенсивности кариеса у детей, проживающих в зоне гипоплороза // *Редакційнаколегія*. 2015. С. 74.
3. Гречихин СС. Взаимосвязь между распространенностью и тяжестью флюороза твердых тканей зубов и гигиеной полости рта // *Региональный вестник. ООО «Издательство, Мыслитель»*, 2020. № 11. С. 79.
4. Жамбалова АД. Фтор в водах и почвах Улунханской впадины (Байкальская рифтовая зона) // *Природа Внутренней Азии*. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего ..., 2019. № 3 (12).
5. Кириллова ЕВ, Матело СК, Купец ТВ. Флюороз зубов - статус вопроса в современной эстетической стоматологии // *Современная стоматология*. 2010; 5, № 54. С. 14.
6. Кудрявцева БМ. Содержание фтора в питьевой воде и заболеваемость населения Российской Федерации кариесом детей и флюорозом // *Информационный бюллетень Москва*. 2001. 4, № 97. С. 2328.
7. Маркова ИС, Марков ДА. Влияние содержания фтора в питьевой воде на пораженность кариесом у детей // *Биотехнические, медицинские, экологические системы и робототехнические комплексы-Биомедсистемы-2017*. 2017. С. 4346.
8. Механтьева ЛЕ, Новикова ТС, Константинова СА. Профилактика неблагоприятного влияния дефицита фтора на здоровье детского населения // *Сб. науч. тр. «Вопросы обеспечения санэпидблагополучия населения в центральных регионах России»*. 2002. Вып. 6. С. 636639.
9. Пында МЯ. Влияние характера питания на развитие кариеса у 6-летних детей, проживающих в условиях дефицита фтора в питьевой воде // *Українськийстоматологічний альманах*. Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская ...», 2014. № 2.
10. Сатыго ЕА, Данилов ЕО. Оценка содержания фтора в воде для планирования эндогенной профилактики кариеса зубов // *Стоматология детского возраста и профилактика*. Общество с ограниченной ответственностью Поли Медиа Пресс, 2011. 10, № 2. С. 6466.
11. Терешина ТП, Пында МЯ. Клиническая эффективность комплексной профилактики кариеса у 6-летних детей, проживающих в условиях дефицита фтора в питьевой воде // *Медицинские новости. Частноеиздательскоеунитарноепредприятие «ЮпокомИнфоМед»*. 2014. № 4 (235).
12. Янин ЕП. Фтор в питьевых водах и его влияние на интеллектуальное развитие детей // *экологическая экспертиза*. 2010. 3, № 3. С. 5765.



## РЕШЕНИЕ ВОПРОСА С КАРИЕСОМ ЗУБОВ ПУТЁМ ИЗУЧЕНИЯ ДЕФИЦИТА МИНЕРАЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ В ВОДЕ

Д.Д. Пиров

Государственное учреждение «Республиканский центр формирования здорового образа жизни»

Была исследована вода хозяйственно-питьевого назначения (надземные источники водоснабжения) районов Носири Хусрав и Хуросон Хатлонской области, которая характеризуется как гидрокарбонатно-сульфатно-кальциевая в районе Носири Хусрав и сульфатно-гидрокарбонатно-кальциевая в районе Хуросон. Питьевая вода в источниках в исследуемых районах характеризуется как мало мине-

рализованная, пресная и по жёсткости является относительно мягкой. Загрязнение воды имеет техногенный характер и связано с геохимическими аномалиями, где значительная роль принадлежит химическим элементам.

**Ключевые слова:** вода питьевого назначения, кариес, химические элементы, климатогеографические условия, минеральный состав, профилактика.

## SOLVING THE ISSUE OF DENTAL CARIES BY STUDYING THE DEFICIENCY OF MINERAL COMPONENTS IN WATER

D.D. Pirov

State Institution “Republican Center for the Formation of a Healthy Lifestyle”

There was studied drinking water (aboveground sources of water supply) of the Nosiri Khusrav and Khuroson districts of the Khatlon region, which is characterized as hydrocarbonate-sulphate-calcium in the Nosiri Khusrav region and sulphate-hydrocarbonate-calcium in the Khuroson region. Drinking water in the springs of the studied areas is

characterized as low mineralized, fresh and relatively soft in terms of hardness. Water pollution is technogenic in nature, which is associated with geochemical anomalies, where chemical elements play a significant role.

**Key words:** drinking water, caries, chemical elements, climatic and geographic conditions, mineral composition, prevention.

**Пиров Даврон Дониёрович** - муовини директори Муассисаи давлатии “Маркази чумхуриявии ташаккули тарзи ҳаёти солим”, Тел: (+992) 918742658, Email: [davron-2005@mail.ru](mailto:davron-2005@mail.ru).

**Пиров Даврон Дониёрович**- заместитель директора Государственного учреждения «Республиканский центр формирования здорового образа жизни», Тел: (+992) 918742658, Email: [davron-2005@mail.ru](mailto:davron-2005@mail.ru)

**Pirov Davron Doniyorovich**- Deputy Director of the State Institution “Republican Center for the Formation of a Healthy Lifestyle”, Tel: (+992) 918742658, Email: [davron-2005@mail.ru](mailto:davron-2005@mail.ru)

## ФАРБЕҲӢ ДАР БАЙНИ МАРДҲОИ СИННУ СОЛИ 40-59- СОЛАИ ШАҲРИ ДУШАНБЕ ВА НТҚ

Хайров Ҳ.С., Шарипов С.Ф.

Кафедраи беҳдошти муҳити зист (мудири кафедра д.и.т., Ҳ.С.Хайров)  
МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

**Муҳиммият.** Имрӯз пешгирӣ ва табобати бемории фарбеҳӣ ба масъалаҳои афзалиятноки тиббӣ-иҷтимоӣ дохил шуда, таҳти ҷалби таваҷҷуҳи қариб ҳамаи давлатҳои дунё (аз ҷумла, Ҷумҳурии Тоҷикистон) гаштааст [4, 10].

Дар аксарияти давлатҳои дунё вайроншавии таркиби ғизо ва камҳаракатӣ сабаби асосии фавт ва инкишофи бемориҳои ғайрисироятӣ, ба монанди фарбеҳӣ, фишорбаландӣ, диабет қанди намуди 2, саратон ва ғараҳо муайян гардидаанд [3]. Бемориҳои



зикргардида хосияти эпидемӣ дошта, ба масъалаи тиббӣ-иҷтимоӣ иқтисодӣ мубаддал гаштаанд [2, 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 мардҳои синну соли 40-59 солаи ш.Душанбе ва НТҚ, чун омили мусоидаткунандаи бемориҳои ғайрисироятӣ (фишорбаландӣ, диабет қанди намуди 2, саратон ва ғ.) мебошад.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Омӯзиши ҳолати ғизо бо истифодаи барномаи компютери «Tj\_RCN 2» (№ қайди давлатӣ 2201700350 аз 3 майи соли 2017) [11] дар байни 114 мардҳои синну соли 40-59 солаи ш.Душанбе ва НТҚ гузаронида шуд.

Барномаи компютери «Tj\_RCN 2» баҳри ҳалли чунин вазифаҳо истифода мегардад:

- таснифи масъалаҳои иҷтимоӣ гурӯҳҳои аҳоли тибқи саволномаи тасдиқгардида;

- муайян намудани статуси ғизои гурӯҳҳои аҳоли (вазни зиёди бадан, фарбеҳӣ ва ғ.), алоқамандии бемории фарбеҳӣ бо фишорбаландӣ ва диабет қанди намуди 2 (инчунин, таъсири омили ирсӣ). Нишондодҳои инкишофи ҷисмонӣ бо усули умумӣ қабул-

гардида: вазни бадан бо вазнченкунаки “Seca” бо аниқии то  $\pm 0,1$  кг ва дарозии бадан бо қадченкунаки истехсоли Англия, ки аз тарафи Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ (ТУТ) баррасӣ гардидааст, гузаронида шуд.

Баҳодиҳии ҳолати ғизо тибқи таснифи умумиҷаҳонӣ, ки аз тарафи ТУТ дар асоси муайян намудани индекси вазни бадан (ИВБ) пешниҳод шудааст [16], амалӣ гардид;

- омӯзиши омилҳои ғизоии хатари инкишофи бемориҳои ғайрисироятӣ (сафеда, кислотаҳои ҷарбии сер ва носер, карбогидратҳо ва қандҳои одии вояи ғизо ва ғ.) бо усули баёдорӣ истеъмоли ғизо дар давоми 24 соати рӯзи гузашта (бо фармоиши Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 28 апрели соли 2014, № 248 тасдиқ гардидааст), гузаронида шуд.

- таҳлили омории маводи бадастомада.

**Натиҷаҳои таҳқиқот.** Натиҷаи кори илмӣ оид ба инкишофи фаъолияти ҷисмонии мардҳои синну соли 40-59 солаи ш.Душанбе ва НТҚ дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Аз ҷадвали 1 дида мешавад, ки ихотаи ташхисшудагони гурӯҳи синну соли 40-59 солаи ш.Душанбе ва НТҚ 114 нафарро ташкил менамояд.

Синну соли миёна, вазн ва қад омӯзишшудагон 50,6 сола, 78,9 кг ва 171,2 см-ро муносибан, ташкил намуд.

**Ҷадвали №1-** Нишондодҳои инкишофи ҷисмонии мардҳои синну соли 40-59 -солаи ш. Душанбе ва НТҚ (с.2020)

| Гурӯҳ  | Миқдор | Синну сол, сола | Қад, см | Вазн, кг |
|--------|--------|-----------------|---------|----------|
| Мардҳо | 114    | 50,6            | 171,2   | 78,9     |

Натиҷаи кори илмӣ оид ба ҳолати ғизои мардҳои ташхисшудаи ш.Душанбе ва НТҚ дар ҷадвали 2 оварда шудааст.

Муайян гардид, ки ҳолати ғизои меъёрии (ИВБ 18,50 – 24,99) дар мардҳои ташхисгардида, 48,25%-ро ташкил менамояд.

29,82% мардҳои омӯзишдида вазни зиёди бадан (ИВБ 25,00 – 29,99) дошта, 19,30%-он мубталои бемории фарбеҳианд. Аз 22 мардҳои гирифтори бемории фарбеҳӣ, 19 (86,36%) нафарашон дорои фарбеҳии дараҷаи сабук (ИВБ 30,00 – 34,99), 2 (9,1%) –

фарбеҳии дараҷаи миёна (ИВБ 35,00 – 39,99) ва 1 (5,55%) – фарбеҳии дараҷаи вазнин (ИВБ >40,00) мебошанд.

**Муҳокимаи натиҷаҳои таҳқиқот.** Паҳншавии вазни зиёди бадан ва фарбеҳӣ сабаби инкишофи бемориҳо ва маҷбӯӣ 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)

Ҷадвали №2.- Ҳолати ғизои мардҳои синну соли 18-29 солаи ш.Душанбе ва НТҶ (с.2020)

| ИВБ           | Баҳодиҳии ИВБ           | Мардҳо |       |
|---------------|-------------------------|--------|-------|
|               |                         | N      | %     |
| < 16,00       | НСН* дараҷаи вазнин     | 0      | 0,0   |
| 16,00 – 16,99 | НСН дараҷаи миёна       | 1      | 33,3  |
| 17,00 – 18,49 | НСН дараҷаи сабук       | 2      | 66,67 |
| <18,49        | НСН дар умум            | 3      | 2,63  |
| 18,50 - 24,99 | ХҶМ*                    | 55     | 48,25 |
| 25,00 - 29,99 | ВЗБ*                    | 34     | 29,82 |
| > 30          | Фарбеҳӣ дар умум        | 22     | 19,30 |
| 30,00 - 34,99 | Фарбеҳии дараҷаи сабук  | 19     | 86,36 |
| 35,00 - 39,99 | Фарбеҳии дараҷаи миёна  | 2      | 9,1   |
| >40,00        | Фарбеҳии дараҷаи вазнин | 1      | 5,55  |

Эзоҳ: НСН\* - норасоии сафедаю неру; ХҶМ\* - ҳолати ғизои меъёрӣ;

ВЗБ\* - вазни зиёди бадан.

омили инкишофи чунин бемориҳо мебошад [1, 3, 7, 15]:

- бемориҳои дилу рағҳои хунгард (фишорбаландӣ, ишемияи дил);
- саратон (саратонҳои бачадон, простата, ғадуди сина, рӯдаи ғафс ва борик, гурда, чигар ва талхадон);
- диабет қанди намуди 2;
- остеопороз, артрит, подагра;
- тромбози венаҳо;
- санги талха ва гурда;
- вайроншавии раванди ҳомиладорӣ ва вазифаи репродуктивӣ ва ғ.

Натиҷаи тадқиқот муайян намуд, ки 29,82% мардҳои синну соли 40-50 солаи ш.Душанбе ва НТҶ дорои вазни зиёди бадан буда 19,30%-он мубталои бемории фарбеҳӣ мебошанд. Тибқи маълумоти омӯри [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 НТҶ нисбат ба мамлакатҳои овардашуда хеле паст мебошад. Қобили қайд аст, ки бо дарназардошти маълумотҳои овардашуда ва нақши тиббӣ-иҷтимоию иқтисодии фарбеҳӣ бояд омӯзиши ҳаматарафаи вазни зиёди бадан ва бемории фарбеҳӣ (чанбаҳои иҷтимоию иқтисодии паҳншавӣ, омилҳои

хавфи инкишоф, раванди инкишоф - синдроми 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 баҳодиҳии хусусияти фарбеҳӣ ва оқибатҳои он барои саломатӣ нақши муҳим мебошад.

Тибқи 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 хучайраҳои ҷарбҳои дохили пардаи шикам хос аст [14].

Омори маводи бадастомада нишон медиҳад, ки дар байни шахсони мубталои бемории фарбеҳӣ 43,5%-он дорои намуди фарбеҳии андронидӣ мебошанд.

**Хулоса,** омӯзиши ҳолати ғизои мардҳои синну соли 40-59- солаи ш. Душанбе ва НТҶ муайян намуд, ки 29,82%-онҳо вазни зиёди



бадан дошта, 19,3% ба бемории фарбеҳӣ гирифтанд. Дар байни мардҳои гирифтори бемории фарбеҳӣ 35,7%-он дорои намуди фарбеҳии андронидӣ мебошанд. Бо дарназардошти хатар ва нақши тиббӣ-ичтимоӣ ва иқтисодии фарбеҳӣ бояд омӯзиши ҳаматарафаи вазни зиёди бадан ва бемории фарбеҳӣ (чанбаҳои иҷтимоӣ иқтисодӣ пахншавӣ, омилҳои хавфи инкишоф, раванди инкишоф - синдроми метаболитикӣ ва ғ.) бо мақсади боздоштани сатҳи пахншавии он дар байни

аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шавад. Беҳтар намудани дастрасии аҳоли ба маҳсулоти хубсифати озукаворӣ, баланд бардоштани сатҳи фарҳанги ғизоистеъмолкунӣ (инчунин, риояи талаботҳои ғизои солим), пастнамудани таъсири садама (стресс) тибқи амалигардонии «Барномаи пешгирии фарбеҳӣ ва ташаккули ғизои солим дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2019-2024» дар боз доштани пахншавии фарбеҳӣ нақши калидии худро мегузарад.

## 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. 6974.
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 инфекционными 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. 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.
12. Хайров Х.С. “Захираи иттилоотӣ”, № государственной регистрации 2201700350 от 3 мая 2017 года, - Душанбе, - 2017.
13. Хайров Х.С. “Пешгирии вазни зиёди бадан ва табобати бемории фарбеҳӣ тавассути ғизо (дастури методӣ)”. Душанбе, 2020, -100с.
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 МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ 40-59 ЛЕТ В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ И РРП**

**Хайров Х.С., Шарипов С.Ф.**

Кафедра гигиены окружающей среды (заведующий кафедрой д.м.н., Х.С.Хайров)  
ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”

В статье проанализированы проблемы лишнего веса и ожирения среди мужчин 40-59 лет в Республике Таджикистан. Были исследованы причины распространения ожирения и ее последствия на организм человека. Приведены статистические дан-

ные по распространенности заболеваний и ожирения среды населения города Душанбе и районов республиканского подчинения.

**Ключевые слова:** ожирение, лишний вес, питание, образ жизни.

## **OBESITY AMONG MEN AT THE AGE OF 40-59 YEARS OLD IN THE DUSHANBE AND RRS**

**Khairov Kh.S., Sharipov S.F**

Department of Environmental Hygiene (Head of the Department - MD, Kh.S. Khairov)  
SEI “Avicenna TSMU”

The article analyzes the problems of overweight and obesity among men 40-59 years old in 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.

**Хайров Хотамбег Сайфидинович**, д.и.т., мудири каф. беҳдошти муҳити зисти МДТ “ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино”. E-mail: [18@tajmedun.tj](mailto:18@tajmedun.tj), Тел: 900 90 81 18

**Хайров Хотамбег Сайфидинович**, д.м.н., заведующий кафедрой гигиены окружающей среды ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. E-mail: [18@tajmedun.tj](mailto:18@tajmedun.tj), Тел: 900 90 81 18.

**Khairov Hotambeg Sayfidinovich**, MD, Head of Enviromental health department SEI “Avecenna Tajik State Medical University”. E-mail: [18@tajmedun.tj](mailto:18@tajmedun.tj), Tel: 900 90 81 18



## ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

### ХУСУСИЯТ ВА ЧАРАЁНҲОИ КЛИНИКИИ ЛЕЙШМАНИОЗИ ПЎСТ ДАР ШАРОИТҲОИ ИҚЛИМИ ГАРМ

Исоева М.С.<sup>1</sup>, Қурбонбекова П.Қ.<sup>2</sup>, Саидинова Т.О.<sup>1</sup>

1. Кафедраи дерматовенерология (мудири кафедра д.и.т. К.М.Муҳаммадиева),

2. Кафедраи физиологияи патологӣ (мудири кафедра н.и.т., дотсент

З.М.Тоштемирова), МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

**Муҳимияти мавзӯ:** Бемории лейшманиоз яке аз масъалаҳои муҳими патологияи тропикӣ ба ҳисоб меравад. Дар айни замон лейшманиоз пӯст қариб дар 92 кишвари ҷаҳон ба қайд гирифта шуда басомади беморӣ ҳар сол афзуда истодааст [1-3]. Паҳншавии лейшманиоз пӯст ба масқунияи мавзеи интиқолдиҳандаи беморӣ – хомӯшак (*Phlebotomus papatasi*) вобаста буда, барои фаъолияти ҳаётии онҳо шароити иқлими гарм ва тафсон мусоид мебошад. Ангезандаи табиӣ лейшманиоз пӯст – муши калон ва сурхдуми регзор мебошад, ки сироятшавӣ бо воситаи хомӯшаки мода аз оилаи *Phlebotomus papatasi* ба амал меояд. Бинобар ин, беморӣ бештар дар кишварҳои тропикӣ ва субтропикӣ мунташир гардидааст. Дар кишварҳои Осиёи Миёна мавзёҳои эпидемиологӣ Ўзбекистон ва Туркменистон мебошанд [4].

Дар ташхис, табобати бармаҳал ва инкишофи оризаҳо, ки сабабгори бад шудани сифати ҳаётии беморон мегардад, саҳви зиёд роҳ дода мешавад, чунки дар тамоми ноҳияҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон барои муайян ва ташхиси бемории лейшманиоз пӯст, хусусан дар деҳа мутахассиси соҳа вучуд надорад.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ ва чараёнгирии бемории лейшманиоз дар минтақаҳои гарми Ҷумҳурии Тоҷикистон.

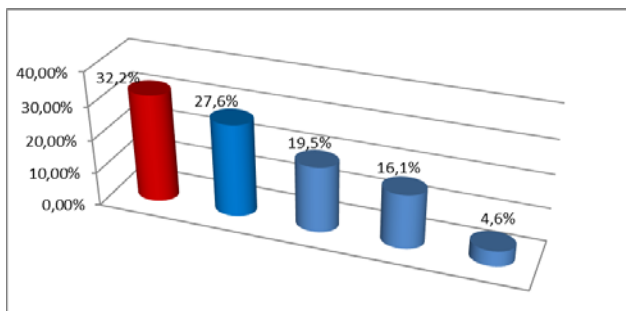
**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар зери таҳқиқ 100 нафар беморони мубтало ба лейшманиоз пӯсти синну солашон аз 3 то 76 сола қарор гирифт. Аз онҳо мардон 33 (33%) ва занон 67 (67%) -ро дарбар гирифт. Теъдоди зиёди беморон – 92 (92%) дар мавсими тобистон ва тирамоҳ барои ёрии тиббӣ ва теъдоди камтар дар мавсими баҳор 8(8%) нафар мурочиат намуданд.

Ҳаёти таркибии беморон: кормандони хоҷагӣ -13 (13%) нафар, хонашин -20 (20%), кӯдакони синни то мактабӣ – 31 (31%), мактаббачаҳо – 24 (24%), тоҷирони хӯрд 5(5%), донишҷӯён 4 (4%), нафақахӯрон 3 (3%) нафарро дарбар гирифт.

Аз 100 нафари беморони мубтало ба лейшманиоз пӯст дар 87 (87%) нафар лейшманиоз пӯсти намуди зоонозӣ (деҳагӣ), дар 13 (13%) антропонозӣ (шаҳрӣ) ташхис гардид. Теъдоди зиёди беморон - сокинони ноҳияҳои назди марзии Ўзбекистон, Қирғизистон ва Афғонистон ба қайд гирифта шуданд.

**Натиҷаи таҳқиқот ва музокира.** Натиҷаи таҳқиқот нишон доданд, ки дар беморони мубтало ба лейшманиоз пӯсти намуди деҳагӣ давраи ниҳонӣ (инкубатсионӣ- аз фосоилаи вақти тахминии газидани хомӯшак то пайдошавии гирех дар мавзеи газидагӣ аз рӯи таърихи беморӣ муайян гардид) аз 6-7 рӯз то 2 моҳро дарбар гирифт (дар бисёр мавридҳо 1-2 ҳафта).

Чараёни клиникӣ беморӣ қариб дар ҳамаи беморони мубтало ба лейшманиоз пӯсти деҳагӣ хусусияти дар сатҳи пӯст вучуд доштани яраро доранд. Якҷоягии яраҳои лейшманиозӣ бо гирехӣ танҳо дар 3 (3,4%) нафар беморон мушоҳида гардид. Дар 28 (32,2%) нафар яраҳои лейшманиозӣ боиси ориза бо намуди лимфангитҳо, дар 13 нафари онҳо инчунин, лимфаденит мушоҳида гардид. Дар 63 (72,4%) нафари беморон манбаъҳои иллатнок дар сатҳи кушодаи пӯсти рӯй (пешонӣ, абрӯҳо, бинӣ, ланҷҳо, кунҷи лабҳо, зерманаҳ, гардан, суфраи гӯш, дастҳо) ҷойгир буданд. Дар 24 (27,6%) нафари беморон иллатҳо дар мавзёҳои кушода ва пӯшидаи сатҳи пӯст қарор доштанд.



**Расми 1. Теъдоди манбаъҳои иллат дар беморони назоратӣ.**

Теъдоди яраҳо аз 1 то 12 ададро дар бар гирифт. Дар 28 (32,2) нафар бемор 1 адад яра, дар 24 (27,6%) – 2-3, дар 17 (19,5%) – 4-6, дар 14 (16,1%) – 7-8, дар 4 (4,6%) аз 9 то 12 адад мушоҳида гардид.

Чи тавре ки дар расм 1 инъикос гардидааст, яраҳои ягона танҳо дар 32,2 % беморон ва дар беморони боқимонда теъдоди яраҳо аз 2-3 то 9-12 адад мушоҳида гардид. Андозаи яраҳои ягона бузургтар назар ба яраҳои сершумор буданд (аз 1Ч1 то 12Ч10 см). Дар бисёри беморон шакли яраҳо доира ва байзавӣ, дар беморони боқимонда бошад, шакли ғалатӣ муайян гардид. Канораи яраҳо нопурра, қисман ҳамвор ва тагашон ковок, дар баъзеи беморон канораи яраҳо дар болои қаъри яра муаллақ буда, қисса ҳосил намудаанд. Дар бисёри беморон бо масоҳати зиёд яраҳо бо варами илтиҳобии инфилтратӣ ихота гардидааст. Дар беморон қаъри яраҳои нисбатан нав инкишофёфта, бо қабати некрозӣ пӯшида шуда буд. Баъди 4-5 ҳафта яраҳо мунтазам аз қабати некрозӣ пок гардида, бофтаи бунёдӣ бо намуди пистонакҳо нашъунамо ёфта, онҳо бо пардагубор пӯшида шуда, дар ҳолати бо ангушт зер намудан аз онҳо моеи луобӣ ва римнок ба берун чорӣ мегардид. Бемороне, ки давомнокии бемориашон аз ду моҳ зиёдтар чараён дорад, яраҳо пурра аз маводҳои маҳвшуда пок гардида, қаъри онҳо бо бофтаи чавон бо намуди донаҳои хурд пӯшида шудааст.

Дар 28 (32,2%) нафар беморони мубталои лейшманиози пӯсти намуди зоонозӣ (деҳагӣ) боиси оризаҳо - лимфангитҳо ва бо равиши рағҳои лимфатикӣ алоими чуфт мушоҳида гардид.

Дар 83 (95,4%) беморон дар манбаъҳои иллатнок қисмчаҳои Боровский мушоҳида гардид.

Беморони мубтало ба лейшманиози пӯсти антропонозӣ (шаҳрӣ) 13 нафар, аз он ҷумла занҳо 7 ва мардон – 6 нафар буданд. Ҳаёати таркибии беморон: донишҷӯён – 3 (23%), кормандони хоҷагии қишлоқ 6 (46,2%), тоҷирони хурд - 4 (30,8%) нафарро дарбар гирифт.

Дар беморони шаҳрӣ фосилаи вақти давраи ниҳонӣ бо дараҷаи кофӣ аз 2-3 ҳафта то 1 сол ва аз он зиёдтар давом мекунад. Аз ҳисоби гуногунии давомнокии вақти давраи ниҳонии беморӣ мавсими беморӣ аниқ таҳқиқ карда намешавад. Аз 13 нафари беморони мубтало ба дерматози антропонозӣ дар 4 нафарашон доназании гирехӣ, дар 6 нафар – ярагӣ ва дар 3 нафар бемории лейшманиози пӯсти туберкулоидӣ (металейшманиоз) таъхис гардид.

Пайдошавии донасории гирехии саҳти рангашон кабудчатоби сурх бо пулакчаҳои хурди зичи ба сатҳи пӯст ҷафс буда каме дар сатҳи пӯст муаллақ буданд. Андозаи онҳо аз 1 то 3 мм –ро дарбар мегирифт.

Лейшманомҳои ярагии гирда ё байзашакл бо канораҳои ковоки қаърашон суфтаи андозаашон аз 1Ч1 то 3 см, бо қабати муҳтавои зардчатоб ё зарди хокистарранги аз он ҷудошуда, пӯшида шудааст. Дар атрофи яра варами борики илтиҳобӣ мушоҳида мешавад. Яраҳои асосӣ мулоим мебошанд. Ҳам доназании гирехӣ ва ҳам доназании ярагӣ дар ҳамаи беморон дар сатҳи кушодаи пӯст (рӯй, андомҳои болоӣ, кафи пой) ҷойгир буданд. Дар 3 нафар беморони мубталои лейшманиози шакли туберкулоидӣ дар сатҳи пӯст тӯдаи донасории гирехи хурди рангашон зарчатоби бур дар атроф ва дар болои ҳадшаҳо, ки андозаашон 1-2 мм. мебошад, мушоҳида гардид.

**Ҳамин тавр**, дар шароитҳои иқлими гарми Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамаи беморони ба дерматози шакли зоонозӣ мубтало гардида, яраҳои сершумор дар қисми кушодаи сатҳи пӯст мушоҳида гардида ва дар 32,2% - и беморон оризаҳо бо намуди лимфаденит ва лимфангит таҳқиқ гардид.



## АДАБИЁТ

1. Баткаев Э.А. Лейшманиоз кожи. Вестник последипломного образования. 2008. - №4, - С.56-58.
2. Бюллетен ВОЗ. 2010
3. Исоева М.С., Курбонбекова П.К., Саидинова Т.О. Лейшманиоз. //Авчи Зухал. – 2018, - №3. – С. 48 - 54.
4. Понировский Е.Н., Чарыева Б.Ч. Особенности ландшафтного распределения лейшманиозов в Туркменистане. //Медицинская паразитология, паразитарные болезни. - 2010. - №4. – С.13-17.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

Исаева М. С., Курбонбекова П.К., Саидинова Т. О.

Кафедра дерматовенерологии и кафедра патологической физиологии  
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

В статье представлены результаты клинического течения кожного лейшманиоза зоонозной формы у 100 больных, в возрасте 3-67 лет. Чаще болеют женщины 67 (67%), чем мужчин 33 (33%). у 87 (87%) диагностирована зоонозная (сельская) форма кожного лейшманиоза, клиника заболевания характеризовалась наличием язв преимущественно на открытых участках и у 32,2% больных наблюдались осложнения в

виде лимфангитов и лимфаденитов. Чаще болеют дети дошкольного и школьного возраста (55%) и домохозяйки (20%). У 6 из 13 больных городской формой кожного лейшманиоза также наблюдались язвенные лейшманома, у 3-туберкулоидная форма болезни.

**Ключевые слова.** Лейшманиоз, зоонозная форма, лимфангит, лимфаденит, туберкулоидная форма.

## CLINICAL COURSE OF SKIN LEISHMANIASIS IN HYPERTHERMIA CLIMATE

M.S.Isaeva, P.K. Kurbonbekova, T.O. Saidinova

Dermatovenerology department (head of the department MD K.M.Muhammadiyeva) and  
pathophysiology department (head of the department c.m.s., associate professor Z.M.  
Toshtemirova) of Avicenna TSMU

This article illustrate results of clinical course of skin leishmaniasis of zoonase form in 100 patients, in age 3-67 years. Females suffer from this disease 67 (67%) more than males 33 (33%). In 87 (87%) are dragnosedzoonouse (country) from of skin leishmaniasis. Clinics of desease characterized by ulcer predominately on open area of skin and in 32,2% of patients are

acountered complication in lymphangitis and limphadenite form. Preschool and school age (55%) children and housewives (20%) suffer more offenly. In 6 from 13 patients of urbal from of skin laishmaniasisecountered ulcer leishmanioris, in 3-tuberculoid form of disease.

**Key words:** : leishmaniasis, zoonotic , lymphangitis, lymphadenitis, tuberculoid.

**Курбонбекова Парвина Камчибековна**, дотсенти кафедраи патофизиологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», н.и.т., тел: 934210394.

**Курбонбекова Парвина Камчибековна**, доцент кафедраи патофизиологии ГОУ «ТГМУ имени Абӯалӣ ибни Сино», к.м.н., тел: 934210394.

**Kurbonbekova Parvina Kamchibekovna**, associate professor of pathophysiology of Avicenna TSMU, tel: 934210394.

## ЛОР

### НОРАСОИИ КАЛТСИЙ ВА ФОСФОР ДАР КЌДАКONI ГИРИФТОРИ КАЧШАВИИ МИЁНДЕВОРИ БИНЌ

Назаров З.Х., Махмудназаров М.И., Шоев М.Д.

Кафедраи оториноларингологияи (мудири кафедра н.и.т., дотсент Махмудназаров М.И.) МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

**Муҳиммият.** Номутаносибии калтсий ва фосфор, ки дар давраи барвакти кўдакӣ ба вукӯъ мепайвандад, ба рушду инкишофи ҷисмонӣ ва аклонии тифл таъсир расонида, муолиҷаро талаб мекунад [3]. Шумораи зиёди асарҳои илмӣ ба ҳолати мубодилаи калтсий ва фосфор дар кўдакони навзод ва навзодон, инчунин истифодаи метаболитҳои фаъоли витамини D дар пешгирии ихтилоли мубодилаи фосфор ва калтсий дар кўдакон бахшида шудаанд. Аммо, дар ин асарҳо ҳолати мубодилаи калтсий ва фосфор дар асоси омӯзиши таркиби электролитҳо дар хун баҳо дода мешавад, ки дар давраи аввали пайдоиши ихтилоли мубодилаи фосфор ва калтсий ба қадри кофӣ иттилоъ намерасад [1,2].

Омӯзиши шумораи зиёди адабиёте, ки ба проблемаи этиология ва тактикаи табобати қачшавии миёндевори бинӣ бахшида шудааст, нишон дод, ки қорҳои илмӣ, ки бевосита ба муносибати метабализми калтсий-фосфор ва деформатсияи миёндевори бинӣ дар кўдакон алоқаманданд, амалан ёфт намешаванд. Бо дарназардошти гуфтаҳои боло омӯзиши самти мазкур яке аз масъалаҳои мубрами соҳаи тандурустӣ ба шумор меравад.

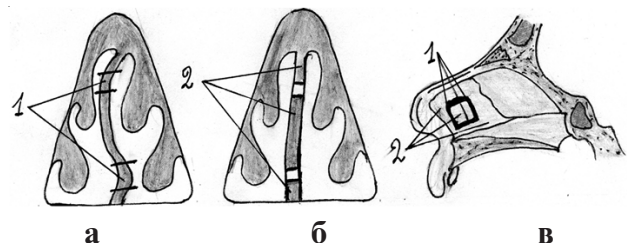
**Мақсади таҳқиқот.** Муайян кардани миқдори калтсий ва фосфор дар таркиби бофтаи устухонии миёндевори бинӣ.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Дар шароити шӯъбаи кўдаконаи бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинии МД ММТ ҚТ «Шифобахш» дар давоми солҳои 2018-2020 аз ҷониби мо 38 кўдак бо ташҳиси қачшавии миёндевори бинӣ муоина ва ҷарроҳӣ карда шуд. Синну соли кўдакон аз 8 то 12 соларо ташкил дода, аз онҳо 16 нафар духтар ва 22 нафарашон писарон мебошанд. Вобаста аз консентратсияи калтсий ва фосфор дар таркиби хун

беморон ба ду гуруҳ ҷудо карда шуданд. Дар гуруҳи асосӣ 19 нафар бемор бо норасоии калтсий ва фосфор дар таркиби хун шомил шуда, дар гуруҳи муқоисавӣ бошад 19 нафар бемор бо миқдори муқарарии калтсий ва фосфор дар таркиби хун дохил карда шуд. Ба ҳамаи беморон дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ ва баъди амалиёти ҷарроҳӣ тадқиқоти эндоскопия ковокии бинӣ ва бинибальум, рентгенографияи ҷавфҳои наздибинигӣ, тадқиқи ҳолати функционалии ковокии бинӣ гузаронида шуд. Инчунин, консентратсияи калтсий ва фосфор дар таркиби хун ва таркиби бофтаи устухонии миёндевори бинӣ, ки баъди амалиёти ҷарроҳӣ гирифта мешавад тадқиқ гардид.

#### Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Дар вақти риноскопияи пеш ва эндоскопия дар ҳамаи беморон намудҳои гуногуни қачшавии миёндевори бинӣ, варамӣ ва пурхунӣ назарраси пардаи луобии ковокии бинӣ, гипертрофияи садафаҳои поёнӣ ва мобайнии бинӣ, инчунин, мавҷудияти ихроҷоти луобӣ дар роҳҳои бинӣ муайян карда шуд. Шикояти асосии ҳамаи муоинашавандагон душвории нафаскашӣ бо бинӣ мебошад.



Расми 1. Нақшаи септум – ҷарроҳӣ бо усули Воячек (а, б - давраҳои бурриши сегментарӣ; в - давраи бурриши циркулярии тағояк). 1 - минтақаи бурриши тағояк; 2 - қисмҳои нигоҳдоштшудаи миёндевори бинӣ.

Беморон инчунин ба ихроҷшавии луоб аз ковокии бинӣ, пастшавии ҳиссиёти шомма,

хурроккашӣ ҳангоми хоб, зуд мондашавӣ ҳангоми фаъолияти ҷисмонӣ низ шикоят намуданд. Амали ҷаррохиҳо дар ковокии бинӣ вобаста ба намуди қачшавии миёндевори бинӣ муайян намуда, бурришҳои камосеб дар миёндевори бинӣ истифода карда шуд (Расми 1). Аломати асосӣ, ки нишондод барои муолиҷа, яъне душвории нафаскашӣ бо бинӣ буд, тавассути амалиёти ҷаррохӣ дар ҳамаи беморон бартараф кар-

да шуд. Назорати минбаъдаи беморон нишон дод, ки барқароршавии шафаскашӣ бо бинӣ қаноатбахш мебошад.

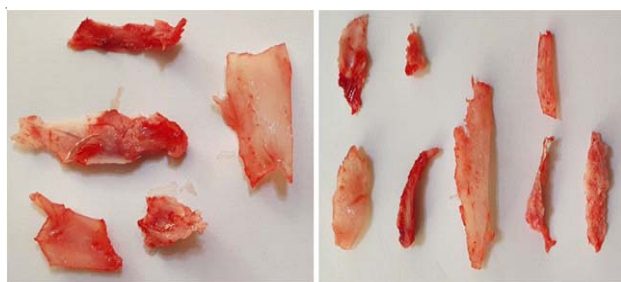
Сатҳи метаболизми калтсий ва фосфор дар амалияи клиникӣ одатан аз рӯи консентратсияи он дар таркиби хун баҳо дода мешавад (ҷадвали 1). Дар меъёр миқдори умумии калтсий дар зардобаи хун ҳудуди- 2,3–2,8 ва миқдори фосфори ғайриорганикӣ бошад- 1,3–1,9 ммол/л. мебошад.

Ҷадвали 1. Консентратсияи калтсий ва фосфор дар хуни беморони тадқиқшаванда то табобат (ммол/л.).

| Гурӯҳҳо         | Консентратсияи элементҳо бо ммол/л. |           |
|-----------------|-------------------------------------|-----------|
|                 | калтсий                             | фосфор    |
| Гуруҳи асосӣ    | 0,8±0,02                            | 0,9±0,01  |
| Гуруҳи назоратӣ | 2,34±0,03                           | 3,27±0,02 |

Аз рӯи натиҷа тадқиқоти озмоишӣ маълум гардид, ки консентратсияи калтсий ва фосфор дар хуни беморони гуруҳи асосӣ нисбат ба беморони гуруҳи назоратӣ ниҳоят кам мебошад.

Дар шароити озмоишгоҳи Донишгоҳи миллии Тоҷикистон миқдори калтсий ва фосфор дар таркиби бофтаи устухонии миёндевори бинӣ, ки баъди ҷаррохӣ гирифта шудааст, санҷида шуд (Расми 2).



Расми 2. Устухонҳои миёндевори бинӣ баъди амали ҷаррохӣ гирифташуда.

Маводи гирифташуда дар маҳлули дорои кислотаи нитроген ҳал карда шуд. Ин ҷараён дар шароити автоклавкунонӣ 1800°C зери фишори 14 атмосфера гузаронида шуд (автоклави аналитики микроавҷӣ MC-10 ширкати Volta, ш. Санкт- Петербург) расми 3-а.

Миқдори калтсий дар таркиби маҳлул бо усули фотометрикӣ дар дастгоҳи фотометрия PHLAPHO-4 (ширкати Carlcase Jena, Германия) бо истифодаи шӯлаи пропан-бутан-ҳаво муайян карда мешавад расми 3-б.



а



б

Расми 3. а) Автоклави аналитикии микроавҷӣ MC-10 ширкати Volta; б) дастгоҳи фотометрия PHLAPHO-4 ширкати Carlcase Jena.

Миқдори калтсий ва фосфор бо иловаи маводҳои консентратсионӣ санҷида шуд. Натиҷаҳо дар ҷадвалҳои 2 ва 3 пешниҳод шудааст.

Чуноне ки аз ҷадвал маълум аст, натиҷаи тадқиқи миқдори калтсий ва фосфор дар бофтаи устухонии миёндевори бинӣ нишон медиҳад, ки консентратсияи маводҳои минералӣ кам буда, дисбаланси мутаносибати калтсий ва фосфор дар беморони гуруҳи асосӣ ҷой дорад.

Вайроншавии баланси витаминҳо ва минералҳо дар организм яке аз сабабҳои асосии бадшавии ҳолати сиҳатии кӯдак мебошад. Хусусан ин ба кӯдакони сини то мактабӣ ва наврасон таълуқ дорад, чун ки норасогии витаминҳо ва макроэлементҳо (калтсий, фосфор) барои организми рушдкунанда зарур аст.

**Чадвали 2. Микдори калтсий ва фосфор дар таркиби бофтаи устухони миёндевори бинии беморони гуруҳи асосӣ.**

| Концентратсия элементҳо бо % |                    |                   |
|------------------------------|--------------------|-------------------|
| №                            | Калтсий (1,5-2,5%) | Фосфор (14-15,5%) |
| 1                            | 0,687              | 8,979             |
| 2                            | 0,593              | 10,507            |
| 3                            | 1,190              | 9,958             |
| 4                            | 0,580              | 1,13              |
| 5                            | 0,687              | 8,97              |
| 6                            | 0,590              | 10,506            |
| 7                            | 1,191              | 9,961             |
| 8                            | 0,582              | 2,12              |
| 9                            | 0,687              | 8,978             |
| 10                           | 0,593              | 10,504            |
| 11                           | 1,190              | 9,958             |
| 12                           | 0,581              | 1,13              |
| 13                           | 0,687              | 8,99              |
| 14                           | 0,590              | 10,506            |
| 15                           | 1,191              | 9,963             |
| 16                           | 0,582              | 2,11              |
| 17                           | 1,191              | 9,958             |
| 18                           | 0,582              | 2,10              |
| 19                           | 0,686              | 8,972             |

Дар байни омилҳое, ки дар қараёни пайдоиш ва инкишофи бофтаи устухонӣ, афзоиш ва ташаккули скелет таъ-

сири ҳалқунанда доранд, таъминоти кӯдак бо калтсий нақши муҳим мебозад.

**Чадвали 3. Микдори калтсий ва фосфор дар таркиби бофтаи устухони миёндевори бинии беморони гуруҳи назоратӣ.**

| Концентратсия элементҳо бо % |                    |                   |
|------------------------------|--------------------|-------------------|
| №                            | Калтсий (1,5-2,5%) | Фосфор (14-15,5%) |
| 1                            | 1,650              | 11,471            |
| 2                            | 1,570              | 13,450            |
| 3                            | 2,420              | 12,328            |
| 4                            | 1,540              | 14,657            |
| 5                            | 2,650              | 10,471            |
| 6                            | 1,571              | 13,450            |
| 7                            | 2,420              | 11,328            |
| 8                            | 1,543              | 14,657            |
| 9                            | 2,687              | 9,979             |
| 10                           | 2,593              | 10,507            |
| 11                           | 1,190              | 11,958            |
| 12                           | 0,580              | 13,13             |
| 13                           | 2,687              | 15,97             |
| 14                           | 1,592              | 10,506            |
| 15                           | 1,191              | 12,961            |
| 16                           | 2,582              | 12,12             |
| 17                           | 1,191              | 10,961            |
| 18                           | 1,582              | 12,12             |
| 19                           | 2,687              | 13,979            |

Дар натиҷаи таҳқиқоти микдори калтсий ва фосфор дар таркиби бофтаи устухонӣ дар беморони гуруҳи назоратӣ ин нишондодҳо дар ҳудуди меъёр мебошанд. Вактҳои охир муайян гашт, ки витамини D бо худ

гормоне дорад, ки дар танзими мубодилаи калтсий ва фосфор нақши муҳим мебозад. Бо дарназардошти ин, ба беморони гуруҳи асосӣ маводҳои дорувории дорои калтсий Д3 (карбонати калтсий 125 мг, вит Д3 5мкг



(200МЕ)) 1т. 2 бор дар як рӯз муддати як моҳ ва глитсерофосфати калтсий 0,05-0,2 г 3 бор дар як рӯз муддати як моҳ таъин карда шуд.

Инчунин, маводҳои хуруквории таркибашон аз минералҳо бойбуда тавсия карда шуд.

**Чадвали 4. Консентратсияи калтсий ва фосфор дар хуни беморони тадқиқшаванда баъд аз 15 рӯзи табобат (ммол/л.).**

| Гурӯҳҳо         | Консентратсияи элементҳо бо ммол/л. |                  |
|-----------------|-------------------------------------|------------------|
|                 | Калтсий                             | Фосфор           |
| Гурӯҳи асосӣ    | <b>1,8± 0,03</b>                    | <b>1,4±0,01</b>  |
| Гурӯҳи назоратӣ | <b>2,34 ± 0,03</b>                  | <b>2,27±0,02</b> |

Аз рӯи натиҷаҳои тадқиқотҳои озмоишӣ баъди 15 рӯзи табобат зиёдшавии миқдори калтсий ва фосфор дар хуни беморони гурӯҳи асосӣ мушоҳида карда шуд.

**Хулоса.** Дар давраи афзоиши тифл норасогии миқдори калтсий ва фосфор яке аз

омилҳои гирифтورشавии кӯдакон ба қатъшавии миёндевори бинӣ мебошад. Истифодаи маводҳои доруворӣ ва хуруквории дорои калтсий ва витамини D метавонад пайдоиши оқибатҳои номатлубро дар саломатии кӯдак пешгирӣ намояд.

#### Адабиёт

1. Махмудназаров М.И. Современные методы хирургического лечения деформаций носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. // Вестник Авиценны.- №4.- 2012.- С. 56-61.
2. Махмудназаров М.И. Хирургическая коррекция деформации носа и носовой перегородки. Душанбе: Ирфон-2016- 115 с.
3. Костылева М.Н. Профилактика дефицита кальция у детей / М.Н. Костылева // Вопросы современной педиатрии. - 2008. - Том 7. - № 5. – С.76-81.

### ДЕФИЦИТ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА У ДЕТЕЙ С ИСКРИВЛЕНИЕМ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

**З.Х. Назаров, М.И. Махмудназаров, М.Д. Шоев**

Кафедры оториноларингологии (зав. кафедра к.м.н., доцент Махмудназаров М.И.)  
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Дисбаланс кальция и фосфора, возникающий в раннем детском возрасте, рассматривается как патологическое состояние, требующее коррекции, и как фактор, влияющий на рост и развитие ребенка. Научные работы непосредственно касающиеся взаимосвязи кальциево-фосфорного обмена и деформации перегородки носа в детском возрасте практически не встречаются. Цель исследования является определение содержания кальция и фосфора в составе костной ткани

перегородки носа. В период интенсивного роста недостаток содержания кальция и фосфора является одним из факторов, приводящих к деформации перегородки носа у детей. Применение препаратов, содержащих кальций и витамин D, с профилактической целью может предупредить развитие неблагоприятных последствий для здоровья детей.

**Ключевые слова:** деформация перегородки носа, септопластика, недостаток содержания кальция и фосфора



## CALCIUM AND PHOSPHORUS DEFICIENCY IN CHILDREN WITH CURVED NOSE SEPARUM

**Z.Kh. Nazarov, M.I. Makhmudnazarov, M.D. Shoev**

Department of otorhinolaryngology (Head of the Department - Candidate of Medical Sciences, Dotsent Mamudnazarov M.I.) SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino".

An imbalance of calcium and phosphorus that occurs in early childhood is considered as a pathological condition that requires correction and as a factor affecting the growth and development of a child. Scientific works directly related to the relationship of calcium-phosphorus metabolism and deformation of the nasal septum in childhood practically do not occur. The aim of the study is to determine the content of calcium and phosphorus in the composition of the bone tissue of the nasal

septum. During the period of intensive growth, the lack of calcium and phosphorus is one of the factors leading to deformation of the nasal septum in children. The use of preparations containing calcium and vitamin D for prophylactic purposes can prevent the development of adverse consequences for the health of children.

**Key words:** deformation of the nasal septum, septoplasty, lack of calcium and phosphorus

**Маҳмудназаров Маҳмадамин Имомович** - н.и.т., дотсент мудири кафедраи оториноларингологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино» Тел.: (+992) 93-506-75-43, E-mail: [mahmadamin@inbox.ru](mailto:mahmadamin@inbox.ru) ORCID 0000-0003-2048-5597

**Маҳмудназаров Маҳмадамин Имомович** - к.м.н., доцент, зав. кафедрой оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Тел.: (+992) 93-506-75-43, E-mail: [mahmadamin@inbox.ru](mailto:mahmadamin@inbox.ru) ORCID 0000-0003-2048-5597

**Makhmudnazarov Mahmadamin Imamovich** - candidate of medical sciences, associate professor, head of Department of Otorhinolaryngology, TSMU named after Abuali ibni Sino, Tel.: (+992) 93-506-75-43, E-mail: [mahmadamin@inbox.ru](mailto:mahmadamin@inbox.ru) ORCID 0000-0003-2048-5597



## ОНКОЛОГИЯ

### ТАЪСИРИ ЧАНБАИ СИННУСОЛӢ ВА СИНДРОМИ МЕТАБОЛИКӢ БА ЧАРАӢНИ САРАТОНИ ЭНДОМЕТРИЯ

Сайфутдинова М.Б.

Кафедраи онкология, таъхис ва муолиҷаи шуой, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

**Муҳиммият.** Саратони эндометрия (СЭ) дар сохтори гирифторшавӣ ба бемориҳои саратонии гинекологӣ дар Аврупо мақоми аввалро ишғол намуда, ба сифати саратони ғадуди шир бошад, дар қатори «бемориҳои тамаддун» шомил аст ва ҳамасола дар Россия зиёда аз 16 ҳазор ҳодисаи нави СЭ ба қайд гирифта мешавад. 6,8% тамоми ҳодисаҳои номияҳои бадсифат дар байни аҳолии занонаи Россия ба ҳиссаи СЭ рост меоянд, ки аз он танҳо теъдоди гирифторони саратони ғадуди шир аз СЭ бештар асту халос [3, 9]. Номияи бадсифати узвҳои репродуктивӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба мақоми аввал баромада, 49,9%-ро ташкил медиҳад. Аз ин миён 4,3%-и он ба ҳиссаи СЭ рост омадаву солҳои охир 0,8% майл ба инкишофро дорад [7].

Гирифторшавӣ ба СЭ дар фосилаи синни аз 40 то 59- сола якбора боло рафта, тақрибан 4 баробар меафзояд ва тадриҷан дар 60-64-солагӣ ба нуқтаи ниҳии худ мерасад ва сипас ба таври назаррас коҳиш меёбад. Таҳлили R.J. Zaino ва ҳаммуал, дар мавриди 819 беморзани мубтало ба СЭ нишон дод, вобастагии зичи ҳатари нисбии фавт аз калонсолӣ муайян карда шуд. Ҳамин тавр, ҳатар дар 65-солагӣ се баробар ва дар 75 - солагӣ бошад, ба 4,7 маротиба рӯ ба афзоиш меорад [9,12]. Пиршавии организмро патологияи муҳталифи соматикӣ ва ҳамчун натиҷаи индекси баланди коморбидӣ бошад, мавҷудияти 2 ва ё зиёда сидрому бемориҳо ҳамроҳӣ менамоянд [2, 6]. Дар натиҷа, 30% беморон амрози ҳатарноки ҳамроҳшуда доранд, ки барои муоинаи дуру дарози мутахассисони наздикиҳтисос ва рад кардани ҷарроҳӣ сабаб мегардад [4, 10].

СЭ-ро ба қатори омосҳои гормонӣ-вобастабуда шомил медонанд, зеро зимни ин категорияи беморон дар натиҷаи фаъолнокии баланди гипоталамус ихтилолотии системаҳои репродуктивӣ ва энергетикӣ мушоҳида мегар-

дад. Бо сабаби мазкур дар мавриди ин категорияи беморон бештар ҷарббандӣ, диабетиканд ва бемории фишорбаландиро дидан мумкин аст [1]. Тамоми маҷмӯи симптомҳои ишоратшударо синдроми метаболӣ (СМ) ном додаанд, ки дар мавриди 82,6 % беморони мубтало ба СЭ ба мушоҳида мерасад. Мавҷудияти СМ на танҳо ҳатари пайдоиши бемории мазкурро 2-3 баробар меафзояд, балки метавонад ба пайдошавии омосҳои аввалии сершумор - якҷояшавии СЭ бо саратони ғадуди шир, рӯдаи ғафс, тухмдонҳо мусоидат намояд [5, 8]. Карсиномаи эндометрия мумкин аст дар эндометрияи муътадил, атрофӣ ва гиперплазистуда инкишоф ёбад ва он бо варианти патогенезии муҳталиф алоқамандӣ дошта, аз синни чанба вобастагӣ дорад [1].

Ҳамин тавр, таҳқиқот ба омӯзиши омилҳои пешгӯйикунанда таҳсис дода мешаваду ба ҷараёни клиникӣ СЭ таъсир мерасонад, бо дар назардошти афзоиши патологияи мазкур дар сохтори бемориҳои саратонӣ дар миёни занҳо ниҳоят мубрам ва саривақтӣ ба ҳисоб меравад.

**Мақсади таҳқиқот:** омӯзиши синнусолии чанба ва мавҷудияти синдроми метаболӣ дар ҷараёни клиникӣ саратони эндометрия.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқ.** Асоси пажӯҳишро таҳлили маълумотҳои клиникӣ 144 беморзани мубтало ба саратони эндометрия ташкил менамояд, ки барои муоина ва муолиҷа дар МД «Маркази илмӣ саратоншиносии ҷумҳуриявӣ»-и ВТ ҶИА ҚТ дар давраи аз солҳои 206 то 2018 қарор доштанд. Синни занҳои бемор аз 30 то 80 солро ташкил медод. Ба мақсади тафсилоти синни чанба мо тамоми беморзанҳоро ба марҳилаҷудо намудем: I–марҳилаи репродуктивӣ, занҳои то 45 сола - 8 (5,6%) ҳодиса; II - марҳилаи синни климактерӣ (аз 46 то 55-солагӣ) - 38 (26,4%) нафар ва III–менопаузаӣ (аз 55 сола боло) - 98 (68%) бемор. Дар мавриди

тамоми муоинашудагон ташхис аз ҷиҳати морфологӣ тасдиқ ва омос мувофиқи навъи гистологӣ ба таври зерин тақсим карда шуд: аденокарсиномаи эндометриоидии дараҷаи тафриқашавиаш мухталиф - 135 (93,8%) ҳодиса, равшанхучайра – 6 (4,1%) ва саратони гадуи паҳнхучайра бошад, 3 (2,1%) нафар.

Нақшаи муоинаи беморони СЭ аз усулҳои стандартӣ саратонии умумиклиникӣ (ҷамъовариҳои шикоятҳо, анамнез, муоинаи ҷисмонӣ), абзорӣ (рентгенографияи узвҳои қафаси сина, ТУС-и узвҳои ковокии шикам, коси хурд ва фазои пасиҳо, ҳангоми зарурат ТМР-и узвҳои коси хурд) ва лабораторӣ (таҳлили умумии хун, пешоб, таҳқиқи биохимиявии хун бо муайян кардани сатҳи глюкоза ва холестерин) ва таҳқиқот иборат буд. Ҳисоб кардани индекси вазни бадан аз рӯи формулаи Brey ба амал оварда шуд:  $\text{вазн (кг)} : \text{қад (м)}^2$ .

**Натиҷаҳои таҳқиқ ва муҳокима.** Ҳангоми муроҷиати занҳои бемор барои ёри тиббӣ, воқеияте диққатҷалбкунанда аст, ки

занҳои синни репродуктивӣ одатан аз ҳалалёбии даври ҳайз мувофиқи навъи менометроррагия, дардҳои сим-сими поёни шикам/камар, камхунӣ шикоят мебаранд. Аксаран, ҳангоми муоина дар муассисаҳои ғайрисохавӣ ба ин гурӯҳи занҳои бемор симтомҳои ноймиёмаи интишорёфтаи бачадон, аденомиоза ё гиперплазияи эндометрия ташхис гузошта, баъдан муолиҷаи гормонӣ татбиқ ва бе он ки ташхис аз ҷиҳати морфологӣ тасдиқ гардад, аксаран ҷарроҳӣ ба амал оварда мешавад, ки ба оқибати беморӣ ва натиҷаи баъдинаи муолиҷа таъсири манфӣ мерасонад. Ҳолати аксро дар беморзанҳои синни нисбатан болотар мушоҳида кардан мумкин аст, хусусан дар занҳо, дар заминаи менопаузаи устувор, ки дар нисбати онҳо ҳатто як лаҳзаи хунолудшавӣ ё хунравии бачадон пайдо мешавад ва он барои марҳилаи мазкур патгномӣ ба ҳисоб рафта, сабаби эҳтиёт ва муоинаи нисбатан муфассалтар мегардад (ҷадвали 1).

### Ҷадвали 1.- Басомади зохиршавии СЭ дар алоқамандӣ аз давраҳои синнусолӣ

| Давраҳои синнусолӣ               | Басомади зохиршавӣ                                  |                          |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------|
|                                  | Ҳангоми муроҷиат бо шикоятҳои хоса зохиршуда (n=64) | Ҷаёлона зохиршуда (n=80) |
|                                  | Мутлақ /%                                           |                          |
| То 45- сола (репродуктивӣ) n=8   | 6 / 75%                                             | 2 / 35%                  |
| 46 – 55- сола (менопаузавӣ) n=38 | 25 / 65,8%                                          | 13 / 34,2%               |
| Аз 55- сола боло (климаксӣ) n=98 | 33 / 33,6%                                          | 65 / 66,3%               |

Бар пояи маълумотҳои ҳосилшуда аз 144 беморзан дар маҷмӯъ зимни 78 (66%) ҳодиса ташхис бештар дар марҳилаи менопауза ва климактерӣ гузошта шуд. Мувофиқан, ташхис гузоштани СЭ дар мавриди занҳои синни репродуктивӣ аҳамияти принципіалӣ дошта, дисменореяро ҳамроҳӣ менамояд, ки биоптат метавонад аксаран дар заминаи гиперплазияи оҳандори эндометрия ва бетарошидани фраксионии ташхисии бачадон

бо таҳқиқи баъдинаи морфологӣ сабаби хатогӣ дар ташхис ва тактика гардад.

Таҳлили дараҷабандии тафриқашавии СЭ нишон дод, ки дар аксари беморони тамоми гурӯҳҳои синну сол бартарияти тафриқашавии муътадили омоси ( $G_2$ ) дар мавриди 110 ҳодиса ба назар мерасад ва зимнан дар мавриди занҳои синни репродуктивӣ дараҷаи пасти тафриқашавӣ ( $G_3$ ) мушоҳида нагардид (ҷадвали 2).

### Ҷадвали 2.- Андозаи дараҷабандии тафриқашавии СЭ дар алоқамандӣ аз давраи синнусолӣ

| Дараҷаи тафриқашавии СЭ | Синни беморони СЭ (n=144) |     |                   |       |                        |       |
|-------------------------|---------------------------|-----|-------------------|-------|------------------------|-------|
|                         | То 45 сола (n=8)          |     | 46-55 сола (n=38) |       | Аз 55 сола боло (n=98) |       |
|                         | мутлақ                    | %   | мутлақ            | %     | мутлақ                 | %     |
| G1                      | 6                         | 75% | 3                 | 7,9%  | 5                      | 5,1%  |
| G2                      | 2                         | 35% | 30                | 79,0% | 78                     | 79,6% |
| G3                      | -                         | -   | 5                 | 13,1% | 15                     | 15,3% |



Аммо тавре аз чадвал аён аст, бо боло рафтани синну сол теъдоди шаклҳои дараҷаи тафрикашавиашон баланди саратони танаи бачадон коҳиш хӯрда, адади дараҷаи тафрикашавиашон паст ( $G_3$ ) рӯ ба афзоиш меорад. Ҳамаро сабаб ин аст, ки бо гузашти синну сол эндометрия ба тағйирот дучор мегардаду аллакай неопазма на дар заминаи гиперплазисуда, ки барои давраи репродуктивӣ хос аст,

балки дар заминаи атрофишуда ё омехта инкишоф меёбад ва дараҷаи тафрикашавию вариантҳои патогенезиро муайян мекунад.

Тибқи маълумотҳои мо, СЭ-и марҳилаи IА дар тамоми гурӯҳҳои синусолӣ афзалият дошт, вале бо афзудани син майл ба афзудани вазни қиёсии марҳилаҳои нисбатан пахншудаи беморӣ ба мушоҳида мерасад (ҷадвали 3).

**Ҷадвали 3.- Тақсимои беморони гирифтори СЭ мувофиқи марҳилаҳо вобаста ба син**

| Марҳила | Синни беморони СЭ (n=144) |       |                   |       |                        |       |
|---------|---------------------------|-------|-------------------|-------|------------------------|-------|
|         | То 45 сола (n=8)          |       | 46-55 сола (n=38) |       | Аз 55 сола боло (n=98) |       |
|         | мутлақ                    | %     | мутлақ            | %     | Мутлақ                 | %     |
| IА      | 7                         | 87,5% | 23                | 60,5% | 32                     | 32,6% |
| IB      | 1                         | 12,5% | 7                 | 18,4% | 27                     | 27,7% |
| IC      | -                         | -     | 4                 | 10,5% | 15                     | 15,3% |
| IIА     | -                         | -     | 2                 | 5,2%  | 10                     | 10,2% |
| IIВ     | -                         | -     | 1                 | 2,7%  | 4                      | 4,1%  |
| IIIА    | -                         | -     | 1                 | 2,7%  | 2                      | 2%    |
| IIIВ    | -                         | -     | -                 | -     | 2                      | 2%    |
| IIIC    | -                         | -     | -                 | -     | 4                      | 4,1%  |
| IVА     | -                         | -     | -                 | -     | 2                      | 2%    |
| IVВ     | -                         | -     | -                 | -     | -                      | -     |

Омӯштани умқи олоиши омос нишон дод, ки ба раванд ҷалб шудани 2/3 миометрия дар мавриди 97 (67,3%) беморзанҳо, зиёда аз 2/3 бошад, зимни 47 (32,7%) нафар занҳои бемор мушоҳида гардид. Қиматҳои мазкур бо маълумотҳои муҳаққиқони ватаниву хориҷӣ бобати ошкор кардани СЭ дар аксари ҳолатҳо дар марҳилаи раванди мавзегирифта мувофиқат менамояд. Замоне ки омос танҳо дар дохили бачадон ҷойгир шудааст, албатта пешгӯии мусбати саратонӣ

дорад.

Маълум аст, ки СЭ-ро бештар СМ ҳамроҳӣ менамояд, иборат аст аз диабети қанд, бемории фишорбаландӣ ва ҷарббандӣ ва ин далел зимни таҳқиқоти мо тасдиқи худро пайдо намуд. Аз 144 зани бемори мубтало ба СЭ СМ дар якҷояшавиҳои мухталиф ҳангоми 124 (86,1%) ҳодиса ва аз ин теъдод зимни 122 нафар дар давраи климаксӣ ва мунопауза муқаррар гардид (ҷадвали 4).

**Ҷадвали 4.- Вариантҳои якҷояи синдроми метаболӣ дар беморони мубтало ба СЭ вобаста аз син**

| Синдроми метаболӣ n=124                                    | Синну соли беморони СЭ (n=144) |      |                   |       |                        |       |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------|------|-------------------|-------|------------------------|-------|
|                                                            | То 45 сола (n=2)               |      | 46-55 сола (n=28) |       | Аз 55 сола боло (n=94) |       |
|                                                            | мутлақ                         | %    | мутлақ            | %     | мутлақ                 | %     |
| Диабети қанд (навъи II) + бемории фишорбаландӣ             | -                              | -    | 8                 | 28,5% | 28                     | 29,8% |
| Бемории фишорбаландӣ + ҷарббандӣ                           | -                              | -    | 10                | 35,8% | 14                     | 14,9% |
| Ҷарббандӣ + диабети қанд ( навъи II)                       | 2                              | 100% | 6                 | 21,4% | 17                     | 18,1% |
| Ҷарббандӣ + диабети қанд (навъи II) + бемории фишорбаландӣ | -                              | -    | 4                 | 14,3% | 35                     | 37,2% |

Барои муайян кардани дараҷаи зиёдии вазни бадан мо ИВБ-ро ҳисоб кардем, ки

дар доираи аз 19 то 45 тағйир ёфта, ба ҳисоби миёна  $34,9 \pm 1,2 \text{ кг/м}^2$ -ро ташкил дод. Бо

дарназардошти он ки чарббандии марказӣ (абдоминалӣ) меёри ҳатмии СМ ба шумор меравад, чен кардани даври шикам ба амал оварда шуд. Мувофиқи тавсияҳои IDF (International Diabetes Federation) [11] даври камари занҳо бояд аз 94 см зиёд набошад. Нишондиҳандаи мазкур зимни пажӯҳиши мо аз 74 то 115 см-ро ташкил дод, ки ба ҳисоби миёна  $96,4 \pm 2,1$  см.-ро ташкил мекунад. Сатҳи миёнаи глюкоза дар хуни онҳое, ки ба СЭ мубталоянд,  $8,1$  ммол/л-ро ташкил намуд, аз ин теъдод  $62,3\%$  тӯли солиёни дароз тахти назорати эндокринолог қарор доранд ва дар мавриди  $37,7\%$  нафар диабети қанди навъи II бори аввал ташхис карда шуд.

Ташхиси бемории фишорбаландиро кардиолог дар асоси меёрҳои мувофиқ ва усулҳои муоинаи инструменталӣ мушаххас намуд. Гиперхолестеринемия зимни 86 зани бемор муқаррар гардид, ки қимати миёнаи он  $5,6 \pm 1,8$  ммол/л-ро ташкил дод. СЭ дар заминаи синдроми метаболӣ мушкilotи мураккаби тиббӣ-ичтимоӣ маҳсуб меёбад, зеро бо хатари зиёди ориза ва иҷрои нопураи муолиҷаи стандартиро бо назардошти

вазниншавии сомтикӣ/коморбиднокӣ ва муваққатӣ, ки ба ислоҳи он сарф мешавад, ҳамбастагӣ дорад. Дар анамнез мавҷуд будани СМ, ҳамчун натиҷаи ихтилолоти мубодилаи эндокринӣ аз паси худ таъйиқи реактивнокии иммунологии организмро аз ҳисоби тағйиротҳо дар статуси ретсептори реаксияи нисбатан мусоид ба гормондармонӣ дар пай дорад, ки хатари оқибатҳои номусоидро дар мавриди беморони мубтало ба СЭ хеле меафзояд.

**Хулоса**, барои муайян кардани пешгӯии эҳтимолии СЭ иҷрои арзёбии маҷмӯии таъмоми омилҳои пешгӯйикунанда зарур аст. Натиҷаи таҳлили маълумотҳои ҳосилшуда ошкор намудани вобастагии мустақими симптоматикаи клиникӣ, марҳилаҳои ва дараҷаи тафриқашавии оморо вобаста аз марҳилаи синнусолӣ, инчунин таъсири синдроми метаболиро ба инкишофи СЭ имконпазир мегардонад. Омӯзиши муфассали минбаъдаи омилҳои пешгӯйикунанда барои таҳия намудани тавсияҳои клиникӣ навад ва мукамал кардани онҳо мувофиқи мувоқабати ин доираи мураккаби беморон шароит фароҳам меорад.

## АДАБИЁТ

1. Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Петерсон С.Б. Клиническая онкология: избранные лекции. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2014. - С. 374-385.
2. Гавриш Ю.Е., Берлев И.В., Артемьева А.С. Рак тела матки у женщин старшего возраста: в чём особенности? // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2017. - Т.13. - С. 56 – 60.
3. Давыдов М.И., Ганцев К.Ш. Онкология: учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2010. - С. 842 – 843.
4. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.М. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность). - М.: МНИОИ П.А.Герцена. - 2017. - 250 с.
5. Лактионов К.П., Николаенко Л.О., Беришвили А.И. Метаболический синдром и рак органов репродуктивной системы (обзор литературы) // Опухоли женской репродуктивной системы. - 2014. - №2. - С.56 – 58.
6. Нечушкина В.М., Морхов К.Ю., Кузнецов В.В. Комбинированное лечение рака тела матки ранних стадий // Сиб.онкол.журн. - 2013. - №3. - С. 70 -74.
7. Умарова С.Г., Зикирходжаев Д.З., Каримова Ф.Н., Мирзоева Д.С. Эпидемиология злокачественных новообразований органов репродуктивной системы в Республике Таджикистан // Опухоли женской репродуктивной системы. - 2012.- №1.- С. 24-27.
8. Чернышова А.Л.и др.Патогенетическое обоснование необходимости коррекции метаболического синдрома у больных с гиперпластическими процессами и раком эндометрия // Рос.биотер.журн. - 2013.- №1.- С. 3-10.



9. Чиссов В.И., Давыдов М.И. Онкология. Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2017. - С. 497- 511.
10. Amant F. et al. Cancer of the corpus uteri // Int. J. Gynaecol. Obstet. - 2015. - Vol. 131. - P. 96-104.
11. Furukawa S., Fujita T. Late breaking clinical trials // Abstract of the 65<sup>th</sup> Scientific Sessions of the American Diabetes Association. 2005. San Diego, California, USA. A. 163.
12. Zaino R.J., Kurman R.J., Diana K.L. Pathologic models of predict outcome for women with endometrial adenocarcinoma: the importance of the distinction between surgical stage: a Gynecologic Oncology Group study // Cancer. - 1996. - Vol. 77. - P. 1115 - 1121.

## ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТНОГО АСПЕКТА И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Сайфутдинова М.Б..

Кафедра онкологии и лучевой диагностики, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

**Цель исследования.** Изучение влияния возрастного аспекта и наличия метаболического синдрома на клиническое течение рака эндометрия.

**Материал и методы исследования.** У 144 больных раком эндометрия, находившихся на обследовании и лечении в Государственном учреждении «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ в период с 2016 по 2018 г.г., изучены некоторые аспекты клинического течения рака эндометрия в зависимости от возраста и наличия метаболического синдрома.

**Результаты.** Распределение пациенток на 3 возрастные категории: репродуктивный, климактерический и менопаузальный позволил выявить прямую зависимость клинического проявления рака эндометрия в зависимости от возрастного аспекта. Так, рака эндометрия у женщин репродуктивного возраста часто протекает на фоне железистой гиперплазии эндометрия и без фракционного диагностического выскабливания матки с последующим морфологическим исследованием биоптата может привести к диагностическим и тактическим ошибкам. По мере увеличения возраста, уменьшается количе-

ство высокодифференцированных форм рака тела матки и растет число менее дифференцированных, а также намечается тенденция к возрастанию удельного веса более распространенных стадий заболевания. Рак эндометрия в преобладающем большинстве случаев за счёт патогномичных симптомов в большинстве случаев диагностирован на стадии локализованного процесса – 67,3% наблюдений. Наличие метаболического синдрома сопряжено с высоким риском осложнений, неполным выполнением стандарта лечения ввиду соматической отягощенности и временем, затраченным на его коррекцию.

**Заключение.** Для определения вероятного прогноза рака эндометрия необходимо проведение комплексной оценки всех прогностических факторов, среди которых наиболее значимыми являются: возраст, стадия заболевания, степень дифференцировки опухоли и наличие метаболического синдрома.

**Ключевые слова:** рак эндометрия, клиническое течение, возраст, метаболический синдром

## THE INFLUENCE OF AGE ASPECT AND METABOLIC SYNDROME ON THE CLINICAL COURSE OF ENDOMETRIAL CANCER

Saifutdinova M.B.

**Purpose of research.** To study the influence of the age aspect and the presence of metabolic syndrome on the clinical course of endometrial cancer.

**Material and methods of research.** Some aspects of the clinical course of endometrial cancer depending on the age and the presence

of metabolic syndrome were studied in 144 patients with endometrial cancer who were examined and treated at the state establishment «Republican oncological scientific center» of Ministry of health and social protection of population of Republic of Tajikistan from 2016 to 2018.

**Results.** The distribution of patients into 3 age categories: reproductive, menopausal and menopausal revealed a direct dependence of the clinical manifestations of endometrial cancer depending on the age aspect. Thus, endometrial cancer in women of reproductive age often occurs against the background of glandular endometrial hyperplasia and without fractional diagnostic curettage of the uterus with subsequent morphological examination of the biopsy can lead to diagnostic and tactical errors. As the age increases, the number of highly differentiated forms of cancer of the body of

the uterus decreases and the number of less differentiated ones increases, and there is a tendency to increase the proportion of more common stages of the disease. Endometrial cancer in the vast majority of cases due to pathognomonic symptoms in most cases was diagnosed at the stage of localized process – 67.3% of observations. The presence of metabolic syndrome is associated with a high risk of complications, incomplete implementation of the standard of treatment due to somatic burden and the time spent on its correction.

**Conclusion.** To determine the probable prognosis of endometrial cancer, it is necessary to conduct a comprehensive assessment of all prognostic factors, among which the most significant are: age, stage of the disease, the degree of differentiation of the tumor and the presence of metabolic syndrome.

**Сайфутдинова М. Б. – н.и.т.,** табиб-радиологи МД Маркази ҷумҳуриявӣ илмӣ онкологияи ВТ ва ҲИА ҚТ, ассистенти кафедраи онкология ва таъхиси шуоӣ, +992 918 66 52 61; e-mail: [detochka1984@bk.ru](mailto:detochka1984@bk.ru)

**Сайфутдинова М. Б. – к.м.н.,** врач – радиолог ГУ Республиканский онкологический научный центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ, ассистент кафедры Онкологии и лучевой диагностики, +992 918 66 52 61; e-mail: [detochka1984@bk.ru](mailto:detochka1984@bk.ru)

**Saifutdinova M.B.** State Establishment «Republican oncological scientific center» of Ministry of health and social protection of population of Republic of Tajikistan. +992 918 66 52 61; e-mail: [detochka1984@bk.ru](mailto:detochka1984@bk.ru)



## ОФТАЛМОЛОГИЯ

### ИСТИФОДАИ ЧАРРОҲИИ СИКЛОДЕСТРУКТИВИИ НАМУДҲОИ ГУНОГУНИ ГЛАУКОМА

**Фуркатзод Ф., Каримзода Х. Ч., Махмадзода Ш.Қ.**

Кафедраи офталмологияи (мудири кафедра н.и.т., дотсент Маҳмадов Ш.Қ.)-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

**Муҳиммият.** Баъзе бемороне, ки гирифтори глаукома ҳастанд ва дар онҳо бемориҳои ҳамроҳшуда, ба монанди протсесҳои фаъоли илтиҳобӣ, афаксия, болиштаки филтратсионии бетаъсир ва глаукомаи неоваскулярӣ ба назар мерасанд, метавонанд, ки табобати стандартӣ тиббӣ ва чарроҳиро дарк кунанд [1,2,3]. Аз соли 1933 саркарда, сиклодеструксия ҳамчун варианти табобат барои паст кардани фишори дохили чашми беморон ва суст шудани пешравии глаукома пешниҳод карда шудааст [2,4,5]. Мақсади облетсияи силмарӣ-ба таври интиҳобӣ вайрон кардани эпителиаҳои силиарии бадан, кам кардан, аммо бартарф накардани секретсияи обӣ [6] буд. Кам шудани секретсияи обӣ фишори дохиличашмӣ (ФДЧ) ва пешравии глаукомаро суст мекунад [2].

Аввалин иттилоот дар бораи чарроҳӣ, ки деструксияи локалии қисми симарӣ бо мақсади кам кардани маҳсулоти рутубати дохили чашм ва бо ҳамин кам кардани фишори чашм дар солҳои 1920-1922 пайдо шудаанд. Дар соли 1933 Weve Н. барои аблетсияи селективии қазирағаҳои силиарӣ бори нахуст чараёни тағйирёбандаи басомадаш баланд ва шиддати бузургро истифода намуд. Баъдан дар соли 1936 Vogt А. ин усулро такмил додааст [29, 27]. Аммо ин усул якчанд еамбудӣ дошт, ба монандӣ: мушкӣ будани чараёни электрикӣ, натиҷаҳои пешбинишаванда, гифема, гемофтальм, хороидеи, гипотония бо хатари субстрофияи курраи чашм. [14, 29]. Дар соли 1957 дар Иттиҳоди Шӯравӣ ба истифодабарии диатермокоагулятсияи склера дар модификатсияи Архангелский В.Н. оғоз карда шуд [12]. Коагулятсия кам кардани хунтаъминшавии қазирачаҳои силигарӣ пешбинӣ шудааст ва деструксияи асаббофти қисми силиарио ба вучуд овар-

дааст. Дар байни оризаҳо иродосиклит, хунравӣ дар қисми шишамонанд, некрози склера баҳисоб мераванд [12,14].

Натиҷаҳои таҳқиқотҳои эксперименталӣ барои истифодаи клиники криодеструктивӣ хизмат мекунад. Муаллиф дар соли 1950 қайд кардааст, ки таҳаммулпазирии хуби чарроҳии беморон, набудани оризаҳои вазнин, ба ҷуз ирити сабук дар давраи барвақти баъдичарроҳӣ баъди криопексия ба мушоҳида мерасад. Аммо ФДЧ танҳо дар 16 нафар аз 21 бемор компенсатсия шудааст [11]. Дар солҳои минбаъда усули криодеструксия ба таври эксперименталӣ ва клиникӣ аз тарафи муаллифони гуногун омӯхта шудааст [1,17,19,30].

De-Roefth дар соли 1966, натиҷаҳои экспементиалӣ ва клиникӣ ҷамъбаст намуда, бартарии усули криогенӣ аз диатермокоагулятсия таъкид кардааст.

Марҳилаи дигари такмил додани усули криогенӣ таҳқиқоте буд, ки ба оптимизатсияи технология бо интиҳоби асосноки режими ҳарорат ва экспозитсия равона карда шудааст [29,38]. Дар баъзе ҳолатҳо гипотологияи устувор бо инкишофи минбаъдаи субстрафиеву фтизиси курраи чашм ошкор карда шуд [17, 27,46,53,54,66,67].

Аввалин фотокоагулятсия дар соҳаи қисми симарӣ ва қазирачаҳои симарӣ бо ёрии манбаи сунъии равшанӣ аз тарафи WeeKers R. дар соли 1962 истифода шуд. Аммо ин усул ба тибби амалӣ ба таври васеъ мавриди истифода қарор дода шуданд, зеро оризаҳои вазнин ва дозагирии мураккаб дошт [25]. Ба ивази манбаҳои криогенӣ усулҳои лазерии таъсиррасонӣ омадаанд, ки имкониятҳои нави табобати беморон бо глаукомаи дардноки терминалиро ба вучуд оварданд [25, 63,75,76,80,81]. Ин протсесс бо паст шудани перфузияи рағӣ ва рағҳои си-

лиарӣ дар давраи пас аз чарроҳӣ анҷом ёфт, ки ин ба атрофияи возеҳи қазирачаи селиарӣ дар чараёни 4-8 ҳафта баъди чарроҳӣ оварда мерасонад [34-36,39,56,81-81]. Дар соли 1969 Smith R. and Stein M. бори аввал аз имкониятҳои истифодаи лазери рубинӣ ва неоди барои сиклодеструксия иттилоъ доданд[29]. Сиклофотокоагулятсияи лазерӣ худро ҳамчун дастамали сода ва нисбатан дозагирияш беҳтар нишон дод [25,26,52]. Beckham etal. Дар соли 1972 ба сифати усули сиклодеструксия энергияи лазери ёкутӣ (рубини)-ро истифода намуданд, баъдан (соли 1973) онро бо эренгияи IVd:YAG-лазер иваз карданд[17,18]. Муаллифон хуб таҳаммул кардани нурафкании лазериро ва имконпазирии ҳосил намудани таъсири гипотензивии чарроҳиро таъкид намуданд [19,20,25,28]. Бо татбиқ намудани усулҳои

лазерии табобат дар табобати беморони мубтало ба глаукомаи терминалӣ имкониятҳои нав зухур карданд.

Сиклофотокоагулятсияи эндоскопӣ усули нав аст, ки дар соли 1990 аз тарафи Sheoda M.B. etal ва Uram M. Татбиқ шуда, коагулятсияи эндоскопии селективии қазирачаҳои силиарио бо эндолазери диодӣ бо визуализатсияи бевоситаи протсесс иҷро кардааст.

Дар маҷмӯъ самаранокии сиклодеструксияи эндоскопӣ, мувофиқи маълумотҳои муаллифон аз 17 то 82% [25,27,29,43,8]-ро ташкил додаст. Дар айни замон онҳо гемофтальм, гипотония, ҷудо шудани пардаи рағҳо, баланд шудани фишори дохили ҷашм дар давраи барвақти пас аз чарроҳӣ, гифема ва ҳатто фтизиси ҷашм муҳим ба назар мерасанд.

### Адабиёт

1. Абрамов В.Г., Артамонов В.П. Применение холода в офтальмологии. Ярославль, - 1973. – С.152.
- 2.Абрамова Т.В., Епифанова Н.В., Возженникова С.В. Терминальная болящая глаукома: органосохранная операция или энуклеация? // Сборник научных статей 10 международного конгресса «Глаукома: теории, тенденции, технологии» НРТ клуб Россия. – Москва. – 2012. С.3-4.
- 3.Азнабаев Б.М. Микроэндоскопическая хирургия глаукомы и катаракты // Автореф. дис. ...д-ра мед.наук. - М., 2000. – С. 45.
- 4.Азнабаев Б.М., Кригер Г.С., Киндралеева С.Р. Отдалённые результаты эндоскопической циклолазеркоагуляции. // 7й съезд офтальмологов России. Тезисы. Докл. – М.2000. ч.1. – С. 93.
5. Азнабаев Б.М., Киндралеева С.Р., Кригер Г.С. Особенности гемодинамических нарушений у больных терминальной глаукомой // Научнопрактическая конференция «Глаукома на рубеже тысячелетий: итоги и перспективы»: Материалы. – Москва, 1999. – С. 62-63.
- 6.Азнабаев Б.М., Кригер Г.С., Соломатникова С.П., Аверцев Г.Н. Показатели ультразвуковой доплерографии у больных, оперированных методом эндоскопической циклолазеркоагуляции // Актуальные проблемы офтальмологии. Уфа, 1999. –С. 165-170.
- 7.Акопов Е. Л., Нефедова Д. М. Сосудистые факторы риска развития первичной открытоугольной глаукомы // Клиническая офтальмология. Москва, - 2008. Т. 9, № 2. - С. 68-69.
8. Алексеев В.В., Страхов В.В., Корчагин Н.В., Лавлинский С.Н. Патогенетические аспекты снижения объёмного кровотока при первичной открытоугольной глаукоме. // Материалы VII Международной конференции «Глаукома: теории, тенденции, технологии». Москва, 2009. – С.19-25.
9. Алигаджиева Л.Г., Гафурова Л.Г., Мусаева М.С., Маккаева С.М. Циклоанемизация как метод лечения терминальной болящей глаукомы. // Сборник научных статей 10 международного конгресса «Глаукома: теории, тенденции, технологии» НРТ клуб Россия. Москва. – 2012. С.24-26. 104
- 10.Артомонов В.П.Особенности реактивной гипертонии после локальной гипотермии цилиарного тела. //Вопросы глаукомы. – Куйбышев. -1969г. – С. 53-56.



11. Артомонов В.П. Циклокриотерапия в лечении глаукомы. // Труды Куйбышевского мед.института. – Куйбышев. 1969. – т.55. – С.131-134.
- 12.Архангельский В.Н. Электрохирургическое лечение глаукомы // Вестник офтальмологии. – 1957. – № 2. –С. 15.
13. Бабушкин А.Э., Оренбуркина О.И. Применение ультразвуковой доплерографии у больных с глаукомой // Журнал «Фундаментальные исследования». – 2008. № 2. – С. 44-45.
- 14.Бабушкин А.Э., Оренбуркина О.И., Матюхина Е.Н. с соавт. Первичная инвалидность вследствие глаукомы в Республике Башкортостан за 2009 год. // Научно-практическая конференция по офтальмохирургии с международным участием «Восток-Запад»: Сб. труд. – Уфа. – 2011. – С. 165-166.
15. Бакунина Н.А. Комбинированное хирургическое лечение некоторых форм рефрактерной глаукомы. // Комбинированное хирургическое лечение некоторых форм рефрактерной глаукомы. Дис... канд. мед.наук. М. – 2006г. – С.16-47.
16. Балашевич. Л.И., Гацу М.В., Измайлов А.С., Качанов А.Б. Лазерное лечение глаукомы // Учебное пособие. – Спб., – 2004. – С.55
17. Балкар Ш.О. Дифференцированный подход к выбору вида лазерной трабекулопластики в зависимости от анатомо-топографических особенностей иридоцилиарной системы глаза при открытоугольной глаукоме. // Автореферат диссертации канд.мед.наук. – М., – 2009. – С.4-22, 22- 37.
18. Бикбов М.М., Суркова В.К., Хуснутдинов И.И. Чайка О.В.Оренбуркина О.И., Джамантаева Ш.Д. Результаты применения дренажа Ahmed при рефрактерной глаукоме. // РМЖ. – М. - 2013 Том 22, №3 - С. 98-100.
19. Бойко Э.В., Шишкин М.М., Березин Ю.Д. Диодный лазер в офтальмологической операции.// Вмед. Акад. Спб– 2000. – С. 1-17.
- 20.Бойко Э.В., Куликов А.Н., Скворцов В.Ю. «Лазерная циклодеструкция: термотерапия или коагуляция» // Сборник трудов 12-й всероссийской школы офтальмолога. –2013. Москва. –С. 45-55.
- 21.Бойко Э.В., Куликов А.Н., Скворцов В.Ю. «Сравнительная оценка диодлазерной термотерапии и лазеркоагуляции как методов циклодеструкции (экспериментальное исследование) // Практическая медицина. Офтальмология. – 2012 г. – Казань. –Том 1. –С. 175-179.
22. Большунов А.В., Ильина Т.С., Полева Р.П. Лазерное лечение резистентных форм глаукомы. // Актуальные проблемы офтальмологии. – Тезисы докладов юбилейного симпозиума. – 2003. С. 215-219.
- 23.Борн Р.А. Глаукома – вторая по распространенности причина слепоты в мире // EuroTimes: Рос.изд. – 2006. – № 10. – С. 19.
- 24.Влазнева И.Н., Мачехин В.А., Колесников В.П.Изучение состояния гемодинамики глаза методом цветной ультразвуковой доплерографии при комбинированном лечении глаукомы // Практическая медицина. Офтальмология. – 2012. –Том 1. – С.34-37.
- 25.Tan AM, Chockalingam M, Aquino MC, Lim ZIL, See JLS, Chew PT. Micropulsetransscleral diode laser cyclophotocoagulation in the treatment of refractory glaucoma. Clin Exp Ophthalmol. 2010;38:266–272. [PubMed] [Google Scholar]
- 26.LaiJS, ThamCC, ChanJC, LamDS.Diode laser transscleralcyclophotocoagulation as primary surgical treatment for medically uncontrolled chronic angle closure glaucoma: Long-term clinical outcomes. J Glaucoma. 2005;14:114–119. [PubMed] [Google Scholar]
- 27.ВолковВ. В., КачановА. Б. Трансклеральнаядиодмикрولазернаяциклофотокоагуляциявлеченииосложненныхформглаукомы // 6 съезд офтальмологов России: Тез.докл. –Москва: Б.и., – 1994. –С. 215
- 28Волков В.В. Глаукома открытоугольная // – М.: МИА, 2008. – 352с.
- 29.Frezzotti P, Mittica V, Martone G, Motolese I, Lomurno L, Peruzzi S, et al. Longterm follow-up of diode laser transscleralcyclophotocoagulation in the treatment of refractory glaucoma. ActaOphthalmol. 2010;88:150–155. [PubMed] [GoogleScholar]
30. Гаврилова Т.В., Мухамадаева С.Н. Эффективность применения трансклеральной диодной циклофотокоагуляции в лечении больных с 106 терминальной болящей глаукомой. // Сборник статей 12-й всероссийской школы офтальмолога. Москва., –2012 г. – С. 59-61.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЦИКЛОДЕСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ГЛАУКОМЫ

Фуркатзод Ф., Карим-заде Х.Дж., Махмадзода Ш.К.

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

**Резюме.** Все хирургические вмешательства (ХВ) при глаукоме можно разделить на две группы: а) ХВ, направленные на увеличение оттока внутриглазной жидкости, так называемые фистулизирующие операции; б) ХВ, которые снижают продукцию внутриглазной жидкости. К операциям по улучшению оттока внутриглазной жидкости относятся: синусотрабекулэктомия, иридотомия, гониотомия, трабекулотомия, лазерную трабекулопластику и т.д., которые имеют большой успех при большинстве типах глаукомы и являются процедурами выбора, если требуется операция. Однако, при некоторых видах глаукомы, в частности: вторичная глаукома, неоваскулярная глаукома, глаукома при афакии, посттравматическая глаукома, увеальная глаукома операция, направленная на улучшение оттока, мало эф-

фективна. При таких обстоятельствах, когда операция по улучшению оттока не увенчалась успехом, или противопоказана, операции, направленные на снижение продукции внутриглазной жидкости, считаются хорошей альтернативой. К последним относят, главным образом циклодеструктивные вмешательства. Целью данной работы является обзор литературы по циклодеструктивной хирургии, а также рассмотрение нового подхода к циклодеструктивной хирургии: трансклеральная диодлазерная циклофотокоагуляция, которая проводится в глазном отделении ГУ НЦМ РТ «Шифобахш».

**Ключевые слова:** Глаукома, гониоскопия, диатермокоагуляция, криопексия, фотокоагуляция, внутриглазное давление, синусотрабекулэктомия, гониотомия, внутриглазная жидкость, цилиарное тело, атрофия.

## APPLICATION OF CYCLODESTRUCTIVE SURGERY IN DIFFERENT TYPES OF GLAUCOMA

Furkatzod F., Karim-zade H.J., Mahmadzoda Sh.K.

Department of Ophthalmology TSMU named after Abuali ibni Sino

**Summary.** All surgical interventions (SI) for glaucoma can be divided into two groups: a) SI, aimed at increasing the outflow of intraocular fluid, the so-called fistulizing operations; b) SI, which reduce the production of intraocular fluid. Operations to improve the outflow of intraocular fluid include: sinusotrabeculectomy, iridotomy, goniotomy, trabeculotomy, laser trabeculoplasty, etc., which have great success in most types of glaucoma. However, in some types of glaucoma, in particular: secondary glaucoma, neovascular glaucoma, glaucoma in aphakia, post-traumatic glaucoma, uveal glaucoma,

surgery aimed at improving outflow is not very effective. In such circumstances, when surgery to improve outflow has not been successful or is contraindicated, surgery to reduce intraocular fluid production is considered a good alternative. The latter include mainly cyclodestructive interventions. The purpose of this work is to review the literature on cyclodestructive surgery, as well as to consider a new approach to cyclodestructive surgery: transscleral diode laser cyclophotocoagulation, which is performed in the Eye department of the NMC of the Republic of Tajikistan - "Shifobakhsh".



## ПЕДИАТРИЯ

### ТАВСИФИ ОСЕБЌБИИ СОХТОРИ СИСТЕМАИ АСАБИ КЌДАКОНИ БО ВНМО-СИРОЯТЌФТА

Зурхолова Х.Р.<sup>1</sup> Абдуллаева Н. Ш.<sup>2</sup> Салимов Х.<sup>3</sup>

1. МД “Пажухишгоҳи илмӣ-тадқиқотии акушерии гинекологӣ ва перинатологӣ”.
2. “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, кафедраи тибби оилавии №2.
3. МД “Маркази саломатии шахрии №13”

**Муҳиммият:** Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ҳисоботҳои омории солҳои охир шумораи занони гирифтори сирояти ВНМО, ки тавассути алоқаи чинсӣ сироят ёфтаанд, сол аз сол меафзояд ва асосан ин заноне мебошанд, ки дар синну соли фаъоли репродуктивӣ қарор доранд.

Дар ин гурӯҳи занон дар ҳолати ҳомилагӣ ва пешгирӣ накардани интиқоли сироят аз модар ба кӯдак хавфи сироятёбии тифл дар батни модар ҷой дорад. Тадқиқотҳои олимони соҳа нишон медиҳанд, ки ҳатто дар мавриди гузаронидани пешгирии интиқоли сироят аз модар ба кӯдак ва бе ВНМО таваллуд шудани тифл хавфи бо нуқсонҳои модарзодӣ ва дигар бемориҳо, аз ҷумла: ақибмонии афзоиши дохилибатнии тифл ва оризаҳои баъдитаваллудӣ, аз қабилӣ осебёбии системаи асаб низ мушоҳида мешавад.

Носомониҳое, ки аз тарафи системаи асаб ба вучуд меоянд, яке аз зухуроти бармаҳали клиникӣ сирояти ВНМО дар кӯдакон ба шумор мераванд ва дар 70-85% ҳолатҳо вомехуранд. Ин намуди беморӣ ба гурӯҳи сабабҳои асосии аз ҷамъият дур мондани кӯдакон мансуб буда, дар ҳолатҳои вазнин ҳатто ба ҷавти кӯдакон оварда мерасонанд.

Ташхисгузориҳои осебҳои баамаломатаи мағзи сар ҳамчун натиҷаи сирояти ВНМО дар бештари ҳолатҳо барои мутахассисон мушкилиро ба бор меорад. Мушкилиҳо асосан бо ташхиси тафриқавии осебҳои мағзи сар, ки аллакай дар батни модар ё ҳангоми таваллуд ва баъди таваллуд сар мезананд, вобаста мебошанд.

Далели тасдиқшуда ин аст, ки носомониҳои зохиргаштаи системаи асаб ҳангоми сирояти ВНМО дар кӯдакон бевосита аз

таъсири ситопатогени вирус ба мағзи сар вобастагӣ дорад. Ин далелҳо тасдиқи ҳудуди соли 1985 ёфтаанд, вақте ки вируси норасоии масунияти одам аз бофтаҳои мағзи сар, ҳароммағз ва ликвор пайдо карда шуд. [Сивителло Л, 2005].

**Мақсади тадқиқот:** Омӯзиши дараҷаи осебёбии сохтори системаи асаби кӯдакони бо ВНМО-сироятёфта

**Мавод ва усулҳои тадқиқот:** Дар маҷмӯъ 36 навод аз модарони гирифтори сирояти ВНМО таваллудёфта таҳти тадқиқот қарор дода шуданд.

Муоинаи клиникӣ кӯдакон аз санҷиши қортҳои тиббӣ, муоинаи ҳолати кӯдакон ҳангоми таваллуд ва гузаронидани озмоишҳои лабораторӣ иборат буд. Усулҳои стандартӣ озмоишӣ (таҳлили умумии хун, таҳлили умумии пешоб, таҳлили фазла) ва таҳлили иммуноферментӣ (ТИФ- ИФА) гузаронида шуд.

Дар раванди тадқиқоти худ мо ба он така намудем, ки ташхиси осеби мағзи сар аз ҳисоби ВНМО ба ду омил вобаста аст, яқум ба ҳолати тасдиқи ташхиси сирояти ВНМО ва дуҷум, афзоиши характери носомониҳои системаи асаб.

Зухуроти клиникӣ сирояти шадиди ВНМО аз рӯи муҳлати паҳншавӣ ба се моҳи аввали ҳаёти кӯдак мувофиқ меояд. Дар ин ҳолатҳо СМА дар 85,5% осеб мебинад. Системаи асаб ба узвҳои ҳадафи аз ҳама бештар осебпазири сирояти ВНМО дохил мешавад. Гувоҳи далели мазкур он аст, ки басомади осеби лимфоситҳо 1/10000-ро ташкил медиҳад дар ҳоле ки сирояти ВНМО дар бофтаҳои мағзи сар ҳар ҳуҷайраи садумро осеб медиҳад. Аз ин бармеояд, ки осеби мағзи сар ба осебҳои бештари клиникӣ мансуб аст.

Тағйиротҳои морфологӣ системаи асаб зухуроти таъсири ретровирусҳо буда метавонанд, лекин ин тағйиротҳо метавонанд дар асари таъсири манфии сироятҳои ҳамради (оппортунистӣ), саратон, носомониҳои рағҳои мағзи сар ва натиҷаи таъсири токсикӣ дорувориҳои антиретровирусӣ низ бошанд.

Гувоҳи узви ҳадаф қарор гирифтани системаи асаб инчунин носомониҳои морфологӣ дар намуди микросефалия мебошад. Мо қафомонии инкишофи равони мушоҳида намудем, ки дар шакли пастшавии функсияи азхудкунӣ зоҳир мегашт. Носомониҳои ҳаракатӣ дар шакли пара- ва тетрапарез, тарангшавии мушакҳо ва атаксия зоҳир мегашт. Зуд-зуд ҳангоми муоинаи кӯдакон носомонии ҳаракат дар шакли ларзиши дасту пой ва рефлексҳои патологӣ зоҳир мегарданд. Яке аз зухуротҳои доимии осеби мағзи сар дар кӯдакони бо ВНМО-сироятёфта-ин боздории инкишофи психомоторӣ мебошад, ки дар зиёда аз 50% ҳолатҳо мушоҳида шуд. Ба ақидаи як қатор тадқиқотчиён (В.В.Покровский, 2003) тамоюлҳои мазкур ба осеби мағзи сар аз таъсири ВНМО вобастагӣ дорад, ки ба тағйиротҳои морфологӣ ва атрофияи сохторҳои мағзи сар оварда мерасонад. Қайд кардан зарур аст, ки бештар носомониҳои зехнӣ аз носомониҳои ҳаракат барвақттар зоҳир мегарданд. Инчунин ба кӯдакон алоими норасоии таваҷҷуҳ дар аснои зиёдҳаракатӣ ба тағйиротҳои аёни зехнӣ хос буд. Таҳлили басомади бақайдгирии осеби сохтори системаи асаби кӯдакони бо ВНМО-сироятёфта дар давраи неонаталӣ ҳузури бемории батнии лоҳимаро (ББЛ-ПЭП) дар 24 (66,6%) ҳолат нишон дод. Ҳамин тавр дар байни тамоми шаклҳои осеби СМА аз ҳама бештар ББЛ воমেҳурад. Ҳар кӯдаки 3-юм аз гидросефалия ва алоими носомонии узвҳои ҳаракат (12-33,3%) азият мекашид.

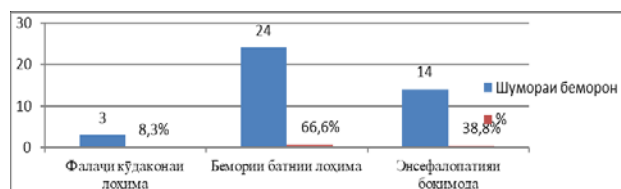
Дистонияи мушакҳо дар 13 (36,1%), алоими ихтилоҷӣ-дар 10 (27,7%) ва носомониҳои

вегетативӣ –виссералӣ дар 9 ҳолат (25,0%) мушоҳида шуд.

Дар чадвали 1 маълумотҳо оид ба сохтор ва басомади носомониҳои зоҳиргаштаи системаи асаби кӯдакони бо ВНМО-сироятёфта нишон дода шудааст. Бештар кӯдакон аз ББЛ (66,6%) азият мекашиданд, баъдан 14 (38,8%) кӯдак зухуроти боқимондаи энсефалопатия ва дар 3 (8,3%) ҳолат-фалачи кӯдакони лоҳима (ФКЛ-ДСП) ба қайд гирифта шуд.

Таносуби байни аломатҳои клиникӣ, аз ҷумла ченакҳои инкишофи психомоторӣ, ки бештар ба носомониҳои ҳаракат хос аст, собит карда шуд.

### Чадвали 1:-Зухуроти клиникӣ осеби СМА дар кӯдакони дорои ВНМО. n= 36 (%)



Яке аз зухуроти хоси осеби майнаи сари кӯдакони бо ВНМО-сироятёфта боздории инкишофи равонӣ-нутқӣ буд. Тадқиқотҳои мо (чадвали 2) басомади баланди бақайдгирии БИРН (боздории инкишофи равонӣ-нутқӣ)-ро ошкор сохт, ки дар 12 (33,3%) ҳолат ҷой доштанд. Боздории инкишофи равонӣ-ҳаракатӣ (БИРХ)-дар 10 (27,7%) ҳолат ошкор гашт. Барои ҳар кӯдаки панҷум алоими баландҳаяҷонӣ (19,4%) хос буд. Ва қриб ҳар кӯдаки 10-ум (8,3%) аз алоими ихтилоҷӣ азият мекашид. Қайд кардан зарур аст, ки боздории инкишофи нутқи кӯдак ба ақибмонии инкишофи зехнии он мусоидат мекунад, ки ба боздории равонӣ-нутқӣ оварда мерасонад. Инчунин чун омили сабабу натиҷа бемориҳои модарзодӣ ва пайдошудаи системаи асаб ва равонӣ метавонанд инкишоф наёфтани нутқи кӯдакро ба миён биёранд.

### Чадвали 2.-Нишондодҳои басомади бақайдгирии алоимҳои асосӣ ҳангоми осеби СМА n=36 (%)

| Алоим                             | Шумораи беморон | (%)  |
|-----------------------------------|-----------------|------|
| Алоими гипертензионӣ-гидросефалӣ  | 2               | 5,5  |
| Алоими ихтилоҷӣ                   | 3               | 8,3  |
| Алоими баландҳаяҷонӣ              | 7               | 19,4 |
| Боздории инкишофи равонӣ-ҳаракатӣ | 10              | 27,7 |
| Боздории инкишофи равонӣ-нутқӣ    | 12              | 33,3 |
| Энурез                            | 2               | 5,5  |



Тавсифи асосии зухуроти асаб аз руи зинаҳо арзёбӣ гардиданд.(ҷадвали 3).

Зинаи А барои кӯдакони соли 1-уми ҳаёт хос буд: 9 (69,2 %) кӯдак аз боздории суръати инкишофи равонӣ ва ҳаракатӣ ва 10 (76,9%) кӯдак аз боздории инкишофи нутқ азият мекашиданд.

Лекин дар аснои табobati барқарорсозӣ бо ҷалби табибони сурдолог ва логопед дар

синни 3-солагӣ носомониҳои мазкур аллакай тамоюли пастшавӣ доштанд. Зинаҳои В ва С, ки дараҷаи умқи осеби лоҳимаро нишон медиҳанд, аз ҷумла ВНМО-энсефалит дар шакли шадид дар кӯдакони 1-сола дар 4 (30,7%) ҳолат ва дар кӯдакони то 3-сола дар 2 (8,6%) ҳолат мушоҳида шуд.Энсефалити зершадид бошад бештар дар кӯдакони то 3-сола (21-91,4%) мушоҳида шуд.

**Ҷадвали 3.-Тавсифи асосии зухуроти осеби асаби кӯдакони дар батн бо ВНМО-сироятёфта**

| Зухуроти клиникӣ                                     | Кӯдакони бо ВНМО-сироятёфта (n=36) |      |                           |      |        |
|------------------------------------------------------|------------------------------------|------|---------------------------|------|--------|
|                                                      | Кӯдакони то 1 сола (n=13)          |      | Кӯдакони то 3 сола (n=23) |      |        |
|                                                      | Ниш-нда.                           | %    | Ниш-нда.                  | %    | P      |
| Зинаи А Боздории суръати инкишофи равонӣ ва ҳаракатӣ | 9                                  | 69,2 | 9                         | 39,1 | >0,05  |
| Боздории инкишофи нутқ                               | 10                                 | 76,9 | 16                        | 69,5 | <0,05  |
| Эпилепсияисимптоматикӣ                               | 7                                  | 53,8 | 7                         | 30,4 | >0,05  |
| Зинаҳои В ва С                                       |                                    |      |                           |      |        |
| ВНМО-энсефалит:                                      | 1                                  |      |                           |      |        |
| - - шадид                                            | 4                                  | 30,7 | 2                         | 8,6  | >0,05  |
| — зершадид                                           | 9                                  | 69,2 | 21                        | 91,4 | <0,001 |
| Полинейропатияидисталии симметриявӣ                  | 2                                  | 15,3 | 3                         | 13,0 | >0,05  |
| Вайроншавии шадиди гардиши хун дар лоҳима            | 2                                  | 15,3 | 1                         | 4,34 | >0,05  |

**Хулоса.** Дар байни ҳама шаклҳои осеби СМА бештар ББЛ (ПЭП) ошкор гардид. Ҳар кӯдаки 3-юм аз гидросефалия ва алоими носомонии узвҳои ҳаракат (12-33,3%) азият мекашид.

Таносуби байни аломатҳои клиникӣ, аз ҷумла ченакҳои инкишофи психомоторӣ, ки

бештар ба носомониҳои ҳаракат хос аст, собит карда шуд.

Яке аз зухуроти хоси осеби майнаи сари кӯдакони бо ВНМО-сироятёфта боздории инкишофи равонӣ-нутқӣ буд. Дараҷаи умқи осеби лоҳима дар шакли энсефалити зершадид бештар дар кӯдакони то 3-сола (91,4%) мушоҳида шуд.

### Адабиёт

1. Гузаронидани пешгирии интиқоли сирояти ВНМО аз модар ба кӯдак/ Тавсияҳои клиникӣ дар таҳрири Н.Н. Володин. – М., 2015 – саҳ.37 «Сирояти ВНМО дар кӯдакон»: Тавсияҳои клиникӣ ВТ ФР. Москва., 2017. саҳ.47
2. Кулаков, В.И. ВНМО: пешгирии интиқол аз модар ба кӯдак / В.И. Кулаков, И.И. Баранов. –М.: ВЕДИ, 2003. –саҳ. 86-93.
3. Мирзоев А. С. Сирояти ВНМО дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (тавсифи эпидемиологӣ): автореферати рисола барои дарёфти дараҷаи илмӣ номзади илмҳои тиб/ Мирзоев А. С. Москва, 2007. – саҳ. 25
4. Перегудова, А.Б. Токсоплазмозии серебрялӣ дар сохтори осеби системаи марказии асаб дар беморони сирояти ВНМО./ А.Б. Перегудова, Т.Н. Ермак, В.И. Шахгильдян, О.Ю. Шипулина, Д.Б. Гончаров // Эпидемиология ва бемориҳои сироятӣ. Масъалаҳои мубрам. –2013. –№1. –саҳ. 26-30.
5. Покровский В.В. Интиқоли амудии сироятӣ ВНМО дар Федератсияи Руссия/ В.В. Покровский, Е.В. Соколова, О.Г. Юрин // Эпидемиология ва бемориҳои сироятӣ. Масъалаҳои мубрам.–2008. –№3. –саҳ. 24-28.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЦНС У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

В статье анализируются медицинские карты больных детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, находящихся на учете в ГУ “Душанбинский городской центр по борьбе с ВИЧ/СПИД”. Было исследовано 36 больных детей с ВИЧ-инфекцией.

Исследование показало, что среди всех форм поражения ЦНС наиболее часто выявлялись ПЭП. Каждый третий ребенок страдал гидроцефалией – (12-33,3%) и синдромом двигательных расстройств (12-33,3%).

Установлено корреляционная связь между клиническими симптомами, вклю-

чая параметры психомоторного развития, которые в большей степени были свойственны моторным отклонениям. Задержка психо-речевого развития было наиболее характерным проявлением поражения мозга у ВИЧ-инфицированных детей.

Степень глубины поражения мозга, в частности подострый ВИЧ-энцефалит чаще выявлялся у детей до 3 лет (91,4%).

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, центральная нервная система, задержка внутриутробного развития, дети.

## SOURCE SENSOR CNS CHILDREN WITH HIV INFECTION

Conclusion. Thus, among all forms of CNS lesion the most frequently detected PE. Each third child was suffered from hydrocephalus – (12-33,3%) and syndrome of movement disorders (12-33,3%). A correlation connection established between clinical symptoms, including the parameters of psychomotor progress, which were more characteristic of motor abnormalities.

Delay of psycho-speech progress was the most characteristic manifestation of brain lesion in HIV-infected children.

The rate of intensity of brain lesion, in particular subacute HIV encephalitis, was more often detected in children under 3 years (91,4%).

**Key words:** HIV infection, central nervous system, fetal development delay, children.

**Зурхолова Хайринисо Рахмоновна** – мудири шуъбаи неонатологияи “Пажуҳишгоҳи илмӣ-тадқиқотии акушерию гинекологӣ ва перинатологӣ”, Тел. +992 372213656, +992907810281

**Зурхолова Хайринисо Рахмоновна**-заведующая отделением неонатологии НИИ АГ и П МЗ и СЗН РТ, Тел.+992 372213656,+992907810281

**Zoorkholova Khayriniso Rakhmonovna** -head of the Department of Neonatology of the Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan Ph.D., Tel.+ 992 372213656, 992907810281



## ОИД БА ПОЛИПРОГМАЗИЯИ КӮДАКОН Қурбонов Н.Б., Қўраев М.Н., Қурбонова Р.Н.

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 (мудирӣ кафедра д.и.т., профессор Исмоилов К.И.)-и  
МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

**Муҳиммият.** Рушди саноати фарматсевтӣ дар асоси инкишофи илмӣ-техникии муосир бемориҳои аллергологиро бо дорувориҳои гуногун бой гардонид ва алҳол низ ғанӣ гардонида истодааст. Шумораи истехсоли солони дорувориҳо чунон афзуда истодааст, ки хангоми интиҳоби онҳо дар табобати бемориҳо кас ба ҳайрат мемонад [1, 2].

Аҳамияти табобати муносиб бо дорувориҳо далелҳои алоҳидаро талаб намекунад. Далели ин мубориша бо ҳазорон бемориҳои вазнини сироятӣ ва муваффақиятҳои ба даст оварда дар ҳолатҳои ба ҳаёт таҳдидунанда мебошад.

Истифодаи оқилонаи маводи доруворӣ дар таҷрибаи педиатрӣ як захираи муҳим дар раванди паст намудани сатҳи ғавти кӯдак мебошад.

Дар баробари ин табобати беасос ва беиҷозати доруворӣ метавонад ба оқибатҳои зараровар бо инкишофи оризаҳои гуногун ва таъсири нохуш ва фалокатовар оварда расонад, ки хеле гуногун ва пешгуинашаванда мебошанд.

Зухуроти шадидтарини чунин амали доруҳо ҳолати токсикоаллергияро дар бар мегирад. Бояд кайд намуд, ки полипрогмазия барои организми инкишофёбандаи кӯдак хеле зараровар ва хавфнок мебошад. Ин пеш аз ҳама ба хусусиятҳои раванди анатомӣ-физиологӣ ва метаболикии организми кӯдак алоқамандӣ дорад. Чи қадаре ки кӯдак хурдсод бошад, ҳамон қадар ҷаббиши дорувориҳо дар рӯдаҳо сусттар мебошад, ҳамчунин, функсияҳои рафъи ҷигар ва гурдаҳо нисбат ба калонсолон комилан заифтаранд [3].

Мувофиқи маълумоти сарчашмаҳо, хангоми пайдарпай истеъмор намудани зиёда аз 5 намуди доруворӣ таъсири нохуши онҳо то 71% меафзояд. Ҳамзамон намудҳои гуногуни номувофикии доруҳо, ки ҳам хусусияти химиявӣ ва ҳам фармакологӣ доранд, нишон дода шудаанд.

Лозим ба зикр аст, ки номувофикии фармакологии дорувориҳо пеш аз ҳама, ба сох-

торҳои ретсептории гуногуни организм таъсир мерасонад ва дар ин ҳолат таъсирҳои ҳам синергетикӣ, ва ҳам антагонистӣ бо сабаби полипрогмазия ба вучуд меоянд [4, 5].

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши таъсири дорувориҳо, ки хангоми бемориҳои гуногуни сироятиву илтиҳобӣ ба кӯдакон беасос ва паиҳам тавсия шудаанд.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Мо таҳлили ретроспективии таърихи бемории 405 нафар кӯдакони синнашон аз 2 то 14-сола-ро, ки тӯли 4 соли охир дар клиникаи марказии тиббии шаҳр табобат гирифтаанд, гузаронидем, ки аз онҳо 205 нафар (50,6%) писарон ва 200 нафар (49,4%) духтарон буданд. Ҳамаи беморони аксуламалҳои аллергологидошта дар баробари санҷишҳои клиникӣ (таҳлили умумии хун ва пешоб, копрология, рентгенографияи қафаси сина), ҳамчунин аз таҳқиқоти муосири аллергологӣ (санҷиши лизиси лейкоцитҳо, санҷиши пахшшавии муҳочирати лейкоцитҳо, масунияти ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ, таҳқиқоти бактериологӣ ва микологӣ) гузаронида шуданд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот.** Беморони аз муоина гузаронидашуда гирифтори бемориҳои гуногуни соматикӣ кӯдакона буданд, чунончи: 50 бемор (12,3%) гирифтори илтиҳоби шуш (пневмония), 110 (27,2%) – дарунравӣ, 100 нафар (24,7%) - бронхит, 120 (29,6%) - бемориҳои вирусии роҳҳои нафас, 10 – гулӯдард, 10 (2,5%) - энсефалопатияи перинаталӣ, 5 (1,2%) – эпилепсия.

Барои ҳар як кӯдаки гирифтори бемориҳои гуногунуи соматикӣ аз 1 то 3 дорувориҳои гурӯҳҳои гуногуни антибактериалӣ (якчанд аз пенисиллинҳо, аминогликозидҳо, макролидҳо, дорувориҳои тетрациклин ва сефалоспирин) дар мувофиқа бо терапияи дорувориҳо, ки таъсири симптоматикӣ доранд (антипиретикҳо, витаминҳо, спазмолитикҳо, ферментҳо, пребиотикҳо ва ғ.), тавсия гардидаанд (Ҷадвали 1).

# **Чадвали 1. Шумораи кӯдаконе, ки хангоми бемориҳои гуногун аз дорувориҳо аллергия доштанд**

| Нозологияи беморӣ                     | Миқдори беморон | Миқдори беморон бо (%) | Миқдори доруҳои антибактериалии тавсияшуда | Миқдори дигар доруҳои тавсияшуда |
|---------------------------------------|-----------------|------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|
| Бемориҳои шадиди вирусии роҳҳои нафас | 120             | 29,6%                  | 2                                          | 5-9                              |
| Исҳол                                 | 110             | 27,2%                  | 2                                          | 7-8                              |
| Бронхит                               | 100             | 24,7%                  | 2                                          | 6-8                              |
| Илтиҳоби шуш                          | 50              | 12,3%                  | 1-2-3                                      | 4-6                              |
| Ангина                                | 10              | 2,5%                   | 3                                          | 3-5                              |
| Энсефалопатияи перинаталӣ             | 10              | 2,5%                   | -                                          | 8-11                             |
| Эпилепсия                             | 5               | 1,2%                   | -                                          | 7-10                             |

Чӣ тавре аз чадвали боло маълум аст, ба як кӯдак хангоми бронхопневмония ва дигар бемориҳо ба ҳисоби миёна 3 доруи антибактериалӣ тавсия гардидааст. Ҳамчунин зиёда аз 6-8 намуди дорувориҳо, ки сабаби барангехтани аллергия дар намуди занбуруғҳо дар 160 бемор, дерматитҳои токсикую алергикӣ - дар 50 бемор гаштаанд, тавсия шудаанд. Ҳамаи беморони гирифтори варамҳои Квинке ангиоэдемаи гулӯ ва лабҳо доштанд, онҳо бо варамҳои дасту пой якҷоя ба назар мерасиданд.

Хангоми қоҳири шадид (уртикария) дар ҳама ҳолатҳо обилаҳо бо гипермияҳои тамоми атрофи пӯст, дар тамоми сатҳи бадан ва андомҳои боло ва поён ба назар мерасиданд. Дар беморон синдроми Лайелл-Ланга мушоҳида шуд, ки хусусияти пайдоиши хубобҳо, эритема, некроз ва лизиси эпидермисро доро буд ва 45%-и пӯст ва 4%- пардаҳои луобиро иллатнок карда буд. Дар 5%-и беморон синдроми Стивенс-Чонсон ба вуқӯъ омад, дар 4%-и ҳолатҳо бо иллати пӯст, дар аксар мавридҳо ба луобпардаи даҳон ва чашмҳо зарар расида буд.

Аз 405 нафар беморон дар 39%-ашон дерматитҳои тамосӣ дар намуди осеби эрите-

матикӣ ва везикулёзии пӯст дар тамоми сатҳи бадан дида мешуд.

**Хулоса.** Полипрогмазия яке аз омилҳои хатарноки инкишофи аллергияи дорувориҳо мебошад, ки барои он аксуламали аллергия хос буда, он сабаби пайдоиши ҳолати пирогении медикаментозии эндогенӣ мегардад. Табобат тавассути доруҳо бояд фарқиатнок бо назардошти тағйироти клиникӣ ва параклиникие, ки дар бемор ҳаст, гузаронида шавад.

Барои терапевтҳо донишҳои фармакологияи клиникӣ муҳим буда, онҳо сатҳи дониши худро давра ба давра дар ин соҳа сайқал доданашон лозим аст. Барои як бемор тавсия намудани 5 намуди дорувории барангезандаи аксуламалҳои аллергиявӣ лозимият надорад.

Ҳамин тавр, ба назари мо, сабаби сарзадани аксуламал ва бемориҳои аллергиявӣ хангоми табobati кӯдакони гирифтори бемориҳои шадиди респираторӣ ва бемориҳои соматикӣ дигар, пеш аз ҳама, полипрагмазия ва беасосу беназорат истифода намудани антибиотикҳо мебошад.

## **АДАБИЁТ**

1. Драник Т.Н. Клиническая иммунология и аллергология /Т.Н. Драник. - М.,2003.- 60с.
2. Кулага В.В. Аллергия и грибковые болезни /В.В. Кулага.-2005.-519с.
3. Копхир П.В. Доказательная /В.Н. Lanbrecht //Allergy.-2005.-V.60,r 3,p2e аллергология и иммунология /П.В. Копхир. - Москва, 2010.-526с.
4. Lanbrecht B.N. Dendriticabd there gutation of the allergic irrnrnune respouse.-P.282.
5. Ceno recombination of major bee venom allergy a novei vaccine for altrgei specific immonotherepy /E. Kara-manloo [et. al.]. //Allergo.-2002.-V.11.- P. 379.



## К ВОПРОСУ ПОЛИПРОГМАЗИИ У ДЕТЕЙ

Курбонов Н.М., Джураев М.Н., Курбонова Р.Н.

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

**Цель исследования.** Изучить влияние неоправданного одновременного назначения многих лекарственных препаратов при различных инфекционно - воспалительных заболеваниях у детей.

**Материал и методы исследования.** Нами ретроспективно проведен анализ истории болезни 405 детей в возрасте от 2 до 14 лет, находившихся на амбулаторном лечении в городском клиническом медицинском центре в течение последних 4 лет. Мальчиков было 205 (50,6%), девочек-200 (49,4%).

Всем больным с аллергическими реакциями наряду с общеклиническими исследованиями проведено современное аллергологическое исследование (тест на лизис лейкоцитов, тест на торможение миграции лейкоцитов, изучение клеточного и гуморального иммунитета, а также бактериологическое и микологическое исследование).

**Результаты исследования и их обсуждение.** У обследованных нами больных наблюдались различные детские соматические заболевания - пневмония - у 50 детей (12,3%), диарея - у 110 (27,2%), бронхит - у 100 (24,7%). ОРВИ - у 120 (29,6%), ангина - у 10, перинатальная энцефалопатия - у 10 (2,5%), эпилепсия - у 5 больных (1,2%).

Всем наблюдаемым детям с различными соматическими заболеваниями были назначены 1-3 антибактериальных лекарственных препарата различных групп (пенициллинового ряда, аминогликозиды, макролиды, препараты тетрациклинового и цефалоспоринового ряда), в сочетании с сопроводительной терапией с использованием лекарственных препаратов, оказывающих симптоматический эффект (отхаркивающие, антипиретики, витамины, спазмолитики, ферменты, пробиотики).

При бронхопневмонии и других заболеваниях одному ребёнку в среднем необоснованно назначено по 3 антибактериальных, а также более 6-8 других лекарственных препаратов, что явилось причиной развития лекарственной аллергии в виде острой крапивницы у 160 больных, токсико-аллергических дерматитов у 50

больных, а также других аллергических заболеваний. У больных с отёком Квинке имел место ангионевротический отек ушных раковин и губ (110 больных), они сочетались с отёком тыльной поверхности кистей и стоп.

При крапивнице наблюдались волдыри с гиперемией окружающего участка кожи по всей поверхности туловища, верхних и нижних конечностей. У больных отмечался синдром Лайелла - Ланга, характеризующийся появлением пузырей, эритематоза, некроза и лизиса эпидермиса, которые поражали 45% кожных покровов и 4% - слизистых оболочек. У 5% больных отмечался синдром Стивенса-Джонсона, в 4% случаях с поражением кожных покровов, а в большинстве случаев отмечалось поражение слизистых оболочек полости рта и глаз. У 39% больных из 405 имел место контактный дерматит в виде поражения кожных покровов эритематозного и везикулёзного характера по всей поверхности тела.

**Заключение.** Полипрогмазия является одним из ведущих факторов риска развития лекарственной аллергии, при которой реакция аллергии обусловлена появлением эндогенного пирогена медикаментозного происхождения. Медикаментозную терапию необходимо проводить дифференцированно с учётом клинико-параклинических изменений, имеющих у пациента.

Необходимо врачам - клиницистам знать клиническую фармакологию и периодически повышать квалификацию в этой области. Одному больному нет необходимости назначать более 5 лекарственных средств, провоцирующих аномальные аллергические реакции.

Таким образом, на наш взгляд, возникновение аллергических реакций и заболеваний при лечении детей с ОРЗ и другими соматическими заболеваниями, прежде всего, связано с необоснованным, бесконтрольным применением антибиотиков и полипрогмазией.

**Ключевые слова:** дети, необоснованная антибиотикотерапия, аллергические реакции, аллергические заболевания, полипрогмазия.

## TO THE PROBLEM OF POLYPROGMASIA IN CHILDREN

**Kurbonov N.M., Juraev M.N., Kurbonova R.N.**

Department of Children's Diseases № 2 of SEI "Avicenna TSMU"

**The purpose of the study.** To study the effect of unjustified simultaneous prescription of many drugs for various infectious and inflammatory diseases in children.

**Material and research methods.** We retrospectively analyzed the medical history of 405 children aged 2 to 14 years who were on outpatient treatment at the city clinical medical center for the last 4 years. There were 205 boys (50.6%), and 200 girls (49.4%).

All patients with allergic reactions, along with general clinical studies, underwent a modern allergological study (test for leukocyte lysis, test for inhibition of leukocyte migration, study of cellular and humoral immunity, as well as bacteriological and mycological studies).

**Research results and their discussion.** The patients examined by us were observed with various children's somatic diseases - pneumonia - in 50 children (12.3%), diarrhea - in 110 (27.2%), bronchitis - in 100 (24.7%). ARVI - in 120 (29.6%), tonsillitis - in 10, perinatal encephalopathy - in 10 (2.5%), epilepsy - in 5 patients (1.2%).

All observed children with various somatic diseases were prescribed 1-3 antibacterial drugs of various groups (penicillin, aminoglycosides, macrolides, tetracycline and cephalosporins), in combination with concomitant therapy using drugs that have a symptomatic effect (expectorants, antipyretics, vitamins, spasmolytics, enzymes, probiotics).

In case of bronchopneumonia and other diseases, one child, on average, was unjustifiably prescribed 3 antibacterial drugs, as well as more than 6-8 other drugs, which caused the development of drug allergy in the form of acute urticaria in 160 patients, toxic-allergic dermatitis in 50 patients as well as other allergic diseases. Patients with Quincke's

edema had angioedema of the auricles and lips (110 patients), they were combined with edema of the dorsum of the hands and feet.

With urticaria, blisters with hyperemia of the surrounding skin area were observed over the entire surface of the trunk, upper and lower extremities. The patients had Lyell-Lang syndrome, characterized by the appearance of blisters, erythematosis, necrosis and lysis of the epidermis, which affected 45% of the skin and 4% of the mucous membranes. In 5% of patients, Stevens-Johnson syndrome was noted, in 4% of cases with lesions of the skin, and in most cases, lesions of the mucous membranes of the mouth and eyes were noted. In 39% of 405 patients, contact dermatitis occurred in the form of lesions of the skin of an erythematous and vesicular nature over the entire surface of the body.

**Conclusion.** Polyprogasia is one of the leading risk factors for the development of drug allergy, in which the allergy reaction is caused by the appearance of an endogenous drug-induced pyrogen. Drug therapy should be carried out in a differentiated manner, taking into account the clinical and paraclinical changes in the patient.

Doctors - clinicians need to know clinical pharmacology and periodically improve their qualifications in this area. One patient does not need to prescribe more than 5 drugs that provoke abnormal allergic reactions.

Thus, in our opinion, the occurrence of allergic reactions and diseases in the treatment of children with acute respiratory infections and other somatic diseases is primarily associated with the unreasonable, uncontrolled use of antibiotics and polyprogasia.

**Key words:** children, unjustified antibiotic therapy, allergic reactions, allergic diseases, polyprogasia.

**Курбонов Наби Бобоматинович**, ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 -и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», тел.: 918-61-35-57

**Курбонов Наби Бобоматинович**, ассистент кафедры детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», тел.: 918-61-35-57

**Kurbonov Nabi Bobomatovich**, assistant of the Department of Children's Diseases №2 SEI "Avicenna TSMU", tel.: 918-61-35-57



## ПЕШГИРӢ ВА ТАБОБАТИ САРДАРДИ БАӢДИ ПУНКСИОНӢ ӲАНГОМИ ГУЗАРЕНИДАНИ АНЕСТЕЗИЯИ ПЕРИДУРАЛӢ ДАР КӢДАКОН

Фатхуллоев З.К., Рахматова Р.А., Кодирова Х.Р., Набиев З.Н.

МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакон»

**Муҳиммият.** Дар робита бо паҳншавии васеи анестезияи эпидуралӣ оризаҳои гуногун ба назар мерасанд, ки ба тазрику катетеризатсияи передуралӣ дар бораи фазо дар кӯдакон алоқаманд мебошанд. Дар 0,7 – 3,5%-и ҳолатҳо ин пунксияи (тазриқи) ғайри мақсадноки пардаи саҳти майна бо сефалгия ҳамроҳӣ мекунад, ки дар натиҷаи ихтилоли ликвор-динамика ба вучуд меояд. Дарди сар дар ин маврид хусусияти ортостатикӣ дошта, аз бемор риоя кардани режими тӯлоии бистарири риоя кунад ва муҳлати дар статсионари табобатӣ бештарӣ будан дароз карда мешавад [1,3,4,7].

Табобати стандартӣ, ки ба зиёд шудани маҳсулоти ликвор ва қатъ шудани дарди сар равона шудааст, ки дар худ инфузияи маҳлулҳои поливалентии кристаллӣ аз ҳисоби 8-11 мл/кг дар гр ё нӯшидани фаровон, риоя кардани дозаҳои пешниҳодшуда, дар якҷоягӣ бо таъйин кардани парасетамол, аналгин ва кофеин, на ҳаиеша самаранок аст ва коркарди минбаъдаро талаб мекунад [2,4].

Яке аз усулҳои радикалии мавҷудбудаи қатъ кардани дарди сар дар ин ҳолат пломбагузориҳои фазои перидуралии ауто-хун ба миқдори 10-15 мл ба ҳисоб меравад [3]. Аммо ин усул беҳатар нест, зеро хун муҳити ғизоӣ буда мумкин аст, ки оризаҳои даҳшатнокеро ба вучуд оварад, ба монанди эпидурит. Пас, ҳама гуна коркардҳо, ки ба профилактика ва табобати сефалгия баъди тазриқи актуалӣ ба ҳисоб мераванд ва мавридибаррасӣ ва омӯзиши ҷиддӣ қарор дода шаванд [4, 6, 7].

**Мақсади таҳқиқот.** Беҳтар шудани натиҷаҳои табобати сефалгия баъдитазриқӣ пас аз анестезияи передуралӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар шӯбаи анестезиологияи кӯдакон ва реаниматологияи ММТ ҶТ Шифобахш, ш. Душанбе ва беморхонаи клиникаи вилоятии ш. Бохтар 345 анестезияи передуралӣ дар давраи солҳои 2008 – 2018 гузаронида шуд, ки аз онҳо

124 (19,4%) кӯдакони аз 3 то 7 сола буданд, аз 7 то 12 – сола – 135 кӯдак, аз 12 то 17 – сола – 86 кӯдак буданд. Аз ҷумлаи онҳо дар 71 (20%) сифалгия таҳхис шудааст. Нишондиҳанда барои гузаронидани анестезияи передуралӣ амалиёти ҷарроҳӣ аз хусуси апендитсита оризадор, садамаҳои муштарақ пас аз амалиёти ҷарроҳӣ, ногузaronандагии рӯдаҳои борик ва ғафс буданд. Пунксия ва катетеризатсияи фосилаи передуралӣ мувофиқи усулҳои стандартӣ ба сатҳи L<sub>1</sub>–L<sub>2</sub> гузаронида шуд. Маҷмӯи анестезияи перидуралии ширкати «Portex» G18 истифода шуд.

**Натиҷа ва баррасии онҳо.** Натиҷаи таҳқиқот нишондоданд, ки самаранокии табобат дар муддати 2-3 шабонарӯз дар 69 ҳолат ба қайд гирифта шудааст, ки 97,2%-ро ташкил дод. Барои бистарикунони ҳатмӣ зарурат набуд. Таҳлили картаи беморон ва протоколи анелгезия нишон дод, ки дар бештари ҳолатҳо перфоратсияи пардаи соҳти майна дар 14 бемор дида шуд, ки 15,5%-ро ташкил дод. Дар 4 кӯдак ин дар натиҷаи ҳаракатҳои якбораи беморон ҳангоми тазриқи фосилаи передуралӣ ба амал омад. Дар ҳолатҳои боқимонда сабаби мушаххас муқаррар карда нашуд, ки инро ба «омили одамӣ» риоя накардани истифодаи технология, номукамалии техника, риоя накардани вақт вобаста доништан мумкин аст.

Дар ҳамаи ҳолатҳо, инкишофи сефалгия, фосилаи передуралиро интизор нашуда, дар як сегмент болотар катетер гузоштем ва 4-8 мл маҳлули физиологиро 3-5 маротиба дар як шабонарӯз баъд ҳар як 3 -5 соат ё бефосила бо инфузиомат бо суръати 4 -6 мл/соат равон кардем. Дар ин маврид мутавазӣ табобати консервативии зикршуда гузаронида шуд.

Оризаҳои бавучудодама ва табобат давомнокии ҳузури бемор дар шӯбаи реаниматсия таъсири назаррас нарасонид.

**Ҳамин тавр,** содагӣ ва самаранокии усули пешниҳодшуда барои тавсия намудани



истифодабарии он дар статсионари чарроҳӣ новобаста аз синну соли бемор асос шуда метавонад.

Усули пешниҳодшудаи профилактика ва табобати дарди сар дар ин гурӯҳи беморон дар 95,4%-и ҳолатҳо таъсирбахш буд ва ҳарчи иқтисодиро талаб намекунад ва ба да-

вомнокии кат-рӯз таъсир намерасонад.

Захираҳо барои кам кардани оризаҳо ҳангоми гузаронидани анестезияи перидуралӣ инҳоянд: а) беҳаракатӣ, мавқеи фиксатсияшудаи бемор; б) риояи ҷиддии техникаи тазриқ ва катетеризатсияи фосилаи перидуралӣ.

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТПУНКЦИОННОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ

**Фатхуллоев З.К., Рахматова Р.А., Кодирова Х.Р., Набиев З.Н.**

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

В статье рассматривается ситуация результатов лечения постпункционной цефалгии после передуральных анестезии и разработка методики улучшения результатов лечения данной патологии.

Простота и эффективность предложенной методики служить основанием для ре-

комендации его использования в хирургических стационарах независимо от возраста пациента.

**Ключевые слова:** постпункционная цефалгия, анестезия, передуральный, эффективность, стационар.

## PREVENTION AND TREATMENT OF POSTPUNCTIONAL HEADACHE IN PERDURAL ANESTHESIA IN CHILDREN

**Fatkhulloev Z.K., Rakhmatova R.A., Kodirova Kh.R., Nabiev Z.N.**

The article discusses the situation of the results of treatment of post-puncture cephalalgia after pre-dural anesthesia and the development of a methodology and improvement of the results of treatment of this pathology.

The simplicity and effectiveness of the proposed technique serve as the basis for recommending its use in surgical stations, regardless of the patient's return.

**Key words:** post-puncture cephalalgia, anesthesia, pre-dural, stationary efficiency.

**Фатхуллоев З.К.** – унвонҷӯи МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакон». E-mail: [fayzullohoja24@gmail.com](mailto:fayzullohoja24@gmail.com)

**Фатхуллоев З.К.** - соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии». E-mail: [fayzullohoja24@gmail.com](mailto:fayzullohoja24@gmail.com)

**Fatkhulloev Z.K.** - candidate of the State Institution “Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery”; E-mail: [fayzullohoja24@gmail.com](mailto:fayzullohoja24@gmail.com)



## ПСИХИАТРИЯ

### ТАҲЛИЛИ СИННУСОЛӢ ВА ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКИИ БЕМОРОНИ МУАССИСАИ НАРКОЛОГӢ БО ВОБАСТАГӢ АЗ МАШРУБОТИ СПИРТӢ ДАР ШАҲРИ ДУШАНБЕ

Маликов Н.В., Шаропова Н.М.

Кафедраи психиатрияи ба номи М.Ғ.Ғуломов (мудири кафедра д.и.т., Шаропова Н.М.)-и МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”.

**Муҳиммият.** Дар саросари ҷаҳон, истифодаи зарарноки машрубот солоне 3 миллион маргро ба вучуд меорад, ки ин 5,3% ҳамаи ҷаҳонро ташкил медиҳад [ТУТ, 2018]. Истифодаи зарарноки машруботи спиртӣ омили барангезандаи беш аз 200 мушкилоти саломатии марбут ба беморӣ ва захмӣ мебошад. Истеъмоли машруботи спиртӣ боиси марг ва маъҷубӣ мегардад, ки дар ҳаёт нисбатан барвақттар аст. Дар байни одамони 20–39 сола тақрибан 13,5% -и ҷаҳонро марбут ба машрубот мебошанд. Ғайр аз оқибатҳои саломатӣ, истифодаи зарарноки машруботи спиртӣ ба шахсони алоҳида ва тамоми ҷомеа зарари калони иҷтимоӣ ва иқтисодӣ мерасонад [ТУТ, 2018]. Нақши маҷмӯи омилҳои марбут ба зиндагӣ дар маҳалли мушаххас тавассути тадқиқотҳо дар соҳаи наркология борҳо тасдиқ шудааст, аз ҷумла хангоми муайян кардани омилҳои ҳавф барои ташаккули вобастагӣ аз машруботи спиртӣ [1–5]. Хангоми таҳлили пешакии маълумотҳои омӯри дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (ҶТ) ба он таваҷҷӯҳ зоҳир карда шуд, ки хангоми кам

шудани шумораи беморони ба қайд гирифташудаи вобастагии спиртӣ афзоиши онҳо дар минтақаҳо ба назар мерасад.

Ҳамин тавр, тибқи маълумоти Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, аз соли 2015 то 2019 шумораи беморони вобастагии аз машруботи спиртӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 6408 нафар (76,7 ба 100,000 аҳоли) ба 5984 нафар (65,5 ба 100,000 аҳоли) коҳиш ёфт (Ҷадвали 1). Чунин динамикаи ин нишондиҳандаҳо дар Душанбе низ қайд карда шуд: 1933 (247,1 ба 100,000 аҳоли) дар соли 2015 то 1454 нафар (171,7 ба 100,000 аҳоли) дар соли 2019. Ҳамин тариқ низ коҳиши нишондодҳо дар вилояти Суғд қайд карда шуд. Ҳамзамон, дар вилояти ВМКБ аз маълумоти дар ҷадвали 1 овардашуда, афзоиши ҳам шумораи мутлақ ва ҳам нисбии беморони ба қайд гирифташудагон бо вобастагии спиртӣ ба қайд гирифта шудааст. Истисноӣ ин нишондиҳандаҳо дар ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ ва вилояти Хатлон аз соли 2015 то соли 2019 дар давраи баррасишаванда тақрибан тағйир наёфтанд.

**Ҷадвали 1.** Нишондиҳандаҳои миқдори вобастагии спиртӣ дар муассисаҳои наркологӣ аз соли 2016 то 2020 дар минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон.

|                |                               | Солҳо |       |       |       |       |
|----------------|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                |                               | 2015  | 2016  | 2017  | 2018  | 2019  |
| Шаҳри Душанбе  | Арзиши мутлақ ба 100000 аҳоли | 1933  | 1847  | 1640  | 1783  | 1454  |
|                |                               | 247,1 | 236,1 | 204,3 | 214,4 | 171,7 |
| Вилояти Суғд   | Арзиши мутлақ ба 100000 аҳоли | 1985  | 1797  | 1808  | 1653  | 1774  |
|                |                               | 81,7  | 74,0  | 70,6  | 63,3  | 66,7  |
| Вилояти Хатлон | Арзиши мутлақ ба 100000 аҳоли | 1128  | 1267  | 1332  | 1251  | 1135  |
|                |                               | 38,4  | 43,1  | 42,6  | 39,1  | 34,6  |
| ВМКБ           | Арзиши мутлақ ба 100000 аҳоли | 200   | 196   | 259   | 261   | 309   |
|                |                               | 93,8  | 91,9  | 117,6 | 115,4 | 136,1 |
| НТМ            | Арзиши мутлақ ба 100000 аҳоли | 1162  | 1124  | 1234  | 1140  | 1312  |
|                |                               | 61,2  | 59,2  | 61,0  | 55,0  | 62,4  |
| Всего          | Арзиши мутлақ ба 100000 аҳоли | 6408  | 6231  | 6273  | 6018  | 5984  |
|                |                               | 76,7  | 72,8  | 71,7  | 67,3  | 65,5  |

Эзоҳ: ВМКБ–Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон; НТМ–ноҳияҳои тобеи марказ

Ин динамикаи номуайяни шумораи беморони ба қайд гирифташудаи вобастагони спиртӣ дар минтақаҳои гуногуни Ҷумҳурии Тоҷикистон имкон дод, ки фарзия оид ба фарқияти таъсири омилҳои иҷтимоию демографӣ ба ташаккул ва ҷараёни ночуриҳои рӯхӣ, ки дар натиҷаи истеъмоли машрубот ба вучуд омадаанд ва сохтори контингенти беморонро, ки барои табобат дар муассисаҳои наркологӣ бистарӣ карда мешаванд. Аз ҷумла, дар ин қор ба як қатор хусусиятҳои синну сол диққат дода шудааст, ки то андозае дар бораи хусусиятҳои на танҳо биологӣ, балки иҷтимоии фард дар давраи рушди вобастагии спиртӣ маълумот медиҳанд.

**Усулҳои пажӯҳиш.** Барои таҳқиқи фарзия дар бораи аҳамияти синну сол ва омилҳои марбут таҳлили 100 ҳолати тасодуфан интихобшудаи таърихи бемории бемороне, ки дар Маркази ҷумҳуриявии клиникии наркологии ба номи профессор М.Ғ.Ғуломов дар шаҳри Душанбе (минбаъд бо гурӯҳи Д кӯтоҳ карда мешавад) табобати бистаринамӯй қабулнамудаанд гузаронида шуд. Дар ҳама ҳолатҳо, аломатҳои клиникии марҳилаи дуҷуми вобастагӣ аз машруботи спиртӣ (F10.2 мувофиқи ТББ-10) муқаррар карда шуданд. Дар зиёда аз нисфи мушоҳидаҳо (56 ҳолат; 56,0%), ки дар ин тадқиқот, ҳолати воқеӣ бо тасвири клиникии делириявии “классикӣ” мушоҳида шудааст (F10.40). Тақрибан аз се як ҳиссаи мушоҳидаҳо (36 ҳолат; 36,0%) бо нишонаҳои хуруҷ (алоими парҳезӣ) бидуни нишон додани нишонаҳои вазъи равонӣ қайд карда шуданд (F10.39). 7 ҳолат (7,0%) ҳамчун ташҳиси дидагностикӣ ҳолати парҳезӣ бо хуруҷҳои саръмонанд баҳо дода шуданд (F10.31) ва танҳо дар як ҳолат (1,0%) ҳолати психотикӣ бо нишонаҳои маҷзубиятимонанд (шизофреноподобный) (F10.50) қайд шудааст.

Мувофиқи ҳадафҳои таҳқиқот, оид ба синну соли, ки истеъмоли нӯшокиҳои спиртӣ оғоз гардидааст; синну соли, ки вобастагӣ аз машруботи спиртӣ ба вучуд омадааст ва синну соли, ки дар замони ба беморхона бистарӣ гардидан дар бар мегирад, таҳлил гузаронида шуд. Бо истифода аз ин

хусусиятҳои синну сол, ду параметрҳои марбут ба синну сол ба даст оварда шуданд:

- давомнокии ташаккули аломатҳои хуруҷ (АХ), чун фосилаи солҳо байни синну соли пайдоиши майзадагӣ ва синну соли пайдоиши аломатҳои алоҳидаи клиникии нишонаҳои хуруҷ, яъне, марҳилаи дуҷуми майзадагӣ;

- давомнокии марҳилаи дуҷуми майзадагӣ, ҳамчун фосилаи солҳо дар байни синну соли ташаккули АХ ва бистарии воқеӣ.

Инчунин басомади тақсими беморон аз рӯи хусусияти сӯиистифода (давомдор ё эпизодикӣ), аз рӯи табиати майзадагӣ (давомдор ё эпизодикӣ) ва прогрессия, вобаста аз давомнокии ташаккули АХ [Гофман А.Г., 2003] - прогрессивӣ (то 6 сол), мӯътадил-прогрессивӣ (аз 6 то 15 сола) ва суст (зиёда аз 15 сол) таҳлил гузаронида шуд. Ғайр аз ин, бистарии аввалия ё тақрорӣ ба назар гирифта шуд.

Таҳлили маълумоти аввалия бо истифодаи расмиёти омории тавсифӣ гузаронида шуд [Флейс Ҷ., 1989]. Муқоисаи арзишҳои миёнаи (М) тағирёбандаҳои миқдорӣ (синну сол ва параметрҳои ҳосилшудаи онҳо) тавассути дарёфт кардани фосилаи 95%-и онҳо (95% confidential interval, кӯтоҳ 95% CI) дар беморон ва таҳлили яктарафаи ихтилоф анҷом дода шуд (ANOVA). Таҳлили тағирёбандаҳои категорияӣ бо роҳи муайян кардани эътимоднокии фарқияти таносуби тақсими басомадҳо (Z-омор) ва фосилаи эътимоди онҳо аз рӯи гурӯҳҳо анҷом дода шуд. Омори тавсифии хусусиятҳои иҷтимоию демографӣ ва клиникӣ барои ҳама мушоҳидаҳо (ба истиснои тақсим ба гурӯҳҳо аз рӯи минтақаи истиқомат) дар ҷадвали 2 оварда шудааст.

Дар аксарияти мутлақи мушоҳидаҳо, беморони муоинашуда мард буданд (140 ҳолат; 93,3%). 96,7% (145 нафар) - доимӣ дар шаҳр зиндагӣ мекарданд, дар панҷ ҳолат беморон дар қанори шаҳри Душанбе зиндагӣ мекарданд, ки онро расман шаҳрақҳои деҳоти ноҳияи Рудакӣ меномиданд. Дар робита ба ин, омилҳои истиқомати доимӣ дар шаҳр ё деҳот барои таҳлили минбаъдаи муқоисавӣ истифода нашудааст.



Бори аввал 60 бемор дар беморхона бистарӣ шуданд - 40,0% аз шумораи умумии мушоҳидаҳо. Синну соли миёна ҳангоми бистарӣ ба беморхонаи наркологӣ барои

ҳамаи беморон 46,14 сол бо фосилаи 95% эътимод (95% CI) аз 44,62 то 47,66 ташкил дод, синни ҳадди ақали беморон 24 сол, синни ҳадди максималӣ 75 сол буд.

**Ҷадвали 2.** Омори тавсифи ихтисосиятҳои иҷтимоию демографӣ ва клиникӣ барои ҳамаи мушоҳидаҳо (ба истисноии тақсими ба гурӯҳҳо аз рӯи минтақаи истиқомат)

| Хусусият                                                       | Нишондод  | Арзиш              |
|----------------------------------------------------------------|-----------|--------------------|
| Ҷинс- мардҳо                                                   | N(%)      | 140 (93,3)         |
| Ҷои истиқомат –шаҳр                                            | N(%)      | 145 (96,7)         |
| Бистаринамӯй –бори аввал                                       | N(%)      | 60 (40,0)          |
| Синнусол дар вақти қабул (бистарӣ):                            | M (95%CI) | 46,1 (44,6 - 47,7) |
| то 30                                                          | N(%)      | 7 (4,7)            |
| 30 – 39                                                        | “         | 31 (20,7)          |
| 40 – 49                                                        | “         | 59 (39,3)          |
| 50 – 59                                                        | “         | 40 (26,7)          |
| 60+                                                            | “         | 13 (8,7)           |
| Синну соли оғози истифодаи МС:                                 | M (95%CI) | 23,3 (22,5 - 24,2) |
| то 30                                                          | N(%)      | 126 (84,0)         |
| 30 – 39                                                        | “         | 22 (14,7)          |
| 40 – 49                                                        | “         | 2 (1,3)            |
| Синну соли ташаккули АХ:                                       | M (95%CI) | 27,7 (26,9 - 28,5) |
| то 30                                                          | N(%)      | 99 (66,0)          |
| 30 – 39                                                        | “         | 45 (30,0)          |
| 40 – 49                                                        | “         | 6 (4,0)            |
| Давомнокии ташаккули АХ (прогрессиентӣ):                       | M (95%CI) | 4,6 (4,1 - 5,1)    |
| прогрессиентӣ                                                  | N(%)      | 107 (71,3)         |
| прогрессиентӣ-мӯътадил                                         | “         | 41 (27,3)          |
| сустраванда                                                    | “         | 2 (1,3)            |
| Хусусияти майзадагӣ:                                           |           |                    |
| давомдор                                                       | N(%)      | 112 (74,7)         |
| эпизодӣ                                                        | “         | 38 (25,3)          |
| Давомнокии марҳилаи II вобастагии спирти ҳангоми бистарӣ шудан | M (95%CI) | 18,4 (17,1–19,8)   |

Илова бар арзёбии синну соли контингенти беморон, тақсими онҳо аз рӯи гурӯҳҳои синнусол низ баррасӣ карда шуд, ки он то андозае метавонад вазъи иҷтимоиро инъикос кунад (Ғуломов М.Ғ., Нарзикулов Х.Н., 1998).

Беморони ҷавон қисми камтаринро ташкил доданд – тақрибан чоряки шумораи умумии мушоҳидаҳо. Ҳамин тавр, ба гурӯҳи синну соли “то 30-сола” танҳо 7 нафар бе-

морон (4,7%) ва гурӯҳи синнусолии “30 то 39-сола” - 31 нафар беморон (20,7%) шомил буданд. Шумораи аз ҳама зиёди мушоҳидаҳо ба гурӯҳи «40 - 49» - сола (59; 39,3%) тааллуқ доранд. Гурӯҳи калонтарини дуҷум (40 мушоҳида; 26,0%) гурӯҳи “50 - 59” сола буд.

Ақсар вақт, беморон аз намунаи таҳқиқотшуда мунтазам дар сини ҷавонӣ машғубот истеъмол мекунанд. Инро нишондиҳан-

даи миёнаи ин параметр - 23,3 сол (95% CI аз 22,5 то 24,2) ва тақсимои басомадҳо аз рӯи гурӯҳҳои синну сол шаҳодат медиҳанд. То синни 30-солагӣ 126 бемор (84,0%), 22 бемор (14,7%) аз 30 то 39 сола ва 2 бемор (1,3%) аз 40 то 49 ба истеъмоли машрубот шурӯъ карданд.

Ташаққули нишонаҳои хуруҷ (АХ) асосан дар синни то 30-солагӣ қайд карда шуд (99 мушоҳида; 66,0%), ки ба ҳисоби миёна 27,7 сол (95% CI аз 26,9 то 28,5 сола) буд. Ба таври назаррас камтар, ташаққули АХ дар синни аз 30 то 39-сола мушоҳида карда шуд (45 мушоҳида; 30,0%). Ва танҳо дар шаш ҳолат (4,0%) аломатҳои клиникии АХ пас аз ҷиҳил-солагӣ пайдо шуданд. Параметри ҳисобшуда – давомнокии ташаққули АХ 4,6 солро ташкил кард (95% CI аз 4,1 то 5,1).

Яъне, дар аксари ҳолатҳо сухан дар бораи навъи прогрессиенти майзадагӣ меравад (107 мушоҳида, 71,3%). Дар 41 ҳолат (27,3%) ҳамаи вобастагии спиритӣ ҳамчун прогрессивии миёна тасниф карда шуд; навъи ҳамаи сусти танҳо дар ду ҳолат қайд карда шуд (1,3%). Илова бар ин, бояд қайд кард, ки табиати доимии майзадагӣ (112 мушоҳида; 74,7%) нисбат ба эпизодӣ ба таври назаррас бартарӣ дошт (38 мушоҳида; 25,3%). Давомнокии миёнаи марҳилаи II вобастагии спиритӣ дар вақти бистарӣ шу-

дан дар беморхона 18,4 солро ташкил кард (95% CI, 17,1 то 19,8).

**Натиҷаҳо ва муҳокима.** Пеш аз баррасии натиҷаҳои таҳлили хусусиятҳои дар ин гурӯҳи зикршуда, бояд қайд кард, ки сарфи назар аз интиҳоби тасодуфӣ, сохтори ташхисии беморон тақрибан як хела буд. Аз ҷумла, ҳолати хуруҷ аз ҳама бештар бо дегирии “классикӣ” (F10.40) мушоҳида мешавад, дар байни беморон - сокинони Душанбе (минбаъд - гурӯҳи Д) дар 58,0% ҳолатҳо ба қайд гирифта шудааст. Дар байни гурӯҳҳои мушоҳидаи беморон барои ташхисҳои кам сабтшуда фарқе набуд. Аломатҳои хуруҷ бо ноҷуриҳои саръ монанд (F10.31) дар 6 ҳолат сабт шуд. Ноҷурии психотикии маҷзубиятмонанд (F10.50) танҳо дар як ҳолат дар як бемор мушоҳида шуд. Натиҷаҳои таҳлил арзишҳои миёнаи омилҳои синну соли омӯхташуда ва параметрҳои ҳосилшуда дар ҷадвали 3 оварда шудааст. Мувофиқи ин беморон, сокинони Душанбе, аз ҷиҳати синну сол дар давраи хеле барвақт ба нӯшидани машруботи спиритӣ сар карданд. Ҳамин тавр, нишондиҳандаи миёнаи ин параметр (ҷадвали 3) 20,6 солро ташкил кард (95% CI аз 20,0 то 21,1 сол). Комилан табиист, ки синну соли ташаққули аломатҳои хуруҷ дар беморон (25,4 сол; 95% CI аз 24,9 сол то 26,0 сол) –ро ташкил дод.

**Ҷадвали 3.** Натиҷаҳои таҳлили арзишҳои миёнаи (ANOVA) омилҳои синну соли омӯхташуда ва параметрҳои ҳосилшуда.

|                               | M (95%CI)        |  | ANOVA  |       |
|-------------------------------|------------------|--|--------|-------|
|                               | Душанбе          |  | F      | p     |
| Синну соли оғозиистифодаи МС  | 20,6 (20,0–21,1) |  | 176,77 | 0,000 |
| Синну соли ташаққули АХ       | 25,4 (24,9–26,0) |  | 111,34 | 0,000 |
| Давомнокииташаққули АХ        | 5,1 (4,5–5,6)    |  | 6,21   | 0,014 |
| Синну сол дар замони бистарӣ  | 45,0 (43,2–46,8) |  | 4,62   | 0,033 |
| Давомнокии марҳилаи II беморӣ | 19,6 (17,9–21,3) |  | 7,38   | 0,007 |

Арзишҳои миёнаи давомнокии ташаққули нишонаҳои хуруҷ, ки ҳамчун фарқияти байни синну соли истеъмоли машрубот ва синну соли пайдоиши аломатҳои клиникии хуруҷ муайян карда шуданд, суръати нисбатан баланди ҳамаи вобастагии спиритӣ дар

беморон ишора менамояд. Дар баробари ин, бояд қайд кард, ки давомнокии миёнаи пайдоиши аломатҳои клиникии марҳилаи дууми он ба ҳисоби миёна дар беморон (5,1 сол; 95% CI аз 4,5 то 5,6 сол) ба таври назаррас дарозтар буд ( $F = 6,21$ ;  $p = 0,014$ ) тақ-



рибан якуним сол.

Тавре ки аллакай қайд кардем, сарфи назар аз он, ки синну соли ташаккули аломатҳои хуруҷ дар беморон, ба таври шартӣ, ба нимаи авали ҳаёт рост омад, синну сол дар вақти бистарӣ шудан ба ҳисоби миёна ба синну соли он ба нимаи дуюм тааллуқ дошт. Ҳамин тариқ, дар беморон синну соли миёна 45,0 сол (95% CI аз 43,2 то 48,4 сол) буд. Бо вучуди ин, фарқият тақрибан се сол аз ҷиҳати оморӣ муҳим буд ( $F=4,62$ ;  $p<0,001$ ). Мувофиқи ин, давомнокии миёнаи марҳилаи дуҷуми вобастагии майнӯшӣ, ҷун фарқи байни синну соли ҳозира ва синну соли ташаккули аломатҳои хуруҷ, дар беморон 19,6 сол (95% CI аз 17,9 то 21,3 сол) ва назаррас буд ( $F=7,38$ ;  $p<0,007$ ).

Натиҷаҳои таҳлили тақсимои басомади ҳолатҳои таҳқиқшуда аз рӯи хусусиятҳои, ки бо тағирёбандаҳои категориявӣ пешниҳод шудаанд, дар ҷадвали 4 оварда шудаанд. Арзиши таносуб (бо фоиз) дар он бо  $P\%$  бо аломати мувофиқ ба гурӯҳҳои беморон нишон дода шудааст - “ $R_d\%$  мебошад.

Тавре ки қаблан қайд карда шуд, аксари яти беморон мард буданд. Мутаносибан ҳамон арзиш низ барои фарқияти таносуб дар категорияи “занон” пешниҳод карда шуд. Азбаски дар ҷадвалҳои 2Ч2, таносубҳо ба таври симметрӣ тақсим карда шудаанд, фосилаи 95% барои фарқияти таносуб барои ҳарду категорияҳои омӯхташуда якхела аст ва дар ин ҳолат аз -1,3% то 15,3% -ро ташкил медиҳад.

**Ҷадвали 4.** Натиҷаҳои таҳлили муқоисавии тақсимои басомади ҳолатҳои омӯхташуда аз рӯи хусусиятҳои, ки бо тағирёбандаҳои категориявӣ пешниҳод шудаанд.

|                                                              | $R_d\%$ ; (n=100) |  | (95%CI $R_d\%$ ) | Z     | p     |
|--------------------------------------------------------------|-------------------|--|------------------|-------|-------|
| <b>Ҷинс:</b>                                                 |                   |  |                  |       |       |
| Занҳо                                                        | 9,0               |  | (-1,3; 15,3)     | 1,27  | 0,102 |
| Мардҳо                                                       | 91,0              |  | (-1,3; 15,3)     | -1,97 | 0,025 |
| <b>Бистаринамоя:</b>                                         |                   |  |                  |       |       |
| бори аввал                                                   | 33,0              |  | (2,9; 39,1)      | -2,65 | 0,004 |
| такроран                                                     | 67,0              |  | (2,9; 39,1)      | 2,30  | 0,011 |
| <b>Намуди равиш (аз рӯи хусусияти майзадагӣ):</b>            |                   |  |                  |       |       |
| Раванди беист                                                | 85,0              |  | (14,0; 48,0)     | 3,92  | 0,000 |
| эпизодӣ                                                      | 15,0              |  | (14,0; 48,0)     | -4,31 | 0,000 |
| <b>Намуди равиш (аз рӯи прогрессия):</b>                     |                   |  |                  |       |       |
| прогрессия                                                   | 70,0              |  | (-12,6; 20,6)    | -0,70 | 0,241 |
| Прогрессия миёна                                             | 28,0              |  | (-14,5; 18,5)    | 0,06  | 0,474 |
| сустраванд                                                   | 2,0               |  | (-2,2; 6,2)      | 0,25  | 0,401 |
| <b>Гурӯҳҳои синну соли аз оғози истеъмоли МС:</b>            |                   |  |                  |       |       |
| то 30                                                        | 100,0             |  | (32,7; 63,3)     | 7,32  | 0,000 |
| 30-39                                                        | 0,0               |  | (28,7; 59,3)     | -7,43 | 0,000 |
| 40-49                                                        | 0,0               |  | (-2,9; 10,9)     | -2,77 | 0,003 |
| <b>Гурӯҳҳои синну соли ташаккули АХ:</b>                     |                   |  |                  |       |       |
| то 30                                                        | 92,0              |  | (65,5; 90,5)     | 9,32  | 0,000 |
| 30-39                                                        | 8,0               |  | (51,2; 80,8)     | -8,50 | 0,000 |
| 40-49                                                        | 0,0               |  | (1,5; 22,5)      | -3,98 | 0,000 |
| <b>Гурӯҳҳои синну соли дар замони бистаришавӣ (гурӯҳҳо):</b> |                   |  |                  |       |       |
| то 30                                                        | 4,1               |  | (-7,1; 11,1)     | -0,96 | 0,169 |
| 30-39                                                        | 27,8              |  | (6,0; 32,0)      | 2,50  | 0,006 |
| 40-49                                                        | 39,2              |  | (-15,9; 19,9)    | 0,06  | 0,476 |
| 50-59                                                        | 20,6              |  | (2,8; 37,2)      | -2,81 | 0,003 |
| 60 +                                                         | 8,2               |  | (-9,4; 13,4)     | -0,72 | 0,236 |

Арзиши оморӣ  $Z$  ҳангоми муқоисаи таносуб барои категорияи “занон” ( $Z=1,27$ ;  $p=0,102$ ) ба мо имконият надод, ки фарқияти пешниҳодшудаи таносуб боэътимод бошад. Бо назардошти он, ҳамоно арзиши фарқият барои категорияи «мардон» ( $Z=-1,97$ ;  $p=0,025$ ) аз ҷиҳати оморӣ боэътимод буд. Арзиши ғайрисимметрии  $Z$ -оморӣ ва аз ин рӯ, сатҳи “ $p$ ” аз он вобаста аст, ки арзиши онҳо аз андозаи интиҳоб дар ҳар як категорияи омили омӯхташуда вобаста аст. Ва барои тасдиқ кардани он, ки дар байни беморони вобастагии спиртӣ - сокинони Душанбе шумораи занон зиёдтар аст, миқдори зиёди намуна ва гузаронидани таҷлили муқоисавӣ байни шахрҳои калон лозим аст. Ҳамчун эзоҳ қайд мекунем, ки ҳангоми муқоисаи таносубҳо барои категорияи “мардон”,  $Z$ -омор арзиши манфӣ ба даст овард. Ин дар ин ҷо ва минбаъд, аз мавқеи таносуби калонтар дар ҷадвал вобаста аст; дар ин ҳолат аз тарафи рост. Инчунин бояд қайд кард, ки ҳудуди поёнии 95%CI аз фарқияти таносуб бо арзиши манфӣ ифода карда мешавад. Ин ҳолат шубҳанокии натиҷаҳои муқоисаи таносубро бо андозаи дастрасӣ интиҳобкарда нишон медиҳад.

Дар беморон шумораи нисбии ҳолатҳои бистарии бори аввал сеяки шумораи онҳоро (33,0%) ташкил дод.

Натиҷаҳои тақсимои мутаносиби ҳолатҳои мушоҳида аз рӯи омили “гурӯҳҳои синну соли оғози истеъмоли машрубот” ва бо он алоқамандии зич, омили “гурӯҳҳои синну соли ташаккули нишонаҳои хуруҷ” хеле назаррасанд. Ҳамаи беморони истеъмомкулунандаи машруботи спиртиро то синни 30-солагӣ бо таври систематикӣ истеъмомкулкарданд. Инчунин нишондиҳандаҳои миёнаи давомнокии ташаккули аломатҳои хуруҷ дар беморони омӯхташуда, натиҷаҳои тақсимои мутаносиби ин нишондиҳанда дар гурӯҳҳои синну сол хеле мантӣ ба назар мерасанд. Ҳамин тариқ, дар синну соли то 30-сола беморонбартарӣ доштанд (92,0%). Дар синну соли аз 30 то 39 сола, тасвири муқобил мушоҳида карда шуд, ки дар паҳншавии назарраси мутаносиб ифода ёфтааст (аз ҷониби 66%; 95%CI аз 51,2% то 80,8%;  $Z=-8,50$ ;  $p<0,001$ ).

Тавре ки дар боло нишон дода шудааст, синну соли миёна ҳангоми бистарӣ шудан, ба монанди намунаи омӯхташуда дар маҷмӯъ ва дар муқоисаи беморон, дар фосилаи синну сол аз 40 то 49 сола рост омад. Дар ҳамоно фосила, шумораи зиёди ҳолатҳо дар намунаи интиҳобшуда вучуд дошт. Аз ин рӯ, эҳтимоли фарқияти арзишҳои мутаносиб дар он ҷандон калон набуд (2,8%) ва аз ҷиҳати оморӣ ночиз ( $Z=0,06$ ;  $p=0,474$ ) бо арзиши манфии сатҳи поёнии фосилаи 95% эътимод (аз -14,5 то 19,9%). Инчунин дар таносуб дар гурӯҳҳои синну соли «то 30» (1,9%) ва «60+» (1,8%) низ эътимоднок набуд. Ҳамзамон, муайян карда шуд, ки шумораи нисбии беморони аз 30 то 39-сола зиёдтар аст ( $Z=2,5$ ;  $p=0,006$ ). Бо дараҷаи баланди эҳтимолият чунин тахмин кардан мумкин аст, ки фарқияти нишондиҳандаҳои синнусолиро байни беморони азназар гузаронидашуда бо фарқияти пешниҳоди мутаносиби гурӯҳҳои синнусоли «30-39-сола» ва «50-59» муқаррар мекунанд.

Натиҷаҳои дар ин кор овардашуда, ки дар ҳаҷми хеле ками интиҳобӣ ва бо истифода аз шумораи маҳдуди аломатҳо ба даст оварда шудаанд, дар бораи фарқиятҳои эҳтимолии контингентҳои беморони вобастагии спиртӣ дар шаҳри Душанбе ва дигар шахрҳо таҳлил намуданро ба миён меорад. Вале дар натиҷаи ин таҳқиқот низ маълумотҳои бо тасаввуроти возеҳа додааст ва даҳлатро дар беморхонаи наркологӣ талаб мекунанд. Албатта, ин натиҷаҳо ба савол дар бораи фарқияти динамикаи нишондиҳандаҳои эпидемиологӣ, ки дар аввали ин пайём зикр шуда буданд, ҷавоб дода наметавонанд. Ҳамзамон, онҳо асос медиҳанд, ки фарқияти синну сол ва омилҳои марбут метавонанд фарқияти шароити иҷтимоиро нишон диҳанд, ки зиёдшавии ҳавфи сӯиистифода аз майзадагӣ ва ташаккули вобастагии спиртиро шоҳиди намоянд. Бинобар ин, натиҷаҳои таҳлили бадастомада метавонанд на танҳо оптимизатсия кардани ҳаҷм ва хусусияти табobati махсуси наркологиро мусоидат кунанд, балки тасаввуроти тадбирҳои пешгирикунандаи мақсадноки гурӯҳҳои гуногуни аҳолиро ташаккул диҳанд.



## АДАБИЁТ

1. Витвицкий М.Н., Коломиец В.Ф. Омилҳои хавф ва роҳҳои пешгирии бозгашти майзадагӣ дар занон./ Витвицкий М.Н., Коломиец В.Ф. Масъалаҳои актуалии психиатрия. – Душанбе, 1997. – С. 54–57.
2. Гофман А.Г. Наркологияи клиникӣ //М:Миклош, 2003, сах.38-50.
3. Гулямов М.Г., Нарзикулов Х.Н. Дар бораи нақши нишондиҳандаҳои иҷтимоӣ демографии беморони майзадагӣ дар пайдоиши психоз. // Конгресси кормандони тиб ҚТ «Медицина ва саломатӣ», т.1. – Душанбе, 1998. – С.352-353.
4. Иванец Н.Н. (ред.) Тадқиқоти эпидемиологӣ дар наркология. // Лексияҳо оид ба наркологияи клиникӣ. - М. Бунёди хайрияи Русия “Нест бод майзадагӣ ва нашъамандӣ”. - 1995 г. - С.16-40.
5. Каюмов Б.П. Усули пешгӯӣ ва стратегияи барқарорсозии иҷтимоӣ ва меҳнатии беморони майзада. - М., 1990. - 198 с.
6. Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х. Хусусиятҳои клиникӣ ва динамикии майзадагӣ дар синни барвақтаи дер // Наркология. – с.2012. – № 5. – С. 53—56.
7. Сиволап Ю. П., Савченков В. А. Сӯиистифода аз машруботи спиртӣ ва депрессия // Наркология. – 2012. – Т. 11, № 5. – С. 79—82.
8. Стратегияи ҷаҳонӣ оид ба коҳиш додани истифодаи зарарноки машруботи спиртӣ. ТУТ – с.2010, С. 7–13.
9. Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ, 2018: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
10. Флейс Дж. Усулҳои омории санҷиши чадвалҳои қисм ва порча (тарҷ. аз англ.). // Молия ва омор, Москва, 1989, 319 с.
11. Цыганков Б.Д., Г.К. Дорофеев, К.Д. Романов, А.Н. Мартюшов, У. Х. Гаджиева Хусусиятҳои иҷтимоӣ демографӣ ва клиникии сокинони шаҳру деҳот, ки аз вобастагии спиртӣ ранҷ мебаранд, ҳамчун пешгӯӣҳои рушди психозҳои металкухулӣ / Наркология: маҷаллаи илмӣ ва амалӣ. - 2010. - №2. - С. 64-70

## АНАЛИЗ ВОЗРАСТНЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ГОРОДА ДУШАНБЕ

Шаропова Н.М., Маликов Н.В.

По данным анализа эпидемиологических данных в различных регионах Республики Таджикистан установлены различия в динамике эпидемиологических показателей. На основании этого выдвинута гипотеза о различиях во влиянии биологических и социальных факторов, увеличивающих риск развития алкогольной зависимости. В статье анализируются возрастные и связанные с ними характеристики пациентов, поступивших в наркологическое лечебное учреждение города Душанбе (100

наблюдений). Полученные результаты анализа, показывающие различия обследованных пациентов, могут не только содействовать оптимизации объёмов и характера специализированной наркологической помощи, но и формировать представление об адресных профилактических мероприятиях для различных групп населения.

**Ключевые слова:** наркология; алкогольная зависимость; факторы риска алкогольной зависимости.



## ANALYSIS OF AGE AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS OF A NARCOLOGICAL CLINIC WITH ALCOHOL DEPENDENCE IN DUSHANBE

Sharopova N.M., Malikov N.M.

According to the analysis of epidemiological data in different regions of the Republic of Tajikistan, differences in the dynamics of epidemiological indicators have been established. Based on this, a hypothesis was put forward about the differences in the influence of biological and social factors that increase the risk of developing alcohol dependence. The article analyzes the age and related characteristics of patients admitted to a drug

treatment institution in the city of Dushanbe (100 observations). The obtained results of the analysis, showing the differences in the examined patients, can not only help to optimize the volume and nature of specialized drug treatment but also form an idea of targeted preventive measures for different groups of the population.

**Keywords:** narcology; alcohol addiction; risk factors for alcohol dependence.

**Malikov Naimdzhon Vohidzhonovich** - postgraduate student of the Department of Psychiatry and Medical Psychology named after Professor M.G. Gulyamov ATSMU

**Маликов Наимджон Воҳидҷонович** – аспирант кафедри психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”

**Маликов Наимҷон Воҳидҷонович** – аспиранти кафедраи психиатрия ва психологияи тиббии ба номи проф. М.Ғ. Ғуломов, МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”



## СТОМАТОЛОГИЯ

### ТАШКИЛ ВА СИФАТИ ЁРИИ СТОМАТОЛОГӢ ВА ХАДАМОТИ ЧАРРОӢИИ ҶОӢУ РӢӢ ДАР ҶУМӢУРИИ ТОҶИКИСТОН

Салимов Б.А.<sup>1</sup>, Қосимов М.М.<sup>1</sup>, Турсунова Х.Р.<sup>2</sup>

1. ПИТ стоматология ва чарроӢи ҷоӢу рӢӢ, 2. Кафедраи стоматологияи ДТИ Тоҷикистон.

**Муҳимият.** Проблемаҳои хизматрасо-  
ниҳои тиббӣ ба аҳоли дар соҳаи стоматоло-  
гия таваҷҷуҳи махсуси нигоҳдории миллии  
тандурустиро талаб мекунамд. Талаботи ин  
соҳаи тиб бинобар сабаби рушди босуръати  
он ва ҳам диққати махсус додан ба бемориҳои  
стоматологӣ дар байни аҳоли меафзояд [1-3].  
Барои ҳамин ҳам, ҳангоми ташкил намудани  
ёрии стоматологӣ дараҷаи талабот ба он ва  
дастрасии аҳоли бояд ба ҳисоб гирифта ша-  
вад, дар ин маврид бояд ба истифодаи сама-  
раноки потенциали кадрӣ чихати пешниҳод  
намудани ёрии тиббии саривактӣ ва тахассу-  
сии олии тиббӣ, муҷаххаз будани клиникаи  
стоматологӣ бо дастгоҳҳои муосир ва ҳамчу-  
нин татбиқи усулҳо ва технологияҳои инно-  
ватсионӣ диққати махсус дода шавад [4-6].

**Мақсади таҳқиқот** – баҳогузорӣ ба сатҳи  
пешниҳод кардани хизматрасонии тиббӣ  
дар соҳаи стоматология ва чарроӢи ҷоӢу  
рӢӢ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқоти ретрос-  
пективӣ дар асоси маълумотҳои омории (солҳои 2016-  
2020) Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-та-  
ҳқиқотии стоматология ва чарроӢи ҷоӢу рӢӢ» - и  
Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии  
Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро карда шудааст.

Ҳангоми таҳлил кардани сатҳи пешни-  
ҳодсозии хизматрасонии тиббӣ дар соҳаи  
стоматология ва чарроӢи ҷоӢу рӢӢ чунин  
параметрҳо баҳогузорӣ карда шуданд: миқ-  
дори МИП стоматологӣ бо назардошти  
шакл (давлатӣ, тобеи вазорат ва шахсӣ) ҳу-  
сусӣ, потенциали кадрӣ соҳа (миқдори та-  
бибон ба 10000 нафар аҳоли) ва дараҷаи  
таъминнокии манотик бо мутахассисони  
соҳаи стоматология, вазни ҳолиси мурочи-  
ати аҳоли барои ёрии стоматологӣ, сатҳи  
тахассусии табибон-стоматологҳо.

Дар пажӯҳиш аз усулҳои таҳлилий ва ма-  
тематикӣ-оморӣ истифода шуд. Барои кор-  
карди омории маълумотҳои ба даст овар-  
дашуда усули омории вариатсионӣ ва ҳан-  
гоми баҳогузорӣ ба аҳамияти омории фар-  
қияти нишондодҳо аз критерияи Студент  
истифода карда шуд. Таҳлили маълумотҳо  
бо ёрии бастаи барномаҳои амалии  
Microsoft Excel гузаронида шуд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Таҳлили гузаро-  
нидашуда нишон дод, ки дар кишварамон 709  
сохтори стоматологӣ, аз ҷумла 465 муассиса ва  
хучраҳои давлатӣ, 235 муассиса ва хучраҳои  
шахсӣ ва 9 муассисаи тобеи вазоратҳо ва идо-  
раҳо фаъолият мекунамд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1.- Сохтори муассисаҳои стоматологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

| Минтақа   |        | Муассисаҳои давлатӣ | Муассисаҳои шахсӣ | Муассисаҳои тобеи вазорат | Мутл. | %    |
|-----------|--------|---------------------|-------------------|---------------------------|-------|------|
| ш.Душанбе |        | 5                   | 79                | 5                         | 89    | 12,6 |
| Хатлон    | Бохтар | 39                  | 20                | 3                         | 62    | 8,7  |
|           | Кӯлоб  | 34                  | 21                | -                         | 55    | 7,8  |
| Суғд      |        | 280                 | 94                | -                         | 374   | 52,7 |
| НТҚ       |        | 100                 | 17                | 1                         | 118   | 16,6 |
| ВМКБ      |        | 7                   | 4                 | -                         | 11    | 1,6  |
| Ҳамагӣ:   |        | 465                 | 235               | 9                         | 709   | 100  |

**Эзоҳ:** НТҚ- ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ; ВМКБ- Вилояти мухтори кӯҳистони Бадахшон.

Аз миқдори умумии муассисаҳои стома-  
тологӣ, дар маҷмӯъ, бо назардошти шак-  
лҳои гуногуни (давлатӣ ва шахсӣ) моликият,  
52,7% -дар вилояти Суғд, 16,6% – дар шаҳр

ва НТҚ ва 12,6% – дар ш. Душанбе ҷойгир  
шудаанд.

Айни замон дар кишвар 1722 стоматолог  
(ҷадвали 2) фаъолият карда истодааст, ки

9,0%-и миқдори умумии табибонро ташкил медиҳад ( $n=19080$ ), яъне таъминнокӣ бо кадрҳои тиббӣ дар Тоҷикистон 20,9 ба 10 ҳазор нафар аҳолиро ташкил медиҳад. Дар ин маврид потенциали зиёди кадрӣ дар таъсиноти мутахассисони тахассусноки стоматологӣ дар ш. Душанбе (35,9%), вилоятҳои Суғд (28,1%) ва Хатлон (20,4%) ба мушоҳида мерасад (20,4%).

Таҳлили гузаронидашуда нишон дод, ки аз рӯи дараҷаи таъминнокӣ бо мутахассисони соҳаи стоматология ба 10000 нафар аҳоли дар Ҷумҳурии Тоҷикистон 1,85 (миқдори аҳоли – 9,5 млн.нафар) аст, миқдори зиёди мутахассисон дар ш. Душанбе буда, 7,0 нафар ба 10000 аҳоли, баъдан Суғд (1,8) ва НТЧ (1,1) фаъолият мекунаанд.

## Ҷадвали 2.- Нишондиҳандаҳои таъминнокӣ бо кадрҳои стоматологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон

| Минтақа   | Миқдори аҳоли, то давраи 01.01.2021 | Миқдори табибон-стоматологҳо | Ҷоиз, % | Ба 10 ҳазор аҳоли |
|-----------|-------------------------------------|------------------------------|---------|-------------------|
| ш.Душанбе | 880 000                             | 619                          | 35,9    | 7,0               |
| Хатлон    | 3 425 000                           | 351                          | 20,4    | 1,0               |
| Суғд      | 2 754 000                           | 484                          | 28,1    | 1,8               |
| НТЧ       | 2 215 000                           | 245                          | 14,2    | 1,1               |
| ВМКБ      | 231 000                             | 23                           | 1,3     | 1,0               |
| Ҷамағӣ:   | 9 505 000                           | 1722                         | 100     | 1,8               |

Дар айни замон, дар бисёр минтақаҳои ҷумҳурӣ норасоии мутахассисон-стоматологҳо ба назар мерасад, аз ҷумла дар ноҳияҳои Мастчоҳи Кӯҳӣ (0,0), Роштқалъа (0,0), Лахш (0,3), Қубодиён (0, 3), Шаҳритус (0,3), ноҳияи Кӯлоб (0,3), Темурмалик (0,3), Шугнон (0,3), Ишкошим (0,3), Зафаробод (0,4), Дарвоз (0,0), 4), Сарбанд (0,4), Балҷувон (0,4), Нуробод (0,5), Сангвор (0,5), Спитамен (0,5), Қумсангир (0,6), Носири Хусрав (0,6) и Ванҷ (0,6) ба 10000 аҳоли.

Таҳлили сатҳи тахассуснокии табибон-стоматологҳо аз он гувоҳӣ медиҳад, ки нишондиҳандаи баландтарин дар ш. Душанбе (78,0%) ба қайд гирифта шудааст. Дар ин мавридкатегорияи тахассусӣ дар Хатлон 56,0%, дар вилояти Суғд – 55,0%, дар ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ – 44,5% ва ВМКБ – 28,6% мутахассис аст. Муатаассифона, пойгоҳи моддиву техникаи таълимии стоматологҳо низ ташвишовар мебошад. Яке аз сабабҳои ба курсҳои тақмили ихтисос сари вақт ҷалб накардани стоматологҳо ин набудани назорати зарурӣ аз тарафи шахсо-

ни м асҷули муассисаҳои давлатӣ ва сектори хусусии стоматологӣ ба ҳисоб меравад.

Ҷамҷунин таъкид кардан ба маврид аст, ки дар муассисаҳои хусусии тиббӣ, ки ҷамҷун шахси ҳуқуқӣ амал мекунаанд (ҷамъияти масъулиятш маҳдуд), ба даст овардани категорияи тахассусӣ нисбат ба фаъолияти табибон дар секторҳои хусусӣ фаъолияткунанда, яъне шахсони воқеӣ, каме беҳтар ташкил карда шудааст. Ҷамҷунин имконияти мутахассисони ҷавон барои кор кардан дар муассисаҳои хусусии стоматологӣ, ғавран баъди хатм кардани таҳсил ва машғул шудан ба стоматологияи кӯдакон, стоматологияи муолиҷавӣ, ҷарроҳӣ ва ортопедӣ бидуни омодагии қабилӣ касбӣ ташвишовар ба назар мерасад.

Иқтидори захираи катҳои хизматрасонии ҷарроҳии ҷоғу рӯй дар ҷумҳурӣ 146 кат аст (ҷадвали 3). Аз онҳо дар вилояти Суғд 48 кат; беморхонаи вилоятии Хучанд - (30 кат), дар беморхонаи марказии Исфара (10 кат), дар беморхонаи марказии ноҳияи Ашт (5 кат) ва беморхонаи марказии ноҳияи Б. Ғафуров (3 кат).

## Ҷадвали 3.- Иқтидори захираи катҳои ҷарроҳии ҷоғу рӯй дар Ҷумҳурии Тоҷикистон

| Минтақа   | Миқдори катҳо | Ҷоиз, % |
|-----------|---------------|---------|
| ш.Душанбе | 60            | 41,1    |
| Хатлон    | 38            | 26,0    |
| Суғд      | 48            | 32,9    |
| НТЧ       | -             | -       |
| ВМКБ      | -             | -       |
| Ҷамағӣ:   | 146           | 100     |



Дар вилояти Хатлон катҳо барои ҷарроҳии ҷоғу рӯй 20 адад дар Маркази стоматологии н. Ҷ. Балхӣ, дар шуъбаи ҷарроҳии Беморхонаи вилоятии ш. Бохтар –5 кат, дар Беморхонаи вилоятии №2 ш. Кӯлоб–барои 8 кат ва дар беморхонаи марказии ноҳиявии ноҳияи Фархор –5 кат ҷудо карда шудааст. Дар вилоят ҳамагӣ 2 мутахассиси ҷарроҳии ҷоғу рӯй фаъолият мекунамд, ки дар синну соли нафақа қарор доранд.

Дар Вилояти мухтори кӯхистони Бадахшон ва ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ барои ҷарроҳии ҷоғу рӯй ткат ҷудо карда нашудааст,

дар ин ҳол ин ёрӣ т барои беморон аз тарафи мутахассисони аз ин соҳа дурр иҷро карда мешавад.

Дар ҷараёни таҳқиқоти гузаронидашуда таҳлили нишондиҳандаҳои мурочиати аҳоли барои ёрии стоматологӣ ба Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй» - и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2016 то 2020, яъне дар 5 соли охир анҷом дода шуд. дар давраи таҳқиқшуда ба клиника 125143 нафар мурочиат кардааст (**ҷадвали 4**).

#### Ҷадвали 4.- Созтори мурочиати аҳоли барои ёрии стоматологӣ.

| Шуъба                             | 2016          | 2017          | 2018          | 2019          | 2020         |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| Стоматологияи муолиҷавӣ           | 4517          | 4614          | 4473          | 4846          | 4697         |
| Физиотерапия                      | 593           | 616           | 582           | 578           | 532          |
| Ҷарроҳии амбулаторӣ               | 2667          | 2744          | 2703          | 1808          | 1794         |
| Бедардкунии умумӣ                 | 737           | 738           | 716           | 797           | 681          |
| Рентгенография                    | 11321         | 10197         | 10150         | 9457          | 6194         |
| Стоматологияи кӯдакон ва наврасон | 2715          | 5396          | 2603          | 3239          | 2085         |
| Ортодонтия                        | 1357          | 1313          | 1861          | 1259          | 1736         |
| Ҷарроҳии ҷоғу рӯй                 | 200           | 253           | 236           | 254           | 158          |
| Ортопедия                         | 972           | 771           | 834           | 657           | 528          |
| Имплантология                     | 454 (15 имп.) | 534 (13 имп.) | 608 (27 имп.) | 548 (19 имп.) | 535          |
| Филиали институт                  | 457           | 425           | 184           | 348           | 550          |
| Лаборатория                       | 245           | 469           | 367           | 480           | 410          |
| <b>Ҳамагӣ:</b>                    | <b>26235</b>  | <b>28070</b>  | <b>26217</b>  | <b>24721</b>  | <b>19900</b> |

Маълумотҳои ба даст овардашуда тамоюли паст шудани дараҷаи мурочиати аҳоли барои ёрии ортопедиро аз 972 ҳолати соли 2016 то 528 ҳолати соли 2020, яъне то 1,8 маротиба ва зиёд шудани дохилшавии беморон (пациентҳо) ба шуъбаи стоматологияи муолиҷавиро (то 1,0 маротиба) нишон медиҳанд, ки ин дар навбати худ аз динамикаи мусбати профилактикаи босифати бемориҳои стоматологӣ ва пешгирӣ намудани оризаҳои потенциалӣ гувоҳи медиҳад. Ҳайр аз ин, пастшавии нишондиҳандаҳои мурочиати беморони амбулаторӣ барои ёрии ҷарроҳӣ аз 2667 ҳолат то 1794, яъне 1,5 маротиба ба мушоҳида мерасад. Дар сохтори мурочиати беморон барои табобати статсионарӣ зиёд шудани миқдори бемориҳои ҷарроҳишавандаи мавзҳеи ҷоғу рӯй аз 200 ҳолати соли 2016 то 158 ҳолати соли 2020, яъне 1,3 маротиба ба назар мерасад.

Сабаби асосии зиёд шудани амалиётҳои ҷарроҳӣ, расонидани ёрии таъҷили ҳангоми ҳолатҳои илтиҳобӣ, ба монанди периостит, остеомиелити ҷоғҳо, флегмонаҳои ҷоғҳо, рӯй ва гардан ба ҳисоб мераванд.

Дар ин замина тамоюли зиёд шудани бемориҳои стоматологӣ дар байни кӯдакон ва наврасон ташвишвар аст- 2715 ҳолати соли 2016 то 3239 ҳолат дар соли 2019, яъне то 1,2 маротиба, ки асосан ба инҳо алоқаманд ҳастанд: ба корҳои нокифояи профилактикӣ дар байни ин гурӯҳи аҳоли (риоя накардани беҳдошти ковокии даҳон, нодуруст тоза кардани дандонҳо, сари вақт табобат накардани бемориҳои ковокии даҳон), камбуди мутахассисони тахасссноки стоматологияи кӯдакон ва ғизои нодуруст, маҳз истеъмоли маҳсулоти ғизоии сабук ҳалшаванда ба ҳисоб мераванд.

Норасоии мутахассисони соҳавии стоматология ва набудани пойгоҳи моддӣ- техни-

ки муосир ба ташхиси де рва нодурусти бемориҳои мавзеи ҷоғу рӯй оварда мерасонанд, ки инҳо дар навбати худ барои нодуруст интихоб кардани тактикаи табобат ва паст шудани сифати он мусоидат меkunанд [7-9].

Тахлили муқоисавӣ нишон медиҳад, ки нишондиҳандаи таъминнокии муассисастоматологӣ дар ҷумҳурӣ бо табибон-стоматологҳо 7,6%-и миқдори умумии табибонро ( $n=19080$ ) ташкил медиҳад, ки дар маҷмӯъ бо баъзе маълумотҳои миёнаи аврупоӣ муқоисашаванда аст, дар онҳо вазни ҳолиси ин нишондиҳанда дар ҳудуди аз 6,9% то 8,8% қарор дорад [6, 10, 11].

Нишондиҳандаи таъминнокӣ бо мутахассисони тиббӣ (табибон) ба 10 ҳазор аҳоли дар Тоҷикистон 20,9, дар Федератсияи Россия – 37,4 аст, мувофиқи маълумотҳои ТУТ бошад, дар минтақаи Аврупоӣ – 34, дар минтақаи Америкоӣ – 24, дар Осиёи Ҷанубӣ- 8 ва Африқо – ҳамагӣ 3 табиб аст [12,13]. Ғайр аз ин, мувофиқи маълумотҳои аз тарафи экспертҳои ТУТ пешниҳодкардашуда, дар зиёда аз 68%-и мамлакатҳо ба ҳар 10 000 нафари аҳоли камтар аз 5 стоматолог рост

меояд [14,15], дар Ҷумҳурии Тоҷикистон – 1,7 ба 10 ҳазор аҳоли рост меояд, ки ин ҳам аз норасоии потенциали кадрӣ дар маҷмӯъ ва ҳам таъминнокии муассисаҳои стоматологӣ бо мутахассисони ихтисосҳои дахлдор гувоҳӣ медиҳад,

**Ҳамин тавр**, баҳогузорӣ ба фаъолияти хадамоти стоматологӣ дар ҷумҳурӣ нишон медиҳад, ки ёрии стоматологӣ ба аҳоли ҳам аз тарафи муассисаҳои давлатӣ ва ҳам аз тарафи муассисаҳои тиббии хусусӣ расонида мешавад, паст шудани дараҷаи мурочиати аҳоли барои гирифтани ёрии ортопедӣ, афзоиши дохилшавии беморон ба шӯъбаи стоматологияи муолиҷавӣ ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй, зиёд шудани вазни ҳолиси бемориҳои стоматологӣ дар байни кӯдакон ва наврасон ба назар мерасад. Дар ин замина норасоии захираи катҳои ҷарроҳии ҷоғу рӯй дар як қатор минтақаҳои ҷумҳурӣ эҳтиёткорино тақозо мекунад, ки ин аз норасоии ҷарроҳони мавзеи ҷоғу рӯй, ҳамчунин дигар соҳаҳои маҳдуди мутахассисон, таҷҳизотонидани муассисаҳо бо дастгоҳҳои муосири тиббӣ вобастагӣ дорад.

## АДАБИЁТ

1. Большов И.Н. Влияние обеспеченности населения стоматологическими кадрами на доступность стоматологической помощи (на примере Рязанской области) / И.Н.Большов // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. - 2016. - Т. 24, №3. - С. 74-78.
2. Бутова В.Г. Управление качеством стоматологической помощи / В.Г. Бутова, Э.В. Зими́на, М.З. Каплан. – М.: Издательский Дом “STBOOK”. - 2007. - 224 с.
3. Вялков А.И. Актуальные проблемы укрепления общественного здоровья и управления профилактической деятельностью в системе здравоохранения/А.И. Вялков // Проблемы управления здравоохранением. - 2009. - № 5(48). - С. 5-16.
4. Гринин В.М.Обращаемость населения за стоматологической помощью в государственные и частные медицинские организации в современных условиях/ В.М.Гринин,И.М. Еркян, М.С. Саркисян, М.Р.Бозров, С.В.Николаев, О.П.Дашкова // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова.- 2014. - Т. 9, № 2. - С. 72-74.
5. Калинская А.А. Норматив должности врача-стоматолога в условиях работы с ассистентом стоматологическим / А.А. Калинская, Д.Г. Мещеряков, Р.Б. Ильдаров // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 2013. - №1. - С.33-38.
6. Кулаков А.А. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /А.А.Кулаков, Т.Г.Робустова, А.И.Неробеев. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010;921.
7. Лебедев М.В. Система оказания медицинской помощи населению по профилю «Челюстно-лицевая хирургия» на территории Российской Федерации / М.В.Лебедев, К.И.Керимова, И.Ю.Захарова, Н.А.Бахтурин // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020. №1. С. 383-402.



8. Никитин А.А. Организационно-методические подходы к оказанию помощи больным с челюстно-лицевыми травмами, практикуемые в Московской области /А.А. Никитин, А.М. Сипкин, Д.В. Ахтямов // Медицинские технологии. Оценка и выбор. - 2017.- № 3(29). - С. 59-64.
9. Родина Т.С. Причины обращения за стоматологической помощью взрослого населения крупного города в медицинские организации различных форм собственности/ Т.С.Родина, О.Е.Коновалов // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. - 2010. - № 2. - С. 80-84.
10. Стародубов В.И. Медицинские кадры в стоматологии / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, К.Г. Дзугаев. - М., 2006. - 256 с.
11. Степчук М.А. Доступность медицинской помощи на этапах оказания / М.А.-Степчук, Т.М.Пинкус, С.В.Абрамова, Д.П.Боженко // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. - 2011. - Том 15, № 16 (111). - С. 182-189.
12. Трифонова Н.Ю. Анализ обеспеченности врачами-стоматологами в современной России / Н.Ю. Трифонова, А.С. Алейников, Д.Ю. Каримова, В.Е. Луговой, А.И. Шукин, С.А. Лившиц, А.Н. Злобин // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2014. - № 10 (4). - С. 729-732.
13. Хубиева Б.Х. Совершенствование системы контроля качества стоматологических услуг населению / Б.Х. Хубиева // Евразий. союз ученых. - 2019. - № 3 (60). - С. 50-54.
14. Чхеидзе Е.Н. Проблемы обеспечения доступности и качества стоматологической помощи терапевтического профиля в условиях городской стоматологической поликлиники /Е.Н.Чхеидзе, Е.А. Гизоева // Врач-аспирант. - 2014. - № 2 (63). - С. 54-58.
15. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2020.

## ОРГАНИЗАЦИЯ И КАЧЕСТВО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И СЛУЖБЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

**Аннотация:** В представленной статье приводятся результаты ретроспективного исследования по оценке уровня предоставления медицинских услуг в области стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в Республике Таджикистан.

Показатель обеспеченности стоматологических учреждений республики врачами – стоматологами составил 9,0‰ от общего числа врачей (n=19080) и 1,85 на 10000 населения. Анализ показателей обращаемости населения за стоматологической помощью показал, что за исследуемый период в клинику обратились 125143 человек. В структуре об-

ращаемости населения за стоматологической помощью отмечается рост числа хирургических заболеваний челюстно-лицевой области (в 1,3 раза), поступления пациентов в отделение терапевтической стоматологии (в 1,0 раза), стоматологических заболеваний среди детей и подростков (в 1,2 раза) и снижение показателей обращаемости амбулаторных больных за хирургической (в 1,5 раза) и за ортопедической помощью (в 1,8 раза).

**Ключевые слова:** стоматологическая служба, стоматологическая помощь населению, челюстно-лицевая хирургия, ортопедия, терапевтическая стоматология.

## ORGANIZATION AND QUALITY OF DENTAL CARE AND MAXILLOFACIAL SURGERY SERVICES IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

**Abstract:** This article presents the results of a retrospective study to assess the level of medical services provision in the field of dentistry and maxillofacial surgery in the

Republic of Tajikistan.

The indicator of the provision of dental institutions of the republic with dentists was 9.0 ‰ of the total number of doctors ( $n = 19080$ ) and 1.85 per 10,000 populations. The analysis of indicators of the population's appealability for dental care showed that during the study period, 125143 people applied to the clinic. In the structure of population appeal for dental care, there is an increase in the number of

surgical diseases of the maxillofacial region (1.3 times), admission of patients to the department of therapeutic dentistry (1.0 times), dental diseases among children and adolescents (1.2 times) and a decrease in the rates of referral of outpatients for surgical (1.5 times) and orthopedic care (1.8 times).

**Key words:** dental service, dental care for the population, maxillofacial surgery, orthopedics, therapeutic dentistry.

**Салимов Бахриддин Амонуллоевич** - аспирант Муассисаи давлатии “Пажӯҳишгоҳи илмӣ-клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғурӯӣ”, Тоҷикистон, Душанбе, хиёбони 5, кӯч. Хуҷандӣ, 13. E-mail: [bahriddin-salimov@mail.ru](mailto:bahriddin-salimov@mail.ru)

**Салимов Бахриддин Амонуллоевич** – аспирант Государственного учреждения «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», Таджикистан, г. Душанбе, ул. Худжанди, 13. E-mail: [bahriddin-salimov@mail.ru](mailto:bahriddin-salimov@mail.ru)

**Salimov Bahriddin Amonulloevich** - postgraduate student of the State Institution “Scientific and Clinical Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery”, Tajikistan, Dushanbe, st. Khujandi, 13. E-mail: [Stomatologi@mail.ru](mailto:Stomatologi@mail.ru)

## ПЕШГИРИИ ОРИЗАҲО ДАР РАВАНДИ МУОЛИҶАИ ЭНДОДОНТӢ

Тохтаходжаева С.Т., Уманова Н.Э., Тагаева Ш.О., Бузурова М.Р.

Кафедраи стоматологияи муолиҷавии (мудирӣ кафедра н.и.т., дотсент Тохтаходжаева С.Т.) МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

*Табиб бояд на танҳо ба қонуниятҳо, балки ба масодуфҳо низ таваҷҷуҳ зоҳир намояд.*

**Гиппократ**

**Муҳимият.** Дар баробари мавҷуд будани усулҳои такмилёфтаву воситаҳои бешумори табобат барои муолиҷаи эндодонтии дандонҳо, имрӯзҳо басомади зиёди шаклҳои таҳрибии перидонтити шадиду музмин низ мушоҳида мешавад. Ҳангоми истифодаи асбобҳои муосир, усулҳои поккунӣ ва бесироятгардонии системаи канали решаҳо амалан пурра баргараф кардани дентини сироятёфта имконнопазир аст. Микроорганизмҳо бештар дар шохаҳои паҳлуии канали асосӣ ва дар найчаҳои дентинӣ боқӣ мемонанд, ки оқибат метавонанд сабаби сироятёбии бофтаҳои периодонт гарданд [2,3,4]. Бар пояи маълумотҳои муҳаққиқони хориҷӣ микроорганизмҳои патогенӣ ва захрҳои онҳо ба найчаҳои дентинӣ ва тӯли шабонарӯз аз канали реша ба бофтаҳои периапикалӣ қобиляти нуфуз карданро доранд [1].

Таҳқиқотҳо нишон доданд, ки штифти

гуттаперчагӣ, хусусан ҳангоми аз сӯроҳии қуллагӣ берун кардан, низ метавонанд манбаи сироятёбии периодонт гардад. Таҳқиқотҳои микробиологии штифтҳои нав дар 7%-и ҳолатҳо микроорганизмҳои беморизо доштани онҳоро зоҳир намуд [1]. Муайян гардид, ки коркарди поккунии асбобии канали реша бесироятшавии каналро таъмин намекунад, танҳо ифлосшавӣ аз бактерияҳоро коҳиш медиҳаду халос. [1,2]. Шустани каналҳои реша дар самаранокии муолиҷаи эндодонтии аҳамияти муҳим дорад. Муҳаққиқону табибон-стоматологҳои амалӣ ба масъалаи коркарди поккунии доруии каналҳои реша, ҷустуҷӯи усулҳои нисбатан таъсирбахш ва воситаҳои шустани мароқи калон зоҳир менамоянд [1,2].

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши оризаҳои нисбатан паҳншудатарин дар раванди муолиҷаи эндодонтии дандонҳо ва ҷораҳои пешгирии онҳо.



**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Аз ҷониби мо 67 беморе қабул карда шуд, ки аз бобати пулпит ва барои депулпатсияи дандонҳо ба мақсади муолиҷаи ортопедӣ муроичат намуда буданд. Аз ин миқдор 35 нафарро занҳо ва 32 нафари боқимондари мардҳо ташкил менамуданд. 18 (26,9%) бемор гирифтори пулпити шадиди ҷузъӣ, 35 (52,2%) мариз мубтало ба пулпити шадиди умумӣ ва 14 (20,9%) нафар барои депулпатсияи дандонҳо ба мақсади протезкунонӣ муроҷиат карда буданд. Дандонҳои муолиҷашуда 82 ададро ташкил дод, ки: молярҳои болоӣ 18 (21,9%), поёнӣ 21 (25,6%), премолярҳои болоӣ 16 (19,5%), поёнӣ 13 (15,9%), бурандаи болоӣ 9 (11,0%), поёнӣ бошад, 5 (6,1%) ададро ташкил медоданд. Муолиҷаи дандонҳо бо усули экстирпатсияи виталӣ бо инсидоди минбаъдаи каналҳои реша ва реставратсияи қисми ғилофакӣ ба амал оварда шуд.

Ҳангоми иҷрои илочиҳои эндодонтӣ тамоми чораҳои эҳтиётии сироятёбии бофтаҳои атрофикуллагӣ риоя карда шуданд. Оризаҳои имконпазир дар раванд ва баъди муолиҷаи эндодонтӣ мувофиқи маълумотҳои субъективӣ ва усулҳои объективии таҳқиқ муайян карда шуданд.

**Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Ҳангоми парма кардан ковокии кариесиро ҳамеша бо маҳлули 0,05% хлоргексидин шуста, дар ковокии дандон маҳзан месозанд. Чудо кардани дандонҳо бо навардҷаи пахтагӣ, сачоқҷаҳои чаббанда, ҳангоми иҷрои муолиҷаи эндодонтӣ истифодаи чангкашак ва бузоққаш, яке аз талаботҳои ҳатмӣ ба ҳисоб меравад. Дар раванди муолиҷаи эндодонтӣ майдони кори 54 (65,8%) дандон бо коффердами латексӣ ва моеъ чудо карда шуданд, ки дар 32 (39,1%) дандон ду девораи ғилофак ва дар 22 (26,8%) дандони дигар бошад, се девораи ғилофак мавҷуд набуд. Ҳамин тавр, коффердам на танҳо ковокии дахонро аз моеоти дахону милк пурра чудо мекунад, балки луобпардаи ковокии дахонро аз таъсири зиддиуфунҳои фаъол хифз намуда, ҳатари фурубарӣ ва аспиратсияи асбобҳои хурди эндодонтиро рад менамояд.

Интиҳоби дурусти восита ва усулҳои механикиву химиявӣ поккунии каналҳои

реша аз ҷумлаи чораҳои дигари пешгирии сироятёбии бофтаҳои атрофикуллагӣ дар раванди муолиҷаи эндодонтӣ ва коҳиш додани басомади инкишофи дард баъди муолиҷаи эндодонтӣ ба шумор меравад. Эндолубрикантҳо (ЭДТА) ба мақсади ба таври химиявӣ калон кардану беҳтар намудани лағжиши асбоб дар канали реша ба кор бурда шуданд. Калон кардани каналҳои реша тавассути техникаи STEP BACK (апикалӣ – короналӣ) ба амал оварда шуд, ки ҳангоми он каналҳо аз сеяки апикалӣ то қисмати ғилофакӣ васеъ карда шуданд. Дар ин ҳангоми аввал асбобҳои андозаашон хурд ва сипас калон (№0,8, №10, №15, №20, №25) истифода шуданд. Усул нисбатан самаранок маҳсуб меёбад, зеро ҳатари банд шудани асбоб, маҳкам шудани қисми апикалии канал аз аррамайдаҳои дентин, тела додани муҳтавои канали реша ба паси сӯрохии куллари коҳиш дода, барои хориҷ намудани муҳтавои канали реша ба самти аз апекс ба резишгоҳ мусоидат мекунад ва барои поккунии босифати доруӣ каналҳои реша шароити созгор фароҳам меорад.

Ҳалалёбии пайдарпайии истифодаи асбобҳои эндодонтӣ, ҳангоми кор ба асбоб фишори бештар овардан, ҳангоми гардиши асбоб мувофиқи ақрабаки соат ба умқи бештар тела додани он, саросемагӣ ва бетаваҷҷуҳии табиб дар раванди кор аксаран сабаби банд шудану шикастани асбоби эндодонтӣ мегардад.

Дар раванди калон кардани каналҳои душворгузари 15-уми медиалии лунҷ ва 12-уми дисталии лунҷии молярҳои болоӣ, каналҳои 17-уми забонӣ ва 20-уми медиалии дандонҳои ҷоғи поён, инчунин каналҳои бандшудаи бурандаҳои поёнӣ пайкони эндодонтӣ бо маҷмӯи асбобҳои протейперӣ истифода шуд, ки ба воситаи онҳо аз тамоми каналҳо бомуваффақият гузашта, бо маводи пломбагузорӣ бо сифат пур карда шуданд ва аксҳои рентгенӣ шоҳиди ҳоланд. Ба кор бурдани эндомаҳаррик бо маҷмӯи протейперҳо барои босифат парма кардани каналҳои реша шароит фароҳам оварда, ба он шакли дуруст медиҳад, тамоми бофтаҳои сироятёфтаре аз девораи каналҳо пок ме-

кунад. Илова бар ин, сифати муолиҷаро боло бурда, замони қабул ва шумораи ташрифхоро коҳиш медиҳад.

Истифодаи апекслокатор дар кори муаниқ ва дуруст чен кардани дарозии каналҳои реша ва тангшавии решаи апикалиро таъмин намуд. Апекслокатор ҳангоми амалиётҳои эндодонтӣ барои пешгирӣ намудан аз пурра пломба нашудани каналҳои реша ё берун кардани маводи пломбагузорӣ аз паси қуллаи реша шароит фароҳам оварда, адади рентгенограммаҳои денталии дохидодаҳониро коҳиш дод. Дақиқияти муайян кардани дарозӣ ба 98% расида, дар ҳар моеот (луоб, хун, маҳлулҳои зиддиуфунӣ) имконпазир аст. Инчунин апекслокатор ташхис намудани мавҷудияти сӯроҳиро дар канал, муайян кардани каналҳои иловагӣ ва берун шудани асбобро аз ҳудуди дандон имконпазир мегардонад.

Поксозии босифати зиддиуфуниву дозуи макро ва микроканалҳо, бартараф намудани боқимондаи пулпа ва микроорганизмҳо яке аз чораҳои асосии пешгирикунандаи пайдоиши оризаҳо дар раванди муолиҷаи эндодонтӣ ба шумор мераванд. Аз тариқи сӯзандоруи эндодонтӣ дар шакли фаврагӣ таҳти фишори начандон зиёд ворид намудани маҳлули зиддиуфунӣ усули самараноктарини шустани каналҳои реша маҳсуб меёбад. Мо аз зиддиуфунҳои таркибашон хлордор препаратҳои маҳлули 3%, 5% гипохлорити натрий, маҳлули 2% хлорамин ва хлоргексидини 0,5%-ро ба кор бурдем, ки боқимондаи пулпаро дар канали реша ва қабати молидашударо дар девораи он ҳал карда, таъсири ошкорои зиддимикробӣ расонида, зуд таъсири онро безарар месозад. Каналҳоро пеш аз пломба гузоштан бо оби тақиршуда шуста, бо штифти чаббандаи қоғазӣ хушк намудем, ки каналҳоро зуд хушк намуда, барои кор шароити мусоид муҳаё намуд.

Бесироятӣ ва таркиби маводи пломбагузорӣ барои маҳкам кардани каналҳои реша нақши зиёд дорад. Барои пломбагузорӣ намудани каналҳои решаи 39 (34,8%) дандон «Тиздент», дар 45 (40,2%) дандон «Эндоментазон» ва дар мавриди 28 (25,0%) дандони

дигар бошад «АН-плюс»-ро истифода намудем. Штифтҳои гуттаперча пеш аз истифодабарӣ дар маҳлули 6% перекиси гидроген, гипохлорити натрий 3% ва хлоргексидини 0,5% бесироят карда шуданд. Бо гуттаперчаи гарм пломбагузорӣ намудан пуршавии макро ва микроканалчаҳоро имконпазир ва микроорганизмҳоро нест намуда, аз сироятёбии периодонт пешгирӣ менамояд.

Амалан ҳангоми кор дар каналҳои реша ба таври ҳамешагӣ як миқдор микроорганизмҳо ба периодонт нуфуз мекунанд, зимни иҷрои муолиҷаи эндодонтӣ дар якҷанд ташриф бошад, ҳамми миқдори микроорганизмҳо меафзояд. Коҳиш додани шумораи ташрифҳо, баъди иҷрои коркарди поккунии механикӣ ва доруй, маҳкам кардани каналҳои реша хатари афзоиши микроорганизмҳои дар канал боқимонда ва имконияти сироятёбии каналҳои решаро дар давраи байни ташрифҳо рад намуда, адади оризаҳоро ихтисор менамояд. 69 (84,1%) дандон дар як ташриф ва 13 (15,9%) адади дандони дигар дар ду ташриф муолиҷа карда шуданд. Баъди иҷрои муолиҷаи эндодонтӣ зимни 74 (90,3%) ходиса дар беморон эҳсосоти манфӣ мушоҳида нагардид, дар мавриди 6 (7,3%) маврид ҳангоми газидани дандон баъди пломбагузорӣ дард ҳис карда шуда, дар 2 (2,4%) нафар бошад, дард дар мавзеи ҷойи сӯзан халидагӣ ба мушоҳида мерасид, ки баъди 2-3 рӯз бартараф гардид (дар ҳолати дарди саҳт истеъмоли воситаҳои таскиндиҳанда тавсия шуд).

**Хулоса.** Мутаассифона, ҳангоми дастамали эндодонтӣ пурра рад кардани хатари сироятёбии периодонт ва тамоман бесироят гардонидани канали реша имконнопазир аст. Аммо риояи қоидаҳои уфунӣ ва зиддиуфунӣ барои ба таври максималӣ коҳиш додани адади микроорганизмҳое, ки ҳам ҳангоми муолиҷаи эндодонтӣ ва ҳам баъди табобат ба периодонт нуфуз мекунанд, шароит фароҳам оварда, ба ҳамин восита имконияти инкишофи илтиҳобро ба ҳадди аққал мерасонад.

Ба табиби стоматолог дар вақти кор риоя намудани покизакорӣ, дақиқназарӣ ва истифода аз усулҳои инноватсионии ташхису муолиҷа хеле муҳим аст.



## АДАБИЁТ

1. Волкова Е.А. Терапевтическая стоматология. Болезни зубов. Ч.1. /Е.А.Волкова, О.О. Янушевича – М. :ГЭОТАР-Медиа. 2016.-168с.
2. Латышева С.В. Профилактика ошибок в эндодонтии// С.В. Латышева, О.И. Абаймова, Т.В. Будевская // Современная стоматология. 2012. №1. – С.17-19.
3. Лобко С.С. Возможности и необходимость применения хлорсодержащих антисептиков в эндодонтии/ С.С.Лобко, С.В.Латышева, М.Н.Давыдова // Современная стоматология. – 2010. – №2. – С.19–21.
4. Уманова Н.Э. Использование электрометрического метода при лечении пульпита и периодонтита /Н.Э. Уманова, А.А. Ибрагимова, М.Ш. Шералиева //Материалы международной научно-практической 68-годовой конференции «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования». Душанбе. – 2020. Т.2. – С.446-447.

## ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В ПРОЦЕССЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

**С.Т.Тохтаходжаева, Н.Э.Уманова, Ш.О.Тагаева, М.Р. Бузурова**

Кафедра терапевтической стоматологии (заведующей кафедрой к.м.н., доцент Тохтаходжаева С.Т.) ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

**Аннотация.** В данной статье рассматриваются основные источники инфицирования периодонта и возможные осложнения при эндодонтическом лечении зубов. Даны пути и меры профилактики возможных осложнений в процессе эндодонтического лечения зубов.

Авторами проведено эндодонтическое лечение 82 зубов с соблюдением всех мер предосторожности инфицирования периапикальных тканей и развития различных осложнений. Пролечено с острым очаговым

пульпитом 18 больных, с острым диффузным пульпитом - 35 и депульпировано зубов с целью протезирования – 14. В 74 (90,3%) случаев после проведенного эндодонтического лечения у больных не было субъективных ощущений, а в 6 (7,3%) – отмечались боли при накусывании на зуб после пломбирования, в 2 (2,4%) – боль в месте вкола иглы, которые купировались через 2-3 дня.

**Ключевые слова:** корневые каналы, эндодонтическое лечение, осложнения, профилактика.

## Complication profylaxis in the process of Endodontic Treatment

**S.T. Tokhtakhojaeva, N.E. Umanova, Sh.O. Tagaeva, M.R. Buzurova**

Department of preventive dentistry (Head of the Department of c.m.s.Tokhtakhojaev S.T.)  
SEI «ATSMU by the named Abuali ibni Sino»

**Annotation.** In this article, the main source of infection of the periodontic disease and the complication possibilities of endodontic treatment would be discussed. Also we discuss about the profylaxis and the ways to avoid the complications during the endodontic treatment.

Autors have presented the treatment of 82 teeth obeying all the precautions measures and rules to avoid the complications and infecting periodontal tissues. We treated with a acute local pulpitis over 18 patients, with a acute

diffuse pulpitis in 35 patients and we done root canal therapy for the prosthodontic goals in 14 patients. In 74 (90,3%) cases after endodontic treatment, in patients there was no subjective complains, in 6 (7,3%) cases – after treatment there was a pain during biting and chewing, in 2 (2,4%) cases – there was local injection pain, which was relieved after 2-3 days.

**Key words:** root canal therapy, endodontic treatment, complications, profylaxis.



**Тохтаходжаева Саодат Тупалоновна**, номзади илмҳои тиб, мудири кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», E. Mail: [tsaodat61@mail.ru](mailto:tsaodat61@mail.ru). тел.: 918-48-04-56

**Тохтаходжаева Саодат Тупалоновна**, кандидат медицинских наук, заведующий кафедры терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», E. Mail: [tsaodat61@mail.ru](mailto:tsaodat61@mail.ru). тел.: 918-48-04-56

**Tokhtahojeva Saodat Tupalnova**, c.m.s., Head of Preventive dentistry in department of Avicenna TSMU, e-mail: [tsaodat61@mail.ru](mailto:tsaodat61@mail.ru). ph.: 918-48-04-56

## ТАҲЛИЛИ НУҚСОНҲОИ МОДАРЗОДИИ ЛАБУ КОМ ДАР ШАРОИТИ ШУЪБАИ ЧАРРОҲИИ ҚОҒУ РӮӢИ КӮДАКОН ВА НАВРАСОН

**Чонибекова Р.Н., Абдурахимов А.Х., Олимов А.М., Абдурахмонов А.З., Рахимов Н.М.**

Кафедраи чарроҳии қоғу рӯй (мудири кафедра н.и.т., дотсент Чонибекова Р.Н.)- МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

**Муҳиммият.** Табобати беморони дорои нуқсони модарзодии рӯй яке аз масъалаҳои мураккаби клиникӣ буда, ифодакунанда ва ҳамроҳикунандаи аномалия ва деформатсияи системаи қоғу дандон мебошад. Натиҷаи ноустувори табобати дуру дароз ва зиёд ба мушоҳида расидани такроршавӣ сабабгори ин ҳама шакли вазнини механизми бемори мегардад [2,3].

Бояд қайд кард, ки роғи модарзодии лабу ком (РМЛК) ифодакунандаи вайроншавии шакли вазнинтарини анатомияи қоғу рӯй мебошад. Ҳаминтавр, хангоми роғи модарзодии лаби боло ва шоҳаи алвеолярии қоғи боло ҷунин норасоӣҳо мушоҳида мешаванд: кӯтоҳии баландии лаби боло, деформатсияи пӯсту тағояки қисми бинӣ, деформатсия ва инкишофии қоғи боло дар минтақаи шоҳаи алвеолярӣ ва кираи сӯроҳии нокмонанд [1,4,5,6].

РМЛК дар патологияи антенаталӣ дар байни дигар нуқсонҳои модарзодӣ ҷои дуҷумро ишғол мекунад ва то 90% ҳамаи нуқсонҳои модарзодии қоғу рӯйро ташкил мекунад [1, 6,9].

Ба маълумоти USBC (United States Bureau of Census) миқдори миёнаи беморон бо нуқсонҳои қоғу рӯй дар ҷаҳон 1:700 [1,6,7].

Дар ҳолати роғи модарзодии ком бошад ҷунин норасоӣҳо ба мушоҳида мерасад – кӯтоҳии коми нарм, васеъшавии қисми ҳалқ, но инкишофии ҳаҷми қоғи боло.

Бояд қайд кард, ки вайроншавии шакли анатомии ифодакунандаи аномалия ва тағй-

ирёби аз тарафи миқдори дандонҳо ва ҷойгиршавии онҳо, инчунин сари вақт нагузаронидани табобат боиси хеле тағйирёбии намуди зоҳирии рӯй, вайроншавии функсияи хоиш, фурӯбарӣ, нафаскашӣ, талаффузи ҳарфҳо инчунин тағйирёбии ҳуди сифати ҳаёти бемор ба пайдошавии дигар қатори бемориҳои патологӣ оварда мерасонад [6].

Аз ин лиҳоз гуфтаҳои дарболоро зикршуда бори дигар исбот менамояд, ки табобати ин беморон комплекси буда бе иштироки (неонотолог, лагопед, ортодонт, ЛОР, педиатр, эҳёгар, асабшинос) дигар мутахассисон ғайриимкон мебошад.

**Мақсади тадқиқот.** Омӯзиши афзоиш ва тамоюли нуқсонҳои модарзодии лабу ком дар шароити шӯъбаи чарроҳии қоғу рӯи кудакон ва наврасони Муассисаи Давлатии Маркази Миллии Тибии “Шифобахш”

**Мавод ва усулҳо.** Гузаронидани натиҷаи таҳлилҳо ва муоинаи беморони дорои роғи модарзодии ком ва лаб дар шароити шӯъбаи чарроҳии қоғу руи кудакон ва наврасони МД ММТ “Шифобахш” аз рӯи мурочиат дар давоми солҳои 2015 - 2019 .

**Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо.** Таҳлилҳо нишон доданд, ки дар панҷ соли охир афзоиш ва тамоюли бемориҳои роғи модарзодии лабу ком рӯ ба зиёдшавӣ мебошанд.

- 2015 ҳамаги 395 бемор оиди роғи модарзодии лабу ком мурочиат намудаанд, аз инҳо: 148 (32,4%) амалиёти тармими лаби боло гузаронида шудааст, 187 (46,5%) амалиёти тармими коми саҳт.

**Ҷадвали №1** Тармими лабу ком дар солҳои 2015-2019 дар шӯъбаи ҷарроҳии ҷоғу рӯи кӯдакон ва наврасони МДММТ “Шифобахш”.

| №.№ | Номгӯи амалиёт              | микдор |     | %    |  |
|-----|-----------------------------|--------|-----|------|--|
|     |                             | 1861   | 100 |      |  |
| 1.  | Тармими лаби боло           | 859    |     | 46,2 |  |
| 2.  | Тармими коми мулои          | 488    |     | 26,2 |  |
| 3.  | Тармими коми сахт           | 479    |     | 25,8 |  |
| 4.  | Тармими коми сахт ва мулоим | 35     |     | 1,9  |  |

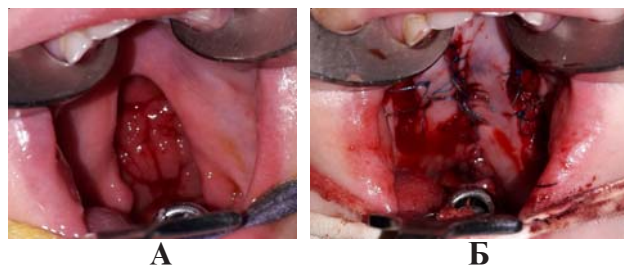
- 2016 ҳамаги 352 бемор оиди роғи модарзодии лабу ком мурочиат намудаанд, аз инҳо:158(36,7%) амалиёти тармими лаби бол гузаронида шудааст. 194(48,4%) амалиёти тармими коми сахт.

- 2017 бошад, ҳамаги 345 бемор оиди роғи модарзодии лабу ком мурочиат намудаанд, аз инҳо:173 (42,2%) амалиёти тармими лаби бол гузаронида шудааст. 172 (41,9%)амалиёти тармими коми сахт.

- 2018 бошад ҳамаги 403 бемор оиди роғи модарзодии лабу ком мурочиат намудаанд, аз инҳо:182 (45%) амалиёти тармими лаби боло гузаронида шудааст. 221 (54,7%)амалиёти тармими коми сахт.

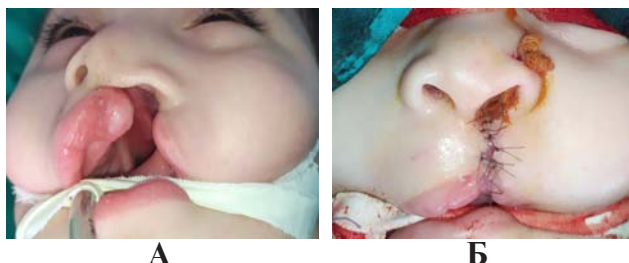
2019 бошад, ҳамаги 426 бемор оиди роғи модарзодии лабу ком мурочиат намудаанд, аз инҳо: 198 (49,5%) амалиёти тармими лаби

бол гузаронида шудааст. 228(56,1%) амалиёти тармими коми сахт.



**Расми 4.** Ташхис. Роғи модарзодии пурраи коми мулоим. А- то амалиёти ҷарроҳӣ. Б- баъди амалиёти ҷарроҳии тармими коми мулоим.

**Ҷадвали № 2** Нишондодҳои афзоиши роғи модарзодии лабу ком бо солҳо



**Расми №1.** Ш. А.Ташхис. Нуқсони модарзодии пурраи лаби боло коми сахт ва мулоим. А- то амалиёти ҷарроҳӣ. Б- баъди амалиёти тармими лаби боло аз тарафи рост.



**Расми №2** Ташхис. Нуқсони модарзодии пурраи дутарафаи лабу ком. А.то амалиёти ҷарроҳӣ. Б- баъди амалиёти тармими дутарафаи лаби боло.

**Хулоса.** Реабилитатсияи чунин беморон аз рузи аввали таввалуд сар шуда, то синни 18-солагӣ идома меёбад, аз рӯи таҳлилҳои баъзе муалифон ва таҷрибаи чандинсолаи мутахассисон шӯъбаи ҚҚР, ҳатто то охири ҳаёт низ идома меёбад. Бояд қайд кард, ки ба ғайр аз шӯъбаи дар боло номбаршуда боз клиникаҳои гирду атрофи шаҳр ва баъзе мутахассисони ғайрисоҳавӣ низ барои табобати ин гуна беморон машғул мебошанд. Дар вилояти Суғд ш. Хучанд, н.Бобочон Гафуров, н. Исфара ва ПИКСтоматология, низ табобати чунин беморон ба роҳ монда шудааст. Оянда ба нақшагирифта шудааст, ки барои маълумоти пурра гирифтани, байни муассисаҳои тиббӣ, ки ба табобати чунин беморон сари кордоранд, ҳамкориҳои зичро ба роҳ мемонем.

### АДАБИЁТ

1. Абдурахмонов А.З., Субхонов С.С., Постников М.А., и др. Комбинированные мероприятия реабилитации больных с односторонней расщелиной губы и нёба до и после хирургического вмешательства // Вестник медицинского института «Реавиз» (Реабилитация, врачи и здоровье). – 2018. - №3(33). – С.97-106.
2. Барашнев Ю.И., Бахарев В.А., Новиков П.В. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей. // М., Триада-Х, 2004. – С. 12-87.
3. Геворкян А.А. Об изучении распространенности причин, приводящих к челюстно-лицевым дефектам / Геворкян А.А., Харазян А.Э. // Сибирский медицинский журнал 2007, № 1 с. 75-78.
4. Давлетшин Н.А. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба в Республике Башкортостан / Н.А. Давлетшин. Автореф. дисс. докт. мед. наук. / 14.00.21.- Москва 2009, 42 с.
5. Долгополова Г.В., Бимбас Н.В. Развитие верхней челюсти детей с врожденными аномалиями при раннем ортопедическом лечении // Ортодент-инфо. -2002. №4. –С. -7-11.
6. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство. / А.А. Кулакова, Т.Г. Робустова, А.А. Неробеев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 928 с.
7. Хорошолкина Ф.Я. Ортодонтия. Диагностика и комплексное лечение при зубочелюстно-лицевых аномалиях, сочетающихся с врожденным несращением верхней губы, альвеолярного отростка, нёба. – СПб., 2001. -276 с.
8. Черненко Ю.В., Нечаев В.Н. Диагностика, профилактика и коррекция врожденных пороков развития. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009.- № 3. – С. 379-383.
9. Marcusson A. Changes in occlusion and maxillary dental arch dimensions in adults with treated unilateral complete cleft lip and palate: a follow-up study / A. Marcusson, G. Paulin // European Journal of Orthodontics. – 2004, - Vol.26, № 4, - P. 385-390.
10. McIntyre G.T. Parenteral craniofacial morphology in orofacial clefting / G.T. McIntyre, P.A. Mossey // European Journal of Orthodontics. – 2004, - Vol.26, № 4, - P. 375-384.

### АНАЛИЗ ВРОЖДЁННОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И ПОДРОСТКОВ

**Р.Н. Джонибекова, А.Х. Абдурахимов, А.М. Олимов, А.З. Абдурахмонов**

**Н.М. Рахимов,**

Кафедра челюстно-лицевой хирургии (заведующий кафедрой Джонибекова Р.Н.  
ГОУ “ТГМУ имени Абуали Ибни Сино)

В данной статье проведено статистическое исследование по изучению истории болезней 1861 врождённых расщелин губы и нёба (РВГН) в отделение детской челюстно-лицевой хирургии ГУ НМЦ РТ “Шифобахш” за период с 2015 по 2019 годы. Отмечено непрерывный рост в динамике по го-

дам число врождённых патологий и число оперируемых больных с данной патологией.

**Ключевые слова:** врождённая расщелина, аномалия, деформация, альвеолярный отросток, ортодонт, двухсторонняя врождённая расщелина верхней губы и нёба



# ANALYSIS OF CONGENITAL PATHOLOGY OF UPPER LIP AND PALATE IN CONDITIONS OF CHILDREN'S MAXILLOFACIAL SURGERY AND ADOLESCENTS DEPARTMENT

**R.N. Jonibekova, A.H.Abdurahimov, A.M.Olimov, A.Z.Abdurahmonov, N.M. Rahimov**

Department of maxillofacial surgery (Head of the Department Jonibekova R.N.  
SEI "Avicenna TSMU")

In this article, a statistical investigation on studying of case histories of 1861 congenital cleft lip and palate (CULP) in the Department of Children's maxillofacial Surgery of the SI NMC RT "Shifobakhsh" for the period from 2015 to 2019 was carried out. Continuous increase in

dynamics by years the number of congenital pathologies and the number of operating patients with this pathology were noted.

**Keywords:** congenital cleft, anomaly, deformation, alveolar process, orthodontist, two-line congenital cleft of upper lip and plate

**Ҷонибекова Розия Нажмиддиновна**, н.и.т., доцент кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E. Mail: [Roziya66@mail.ru](mailto:Roziya66@mail.ru), тел.: 917-52-93-80

**Джонибекова Розия Нажмиддиновна**, к.м.н., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", E. Mail: [Roziya66@mail.ru](mailto:Roziya66@mail.ru), тел.: 917-52-93-80

**Jonibekova Rosia Najmiddinovna**, c.m.s., Associate Professor of the Department of maxillofacial surgery of SEI "Avicenna TSMU" e-mail: [Roziya66@mail.ru](mailto:Roziya66@mail.ru), tel.: 917-52-93-80

## ТИББИ ОИЛАВӢ

### СИНДРОМИ ПАС АЗ КОВИДӢ ДАР БЕМОРОНИ СИРОЯТИ COVID-19 –РО АЗ САР ГУЗАРОНИДА ДАР ФАӢОЛИЯТИ ТАБИБИ ОИЛАВӢ

Ёдгорова М.Ч. Баротов И.И., Мукарамова Д.А.

Кафедраи тибби оилавии №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

**Муҳиммияти мавзӯ, мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Аз оғози пандемия барои расонидани ёрии тиббӣ аз хусуси бемории Covid-19, ба кормандони кафедраи тибби оилавии №2 бинобаи сулфаи хушк, дарди сар, дарди андомҳо, сустии умумӣ, нест шудани ҳисси бӯй ва иштиҳо ҳамагӣ 580 бемор муроҷиат кардаанд.

Аз ҷиҳати синну сол беморон аз 1 то 18-сола-2 бемор, аз 19 то 60-сола 482 бемор ва аз 60-сола боло 96 нафар буданд. Аз рӯйи мансубияти ҷинс-занҳо нисбат ба мардҳо зиёд буданд.

Дар ҳамаи беморон рентгенографияи рақамии шушҳо, таҳлили умумии хун, аз рӯйи нишондод-ТК-шушҳо, таҳлили умумии пешоб, ССК, хун барои қанд ва холестерин, ИФА ПСР иҷро карда шуд.

Дар пойгоҳи маркази шаҳрии саломатии №15 таҳқиқоти проспективӣ гузаронида шуд, ки муоинаи динамики ҳолати беморони гирифтори COVID-19-ро ҳам дар дараҷаи вазнинии сабук ва ва ҳам вазнин, низ шаклҳои бесимптоми бемориро дар бар мегирифт.

**Натиҷаҳои таҳқиқот.** Таҳлили натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда нишон дод, ки дар байни аҳолии марбут ба хизматрасонии тиббии МШС 230 бемори статсионарӣ ва 710 бемори амбулаторӣ ба қайд гирифта шуд, аз онҳо дорои шакли бесимптоми беморӣ 162 нафар (15,7 %), натиҷаи мусбати ПСР РНК SARS-CoV-2 доштанд, шикоят ва симптомҳои клиникӣ дида намешуд.

Дар сурати набудани шикоят ва симптомҳои клиникӣ рентгенографияи узвҳои қафаси сина гузаронида нашуд. Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ (Тавсияҳои амалӣ барои мутахассисони муассисаҳои ЁАТС «Профилактика, ташхис ва табобати сирояти нави коронавирус COVID-19», № 359, аз 15 –уми майи соли

2020). Варақаи корношоямӣ барои 14 рӯз, вобаста аз карантин ба 17 (10,5%) бемори муоинашуда дода шуд, ки дар маҷмӯъ 238 рӯзи тақвими назорати сироят, назорати чудо нигоҳ доштани беморони бесимптом ва бетамосро ташкил дод, ҳамчунин корҳои фаҳмондадиҳӣ гузаронида шуд. Дар ҳолати набудани манифестатсияи симптомҳои клиникӣ дар давоми 14 рӯзи пас аз тамоси охири беморони COVID-19 муоинаи тиббӣ гузаронида шуд.

Ба мавҷудияти омилҳои ҳатари пайдошавии сирояти коронавирус дар беморони бесимптом нигоҳ накарда, вучуди коморбидӣ (12,1%)-ро ташкил дод. Бемориҳои ҳамроҳшуда ва музмини диабет қанд (2,1%), бемории ишемикии дил (2,1%), бемории фишорбаландӣ (2,0%), чарбсории дараҷаи 2-3 (2,0%), гепатит (2,0%), бемориҳои роҳҳои нафаскашӣ (астмаи бронхиялӣ, сили шушҳо), дастгоҳи таъяву ҳаракат дид шад. Ба категорияи ҳатари олӣ аз ҷиҳати зохиршавии беморӣ синну соли одамонро дохил кардан мумкин аст. Миқдори камтарин-3,1% -и беморони шакли бесимптоми COVID-19 в дар синну соли 75-солагӣ ва миқдори зиёди беморон (14,2%) калонсолон, бештар аз ҳама аз 36 то 58-сола - 33,3%, дар ҷойи дуюм ҷавонон – 31,5%, кӯдакон ва наврасон - дар 17,9% ҳолат. Ҳангоми аз рӯйи ҷинс чудо кардани беморон маълумоти ҷолиб медиҳад. Агар инро ба эътибор гирем, ки миқори сироят, вазнинии зухуроти клиникӣ ва фавт аз сирояти коронавирус дар мардҳо бештар аст, шакли сабук ва фавти камтар дар беморони зан ба мушоҳида расид.

Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда нишон дод, ки бештари беморон дорои шакли бесимптоми COVID-19 (67%) ҳастанд. Дар маркази саломатии шаҳрӣ, сокинони минтақа, ки бо беморони гирифтори сиро-



яти коронавирус дар тамос буданд (2857), ба таври ҷиддӣ муоина карда шудан. Мувофиқи тавсияҳои ВТ ва ҲИА ҚТ оид ба табобат ва профилактикаи ин беморӣ чорабиниҳои зерин гузаронида шуданд: ҳамарӯз санҷидани ҳарорати бадан, муоинаи табиби оилавӣ, назорати сироятии маҳдудсозии шахсони тамосдошта, корҳои иттилоотӣ-фаҳмондадихӣ. Мувофиқи таҳлили маълумотҳо, дар байни шахсони тамосдошта беморӣ дар 53 (1,9%) бо зухуроти клиникӣ зохир ва бо таҳлили лабораторӣ тасдиқ шудааст. Тактикаи минбаъдаи муҳофизати беморони гирифтори сирояти коронавирус мубокири тавсияҳои дар боло зикршуда ба роҳ монда шуд.

Аз 580 нафари муоинашуда, дар 180 (31%) бемор таҳқиқ бо усули рентгенологӣ тасдиқ карда шуд: Пневмония, КТ дар 72 бемори дорои пневмония гузаронида шуд, ки тасдиқи худро дар шакли лонаҳои «шишаи намадин» пайдо кард, вай 12.4%-и миқдори умумии беморони дорои пневмонияро ташкил дод. Пневмония дар аввал сулфаи озордиҳандаи хушк дошта, баъдан балғами кам хориҷ мешавад, нафастангӣ, сустии умумӣ ва субфебрилитетом (37.2-38.0 С) дида мешавад, ки аз 2 то 4 ҳафта идома мекунад. Ҳис накардани бӯй ва маза дар 78%-и беморон, танафур ба маза ва беиштиҳӣ дар 67.8% респондентҳо дида шуд. Аз дарди қафаси сина ва буғумҳо 70% -и беморон, асосан занҳо шикоят доштанд. Беҳобӣ дар 45.5% -и беморон, ихтилоли узвҳои кос дар 14 (7.8%) мард, психозы дар шакли хуруҷҳои тарсу ваҳм дар 7 (3.9%) мард. Ихтилоли роҳи ҳозима бо дилбехузурушавӣ, қайқунӣ дар 42.5% -и беморон дида шуд. Ихтилоли системаи пешобу таносулӣ дар шакли дарди камар, варамҳои субҳ, микрогематурия дар 15 (8.3%) зан ва 2 (1.1%) мард ба қайд гирифта шуд. Дар таҳлили хун паст шудани сатҳи гемоглобин, тромбоцитҳо, лейкопения ва баландшавии СОЭ буд. ИФА гузаронида шуда, IgM дар 45 (8.3%) -и беморон ва IgG дар 80 (44.4%), ПСР дар 55 (30.6%) -и беморон бо натиҷаи мусбат SARS-COV-2. Бояд қайд кард, ки дар байни беморони гирифтори сирояти Covid-19 пневмония бо

гипертония дар 155 (26.7%), БИД дар 8 (1.4%), бо диабет қанд (9.3%), ҳамин миқдор бо астмаи бронхиялӣ ва ҳомилаҳо 4 (0.7%) буд. Дар рентгенографияи шушҳо дар зиёда аз 90% пневмонияи тарафи рост, тақрибан 10% пневмонияи дутарафа дошт. Дар КТ шушҳо манзараи пневмония бо унсурҳои «шишаи намадин» дар ҳамаи 72 бемори гирифтори Covid-19 дида шуд. Бояд гуфт, ки шаклҳои шушӣ ва гурдавӣ бештар дар беморони калонсол дида шуд, дар кӯдакон шакли рӯдагӣ ва пӯстӣ бартарӣ дошт. Таҳлили гирифтори Covid-19 аз рӯйи мансубият ба чинс нишон дод, ки занҳо назар ба мардҳо бештар бемор шудаанд.

Пас аз гузаронидани сирояти Covid-19 пневмония дар ҳамаи беморон осебҳои системаи дилу рағҳо, ҳозима, пешобҳосилкунӣ, ҳунофар, устухон ва иммунӣ дида шуд. Таҳлили сабабу натиҷа нишон дод, ки ҳамаи беморшудагон қоидаҳои санитариву зидди эпидимикиро риоя накардаанд, ба аёдати ҳешовандони беморашон ва ҷойҳои серодам, монанди бозор, тӯй ва ҷаноза рафтаанд ва ҳангоми сироятнок шудан худро изолятсия накардаанд.

Таҳқиқот нишон дод, ки дар занҳо дар заминаи Covid-19 пневмония пайдо шудани артрит, остеопароз, анемия, ихтилоли босира, дар мардҳо ихтилоли психикӣ, холесисто-панкреатит, остеопароз, ихтилоли функсияҳои узвҳои чинсӣ ба амал меояд. Муайян карда шуд, ки Covid-19 метавонад на танҳо дар шакли пневмония, балки дар шакли гломерулонефрит, бемориҳои пӯст, артрит, мигрен, холесисто-панкреатит ва диарея низ сурат гирад.

Таҳқиқот нишон дод, ки иммунитет нисбат ба сирояти коронавирус танҳо дар 33,3%-и аҳолии 36 - 58 -сола бо ҷараёни бе-симптоми беморӣ пайдо шудааст.

Зухуроти неврологии COVID-19 барои нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ, на танҳо аз ҷиҳати таъсири амиқ расонидан ба майна, балки аз ҷиҳати зиёни дарозмуддат расонидан ба саломатии инсон низ проблемаи муҳим ба ҳисоб меравад. Пас, кӯшишҳои клиникӣ ва лаборатории ба муайянкунии механизмҳои таъсирҳои шадиди

SARS-CoV-2 ба майна расонанда, бояд бо таҳқиқотҳои оқибатҳои таъхиркардаи нейроросихиатрии сироят муттаҳид карда шавад. Ин нерӯҳо бояд дар асоси ҳамкории зичи байни олимони клиникӣ ва фундаменталӣ бо истифодаи миқдори зиёди маълумоти клиникӣ-эпидемиологӣ ва намунаҳои биологӣ, ки дар тамоми дунё ҷамъоварӣ мешаванд, бунёд шаванд.

Дар аксари бештари беморони гирифтори сирояти нави короновирус COVID-19 зухуроти клиникии системаи дилу рағҳо, аз ҷумла тахикардияи синусии гузаранда ва брадикардия, инчунин фишорбаландии шарёи ба назар расид, ки хангоми табобати беморон онро бахисоб гирифтани зарур аст.

**Хулоса,** муоинаҳо нишон доданд, ки короновируси COVID-19 гуногунранг буда, ба чараёни он на танҳо бемориҳои ҳамроҳшуда, балки ҷинс ва синну сол низ таъсир мерасонанд. Таҳқиқот муайян намуд, ки дар занҳо бештар дар заминаи Covid-19 пневмония пайдо шудани артрит, остеопороз, анемия, ихтилоли босира ва дар мардҳо ихтилоли психикӣ ва узвҳои ҷинсӣ ба назар мерасад. Муайян карда шуд, ки Covid-19 метавонад на танҳо дар шакли пневмония, балки дар шакли гломерулонефрит, бемориҳои пӯст, артрит, мигрен, холесистопанкреатит ва диарея низ сурат гирад. Вазнинии беморӣ асосан аз синну соли беморон, ҳолати умумӣ ва бемориҳои ҳамроҳшуда вобаста буд.

#### Адабиёт

1. Анализ случаев заболеваний ближневосточным респираторным синдромом в неэндемичных регионах// Петров А.А., Карулина Н.В. и др. Киберлинка. 2018
2. Role of rhinovirus and coronavirus in etiology of far// Лобаданов С.А., Никонова А.А. и др. Киберлинка. 2011
3. Coronavirus (Covid-19) [электронный ресурс] дата обращения 03.2020, 10.2020

### ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФЕКЦИЮ COVID-19 В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Ёдгорова М.Дж, Баротов И.И., Мукарамова Д.А.

Кафедра семейной медицины №2, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

**Резюме.** В XX веке коронавирусы были известны как возбудители острых респираторных заболеваний человека и животных, однако не относились к числу особо опасных вирусных инфекций.

Короновирусы – семейство вирусов, объединённых в два семейства, которые до Пандемии включало 30 видов РНК содержащих вирусов, которые поражают людей, животных и птиц. Ускоренная мутация вируса в течение только одного года Пандемии привела к появлению ещё 16-ти его новых видов.

По прогнозам ООН население планеты к 2050 году достигнет 10 миллиардов, что означает миграция и урбанизация ещё более ускоряются. Эпидемия Covid – 19 вошла в историю как чрезвычайная ситуация мирового масштаба и унесла жизни миллионов

людей. На долю коронавирусной инфекции приходится от 4 до 20% случаев всех ОРВИ (острая респираторная вирусная инфекция).

Проникая внутрь клетки, коронавирусы размножаются в цитоплазме (полужидкое содержимое клетки). Они оседают на иммунокомпетентных клетках, используют их в качестве транспортного средства и быстро рассеиваются по всему организму. Коронавирусы подавляют иммунитет, и он перестаёт распознавать инфекцию и бороться с ней. Эти вирусы неустойчивы к действию внешних факторов и мгновенно разрушаются при температуре 56 градусов. Преобладающей формой инфекции, которую провоцирует коронавирус, является респираторная, чаще атипичная пневмония, которая характеризуется высоким показателем летального исхода (38%), поскольку сопровож-



дается острой дыхательной недостаточностью. Кишечная разновидность встречается гораздо реже, в основном у детей.

**Ключевые слова:** Коронавирусы, Covid-19, клинические проявления, профилактика, последствия, диспансерация.

## CONTRIBUTION OF PHC IN THE FIGHT AGAINST COVID-19 PANDEMIC IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

**Yodgorova M.J., Barotov I.I., Nosirova M.P., Rakhmatulloeva Z.R.**

Department of Family Medicine № 2, Avicenna TSMU, Tajikistan

**Summary.** In truth, infections know no boundaries, to replace typhoid and plague, other more severe and unknown viral infections have come. The Covid - 19 epidemic went down in history as a global emergency and to date more than 13 million people have been infected with this infection and more than 4 million have died. The COVID-19 Coronavirus pandemic swept the whole world, including our country. The year 2020 will be remembered by humanity as a year of common grief and loss. The first blow and the severity of the subsequent periods

of the Covid-19 Pandemic was placed on PHC, especially on the shoulders of family doctors. The Republican headquarters for overseeing the Covid-19 Pandemic was organized at the Ministry of Health and Sanitary Protection of the Republic of Tatarstan, helplines, hotline telephones, as well as round-the-clock shifts of family doctors at the PHC level were opened, which are carried out to this day.

**Key words:** Coronaviruses, Covid-19, epidemiology, clinical manifestations, prevention, PHC.

**Баротов Имомали** -докторант PhD кафедраи тибби оилавии №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», тел(+992 93-863-78-65)

**Баротов Имомали**-докторант PhD кафедраи семейного медицина №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», тел(+992 93-863-78-65)

**Barotov Imomali**-doctor PhD Department of Family medicine № 2 «Avicenna TSMU» tel.(+992 93-863-78-65)

## СОҲТОРИ БЕМОРИҲОИ КАРДИОЛОГИИ КӮДАКОН МУВОФИҚИ МАЪЛУМОТИ МУРОЧИАТКУНӢ

**Носирова М.П., Ёдгорова М.Ч.**

Кафедраи тибби оилавии №2, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Мҳиммият.** Маълум аст, ки самаранокии барномаҳои таҳияшуда дар соҳаи нигоҳдории тандурустӣ аз дақиқ будани таҳқиқоти таҳлили пешаки гузаронидашуда оид ба баҳодихӣ ба нишондиҳандаҳои саломатӣ вобастагӣ дорад. Меъёри нисбатан муҳими саломатӣ барои насли ҷавон аз ҷиҳати иҷтимоӣ – беҳдошти сатҳи бемориҳои кӯдакон ва наврасон ба ҳисоб меравад.

Нишондиҳандаҳои беморшавии умумӣ на танҳо аз ҳолати устувории организми кӯдакон нисбат ба омилҳои нохуби муҳити атроф, балки аз беҳбудии иҷтимоӣ-иқтисодии минтақа низ гувоҳи медиҳад. Таҳқиқоти сатҳи беморшавии гурӯҳҳои гуногуни

аҳоли, ҳамчунин ҷунин нишондиҳандаҳо, ба монанди сохтори беморшавӣ, динамик ва фарқиятҳои он дар хусусиятҳои минтақаҳо барои коркард ва гузаронидани чорабиниҳои самаранок ҷиҳати мустаҳкам намудани саломатӣ асос ба ҳисоб мераванд [1].

Нишондиҳандаҳои саломатии кӯдакони синну соли мактабӣ аз он гувоҳи медиҳанд, ки дар байни онҳо 50-70% бемории музмин, 30–40% зиёда аз 2 беморӣ доранд. Истисно нест, ки аллакай дар синну соли томактабӣ барои бисёр бемориҳои музмин асос гузошта шудааст. Вобаста аз ин, дар солҳои охир нисбат ба саломатии кӯдакони синну соли томактабӣ таваҷҷуҳ бештар зоҳир карда

мешавад. Маълумотҳо дар бораи беморшавӣ манзараи воқеии саломатии аҳолиро инъикос мекунанд ва имкорният медиҳад, ки барои беҳтар гардонидани саломатӣ дар миқёси умумидавлатӣ чораҳо андешида шаванд [2]. Тавре ки маълумотҳои оморӣ даҳсолаи охир нишон медиҳанд, миқдори кӯдаконе, ки аз бемориҳои дилу рағҳо озор мебининд зиёда аз 1,5 мароти ба афзудааст. Бисёре аз ин кӯдакон аз кӯдакӣ маъюб мебошанд. Дар робита аз ин бемориҳои дилу рағҳо дар синну соли кӯдаки проблемаи хеле ҷиддӣ ба шумор меравад. Айни замон барои ташҳиси каминвазивӣ ва иттилоотнокияш баланди кардиомиопатия ттабиқ намудани технологияҳои нав аҳамияти калон доранд: эхокардиографияи дил (ЭхоКГ) — ин усули махсуси таҳқиқоти ултрасадоӣ (ТУС) мебошад, ки аз таҳқиқоти кори дил дар вақти воқеӣ иборат аст. Аз ҷумла ҳангоми ТУС-и дил эхокардиография имконият медиҳад, ки ҷунин параметрҳои таҳлил карда шаванд: ҳолати бофтаҳои нарм, ғафсии девораҳои дил, ҳолати пешдилҳо, меъдачаҳо, клапанҳо ва дигар унсурҳои органикии дил; динамикаи ҳаракати моеъ дар даруни дил, мавзунии ритми кашишхӯрии мушакҳои дил. Азбаски ЭхоКГ ва ТУС — рағҳои дил дар дили ғаёл иҷро карда мешаванд, манзара дар вақти воқеӣ инъикос мешавад, ки ин потенциали васеи ташҳисиро медиҳад. Ғайр аз ин, усулҳои муосир имконият медиҳанд, ки имкониятҳои таҳқиқотҳои стандартӣ ултрасадоӣвасеъ карда шаванд [3].

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши сохтори бемориҳои кардиологӣ дар кӯдакон мувофиқи мурочиат ба табиби кардиолог — ташҳиси ултрасадоӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Бо ёрии барномаи компютерии бастаи «Microsoft Access», интихоб аз пойгоҳи маълумотҳои сабти муассисаи табобатӣ — профилактикӣ мувофиқи мурочиати кӯдакони 0-15-сола ба табиби кардиолог дар давраи солҳои 2018–2019 ташҳиси ултрасадоӣ иҷро карда шуд. Барномаи мазкур имконият дод, ки ҳисоботи умумӣ ба даст оварда шаванд, ки бо рақамҳои мутлақ ва фоиз ифода мешаванд, му-

қоисаи маълумотҳои ҳосилшуд дар динамика ба даст оварда шаванд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Маълумотҳои ба даст овардашуда нишон медиҳанд, ки: ҳамагӣ бо сабабҳои гуногун ба мутахассис 228 кӯдак мурочиат кардааст, дар байни онҳо бо бемории системаи дилу рағҳо 102 кӯдаки синну соли гуногун (44,7%), ҷинси мард 56,8% (58 кӯдак) ва ҷинси зан 43,2% (44 кӯдак) буданд. Бемории бештар дучоршавандаи системаи дилу рағҳо, ки аз хусуси он кӯдакон мурочиат кардаанд, инҳо сӯрохии кушодаи байзашакл, нуқсони байни меъдачаҳо, камтар девораҳои байни пешдилҳо, маҷрои кушодаи шарёӣ, баъзан ҳамзамон ду маҷро ва ғайра. Ҳамин тавр, муайян карда шуд, ки кӯдакони то яксола мурочиаткарда 26 (25,5%) духтар ва 42 (41,2%) писар буд, ки дар онҳо (мушакӣ, мембранозӣ ё аневризматики) нуқсони девораи байни меъдачаҳо то 11мм, нуқсони сӯрохии кушодаи байзашакл то 8 мм буданд, дар 8 (7,8%) духтарон ва 11 (10,8%) — писарҳо ҳамзамон ду беморӣ ба қайд гирифта шуд. Бо гузаштани синну сол миқдори кӯдаконе, ки аз хусуси нуқсони модарзодӣ дил ба табиб мурочиат кардаанд, ба таври назаррас кам шудааст. Ҷунончи, кӯдакони аз 1 то 3-сола 16 нафар (9духтар — 8,8% ва 7 писар — 8%) буданд, танҳо дар як кӯдак ду беморӣ дида шуд. Нуқсони девораи байни меъдачаҳо дар 12 кӯдак (11,7%), сӯрохии кушодаи байзашакл дар 3 ҳолат (2,9%) ва дар 2 кӯдак (1,9%) маҷрои кушодаи шарёӣ дида шуд. Бемории нисбатан ҷиддӣ дар кӯдакони аз 3-сола боло ба назар расид, дар 18 кӯдак — 17,6% (миқдори якхелаи духтарҳо ва писарҳо) ҳангоми таҳқиқот тетрадаи Фалло бо атрезияи шарёӣи шушҳо - 2 ҳолат, нуқсони девораи байни меъдачаҳо 25 мм бо дилататсияи қисмиҳои ростӣ дил — 2 ҳолат, нуқсони девораи байни пешдил— 25 мм, стенози клапани аорта, нуқсони клапани митралӣ.

Оқибатҳои физиологӣи аномалияҳои модарзодӣ, ки дар моҳи авали ҳаёт ба назар мерасанд, бо калон шудани синну соли кӯдак ин нуқсонҳо мумкин аст, ки нест шаванд, дар вақти таҳқиқотҳои такрорӣ ба назар намерасанд. Барои машварат ба на-



зди табиб-кардиолог барои таҳхис 126 кӯдак, 78 писар (61,9%) ва 48 духтар (38,1%) муроҷиат намуданд. Дар ҳамаи кӯдакон таҳқиқоти эхокардиографӣ гузаронида шуд, ки мақсади он тасдиқ кардани вучуд надоштани бемориҳои дилу рағҳо буд. Аз ҷиҳати синну сол кӯдакон чунин гурӯҳбандӣ карда шуданд: синну соли то 12-моҳа 33 писар (26,2%) ва 22 духтар (17,5%). Фосилаи синнусолии беморони муроҷиаткарда аз 1 то 3-сола – миқдори якхелаи писарон ва духтарон (15 – 11,9% ва 14 – 11,1%), аз 3-сола боло - 30 писар (23,8%) ва 12 духтар (9,5%) буд. Муайян карда шуд, ки дар 21 кӯдак (16,7%) дар яксолагӣ сӯроҳии кушодаи байзашакл пӯшида шуд. Бо шикоятҳо аз хусуси вучуд доштани шавшуви функционалӣ 32-кӯдак (25,3%) муроҷиат кардааст, таҳқиқот оид ба вучуд доштани бемориҳои дилу рағҳо дар заминаи баланд шудани ҳарорат дар 15 кӯдак (11,9%) гузаронида шуд. Кӯдакони дорои тағйиротҳои рахитии дастгоҳи таъяву ҳаракат 22 (17,5%) буданд, аз хусуси таҳқиқоти тиббии профилактикӣ 36 кӯдак (28,6%) муроҷиат кард.

**Хулосаҳо:** 1. Дар байни онҳое, ки барои машварат ба мутахассис муроҷиат кардаанд, нисфи кӯдакон бемории системаи дилу рағҳо (102 кӯдак - (44,7%) буданд, бештар (66,7%) дар синну соли то 12 –моҳагӣ ба мушоҳида расид, ки ин профилактикаи пуркуввати аввалияро, яъне дар ҷанин кам кардани хатари ВПР-ро талаб мекунад: беҳтар қардани ғизо дар тамоми давраи репродуктивӣ бо роҳи таъмин кардани таъминоти муносиб бо витаминҳо ва маъданҳо

(дар байни онҳо фолатҳо ва йод маъруфанд); беҳтар сохтани солимии соматикӣ занҳо (мубориза бар зидди инсулинрезистентнокӣ, профилактикаи диабет гестатсионӣ, кам кардани вазни барзиёди бадан ва ғайра); бартараф кардани сирояти дохилибатнӣ (аз ҷумла эмгузарогнӣ бар зидди вирус сурхакон).

2. Дар сохтори бемориҳои кардиологии синну соли кӯдакӣ нуқсонҳои девораи байни меъдаҷаҳо бартарӣ дорад - нуқсонҳои девораи байни меъдаҷаҳо дар духтарҳо 29 (28,4%) ва дар писарҳо 38 (37,2%), сӯроҳии кушодаи байзашакл 20 адад дар духтарҳо (19,6%) ва 27 адад (26,4%) дар писарҳо, дар ҳолатҳои нодир маҷрои кушодаи шарёнӣ, тетрадаи Фалло, маҷрои клапани митралӣ дида шуд. Мавҷуд будани дуто будани маҷро- нуқсонҳои девораи байни пешдилҳо ва сӯроҳии кушодаи байзашакл ё девораи байни меъдаҷаҳо ва маҷрои кушодаи шарёнӣ диққатҷалбкунанда буд.

3. Дар звенои яқум ҷойи муҳимро бояд профилактикаи дуҷумӣ бигирад, ки аз барвақт таҳхис ва пешгирӣ намудани протсесси ооризаҳои имконпазир иборат мебошад. Нақши асосиро дар сатҳи дуҷумӣ профилактикаи нуқсонҳои модарзодии инкишоф (НМИ) машваратҳои тиббӣ-генетикӣ ҷуфти ҳамсарони дорои хатари осебҳои генетикӣ ҷанин ташкил медиҳад.

Сатҳи сеҷумӣ профилактика низ муҳим аст, ки ба гузаронидани ҷорабиниҳои тиббӣ-реабилитатсионӣ ҷиҳати бартараф сохтани нуқсонҳои ҷанин ё оризаҳои онҳо равона шудааст.

### Адабиёт

1. Атамбаева Р.М., Мингазова Э.Н. Основные особенности заболеваемости детей и подростков Киргизской Республики / Р.М. Атамбаева, Э.Н.Мингазова // Современные проблемы науки и образования. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id-19173> – 2015. – № 2-1. Дата обращения: 13.08.2021.

2. Электронный ресурс, режим доступа: <https://odb.tomsk.ru/useful-information/articles-from-the-health-center/448-profilaktika-serdechno-sosudistykh-zabolevanij-u-detej-i-podrostkov>. Дата обращения: 20.08.2021.

Электронный ресурс, режим доступа: <https://gncipm.ru/articles/pacientam-articles/ehokardiografiya-serdcza.html>. Дата обращения: 20.08.2021.



## СТРУКТУРА КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ

**М.П.Носирова, М.Д.Ёдгорова**

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

**Аннотация.** В настоящей работе результаты представлены ретроспективного исследования структуры кардиологической патологии у детей по данным обращаемости к врачу кардиологу – ультразвуковой диагностики. Проведён анализ возрастно-

половой патологии сердечнососудистой системы пациентов детского возраста, выявлена структура врождённых пороков сердца.

**Ключевые слова:** врождённые пороки сердца, эхокардиография, дети.

## STRUCTURE OF CARDIOLOGICAL PATHOLOGY OF CHILDREN ACCORDING TO THE DATA OF APPEALABILITY

**M.P. Nosirova, M.J. Yodgorova**

Department of Family Medicine, SEI «TSMU named after Abuali Ibni Sino», Tajikistan

**Annotation.** This paper presents the results of retrospective study of the structure of cardiological pathology in children according to the data of cardiologist visits – ultrasound diagnostics. The analysis of the age-sex

pathology of the cardiovascular system of the pediatric patients, the structure of congenital heart defects was revealed.

**Keywords:** congenital heart defects, echocardiography, children.

**Носирова Матлуба Пулатовна** - н.и.т., дотсенти кафедраи тибби оилави МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”,

**Носирова Матлуба Пулатовна** - к.м.н., доцент кафедры семейной медицины ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”,

**Nosirova Matlyuba Pulatovna** - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Family Medicine No. 2, State Educational Institution “TSMU named after Abuali ibni Sino”.



## ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

### ИРТИБОТИ МУТАҚОБИЛАИ СТРЕССИ ОКСИДӢ БО ҲОЛАТҲОИ МЕМБРАНАҲО ВА НИШОНДИҲАНДАҲОИ ЭНДОТЕЛИЯ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ СИЛИ ШУШҲО

Носирҷонова Х.Р.

Кафедраи биохимияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Мухиммият.** Ҳолати мембранаҳои биологӣ яке аз омилҳои муҳимми танзими гомостаз ва таъмини протсессҳои биохимиявӣ ва физиологӣ дар организм ба ҳисоб меравад. Ба сифати модели ҳуҷайравӣ барои таҳқиқот дар сатҳи мембрана эритроцитҳоро истифода мекунам, зеро маълумот дар бораи тағйироти гузаронандагии мембранаи эритроцитҳоро метавон ҳамчун нишондиҳандаи гузаронандагии ҳуҷайравӣ ва ҳолати организм дар маҷмӯъ баррасӣ карда шавад [1].

Ихтилоли гузаронандагии мембранаҳо аз интенсификасияи оксиди озоду радикалии сохторҳои липидии мембрана иборат мебошад, ки дар натиҷаи маҳв шудани муҳофизати антиоксидантии ферментии эритроцитҳо ба вучуд меоянд. Ҳамчунин метавонанд, ки бо фаъолноқшавии фосфолипидҳои  $A_2$  алоқаманд бошад, ки фаъолноқии барзиёди он боиси гидролизи барзиёди фосфолипидҳои мембранаҳо ва дар мембранаҳо ҷамъ шудани кислотаҳои ҷарбии лизоҳосилшавӣ озод мешавад. Ҳардуи ин амалҳо метавонанд, ки ба афзудани гузаронандагии мембранаҳо оварда расонанд [2,3] ба

Тағйироти гузаронандагии мембрана боиси фаъолноқ шудани ферментҳо ва таҷзияи моддаҳои гуногун мегарданд. Ионҳои водородии ионҳо ҷамъ мешаванд, муҳтавои ҳуҷайраҳо турш мешаванд, ки ин боз ҳам бо дараҷаи баландтар вайрон турш – мубодилаи обу электролитӣ, гузаронандагии мембранаҳо оварда мерасонад. Паст шудани резистентноқии эритроцитҳо дар чунин шароит ба шиддат гирифтани гемолиз оварда мерасонад [4].

Сили шушҳо дар тамоми дунё дар бисёр ҳолатҳо боиси марг аз бемориҳои сироятӣ маҳсуб мешавад, зеро барангезандаи беморӣ-микобактерияи сил боз ҳам устувор-

тар шуда истодааст, дар муқобили таъсиррасонии воситаҳои мавҷудаи дарунӣ бинобар набудани самараноқии табобат. Ҳамчунин интиҳоб ва зиндамонии микобактерияҳои мутагенӣ, хамроҳ бо устуворӣ нисбат ба оғентҳои антибактериалӣ, ҳангоми таъсиррасонии ПТП низ таъсир мерасонанд [5,6].

Муқаррар карда шудааст, ки осебпазири бофтаи бронху шушҳо бо қувваи баланди потенциалии системаи прооксидантӣ, зарфияти ками буферии системаи антиоксидантӣ иртибот дорад, ки онҳо асосан бо тамоси доимӣ ва бевоситаи оксиген алоқаманди доранд [7, 8].

Маҳсулоти оксидшавии перексид ба фосфолипидҳои мембранаҳо таъсири токсикӣ мерасонанд, ки осеби онҳо ба ҳама функцияҳои мембранагузаронандагӣ, интиқоли фаъоли ионҳо ва метаболитҳо таъсири манфӣ мерасонанд [2,4,9].

Ин проблемаҳо таҳқиқоти ҳолати мембранаҳо дар иртиботи мутақобила бо хусусиятҳои ПОЛ/АОС ва дар маҷмӯъ аҳамияти протсесси субҳуҷайравии илтиҳобӣ ва функцияҳои эндотелӣ рағҳои хунбар дар беморони дорои самараноқии гуногуни табобати зиддисилӣ талаб карда мешавад.

**Мақсади таҳқиқот:** омузиши иртиботи мутақобилаи ОС ҳолати биомембранаҳо бо нишондиҳандаҳои дисфункцияи эндотел дар беморони дорои ТБ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ҳамагӣ 60-бемори дорои сили шушҳо, синну соли 19-63 – сола, ки дар Маркази миллии сили ҶТ тахти муолиҷа қарор доштанд, таҳқиқ шудаанд.

Ҳосияти асосии микробиологии микобактерияҳои сил (МБС) – патогенияти онҳо мебошад, бо вирулентноқӣ (токсикӣ) зоҳир мешаванд, ин аз суръати аф-

зоиши онҳо, дараҷаи устувории онҳо ба омилҳои муҳити берунӣ, ва суръати ба даст овардани мутатсия вобаста аст [6, 10].

Вобаста аз ин, беморон бо назардошти МБС бо доруҳои зиддисилӣ ҳассосият доштан, ба ду гурӯҳ ҷудо карда шудаанд: шакли сили ба доруҳо устувор – 28 (46,7%) - и доруҳискунанда – 32 (53,3%). Мардҳо 30 нафар (50%), занҳо (50%).

Гурӯҳи назорати аз 30 шахси солим иборат буд, ки аз ҷиҳати синну сол ва ҷинс муқоисашаванда буд.

Оид ба оксидшавии озоди радикалӣ аз рӯи дар зардоби хун мавҷуд будани шаклҳои фаъоли оксиген, мувофиқи муҳтавои диалдегиди малоновӣ ва аз рӯи фаъолнокии антиоксидантӣ ферменти супероксиддисмутаза хулосабарорӣ карда шуд.

Қобилияти сарбсионӣ (чаббиш) аз рӯи дараҷаи ҷазб шудани рангунанда (кабудӣ метилинӣ) массаи эритроцитарӣ муайян карда шуд.

Коркарди омории мавод бо ёрии бастаи муқоисавии «Statistica 10,0» гузаронида шуд. Баланд бардоштани қобилияти сарбсионии эритроцитҳо ҳамчун индикатори осеби мембрана баррасӣ карда шуд [11]. Хусусияти омории тақсимбандии бузургҳои таҳлилшаванда бо истифода аз меёри  $\chi^2$ -и пирсҳои баҳогузори карда шуд. Барои баҳогузори кардан ба фарқияти байни гуруҳҳо аз усули U-критерияи Манн-Уитни истифода карда шуд.

**Натиҷаҳои ва баррасии онҳо.** Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар зардоби хуни беморони идорой МЛУ-ТБ муҳтавои АФК аз 33,5%, МДА 2,7 маротиба баланд аст, фаъолнокии СОД тақрибан 2 маротиба нисбат ба маълумотҳои назоратӣ кам шудааст.

Дар зардоби хуни беморони гирифтори МЛЧ/ТБ муҳтавои АФК то 17,1% баланд шудааст, МДА зиёда аз 2,0 маротиба ҳангоми паст шудани фаъолнокии СОД то 29,0% дар муқоиса бо маълумотҳои назоратӣ ба назар мерасад (ҷадвали 1).

### Ҷадвали 1. – Нишондиҳандаҳои ПОЛ ва АОС дар хуни беморони дорой сили шушҳо.

| Нишондиҳандаи гурӯҳ | Назоратӣ (n=30) | МЛУ/ТБ | ЗМЛН/ТБ | P <sub>2-3</sub> |
|---------------------|-----------------|--------|---------|------------------|
| АФК (ммол/л)        |                 | N 18   | n=32    |                  |
| МДА (мкмол/л)       |                 |        |         |                  |
| СОД (воҳ./мл)       |                 |        |         |                  |

Эзоҳ: Р-аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ: P<sub>2-3</sub> – фарқият байни МЛУ ва МЛЧ ТБ (тибқи U-критерияи Манн-Уитни).

Дар зардоби хун ҷамъ шудани АФК ва МДА аз инкишофи стресси оксидӣ гувоҳӣ медиҳанд. Стресси оксидантӣ барои инкишоф кардани протесси иммуниву илтиҳобӣ дар роҳи нафаскашӣ мусоидат намуна, экспрессияи генҳо-ситокинҳо ба вуҷуд меорад, ки онҳо дар навбати худ барои вайрон шудани таносуби оксидантҳо/антиоксидантҳо, ки ҳуҷайраҳои илтиҳобро фаъол месозанд, оварда меравонанд [11, 12, 13].

Липидҳо дар шушҳо функцияи омилҳои сатҳи фаъол, танзими таносуби вентилатсия, перфузия, ҳамчунин секретсияи сурфактант, сохтори асосии ин узвро иҷро мекунаманд [14].

Дар натиҷаи осебҳои илтиҳобии бофтаҳои шушҳо агрегатсияи фаъоли тромбоцитҳо ба эндотелии рағҳоро бо иштироки омили Виллебрад таҳти таъсири гипоксемия, омили бофтавии тромбопластин ва коллаген [15,16] ба вуҷуд меорад.

Таҳлили натиҷаҳои таҳқиқоти ҳолати эдотели рағҳо хеле баланд шудани муҳтавои СРБ-ро дар зардобихуни беморони гирифтори МЛУ/ТБ то 37,7±0,14 назар ба бемории дорой МЛЧ/ТБ (28,1±0,04)-ро нишон дод.

Сатҳи омили Виллибранд дар беморони дорой МЛУ/ТБ то 36,6% (130,7±2,9) баланд мешавад, дар беморони дорой МЛЧ/ТБ тамоюли пастшавӣ (93,9±2,8) ба мҷшоҳида расид (ҷадвали 2).



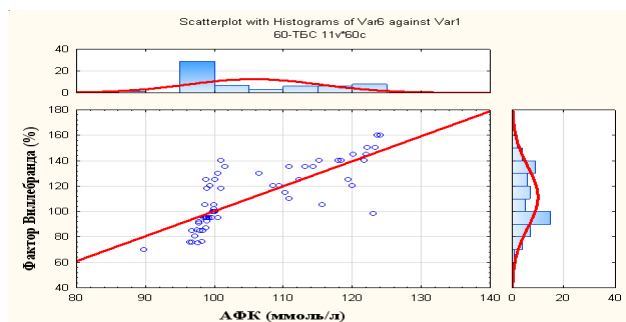
## Ҷадвали 2. – Нишондиҳандаҳои ҳолати эндотелии рағҳои хушбар дар беморони дорои сили шушҳо.

| Нишондиҳанда         | Гурӯҳи назоратӣ<br>n=30 | МЛУ/ТБ<br>n=28 | МЛЧ/ТБ<br>n=32 | p     |
|----------------------|-------------------------|----------------|----------------|-------|
| Фибриноген (г/л)     | 2,6±0,08                | 4,58±0,2       | 3,65±0,11      | <0,05 |
| СРБ (мг/л)           | 2,09±0,1                | 37,7±0,14      | 28,1±0,04      | <0,05 |
| Омили Виллебранд (%) | 95,7±2,3                | 130,7±2,9      | 93,9±2,8       | <0,05 |

Эзоҳ Р-аҳамияти омории фарқияти фибриноген дар байни беморони гуруҳҳо (мувофиқи ANOVA- Крускала-Уоллис).

Муқаррар карда шудааст, ки муҳтавои фибриноген дар беморони дорои МЛЧ/ТБ то 76,15%, дар беморони дорои МЛЧ/ТБ то 40,4% дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ баланд шудааст.

Дар расми 1 иртиботи пурқуввати якта-рафаи АФК бо ФВ ( $r=0,9$ ) инъикос ёфтааст, дар маҷмӯъ, аҳамияти стресси оксидантӣ дар инкишофи дисфункияи эндотел дар беморони дорои сили шуш инъикос ёфтааст.



Дар чараёни сили шушҳо синдроми воқуниши системавии илтиҳобӣ зоҳир мегардад, ки бо баланд шудани ғализати сафедаҳо дар зардоб дар фазаи шадид намоён мешавад, онҳо ба ҳосилшавии медиаторҳои илтиҳоб оварда мерасонанд, ки ба девораи рағҳо таъсир мерасонанд ва боиси фаъолноки шудани эндотел, спазми онҳо, пайдо шудани инфилтратсияи липоидӣ, ҳосил шудани микротролебҳо ва вайроншавии микросиркулятсияи хун мегардад.

Дар байни усулҳои биохимиявии таҳқиқоти функияҳои мембранаҳо усулҳои муайян кардани қобилияти сорбсионии эритроцитҳо ва гузаронандагии мембранаҳои эритроцитӣ ҳангоми бемориҳои гуногун нисбатан хубтар омӯхта шудаанд ва дастрасанд.

Ҳангоми таъсиррасонии омилҳои берунӣ ва дарунӣ ба мембранаи эритроцитҳо қобилияти сорбсионии онҳо меафзояд.

Таҳлили натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронандагии мембранаҳои эритроцитӣ дар гурӯҳҳои муқоисавӣ бо нишондодҳои гурӯҳи назоратӣ хеле баланд шудани аз 1 то 6 намуна дар ҳамаи гурӯҳҳо нишон дод.

Мувофиқи натиҷаи таҳлили гемализи эритроцитҳо дар гурӯҳи назоратӣ 38,2%, дар беморони дорои МЛЧ/ТБ – 52,0%, дар беморони дорои МЛУ/ТБ гемолиз 80,5%-ро ташкил дод.

Таҳлили натиҷаҳои таҳқиқоти қобилияти сорбсионии эритроцитҳо нишон дод, ки ҷазби кабудӣ метилени массаи эритроцитӣ дар беморони дорои МЛУ / ТБ то 29,4% ( $39,5\pm0,5\%$ ;  $51,1\pm0,5\%$ ) ва дар беморони дорои МЛЧ/ТБ то 7% ( $39,5\pm0,5\%$ ;  $42,1\pm0,7\%$ ) дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ баланд аст.

Ҳангоми омӯзиши иртиботи мутақобилаи ҳолати биомембранаҳо, нишондиҳандаҳои системаҳои прова антиоксидантӣ дар гурӯҳҳои беморони дорои МЛЧ/ТБ ( $r=0,58938$ ;  $p<0,05$ ) иртиботи мутақобиладоранд, зеро бо МЛУ/ТБ иртиботи зичтарро касб карданд ( $r=0,6507$ ;  $p<0,05$ ).

Ин аз стресси оксидии ҳангоми бемории сил рукдиҳанда гувоҳӣ медиҳад, ки онро қувват гирифтани оксидшавии озоду радикалӣ, протесси фаъоли ПОЛ ва вайрон шудани системаи антиоксидантӣ, ба вучуд омадани маҳсулоти токсини мембранаҳо осебдиҳанда ҳамроҳӣ мекунанд.

Нишондиҳандаҳои гузаронандагии мембранаҳои эритроцитӣ ва қобилияти ҷаббандагии онҳо ихтилоли сохторӣ функционалиро инъикос мекунанд ва метавонанд, ки аз вазнинии таъсироти нохуби гипоксия, дигар ҳолатҳои патологӣ гувоҳӣ диҳанд ва дар бештари мавридҳо ҳамчун нишондиҳандаи возеҳии интоксикацияи эндогенӣ баррасӣ карда шаванд.

**Хулоса**, дар беморони гирифтори бемории сили шушҳо дар натиҷаи стресси оксидантӣ маҳсулоти токсикӣ ба вучудода ба эндотелҳои рағҳои хунбар осеб мерасонанд, мембранаро иллатнок месозанд, онҳо ба ҳама

функсияҳои мембранаҳо – бузург шудани гузаронандагӣ ва қобилияти сорбсионии эритроцитҳо таъсири манфӣ мерасонад, онҳо бештар дар беморони мубтало башаклҳои дору устувори сил возеҳтар ба назар мерасанд.

### АДАБИЁТ

1. Аршинникова//Крымский терапевтический журнал-2007, Т.2-№2, с.103-106..
2. Барабаш Р.А. Морфологическая характеристика клеточно-тканевых реакций при туберкулезной инфекции, вызванной лекарственно-устойчивыми штаммами / Р.А.Барабаш, И.Ю.Макаров// Бюллетень. Амурская государственная медицинская академия.- №67.- 2018.- С.93-101.
3. Боровская М.К. Структурно-функциональная характеристика мембраны эритроцита и ее изменения при патологиях разного генеза. / М.К.Боровская, Э.Э. Кузнецова, В.Г. Горохова// Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.-2010.-№3(73).- С.334-351
4. Вишневский Б.И. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза лёгких /Б.И.-Вишневский// Ж.Медицинский альянс.- 2017.- №1.- С.29-35.
5. Каминская Г.О. Туберкулёз и обмен липидов /Г. О. Каминская, Р. Ю. Абдуллаев// ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулёза лёгких». Туберкулёз и болезни лёгких.- 2016.-№ 6(94).- С.53-63.
6. Муравлёва, Л.Е. Физико-химические свойства эритроцитов у больных с ХОБЛ различной формы и степени тяжести /Л.Е. Муравлёва, В.Б. Молотов-Лучанский, Д.А. Клюев и др. // Совр. проблемы науки и образования. – 2013., № 5, с. 72-8.
7. Мойсеенко В.А. Показатель проницаемости эритроцитарных мембран в оценке функционального состояния организма/ В.А. Мойсеенко, Л.И. Антоненко, Л.Л.
8. Исмаилов К.И. Антиоксидантная защита и особенности перекисного окисления липидов при бронхиальной астме у детей / К.И. Исмаилов, А.М. Сабурова, М.М. Шарипова// Вестник Авиценны.-2017.-№1.-С.73-77.
9. Мухомедзянова С.В. Липиды биологических мембран в норме и патологии/ С.В. Мухомедзянова, Ю.И. Пивоваров, О.В.Богданова// Acta biomedica scientific.- 2017.- 5(2), часть 1.- С.-43-49.
10. Casali N. Evolution and Transmission of Drug-Resistant Tuberculosis in a Russian Population /N. Casali, V. Nikolayevskyy Y. Balabanova S. R Harris// Nat Genet.- 2014.- 46 (3).- P.279-86.
11. Муравлёва, Л.Е. Физико-химические свойства эритроцитов у больных с ХОБЛ различной формы и степени тяжести /Л.Е. Муравлёва, В.Б. Молотов-Лучанский, Д.А. Клюев и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2013., № 5, с. 72-81.
12. Соодаева С.К. Механизмы развития оксидативного стресса под воздействием аэрополлютантов окружающей среды: потенциал средств антиоксидантной защиты. / С.К Соодаева, Л.Ю. Никитина, И.А Климанов // Пульмонология-2015,6,с.736-742.
- 13.Насырджонова Х.Р. Роль биохимических анализов в верификации активности туберкулёза лёгких/ Х.Р. Насырджонова, А.М.Сабурова, У.Ю.Сирожидинова, М.С.Махсудова// Вестник Авиценны-2018.- Т20,№2-3,с.261-265.
14. Каминская Г.О. Участие системы гемостаза в формировании синдрома системного воспалительного ответа у больных туберкулезом легких/Г.О. Каминская, Е.В.Мартынова, Б.А. Серебряная, Р.Ю. Абдуллаев, О.Г.Комиссарова//Туберкулёз и болезни лёгких- 2011.- №2.- С.52-58.
15. Мамаева М.Г. Маркеры системного воспаления и эндотелиальной дисфункции у больных хронической обструктивной болезнью лёгких / М.Г. Мамаева, И.В. Демко, Я.И. Вериги// Сибирское медицинское обозрение.- 2014.- №1.- С.12-19.
16. Wagner D.D. Platelets in inflammation and thrombosis / D.D. Wagner, P.C. Burger // Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.- 2003.-V.23.- P.2131-2140.



## ВЗАИМОСВЯЗЬ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА С СОСТОЯНИЕМ БИОМЕМБРАН И ПОКАЗАТЕЛЯМИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЁГКИХ

Х.Р. Насырджанова

Кафедра биохимии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

**Цель:** Изучение взаимосвязи окислительного стресса, состояния биомембран с показателями дисфункции эндотелия у больных туберкулёзом лёгких

**Актуальность.** Исследовано две группы больных: 28- с лекарственно-устойчивой формой туберкулёза лёгких (МЛУ/ТБ) и 32 больных с лекарственно-чувствительной формой туберкулёза (МЛЧ/ТБ), в возрасте от 19 до 63 лет.

На основании биохимических анализов крови данных больных установлена интенсификация свободно-радикального окисления (повышение содержания активной формы кислоты, малонового диальдегида, снижение активности супероксиддисмутазы).

Окислительный стресс у больных с туберкулёзом лёгких сопровождается развитием

синдрома системного воспалительного ответа, что приводит к нарушению метаболической активности сосудистого эндотелия, сопровождающегося повышением в сыворотке крови содержания С-реактивного белка, фибриногена, фактора Виллебранда. Повышение сорбционной способности эритроцитов, обусловленное нарушением функционального состояния мембран эритроцитов, способствует персистированию возбудителей воспалительного процесса, усиливающий эндогенную интоксикацию и развитие лекарственной устойчивости у больных туберкулёзом легких.

**Ключевые слова:** туберкулёз лёгких, окислительный стресс, СРБ, фибриноген, ФВ, ПЭМ, ССЭ.

## THE RELATIONSHIP OF OXIDATIVE STRESS WITH THE STATE OF BIOMEMBRANES AND INDICATORS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

Kh.R. Nasirjanova

Department of Biochemistry, SEI "Avicenna Tajik State Medical University"

**Objective:** To study the relationship of oxidative stress, the state of biomembranes with indicators of endothelial dysfunction in patients with pulmonary tuberculosis

**Relevance.** Two groups of patients were studied: 28 - with drug-resistant form of pulmonary tuberculosis (MDR / TB) and 32 patients with drug-sensitive form of tuberculosis (MDR / TB), aged 19 to 63 years.

On the basis of biochemical blood tests of these patients, an intensification of free radical oxidation was established (increasing the content of active form of oxygen, malondialdehyde, a decrease in the activity of superoxide dismutase).

Oxidative stress in patients with pulmonary tuberculosis is accompanied by the

development of a systemic inflammatory response syndrome, which leads to a disruption in the metabolic activity of the vascular endothelium, accompanied by an increase in the serum content of C-reactive protein, fibrinogen, von Willebrand factor.

An increase in the sorption capacity of erythrocytes, due to a violation of the functional state of erythrocyte membranes, contributes to the persistence of pathogens of the inflammatory process, increasing endogenous intoxication and the development of drug resistance in patients with pulmonary tuberculosis.

**Key words:** pulmonary tuberculosis, oxidative stress, CRP, fibrinogen, WF, PEM, SCE.

**Носирҷонова Хурсанд Раҳимовна**- муаллими калон, унвонҷӯи кафедраи биохимияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Тел.919-69-05-79 E-mail n\_hursand@mail.ru

**Насырджанова Хурсанд Раҳимовна** - старший преподаватель, соискатель кафедры биохимии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Тел.919-69-05-79 E-mail n\_hursand@mail.ru

**Nasirjanova Khursand Rakhimovna** - Senior lecturer, Applicant for the Department of Biochemistry, SEI «Avicenna Tajik State Medical University», Tel. 919-69-05-79. E-mail: n\_hursand@mail.ru

## ТАҒЙИРЁБИИ БАЪЗЕ НИШОНДИХАНДАҶОИ АНТРОПОМЕТРИИ ДОНИШҚҶҶҶН ҲАНГОМИ НИКОҶИ ХЕШУТАБОРИИ ПАДАРУ МОДАР

Ҳомидҷонова Ҳ.Д.

Кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетикаи (мудирӣ кафедра н.и.б., дотсент  
Холбеғов М.Ё) МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

**Муҳиммияти мавзӯ.** Солҳои охир баъзе муҳаққиқон бештар ба бемориҳои ирсӣ таваҷҷуҳ зоҳир карда, ба нақши никоҳи хешутаборӣ дар пайдошавии ин намуди бемориҳо диққат медиҳанд.

Бори генетикии ҳар як шахсро аз 3 то 10 гени аномалӣ мекашонанд, ки ҳангоми алоқаи чинсӣ бо шарикӣ баррандаи чунин ген кӯдак бо норасогиҳои дараҷаҳои гуногун тавлид мешавад. Эҳтимолияти басомади азхудкунии генҳои аномалӣ агар ба 1:10 баробар бошад, он дар ҳолати никоҳи хешутаборӣ ба 1:8 баробар мешавад. Ҳангоми никоҳи хешутаборӣ бори генетикӣ афзун шуда, генҳои ретсесивие, ки бештари онҳо генҳои аномалӣ мебошанд, ғаёл мебаранд ва аломатҳоро дар шакли нуқсон ва норасогиҳо зоҳир мекунанд.

Агар волидон никоҳи хешутабордошта, ҳар ду дорои ягон нуқсони модарзодӣ ё бемории ирсӣ бошанд эҳтимолияти ба ин беморӣ гирифтӣ шудани фарзандони онҳо то ба 40% баробар аст;

Агар яке гирифтӣ ин беморӣ бошад, эҳтимолияти ба ин беморӣ гирифтӣ шудани фарзандон то ба 10-20% баробар аст.

Агар ҳарду волидон солим бошанд, эҳтимолияти ба ин беморӣ гирифтӣ гардидаи фарзандон то ба 5-10% баробар мебошад.

Аз ин ҷо хулоса баровардан мумкин аст, ки бемориҳои ирсӣ аз дараҷаи гуногуни бемориҳои хешовандон вобастагӣ дорад. Яъне ҳар қадар миқдори генҳои монанд дар ге-

нотип бисёр бошад, зоҳиршавии беморӣ ҳамон қадар бештар мешавад ва баръакс, бо кам шудани ин генҳо дараҷаи беморӣ паст мегардад. Яъне, бемориҳои генетикӣ бемории ирсӣ буда, дар ҳолати издивоҷи хешутаборӣ метавонад боиси таваллуди тифли носолим гардад ва он метавонад ҳатто боиси дар оянда аз байн рафтани як авлоди солим гардад.

Оқибати нохуши никоҳи хешутаборӣ дар он аст, ки духтару писаре, ки меҳонад оила барпо кунанд, ҳарчанд зоҳиран солиманд, лекин дар вучудашон генҳои ретсесивии (Аа) - барандаи беморӣ ҷойгиранд ва эҳтимолияти таваллуд шудани навзоди нуқсондор дар онҳо нисбат ба никоҳи дур 25% бештар мебошад.

Барои никоҳи хешовандони наздик бемориҳои мултифакторие хос мебошад, ки дар асоси монандии генҳо ҳангоми ғаёлшавии омилҳои муфиди муҳити атроф мушоҳида мешавад [5].

Коэффитсиенти хешовандӣ (индридинг) ин як миқдори хешовандӣ мебошад, ки барои арзёбии муносибати байни волидон пешбинӣ шудааст, гарчанде ки онро насл ҳисоб мекунад. [8].

Дар кӯдаконе, ки аз издивоҷҳои бо ҳам наздики хешутаборӣ таваллуд шудаанд, фоизи баланди мушкilotи невропсихологӣ мушоҳида мешавад [10]

Омӯзиши намуди зоҳирии одам ба нишондоди вақт ниёз дорад, зеро хусусиятҳои сохти бадани ҳар як шахс ин нишондиҳан-



даи инкишофи ҷисмонӣ ва ҷинсии ӯ мебошад. Олимон кӯшиш мекунанд, ки бадани инсонро бо истифодаи усулҳои гуногун аз ҳар ҷиҳат таснифот карда омӯзанд [12]. Аммо то ҳанӯз камбудии асосии усулҳои мавҷуда, аз набудани муносибати ҳамачониба дар муайян кардани шакли баданро нишон медиҳад.

Издивочи хешовандӣ тақрибан дар 20% аҳолии кураи замин мушоҳида мегардад. Дар як қатор кишварҳои интиҳоби ҳамсар аз рӯи анъана на танҳо тасмими ҳамсарон, балки инчунин оила ё қабилаи оилавӣ мебошад. [14].

Антропологҳо кайҳо ба мувофиқа расидаанд, ки дастоварди асосии издивочи хешовандӣ ба мерос гирифтани сохтори хоси оила (хусусиятҳои хоси тафаккур) ва моликӣ мебошад; сабабҳои муҳимтарин ва асосии издивочи хешутаборӣ ҳам дар Осиёи Ҷанубӣ ва ҳам дар Ховари Миёна хусусиятҳои иҷтимоӣ ва фарҳангӣ мебошанд [15,16].

Ба ҳар як шахс хусусиятҳои мубодилаи моддаҳо, ҳолати гормонӣ ва иммунологӣ, намуди реаксияҳои асабии хос мавҷуд аст.

Солимии ҷамъият ин боигарии давлат ва ҷомеа мебошад. Фарзанди бемор ба ҷомеа мушкilotи зиёдеро ба вуҷуд меорад. Аз ин лиҳоз шахсе, ки издивоч мекунад, аввал ҷиҳатҳои муҳими ин масъаларо бояд таҳлил ва андеша намояд. Аз рӯи маълумотномаҳо сабабҳои бештари маъҷубӣ ва фавти қудаконро никоҳи хешутаборӣ ташкил мекунанд.

Ҳадаф аз таҳлили адабиёти муосири илмӣ пешниҳоди таъсири издивочҳои хешутаборӣ ба инкишофи инсон мебошад.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Таҳқиқот ба таври ихтиёрӣ бо 200 нафар донишҷӯ, ки аз онҳо 100 нафарашон аз никоҳи хешутабории падару модар (50-нафар духтар ва 50 нафар писар (гурӯҳи омӯзишӣ) ва 100 нафари дигар аз никоҳи дури падару модар (50-нафар духтар ва 50 нафар писар (гурӯҳи назоратӣ) таваллуд шуда буданд, гузаронида шуд. Синну соли миёнаи писарони тадқиқшаванда  $18,8 \pm 1,4$  ва духтарон бошад  $18,2 \pm 1,2$  солро ташкил дод.

Барои омӯзиши нишондиҳандаҳои антропометрии аз усули А. Е. Хомутов [12]. исти-

фода шудааст. Барои чен кардани андозаҳои бадан аз асбобҳои тарозӯ, лентай ченакдор, паргори ғафсиченкунанда истифода бурда шуд. Дарозии қад (дар ҳолати истода), андозаи сар, қафаси сина, андозаи дарозруя ва кундаланги сар ва вазни бадан (бо дақиқии 0,1 кг) чен карда шуд.

Барои муайян кардани вазни бадан, аз тарозӯи электронии тиббии тамғаи VEM-150 истифода карда шуд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Таҳқиқоти нишондиҳандаҳои антропометрии донишҷӯёни аз никоҳи дур таваллудшуда нишон дод, ки бузургии миёнаи вазни бадани писарон нисбат ба духтарон то 10,7кг, дарозии қад то 14,25 см, андозаи сар то 2,9 см ва андозаи қафаси сина то 10 см зиёдтар аст. Натиҷаҳои тадқиқоти шакли бадан ва нишондиҳандаҳои антропометрии писарон ва духтарони аз никоҳи хешутабории падару модар таваллудшуда дар муқоиса бо писарон ва духтарони аз никоҳи дури падару модар таваллудшуда фарқияти назаррасро нишон дод. Дар писарони аз никоҳи хешутаборӣ таваллудшуда нишондиҳандаҳои баланди бузургии миёнаи арифметикуи вазни бадан то ба 69,5кг баробар аст, ки ин аз нишондиҳандаҳои аз писарони аз никоҳи дур таваллудшуда то 6,3 кг зиёдтар ба назар мерасад.

Инчунин, писарони қадбаланд дар миёни писарони аз никоҳи дур таваллудшуда (185 см), аммо писарони қадпаст дар миёни писарони аз никоҳи хешутаборӣ (183,5см) таваллудшуда бештар мушоҳида мешаванд. Дар ҳамаи духтарон ҳамчунин шакли сари брахисефаликӣ (100%), аксар вақт сохти қафаси синаи танг ва сохти бадани сусти инкишофёфта ба қайд гирифта шуд. Бузургии миёнаи арифметикуи вазни бадан дар ҳамаи духтарон ба ҳам монанд буда, вазни бадани максималӣ дар байни духтарони аз никоҳи дур таваллудшуда ва вазни бадани минималӣ дар байни духтарони никоҳи хешутаборӣ таваллудшуда мушоҳида карда шуд.

Дар ҷараёни тадқиқоти нишондиҳандаҳои антропометрии, маълум гардид, ки дар писарони аз никоҳи дури падару модар та-

### Чадвали-1. Нишондиҳандаҳои бадани донишҷӯёни аз никоҳи дур таваллудшуда. (n=100).

| Бузургӣ | НИШОНДИҲАНДАҲОИ ПИСАРОН (N=50)  |          |                  |                          |
|---------|---------------------------------|----------|------------------|--------------------------|
|         | Вазни бадан (кг)                | Қад (см) | Андозаи сар (см) | Андозаи кафаси сина (см) |
| М       | 61                              | 174.25   | 55.04            | 84.37                    |
|         | 61,2                            | 173.7    | 55.3             | 85.6                     |
| Мах     | 82                              | 184      | 59               | 92                       |
|         | 83                              | 185      | 60               | 93.6                     |
| Min     | 46                              | 166      | 51               | 73                       |
|         | 47                              | 164      | 52               | 74.6                     |
| Бузургӣ | НИШОНДИҲАНДАҲОИ ДУХТАРОН (N=50) |          |                  |                          |
|         | Вазни бадан (кг)                | Қад (см) | Андозаи сар (см) | Андозаи кафаси сина (см) |
| М       | 52                              | 158,85   | 52,52            | 74                       |
|         | 54                              | 159      | 52.8             | 75                       |
| Мах     | 69                              | 169      | 57               | 89                       |
|         | 71                              | 170      | 57.8             | 90                       |
| Min     | 45                              | 147      | 51               | 65                       |
|         | 46,5                            | 148      | 51.7             | 66                       |

валлудшуда дар муқоиса ба писароне, ки аз никоҳи хешовандии падару модар таваллудшудаанд, кафаси синаи муътадил дошта то 12% зиёд ва сохтори бадани муътадил инкишофёфта то 5,6% зиёдтар мушоҳида мешаванд. Дар ҳама қариб шакли сари брахисефали (сарикӯтоҳ, саривасеъ-мутаносибан шакли сари кӯтоҳ ва васеи ба давра наздик), мушоҳида гардид.

**Хулоса.** Аз 1 июли соли 2016 дар Тоҷикистон никоҳи хешутаборӣ қонунан манъ карда шуда, муоинаи тиббӣ барои ҷавононе, ки издивоҷ мекунанд, ҳатмӣ гардид. Яъне, аз ин баъд ҷавононе, ки бо ҳам хеши назди-

канд, ба мисли духтархолаю писархола, духтари амаку писариамак, духтари тағо, наметавонанд издивоҷ кунанд. Ҳадафи асосии қонунро асосан кам кардани шумораи кӯдакони маъҷуб, ки аксари онҳо дар натиҷаи никоҳи хешутаборӣ ба дунё меоянд, бояд доништа шавад.

Барои пешгирӣ ва нигоҳ доштани солимии генофонди миллат зарур аст, ки дар тамоми манотиқи кишвар тарғиботу ташвиқотҳо ва машварати тиббӣ-генетикӣ ташкил карда шавад, то ки мардум аз оқибатҳои ногувори никоҳи хешутаборӣ огоҳӣ пайдо кунанд.

### АДАБИЁТ:

1. Бободжонова О.Б.. Родственный брак как медико-социальная проблема.-/О.Б. Бободжонова, Ф.М Абдурахманова // Журнал. Есо - vector. - Том 28, № 2 (2020).
- 2.Иванов А.Г. Медико-социальные подходы к совершенствованию репродуктивного потенциала современной молодежи /А.Г. Иванов // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2004. №3-4. С. 105-107.
3. Московкина А.Г. Клинико-генетические основы детской дефектологии. /А.Г. Московкина, Н.И. Орлова, В.И Селиверстов.// М.: ГИЦ ВЛАДОС; 2015.
- 4.Панфилова Т.Н., Семья как объект современной демографической политики / Т.Н. Панфилова, О.В Медведева // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2009. Т. 17, №2. С. 67-70.
5. Хомутов А. Б.Антропология. Ростов на Дону. / А. Б. Хомутов. -Феникс, изд.3-е, 2004. (Серия «Высшее образование») -384 с.
6. Bellad M.B., Consanguinity, prematurity, birth weight and pregnancy loss: a prospective cohort study at four primary health center areas of Karnataka, India / M.B. Bellad, et al //.- Journal of Perinatology. 2012. Vol. 32. P. 431-437.
- 7.Gunaid A.A., Consanguineous marriage in the capital city Sana'a, Yemen /A.A. Gunaid, N.A. Hummad, K.A. Tamim //.- Journal of Biosocial Science. 2004. Vol. 36, №1. P. 111-121.



## «ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У СТУДЕНТОВ НА ФОНЕ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ РОДИТЕЛЕЙ»

Хомиджонова Д. Х.

Кафедра медицинское биологии с основами генетики (заведующий кафедрой доцент, к.б.н. Холбеков М. Ё.) ГОУ имени Абуали ибни Сино.

Антропометрическому измерению подвергались 200 студентов-добровольцев, из которых 100 студентов (50 юношей и 50 девушек) родились в результате близкородственных браков (опытная группа) и 100 студентов (50 юношей и 50 девушек), рожденных вследствие дальних браков (контрольная группа). Результаты исследования показали, что показатели контрольной группы значительно отличаются от опытной. Так, у студентов на фоне близкородственного брака узкая форма грудной клетки на 8% больше, а нормальная на 8% меньше,

у девушек слабое развитие телосложения на 25,4% больше, нормальное на 15,6% меньше. Масса тела у студентов при родственном браке на 6,3 кг превышает данные контрольной группы. Также юноши и девушки высокого роста часто наблюдается на фоне дальнего брака, а юноши и девушки низкого роста развиты на фоне близкородственного брака.

**Ключевые слова:** близкородственный брак, антропометрические измерения, развитие телосложения, форма грудной клетки

## CHANGE OF CERTAIN ANTHROPOMETRIC INDICATORS OF STUDENTS ON THE BACKGROUND OF CLOSE MARRIAGE OF PARENTS

Khomidjonova D. Kh.

Department of Medical Biology with Based on Genetics (Head of the Department Docent Holbegov M. YE.) State educational institution «TSMU by Avicenna»

200 student volunteers were subjected to anthropometric measurements, of which 100 students (50 boys and 50 girls) were born as a result of closely related marriages (experimental group) and 100 students (50 boys and 50 girls) were born as a result of distant marriages (control group). The results of the study showed that the indicators of the control group differ significantly from the experimental one. For example, among students against the background of a closely related marriage, the narrow shape of the chest is 8% larger, and the normal one is 8% smaller,

the girls have poor body development by 25.4% more, 15.6% less normal. The body weight of students in a related marriage is 6.3 kg higher than the data of the control group. Also, young men and women of tall stature are often observed against the background of distant marriage, and young men and women of short stature are developed against the background of a closely related marriage.

**Key words:** closely related marriage, anthropometric measurements, physique development, chest shape.

**Хомиджонова Дилором Хомиджоновна** - ассистент кафедры биологии и тибби бо асосҳои генетика Тел. 919110297

**Хомиджонова Дилором Хомиджоновна** - ассистент кафедры медицинской биологии с основами генетики Тел. 919110297

**Khomidjonova Dilorom Khomidjonovna** - assistant of department Medical Biology with Based on Genetics, Tel. 919110297.

## БАЪЗЕ ТАВСИФҲОИ ПАТОМОРФОЛОГИИ ҲОСИЛАҲОИ ГИРЕҲИИ ҒАДУДИ СИПАРШАКЛ

Шарипов Ҳ.Ю., Тағойкулов Э.Х., Давлатова Ш.Х., Мавлонов М.А.

Кафедраи анатомияи патологӣ ва тибби судии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

**Муҳиммият.** Тайи даҳсолаи охир аксари амалиётҳои ҷарроҳии ғадуди сипаршакл (ФС) бе мавҷудияти хулосаи сито-гистологӣ оиди беморӣ, татбиқ намешавад. Вобаста ба хулосаи патоморфологӣ ҳаҷми ҷарроҳӣ дар ғадуди дахлдор интиҳоб мешавад. Маҳз ба инобат нагирифтани натиҷаи биопсияи ғадуди сипаршакл сарчашмаи оғози хатогихои дағал мегардад. [1,4,5]. Ҳосилаҳои гиреҳии ғадуди сипаршакл асосан дар калонсолон мушоҳида мегардад. Азбаски ҳосилаҳои гиреҳии ғадуди сипаршакл гоҳо ба омосҳои бадсифат табдил меёбад, иҷрои тақиқотҳои морфологӣ пеш аз ҷарроҳӣ ҳатмӣ мебошад. Аз рӯйи маълумотҳои баъзе олимони танҳо 10-20% гиреҳҳои солитарии ғадуди сипаршакл метавонанд бадсифат бошанд, тибқи сарчашмаҳои дигар ҳосилаҳои гиреҳмонанди ғадуди сипаршакл метавонанд то 20% омоси бадсифат бошанд [2,3,4,6]. Басомади саратони ғадуди сипаршакл 6 ҳолат дар 100 000 аҳолиро ташкил медиҳад. Ҳамасола дар ҷаҳон зиёда аз 300 000 ҳолати нави саратони ғадуди сипаршакл ба қайд гирифта мешавад, ки аз ин танҳо дар Руссия ин адад ба 12000 мерасад. Дар ШМА бошад ҳамасола то 17 000 бемор ба қайд гирифта шуда, аз он дар 1300 ҳолат фавтидани беморон, ки бо саратон алоқа дорад, мушоҳида мегардад [1,3,7].

Ҳосилаҳои гиреҳӣ дар ғадуди сипаршакл гуногун мебошанд, пеш аз ҳама ба ин гурӯҳ ҷоғари коллоидии гиреҳӣ, аденома, «гиреҳҳои қалбақӣ» ҳангоми бемории тиреоидити Ҳошимото, аденокарстиномаҳои пистонакӣ, аденокартсиномаи фолликулярӣ ва ғ. дохил мешавад. Масъалаи ташҳиси тоҷарроҳӣ дар замони мо яке аз масъалаи мубрами ба ҳисоб меравад[4].

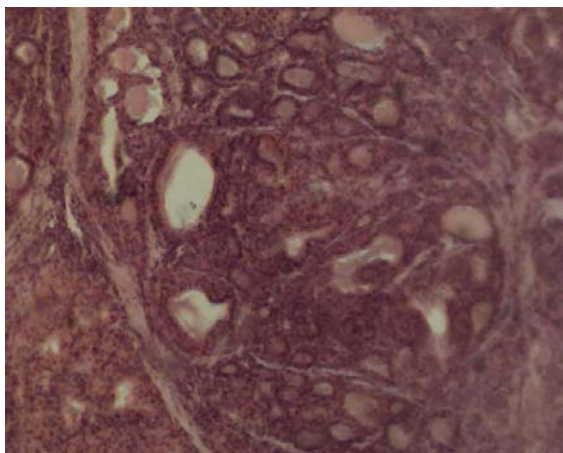
**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши сохтори морфологӣ ҳосилаҳои гиреҳии ғадуди сипаршакл.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** 18 биоптате мавриди омӯзиш қарор гардид, ки ҳангоми оғизан тариқи аспиратсия бо сӯзани борик гирифта шуд ва ҳангоми ҷарроҳӣ (n=35) дар ғадуди сипаршакл гузаронида шуда буд, қарор

гирифт. Биопсия дар давраи солҳои 2016–2021 гирифта шуда буд. Файр аз ин маводҳо бо тарзи экспресс-биопсия низ дар вақти ҷарроҳӣ дар ФС (n=10) гирифта шуданд. Таҳқиқот дар озмоишгоҳи патогистологии шаҳраки «Шифобахш» (духтурон Тағойкулов Э.Х ва Ҷураев О.С) гузаронида шуданд. Ҷарроҳиҳои тавсифи зеринро доштанд: тиреоидэктомиаи субтоталию субфастсиалӣ, гемитиреоидэктомиа, энакулятсияи гиреҳ ва тиреоидэктомиа. Ҳангоми ҷоғари бисёргиреҳӣ ва саратони ФС тиреоидэктомиа (n=9) амалӣ гардид, ки то ҷарроҳӣ ташҳис шуда буд. Синну соли беморон аз 20 то 71 солро ташкил дод. Мардҳо 15 (25,0%) нафар ва занҳо 45 (75,0%) нафарро ташкил медоданд. Микромустаҳзарҳо бо ғафсии 5-6мкм тайёр карда шуда, рангкунӣ бо усули Романовский-Гимзе ва гематоксилин эозин гузаронида шуд. Микроскопия бо дастгоҳи Olympus бо калонкунии 10, 40 ва 100 гузаронида шуда, тайи микрорасмгирӣ қарор гирифт.

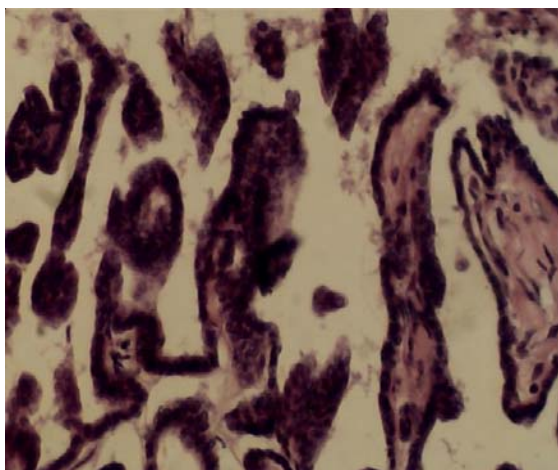
**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Дар аксари мавридҳо гемитиреоидэктомиа ва энакулятсияи гиреҳ (n=31) гузаронида шуда буд. Дар давраи то ҷарроҳӣ баъди биопсияи аспиратсионии оғизанӣ бо сӯзани борик дар 13 (41,9%) ҳолат ташҳиси ҷоғари гиреҳӣ, дар 4 ҳолат (12,9%) саратони ФС, аз он ҷумла дар 2 (6,4%) саратони пистонакӣ, дар 1 (3,3), фолликулярӣ ва боз дар 1 (3,3%) саратони медулярӣ гузошта шуд. Ташҳиси «аденомаи ғадуди сипаршакл» дар 14 (45,2%) маврид гузошта шуд. Яке аз вазифаи мо муқоиса намудани ташҳиси тоҷарроҳӣ бо натиҷаи биопсияи мустаҳзарҳое буд, ки ҳангоми ҷарроҳӣ гирифта шуда буданд. Таҳқиқот маълум намуд, ки дараҷаи иттилоотии биопсияи оғизани ҳангоми ҳосилаҳои гиреҳии ФС аз 80% зиёдтарро ташкил медиҳад. Натиҷаи экспресс-биопсия (n=10) чунин буд: дар 6 ҳолат ҷоғари гиреҳӣ, дар 3 ҳолат саратони ФС ва дар 1 маврид аденомаи ФС. Дар бемороне, ки амалиёти гемитиреоидэктомиа гузаронида шуда буд. Ҳангоми таҳқиқот дар 23 маврид ҷоғари гиреҳӣ бе аломатҳои ба омоси бадсифат гузаш-

тан, дар 2 ҳолат тиреоидити аутоиммунӣ, дар 3 маврид аденомаи ғадуд ва дар 3 ҳолат саратони ҒС ҷой дошт.



**Расми 1. Ҷоғари гиреҳии захролудӣ. Рангкунӣ бо гематоксилин-эозин. Микропрепарат, калонкунӣ . х4.**

Манзараи морфологии тиреоидэктомия (n=9) куллан фарқ мекард. Дар 8 ҳолат сохтори аденокарцинома баръало намудор буда, манзараи атипияи ҳучайраҳо, митозҳои зиёд мушоҳида мегардид (расми 2) .



**Расми 2. Саратони пистонакии ғадуди сипаршакл . Рангкунӣ бо гематоксилин-эозин. Микропрепарат, калонкунӣ х10.**

Танҳо дар 1 ҳолат ташҳиси саратон тасдиқ нагардид ва гиреҳҳои сершумори андозашон гуногун ҷой доштанд. Натиҷаи гиреҳе, ки бо таври энакулятсия гирифта шуда буд, диққатҷалбкунанда аст. Чунки дар биоптат ҳучайраҳои атипиядошта ёфт гардиданд ва ин аз тарзи нодурусти интиҳоби амалиёти ҷарроҳӣ гувоҳӣ медиҳад. Бояд дар ин ҳолат ҳаҷми ҷарроҳӣ васеъ карда мешуд.

Дар рафти таҳқиқоти гистологӣ каме мушкилӣ ҳангоми гузаронидани ташҳиси тафриқавӣ байни саратони фолликулярӣ ва аденомаи ҒС ҷой дошт. Фарқ кардани саратон ва аденома барои интиҳоби дурусти ҳаҷми ҷарроҳӣ нақши муҳимро мебозад. Дар ин ҳолат натиҷаи биопсияи аспиратсионии оҷиданиро бо натиҷаи биопсияи экспрессионӣ муқоиса менамоянд. Ҳангоми саратони фолликулярӣ манзараи микроскопӣ чунин буд: ядроҳои ҳучайраҳо байзшакл ё куррашаклу байзавӣ, тарҳи мембранаи ядро ноҳамвор ва ядроҳо намуди ношаффоф доштанд. Ҳангоми саратон митозҳои атипикӣ, атипияи паҳнғаштаи ядроҳо, инвазияи омос ба рағҳои хунгард ва гилофаки ғадуд мушоҳида мегардид.

**Хулоса.** Ҳамин тавр, дар байни ҳосилаҳои гиреҳии ғадуди сипаршакл бисёртар ҷоғари гиреҳӣ (74,1%) воমেхурад, пас аз он аденомаи ғадуд (9,7%) ва саратони он (9,7%) ҷой доштанд. Ташҳиси тафриқавии ҳосилаҳои хушсифат ва саратони ғадуди сипаршакл барои интиҳоби ҳаҷми ҷарроҳӣ нақши муҳимро мебозад. Дар ҳолати ҷой доштани саратони фолликулярӣ дар он ядроҳои ҳучайраҳо байзашакл ё куррашаклу байзамонанд, тарҳи мембранаи ядро ноҳамвор ва ядроҳо намуди ношаффоф дошта, митозҳои атипикӣ, атипияи паҳнғаштаи ядроҳо, инвазияи омос ба рағҳои хунгард ва гилофаки ғадуд мушоҳида мегардид.

#### Адабиёт

1. Калмин О.О. Морфологическая, иммуногистохимическая и морфометрическая характеристика зоба, аденом и карцином щитовидной железы: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2010. 29 с.
2. Полоз Т.Л., Шевченко С.П. Проблемы цитологической диагностики фолликулярных опухолей щитовидной железы // Сибирский онкологический журнал. 2011. № 6. С. 62-65.
3. Михайличенко В.Ю., Сравнительная оценка дифференциальной диагностики доброка-

чественных и злокачественных новообразований щитовидной железы (ретроспективное исследование) / В.Ю. Михайличенко, Д.Е. Штода, А.М. Резниченко, А.А. Древетняк, В.В. Кисляков, С.П. Гавриленко, С.А. Самарин // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5.;А

4. Тонкоигольная аспирационная биопсия при узловом зобе / Семенов А.А., Черников Р.А., Воробьев С.Л. [и др.] // Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2013. Т. 8. № 1. С. 512-513

5. Burman K.D., Wartofsky L. Thyroid Nodules // N Engl J Med. 2015. V. 373(24). P. 2347-2356.

6. Черников Р.А. Узловой зоб (эпидемиология, методы выявления, диагностическая тактика) / Черников Р.А., Воробьев С.Л., Слепцов И.В. [и др.] // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2013. Т. 9. № 2. С. 29-35.

7. Nilsson M, Fagman H. Development of the thyroid gland // Development. 2017. V. 12. P. 2123-2140.

## НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шарипов Х.Ю., Тагайкулов Э.Х., Давлатова Ш.Х., Мавлонов М.А.

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины

ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”

Узловые образования щитовидной железы наиболее часто встречаются в старших возрастных группах. Однако, не всегда узловые образования, локализованные в щитовидной железе имеют характер злокачественности, в связи с этим, является грубейшей ошибкой проведение оперативных вмешательств на щитовидной железе без учета морфологической картины патологического процесса, только на основании того, что узлы могут малигнизироваться, проведение оперативных вмешательств не оправдывает врачей хирургов.

В статье приведены результаты гистологического исследования 46 биоптатов, которые были получены при тонкоигольной аспирационной биопсии и оперативных вмешательств на щитовидной железе. До операции был диагностирован узловой зоб у 13 (41,9%) больных, у 4 (12,9%) рак ЩЗ, из них папиллярный рак в 2 (6,4%) случаях, фолликулярный – 1 (3,3), медулярный рак - 1 (3,3%). Диагноз «аденома щитовидной железы» был установлен в 14 (45,2%) наблюдениях. Результаты экспресс-биопсии (n=10) показали следующую картину: в 6 случаях узловой зоб, в 3 - рак ЩЗ и в 1 случае аденома щитовидной железы. Больным, которым была проведена

гемитиреоидэктомия и энуклеация узла (n=31), при гисто-цитологических исследованиях без атипии клеток было 23, в 2 случаях хронический аутоиммунный тиреоидит, в 3 случаях аденома щитовидной железы и в 3 случаях рак щитовидной железы.

Больным, которым была произведена тиреоидэктомия (n=9), в 8 случаях установлена аденокарцинома с атипией клеток, только в 1 случае в тканях не обнаружены признаки озлокачествления. Интересным оказались результаты произведенной энуклеации одиночного узла ЩЗ. При тщательном гистологическом исследовании обнаружены в 1 случае признаки атипии клеток, что не оправдывает произведенную операцию – энуклеацию узла.

Таким образом, среди узловых образований щитовидной железы чаще всего встречался узловой зоб (74,1%), затем аденома щитовидной железы (9,7%) и рак щитовидной железы (9,7%). В дооперационном периоде проведение морфологических исследований биоптатов является закономерным, для выбора объема и тактики оперативных вмешательств.

**Ключевые слова:** щитовидная железа, биопсия, узловые образования, рак



## SOME MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF FORMATION NODULA THYROID.

**Sharipov Kh.Yu., Tagoykulov E.Kh., Davlyatova Sh.H., Mavlonov M.A.**

Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine, State Educational Institution “ATSMU”

Nodul thyroid formation nodules are most common in the older age group. However, not nodul formation always the nodules localized in the thyroid gland have the character of malignancy, in this regard, it is a gross mistake to carry out surgical interventions on the thyroid gland without taking into account the morphological picture of the pathological process, only on the base of that the nodes can become malignant, carrying out surgical interventions will not justify surgeons.

The article presents the result of histological examination of 46 biopsy matireals, which were obtained during fine-needle aspiration biopsy and surgical interventions on the thyroid gland. Before the operation, nodular goiter was diagnosed in 13 (41,9%) patients, in 4 (12,9%) thyroid cancer, from them papillary cancer in 2 (6,4%) cases, follicular -1 (3,3%), medullary cancer -1 (3,3%). The diagnosis of “thyroid adenoma” was determined in 14 (45,2%) cases. The results of express biopsy (n=10) showed the following picture nodular goiter were: in 6 cases of, thyroid cancer in 3 cases of and in of adenoma of the thyroid gland in 1 cases.

Patients who was undergone hemithyroidectomy and node enaculeation (n = 31) had 23 in histocytological studies cells without atypia were 23 cases, chronic autoimmune thyroiditis was in 2 cases, thyroid adenoma was in 3 cases, and thyroid cancer was in 3cases.

Patients were performed thyroidectomy (n=9) adenocarcinoma with atypia was determineted in 8 cases cells only in one case features was not found in the tissues of malignancy. The results of the performed enaculeation of a single thyroid nodule turned out to be interesting. On careful histological examination in of atypia of cells was revealed 1 case signs, which does not justify the performed operation- enaculeation of the node.

Thus, among the nodular formations of the thyroid gland, nodular goiter was most common (74,1%), followed by thyroid adenoma (9,7%) and thyroid cancer (9,7%). In the preoperative period, conducting morphological studies of biopsy materials is natural, for choosing the volume and tactics of surgical interventions.

**Keywords:** thyroid gland, nodular formations, biopsy, cancer

**Шарипов Хамдам Юлдашевич** – к.м.н. заведующий кафедрой патанатомии и судебной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; тел. +992 919 13 00 15

**Шарипов Ҳамдам Юлдашевич** – н.и.т. мудири кафедраи анатомияи патологӣ ва тибби судӣ МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; тел. +992 919 13 00 15

**Sharipov Hamdam Yuldashevich** –Candidate of Medical Sciences, Head of Pathological anatomy and forencis medicine TSMU them. Abuali ibni Sino; tel. +992 919 13 00 15

## ҚАРРОҲӢ

### ТАҶРИБАИ ИСТИФОДА АЗ БИОСТЕНТҲОИ КОРОНАРӢ ДАР ТАБОБАТИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БИД

Гулаҳмадов А.Д., Шарипов У.А., Рафиев Х.А., Норов Ф.Х., Сафаров Д.М.

Муассисаи давлатии “Маҷмааи тандурустии Истиқлол”, Шуъбаи ҷарроҳии рентген-эндоваскулярӣ (ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон)

**Муҳимият.** Таҳлили мубталлашавӣ ба диабети қанд дар ҷаҳон бештар паҳн шудани ин патологияро нишон медиҳад. Бемориҳои дилу рағҳо сабаби марги 64% беморони гирифтори диабети қанд [1, 2] мегардад, дар ҳоле ки дар шахсони оғӣ аз диабет ин нишондиҳанда 2-3 маротиба поёнтар аст [3, 4].

Қариб сеяки беморони гирифтор ба ишемияи дил, ки мавриди реваскуляризатсияи миокард қарор мегиранд, аз диабети қанд азият мекашанд. Бемории мазкур яке аз омилҳои вазнинкунандае мебошад, ки ба пешгӯии ҳолати баъдиҷарроҳии ин қабил беморон таъсири мусбат мерасонад [5-7]. Дар зимн ба чунин беморон шунтгузори аортокоронарӣ рад мешавад. Сабаб осеби дисталии шарёнҳои коронарӣ ва беҳосилии ҷарроҳӣҳои реконструктивӣ мебошад, даҳолатҳои эндоваскулярӣ бошанд гоҳо имконияти ягона барои беҳсозии сифати ҳаёти беморони гирифтор ба диабети қанд мешаванд.

Тақмили пайвастаи асбобу таҷҳизоти эндоваскулярӣ, ҷорӣ намудани стентҳо бо пӯшиши зиддипролиферативӣ ба болоравии назарраси шумораи даҳолатҳои тарикипӯстӣ ба шарёнҳои коронарӣ дар беморон бо диабети қанд мусоидат намуд.

Бо вучуди он ки муолиҷаи эндоваскулярии ин навъ беморони БИД бо ҳамравии диабети қанд дар оқибати морфологияҳои мураккаби стенозҳо, ки бо калсиноз вазнин шудаанд, диаметри хурди шарёнҳо, осеби бисёррағӣ ва дар оқибат басомади баланди рестенозҳо ва тромбозҳои стентҳо мушкилиҳои зиёд дорад. Зимнан, даҳолатҳои такрорӣ эндоваскулярӣ дар шуъбаҳои дисталии шарёнҳои коронарӣ дар бисёр мавридҳо натиҷа намедиханд [8-10].

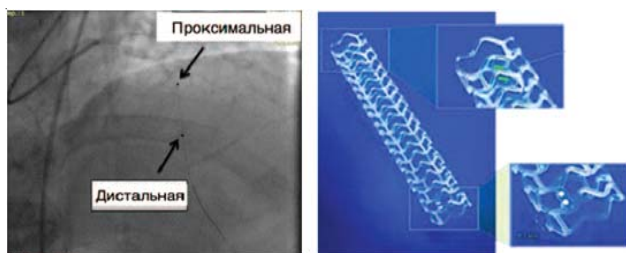
Роҳи ҳалли ин гуна мушкилот коркарди каркасҳои рағии биоабсорбатсияшаванда (биоабсорбӣ) гардид, ки дар рентгенхирур-

гияи дил лаҳзаҳои инқилобӣ шуд. Принсипи асосии бунёди онҳо дастгирии муваққаттии рағ аз дохил ва расондани маводи табобатӣ ба қитъаи шарёни коронарии аз атеросклероз осебёфта мебошад.

Эндопротези биоабсорбӣ, ки ба таркиби он L-лактат дохил мешавад, сатҳи биоабсорбӣ ва яке аз ситостатикҳои самараноктарин - эверолимузил В9. Сарфи назар аз маводи истеҳсол (полимер), протез қобилияти хуби ниғаҳдории шакл ва ҳолат дорад. Таҳқиқотҳои сершумор пурра нест шудани протезро пас аз 2-3 соли имплантатсия собит сохтанд, дар зимн ҳолигии шарён ҳифз мешавад. Лозим ба зикр аст, ки далели мазкур ба фикр кардан сари ба мақсад мувофиқ будани ҷойгиршавии ҷисми бегона (стенти филизӣ) дар ҳолигии шарён дар давоми ҳаёти бемор водор месозад.

Эндопротези биоабсорбӣ бар стентҳои филизӣ, ки пайваста имплантатсия мешаванд, бартарӣ дорад: вазомоторикаи рағро нигоҳ медорад, ба ташаккул ёфтани тағйироти хадшагӣ дар девораи шарён мусоидат намекунад, равандҳои мунтазам такроршавандаи илтиҳоби музминро атрофи ҷисми бегона (стент), ки барои инкишофи рестеноз имкон ба вучуд меоранд, коҳиш медиҳад, ки махсусан дар мавриди беморони гирифтор ба диабети қанд муҳим аст.

Дар охири марҳилаи барқароршавӣ каркаси рағии биоабсорбӣ ба таври механикӣ нигоҳ доштани ҳолати рағро қатъ мекунад, ба туфайли ин қобилияти аксуламал ба ангиографи физиологӣ (вазоконстриксия ва вазодилататсия) барқарор мешавад. Ҳангоми рентгеноскопия протезҳои биоабсорбӣ намудор намешаванд. Танҳо нишонаҳои платинагии рентгенконтрастиро, ки дар ҳалқаҳои нӯгии каркас ҷойгиранд, мушоҳида кардан мумкин аст (расми 1).



**Рас. 1. Стенти биоабсорбӣ, нишонаҳои рентгенконтрастӣ ҳангоми ангиография.**

Натиҷаҳои дарозмуддат, ки дар натиҷаи таҳқиқотҳои сершумори рандомӣ (ABSORB, ABSORB II ва ASSURE REGISTRY) ба даст омадаанд, миқдори пасти даҳлатҳои тақрориро дар осебҳои ҳадафмандона нишон медиҳанд, ки ба 2,2–2,8% баробар шуданд, инчунин оризаҳои назарраси дилу рағҳо (марг, ИМ, даҳлатҳои тақрории фаврӣ) мушоҳида, дар зимн тромбозҳои собитшуда ва эҳтимолии протез ба қайд гирифта нашуданд [11-12].

Усулҳои дохилирагии намудоркунӣ (визуализатсия) низ гумшавӣ (ҳазмшавӣ)-и пурраи сохтори стентро пас аз 3 сол тасдиқ намуданд. Чунончи, таҳқиқоти ABSORB (Cohorta A) муайян сохт, ки бохти дери холигии дохили эндопротез (lateloss) 0,44 мм (11,8%) –ро аз сатҳи ибтидоӣ ташкил дод [13], аммо дар Cohorta B-и ҳамон таҳқиқот, ки дар рафти он протезҳо бо дизайни тағйирёфтаи стратаҳо ба кор бурда шуданд, тангшавии дери холигӣ ба моҳи 6-ум  $0,19 \pm 0,18$  мм ва пас аз 2 сол  $0,27 \pm 0,20$  мм-ро ташкил дод [14]. Дар таҳқиқоти рандомии ABSORB II самаранокӣ ва беҳатарии эндопротези биоабсорбӣ бо стенти филизии насли охир Xience, ки сатҳи он дорупӯш мебошад, қиёс карда мешуд.

Ба ин тариқ, дар муқоиса бо стенти Xience, пас аз 12 моҳи мушоҳидаҳо басомади даҳлатҳо дар гурӯҳи эндопротезҳои биоабсорбӣ 51% паст буд. Зимнан бояд қайд намуд, ки таҳқиқоти мазкур дар қиёс бо таҳқиқотҳои дигари сершумор, ки қаблан оид ба омӯзиши самаранокӣ ва беҳатарии стентҳои дорупӯш гузаронда шудаанд, басомади камтарини даҳлатҳои тақрориро ошкор намуд, ки 4%-ро ташкил доданд. Ғайр аз ин, дар таҳқиқотҳо имкони барқарор шудани фаъолияти вазомоторӣ пас аз гумшавии чузъҳои абсорбатсияшаванда ишора шудааст [15-17].

**Мақсади таҳқиқот.** Намоиш додани самаранокии имплантатсияи биостентҳо ба беморони гирифтор ба бемории ишемиявии дил бо диабет қанди ҳамроҳ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқот дар МД «Маҷмааи тандурустии Истиклол», дар шуъбаи ҷарроҳии рентген-эндоваскулярӣ гузаронда мешавад. Айни замон 54 бемори гирифтор ба стенокардияи шиддати синфи функционалии II–IV, ишемияи миокарди тасдиқшуда ва диабет қанди навъи II-и ҳамроҳ ҷарроҳӣ шуданд, ки барои даҳлати коронарии тариқипӯстӣ (МТП)-и нақшавӣ муроҷиат карда буданд. Синни миёнаи беморон  $55,6 \pm 1,3$  солро ташкил дод.

Самаранокии протсекураҳо бо тақия ба басомади оризаҳои номусоиди кардиалӣ (MACE – марг, инфаркти миокард, даҳлатҳои тақрорӣ), инчунин рестеноз ва тромбози дер дар биостент арзёбӣ мегардид. 50% танг шудани холигии рағҳо дар ҷойи даҳлат, ки натиҷаҳои коронарография тасдиқ намудааст, рестеноз маҳсуб меёбад.

Зери ибораи «қомеъии ангиографии даҳлат» мавҷуд набудани диссексияҳо, маҷрои хуни ТІМІ III, ҷой надоштани динамикаи манфӣ дар ЭКГ фаҳмида мешуд. Ба ҳамаи беморон ба қамӣ 5 рӯз пеш аз даҳлат антиагрегантҳо: плавикс – 75 мг/шабонарӯз ва кардиомагил – 75 мг/шабонарӯс таъин мешуданд. Дар оғози протсекура дохилирагӣ гепарин бо таносуби 70 воҳид/кг ворид карда мешуд. Натиҷаҳои дарозмуддат пас аз 6 ва 12 моҳи баъди ҷарроҳӣ арзёбӣ мешуданд. Ба ҳамаи беморон барои арзёбии натиҷаҳои дарозмуддат коронарография таъин мегардид.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Ҳамагӣ 66 эндопротези биоабсорбатсияшаванда шинонда шуд, дар зимн ба 9 бемор (13,6%) дар як шарён 2 протез имплантатсия гардид. Протезҳо аксаран ба сегментҳои миёна ва дисталии шарёнҳои коронарӣ пайванд карда шуданд. Осеби шарёни пеши поёнрав (ШПП) дар 37,5%, шарёни каноргузар (ШК) – дар 26,03%, шоҳаи канори кунд (ШКК) – дар 20,4%, шарёни коронарии рост (ШКР) – дар 6,4% (рас. 2), шарёни поёнрави

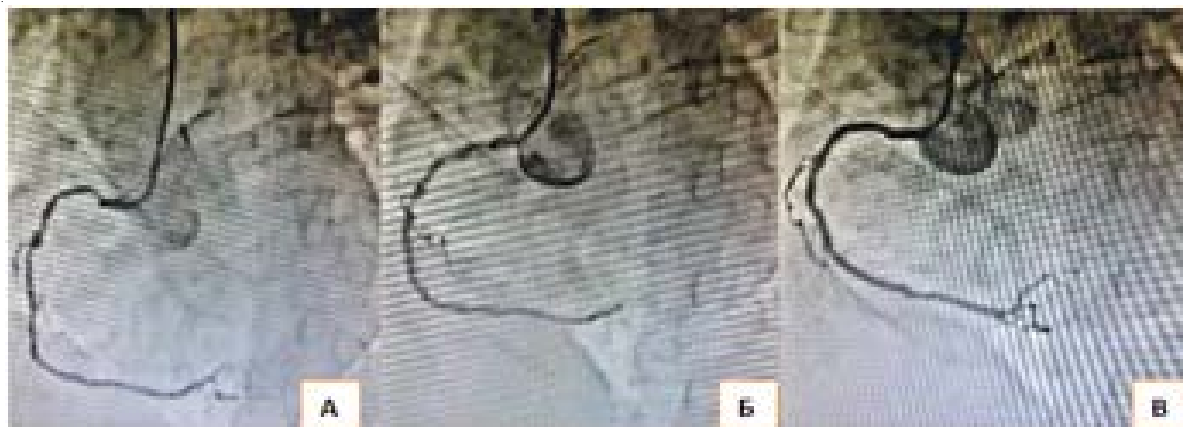
акиб (ШПА) – дар 6,4%, шохаи пахлуи акиб (ШПА) – дар 3,2% мушоҳида мегардид. Биостентҳо бо диаметри 2,25-2,5-3,0-3,5мм истифода шуданд. Дарозии миёнаи осеб  $23,8 \pm 0,18$  мм-ро ташкил дод.

Муваффақияти ангиографии даҳолат 100%-ро ташкил дод. Ҳангоми таҳқиқоти мо постдилататсия ба ҳамаи беморон иҷро гардид. Дар натиҷа комилан зич хобондани биостент ба девораи раг дар ҳамаи беморон муяссар гашт.

Мувофиқи маълумоти ангиографияи назоратӣ, ки 6 ва 12 моҳ пас аз даҳолат анҷом дода шуданд, нишонаи рестенози холигии

аз лиҳози гемодинамикӣ аҳамиятдошта ошкор нагардид. Басомади маҷмуии оризаҳои дилу рағҳо ва даҳолатҳои такрорӣ дар таҳқиқоти мо дар давраи миёнаи дарозмуддат 1,1%-ро ташкил дод.

**Хулоса,** таҷрибаи ибтидоии имплантатсияи протезҳои биоабсорбӣ самаранокии баланд ва беҳатарии онҳоро нишон дод; Имлантатсияи протезҳои биоабсорбиро метавон ҳамчун алтернативаи хуб ба стентҳои филизӣ бо пӯшиши доругӣ баррасӣ намуд, хоса дар беморони дорои БИД ва ҳамроҳ бо диабет қанди, ки осебҳои аксаран дисталии шарёнҳои коронарӣ доранд.



**Рас. 2.** А – стенози шадиди мадидаи шарёни коронарии рост дар беморон бо БИД, ки ба он диабет қанди навъи 2-юм ҳамроҳ аст; Б- мавқеъгирии биостент дар маҳалли стеноз; В- коронарография баъд аз гузоштани стент.

#### Адабиёт

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Лечение сахарного диабета и его осложнений. М.: Медицина, 2005; 511.
2. Бокерия Л.А., Алесян Б.Г., Коломбо А. и др. Интервенционные методы лечения ишемической болезни сердца. Изд. НЦССХ им.А.Н. Бакулева РАМН, 2002.
3. Amos A.F., McCarthy D.J., Zimmet P. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. Diabet. Med. 1997; 14: Suppl. 5: 81–5.
4. Dangas G.D., Claessen B.E., Caixeta A., Sanidas E.A., Mintz G.S., Mehran R. In-Stent Restenosis in the Drug-Eluting Stent Era. J Am CollCardiol. 2010; 56 (23): 1897–1907.
5. Bennett J., Dubois C. Percutaneous coronary intervention, a historical perspective looking to the future. JournalofThoracicDiseases. 2013; 5: 3.
6. Dudek D., Onuma Y., Ormiston J.A. et al. Four-year clinical followup of the ABSORB everolimus-eluting bioresorbable vascular scaffold in patients with de novo coronary artery disease: the ABSORB trial.Eurointervention. 2012; 7: 1060–1.
7. Smits P. EXTEND 3 Year Presentation. Presented at TCT 2014, 13–17 Sep 2014, Washington, DC.
8. Serruys P. ABSORB II 1 Year Clinical Outcomes. Presented at TCT 2014, 13–17 Sep 2014, Washington, DC.



## ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРОНАРНЫХ СТЕНТОВ С БИОЛОГИЧЕСКИМ ПОКРЫТИЕМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИБС

Гулахмадов А.Д., Шарипов У.А., Рафиев Х.А., Норов Ф.Х., Сафаров Д.М.

**Актуальность.** Практически треть больных ишемической болезнью сердца, подвергающихся реваскуляризации миокарда, страдают сахарным диабетом, который является одним из главных отягощающих факторов, отрицательно влияющих на послеоперационный прогноз таких больных. Анализ заболеваемости сахарным диабетом в мире показывает дальнейшее увеличение распространенности этой патологии. При этом таким больным часто отказывают в выполнении аортокоронарного шунтирования, в связи с дистальным поражением коронарных артерий и бесперспективностью реконструктивных операций, а эндоваскулярные вмешательства порой являются единственной возможностью улучшить качество жизни больных сахарным диабетом.

**Цель исследования.** Продемонстрировать эффективность имплантации биостентов у больных ишемической болезнью сердца с сопутствующим сахарным диабетом.

**Материалы и методы.** Исследование проводится в ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» в отделении рентген-эндоваскуляр-

ной хирургии. В настоящее время прооперировано 54 больных стенокардией напряжения II–IV функционального класса, подтвержденной ишемией миокарда и сопутствующим сахарным диабетом II типа, поступивших для планового чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

**Результаты исследования и их обсуждение.** По данным контрольной ангиографии, выполненных через 6 и 12 месяцев после вмешательства, признаков гемодинамически значимого рестенозирования просвета сосуда выявлено не было. Суммарная частота сердечно-сосудистых осложнений и повторных вмешательств в нашем исследовании составила в среднеотдаленном периоде 1,1%.

**Выводы.** Таким образом, начальный опыт имплантации биостентов показал их высокую эффективность и безопасность, что можно рассматривать как хорошую альтернативу металлическим стентам с лекарственным покрытием, особенно у больных ИБС и сопутствующим сахарным диабетом.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, биостент.

## CORONARY BIOSTENTS IN THE TREATMENT OF IHD PATIENTS

Gulakhmadov A.D., Sharipov U.A., Rafiev H.A., Norov F.H., Safarov D.M.

**Relevance.** Almost a third of patients with coronary heart disease, undergoing myocardial revascularization, suffer from diabetes mellitus, which is one of the main aggravating factors that adversely affect the postoperative prognosis of such patients. An analysis of the incidence of diabetes in the world shows a further increase in the prevalence of this pathology. At the same time, such patients are often refused to perform coronary artery bypass surgery, due to the distal lesion of the coronary arteries and the futility of reconstructive operations, and endovascular interventions are sometimes the only way to improve the quality of life of diabetes patients.

**Purpose of the study.** Demonstrate the effectiveness of implanting biostents in patients

with ischemic heart disease with concomitant diabetes.

**Materials and methods.** The study is conducted in the state institution “Medical Complex Istiklol” in the department of X-ray endovascular surgery. Currently, 54 patients with angina pectoris of functional grade II – IV have been operated on, confirmed by myocardial ischemia and concomitant type II diabetes who have been admitted for planned percutaneous coronary intervention (PCI).

**Results of the study and their discussion.** According to the control angiography performed 6 and 12 months after the intervention, there were no signs of a hemodynamically significant restenosis of the vessel lumen. The total frequency

of cardiovascular complications and repeated interventions in our study in the medium-term period was 1.1%.

**Conclusions.** Thus, the initial experience of implanting biocosts showed their high efficacy

and safety, which can be considered as a good alternative to metal stents with a drug coating, especially in IHD patients and concomitant diabetes mellitus.

**Key words:** diabetes mellitus, biostent.

**Гулахмадов А. Д.** - н.и.т., корманди шуъбаи чарроҳии рентген-эндоваскулярӣ МД “Маҷмааитандурустии Истиклол”, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе; E-mail: [Allyanz1987@mail.ru](mailto:Allyanz1987@mail.ru); тел: (+992) 901007585.

**Гулахмадов А. Д.** - к.м.н., сотрудики одделения рентген-эндоваскулярной хирургии ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»; Республика Таджикистан, г. Душанбе; E-mail: [Allyanz1987@mail.ru](mailto:Allyanz1987@mail.ru); тел: (+992) 901007585.

**Gulakhmadov A.D.** - Ph.D., employee of the department of X-ray endovascular surgery, State Institution “Medical Complex Istiklol”; Republic of Tajikistan, Dushanbe; E-mail: [Allyanz1987@mail.ru](mailto:Allyanz1987@mail.ru); tel: (+992) 901007585.

## АРЗЁБИИ ЭПИДИМИЛУЖИКИ ТАРЗИЗОТИ САДРӢ ДАР ШИФОХОНАИ ҲАВЗАИ БАЛҲ ТАӢИ НИМАИ АВВАЛИ СОЛИ 1398/2020.

**Неъматуллоҳ Фитнат, Абдуллоҳ Дармон Раҳимзода**

Депортаменти (кафедраи) чарроҳии факултаи тиббии Донишгоҳи Балх,  
Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон.

**Торихча:** тарзизоти (садамаҳои) садри дар сатҳи дунё хеле муҳим буда, 10%-и маризони бистаришудаи тарзизӣ ва 25-5%-и маргҳои тарзизиро ташкил медиҳад. Аш-коли мухталиф бо шиддатҳои мутафовити тарзизи садри назди маризоне, ки чурухоти мутарофиқа доранд, сабаби натиҷаи мутафовит дар андозаи фавтиёт шуда метавонад. Коҳиши фаврии фактурҳои (омилҳои) инзорӣ метавонад сабаби беҳбудии натиҷа гардад. Лизо зарурат аст, то фактурҳои фавқ доништа шуда ва фавтиёти маризони тарзизи садри таъйин гардад. Аксарияти вақеоти мунҷир ба адами кифояи танаффуси шуда дар сурати ташхис ва тадовии нодуруст ихтилототи хатарнок ва марғу мирро дар қибол доштааст.

**Равиши таҳқиқ:** Ин мутолиа ба шакли prospective дар натиҷаи арзёбии мушохидот ва баррасии маризоне, ки дар сервиси чарроҳии шифохонаи ҳавзаи Балх таъи 4 моҳи аввали соли 1398 (2020) бистарӣ ва амалиёт гардидаанд, ба даст омадааст, ки маълумоти ҷамъоваришуда зарифаи методҳои хоси SPSS таҳлил гардидааст.

**Ҳадафи таҳқиқ:** дарёфти вуқуоти тарзизоти садри назар ба синн ва ҷинс дар 4 моҳи аввали соли 1398 (2020).

**Ёфтаҳо:** Таҳқиқи феълӣ болои 84 маризи тарзизи садри, ки таъи 4 моҳи аввали соли 1398 ба шифохонаи ҳавзаи Абӯалӣ Синои Балх муроҷиа намуда ва бистар шудаанд, сурат гирифтааст, аз ҷумлаи 84 мариз 90,4 % (74 воқеа) -ро афроди музаккар ва 9, 5% (8 воқеа) -ро афроди муаннас ташкил додааст, аз ҷумлаи 84 маризи бистаришуда 44 тан тарзизи нофизаи садриро муҳтамаал шуда ва бақия 40 мариз тарзизи кунди садри доштаанд.

Ҳудуди 81%-и тарзизоти нофиза тавассути силоҳи нория ва 29%-и зарифа силоҳи ғайри нория мисли корд ва чоқу ойид шудааст. Дар ҷумла 48 воқеаи тарзизи кунд, масъули 25 воқеоти ҳодисаи трофикӣ (нақлиётӣ), 2 воқеа суқут аз куҳ, як воқеа афтидан аз дарахт, 3 воқеа зарб ва лат 3 воқеа лағади ҳайвонот мебошад.

Ҳамчунон маризон аз назари гурӯҳи синнӣ низ арзёби шудаанд, ки минҷумла бештарини воқеот дар даҳаи дуввуми ҳаёт иттифоқ афтида ва даҳаҳои севвум ва чаҳо-



руми ҳаёт ба тартиб мақомҳои дуввум ва севвумро ташкил медиҳанд. Зимнан камтарини воқеот дар даҳаи ҳаштум рухдода, ки 8 воқеаро шомил мешавад. Ба таъкиби он ба тартиб даҳаҳои ҳафтум, шашум ва аввал, камтарини воқеотро эҳтивоӣ менамоянд. Фавтиёт дар ин таҳқиқ 7,4% дарёфт шуда, ки маризони дар байни синини 12 то 35 солро қарор доранд. Иллати нисфи воқеоти фавтиро тарзиси нофиза ва иллати нисфи дигари онро тарзиси кунд ташкил дода ва тамоми фавтҳо аз чинси музаққар буданд.

**Муқаддима.** Чуруҳоти садрӣ яке аз муъзалаҳои муҳими ҷарроҳиро ташкил медиҳад, ки солоне афроди зиёдеро ба коми марг мекашонанд. Бо зуҳури пешрафти башариат ва мошини шудани зиндагии инсонҳо, вуқуоти тарзизоти садрӣ низ ру ба афзоиш мебошад, ки дар сурати адами тадовӣ мунҷир ба марги маризон хоҳад шуд. Аз ин, ки садр як қафаси бастаи иртиҷои ва муҳкам буда ва аъзои ҳаёти аз ҷумла қалб, авъияи кабира, ва рияҳо дар байни он қарор дорад, лизо тарзизоти садрӣ аз арзиши ҳаёти бархурдор мебошад. Ин тарзизот агар чузъи ҳам бошад метавонад ҳаёти маризро ба хатар мувоҷеҳ созад. Пас тарзизоти садрӣ дар ҷарроҳӣ муҳим пиндошта шуда ва бояд дар заминаи таҳқиқоти мусаммар ва муфид анҷом шавад. Таҳқиқоте, ки болои 515 мариз сурат гирифт, фавтиёти тарзиси садриро 15,5% гузориш дӯда аст. Таҳқиқи дигаре дарёфта аст, ки тарзизоти ҷидори садр аз ҷумла касри излоъ болои фавтиёти мариз таъсири мустақим дорад. Яъне ба тартиб ҳаргоҳ як зилъ ба танҳои шикаста бошад, 1% фавтиёт дошта, агар ду зилъ каср дошта бошад мизони фавтиёт 4,7% дар Flail chest мизони фавтиёт 17% ро пур карда аст. Ҳамаунон афзоиши син низ таъсири мустақим болои марги маризон дорад, ки афроди пир нисбат ба ҷавонон бештар мемиранд. Тарзизоти садрӣ масули 10% маризони бистарӣ тарзизӣ ва масули 25 то 50% маргҳои тарзизӣ аст.

**Мушкилӣ.** Аз ин ки тарзизоти садрӣ бо мошини шудани зиндагӣ ру ба афзоиш аст ва ағлаб аъзои ҳаёти ба хусус қалб, авъияи кабира ва шушҳо ро мавф месозад ва нис-

бат ба тарзиси қисматҳои дигари бадан зудтар сабаби марг ва нотавонии маризон мегардад, метавон гуфт, ки мушкили умдаи ҷомеаи тиббиро ташкил медиҳад. Таҳқиқи феъли рӯи ин устувор аст то мушкилоти фавқ радёби шуда ва дар ҷиҳати ҳалли маъқули он иқдом гардад.

**Мавзӯи таҳқиқ:** дар таҳқиқи зер ба мавзӯи зер ҷавоб ироа хоҳад шуд:

1) Вуқӯи тарзизоти садр дар шифохонаи Абӯалӣ Сино чӣ теъдод аст?

2) Оё тарзиси садрӣ ба синн ва чинс иртибот дорад?

3) Нисбати вуқӯи тарзиси мардон ва занон чанд аст?

4) Оё тарзиси садр сабаби маргу мир мешавад?

5) Нақши тарзизоти мутарофиқа дар шиддати тарзиз чӣ гуна аст?

**Аҳдофи таҳқиқ, қарори зер аст:**

1) Вуқӯи тарзиси садр назар ба син, чинс дар шифохонаи Абӯалӣ Сино Балхӣ.

2) Нисбати вуқӯи тарзиси мардон ва занон.

3) Фавтиёти тарзиси садр.

4) Нақши тарзизоти мутарофиқа дар шиддати тарзиз.

**Аҳамияти таҳқиқ.** Аз ин, ки тарзизоти садрӣ кушанда ва нотавонкунанда аст ва солоне теъдоди зиёде аз афрод дар кишвари мо ба он дучор шуда ва ҳаёти худро аз даст медиҳанд. Таҳқиқи феъли, ки рӯи дарёфти вуқӯ ва роҳи ҳалҳои коҳиши вуқӯоти тарзиз ва ба хусус марг ва мир устувор аст мо ва хонандагонро қодир месозад то бо иқдомоти дар виқоя аз тарзиз ва тадовӣ ба мавқеи маризони тарзиси садр, дар ҷиҳати коҳиши марг ва мир ва тавонмандсозии афроди ҷомеаи гоми бештар бардорем, биноан расидан ба аҳдофи фавқ бар аҳамияти таҳқиқи мо меафзояд.

**Меъёри идҳол ва ихроҷ.** Дар ин таҳқиқ сарфи он идда маризони тарзиси садрӣ, ки дар сервис ҷарроҳии шифохонаи ҳавзаи Балх бистар шуда ва таҳти тадовии ҷарроҳи қарор гирифтаанд шомил мебошад. Ва маризоне, ки ба қисми саропо тадовӣ шуда ва ё ҳам иддае, ки ба шифохона мурӯҷа накарда ва ҳамчунон ононе, ки қабл аз му-

роҷия расидан ба шифохона фавт намуданд, шомили ин таҳқиқ нест.

**Пешина (мурури осор).** Пешина тарзизоти садри ва авоқибии он ба солҳои 2900 қабл аз мелод роҷеъ мешавад, ки дар папируси чарроҳи муаллиф Edvin Smith тавзеҳ гардида аст. Техникҳои танаффуси бо фишори мусбат ва антубишан шазни дар авоили қарни 19 мелоди баён гардида ва бо кашфи аксаре дар соли 1895 зарифаи рунтаган суҳулотхое зиёде дар ташхиси тарзизоти садри рунамо шуд.

Вуқӯи тарзизоти садри назди ағлаби гурӯҳҳои иҷтимоӣ афроди баланд буда ва ҳудуди 10% маризони мурочиайро дар шифохонаҳо ташкил медиҳад. Дар Иёлоти Мутаҳиддаи Амрико аз ҳар як миллион нафар 12 танашон рӯзона маъруз ба тарзизи садр мешаванд. Дар ҷаҳон солоне 5,7 миллион нафар аз сабаби тарзизоти ғайри амдии садри ва ҳушунтаҳо мемиранд. Бар илова ҳанузҳам тарзизоти садр ба таври мустақим масули 25% марғҳои тарзизӣ буда ва дар 25% мавриди дигар марғҳои тарзизӣ ба шакле аз ашқоли дахил мебошад. Таҳқиқе, ки дар ду маркази бузурги тарзизии вилояти Исфаҳони Эрон болои 100 маризи бистари шуда дар 4 моҳи аввали соли 2012 анҷом шуда аст нишон медиҳад, ки аз ҷумлаи 100 мариз 80 тани онро ҷинси музаккар ва 20 воқеаи дигарро ҷинси муаннас ташкил дода аст. Бештарини воқеоти тарзизи дар гуруҳи сини 20 то 30 сол рухдода аст. Тарзизоти садри бо вучуди пешрафтҳо дар арсаи тадвоӣ, ҳанузҳам аз аҳмаияти зиёде бархурдор аст. Мизони фавтии он аз 10% то 40% мутафовит мебошад. Ҳарду навъи тарзизи садри яъне кунд ва нофиза метавонад сабаби вафот шавад. Холон, ки дар ағлаби мавориди вуқӯи тарзизоти кунд нисбат ба тарзизоти нофиза бештар мебошад, ки таносуби 30:40 ро дорад. Тарзизи садри метавонад як ва ё бештар аз як ноҳияи анотумики садрро мавф сохта ва сабаби марғ шавад, ки ин навоҳи иборатанд аз: ҷидори садр, ҳичоби ҳочиз шаҷари шазании қасаба, рия, қалб ва авъияи кабира мебошад. Ҳамчунон ҳар навъе аз тарзизоти анотумики садри метавонад дар сурати шадид будан ва адами та-

двоӣ мунҷир ба марғ гардад. Марғҳои ношӣ аз тарзизи садри маъмулан дар асари ҷуруҳоти сохтмонҳои мунассафа мисли қалб ва авъияи кабира ва таҳриби комили шараёни абҳар бу вучуд меояд. Дар таҳлиле, ки аз 515 маризи тарзизи кунди садр ба амал омада аст, фавтиро 15,5% нишон медиҳад. Ҳамчунон эпидимулужии тарзизоти садр, дар марокизи тарзизии Қошони Эрон, ки болои 282 мариз аз марти 2003 то сентябри 2007 анҷом шуда аст, нишон медиҳад, ки аз ҷумла 282 воқеа, 237 воқеаро ҷинси музаккар ва 45 воқеаро ҷинси муаннас эҳтиво намуда аст. 222 воқеа тарзизи кунд ва 40 воқеа тарзизи нофиза дошта аст. Бештарин маризони тарзизи шадиди садр зарурат ба муруқибат дар ICU дорад. Муҳимтарин сабаби тарзизи кунди садрро ҳодисоти тарофикии ҷода ташкил медиҳад. Асбоби дигари тарзизоти кунд шомили зарб ва шатм ва сукут аз иртифоъ буда ва тарзизоти нофизаи садрии хелеҳо шадид мебошад. Тарзизот сабаби маъмулан марғ дар 4 даҳаи аввали ҳаёт (сини камтар аз 45 сол) аст. Ағлаб тарзизоти садри ба амалияҳои муҳофизат зарурат надорад.

**Муноқиша.** Таҳқиқи феъли, ки болои 84 маризи бистари шуда дар шифохонаи ҳавзаии Абу али Минои балхӣ тайи 4 моҳи аввали соли 1398 сурат гирифта аст, мутобиқи аҳдофи таъйин шуда таҳқиқ ва арзёбии мутағайирот ба дарёфтхое ноил шудаем, ки зайлан бо дарёфтҳои таҳқиқоти минтақа ва ҷаҳон муқоиса мегардад:

1) Аз ҷумлаи 84 воқеаи тарзизи садри, 74 воқеа назди ҷинси музаккар ва 8 воқеаи дигар назди ҷинси муаннас иттифоқ афтида аст ва таносубашон 1:9 мебошад, ки бо дарёфтҳои литератур ҳамхонӣ дорад. Аммо таносуби ҷинси музаккар ва муаннас дар литературҳо камтар буда аст (1:4 ва 1:3), ки шояд далили он ҳузури физики мардон дар ҷомеа ва берун аз манзил, арса қри, мубодирати мардон ба шуғлҳои шокқа ва биллоҳира ҷомеаи мардсолори бошад.

2) Баррасии мо бештарини вуқӯи тарзизоти садрро дар даҳаи дуввуми ҳаёт ва ба таъкиби он дар даҳаҳои саввум ва ҷаҳорум дарёфта аст, ин дарёфтҳо бо таҳқиқоти су-



рат гирифтаи қаблӣ ҳамхонӣ надорад, зеро дарёфтҳои литеротур бештарин воқеотро дар даҳаи саввуми ҳаёт ва ба таъкиби он даҳаи дуввуми ҳаёт нишон медиҳад ва дарёфти дигари бештарини вуқӯи тарзиси садриро дар даҳаи панҷуми ҳаёт гузориш намуда аст.

3) Аз нигоҳи навъи тарзиз низ баррасӣ доштаем, ки мутобиқи дарёфтҳои мо вуқӯи тарзизоти нофиза нисбат ба тарзизоти кунд бештар буда аст, аммо баръакс дар литеротур шуюи тарзизоти кундро нисбат ба нофиза бештар гузориш додаанд. Дар дарёфтҳои мо масулияти ағлаби тарзизоти нофизаро аслиҳаи гарм ва оташдор ба уҳда дошта, ки дар литеротур масулияти бештарини тарзиси нофизаро аслиҳаи сард мисли корд ва чоку ба душ дорад. Ҳамчунон дарёфтаем, ки масули бештарини вақеоти тарзиси кунди садр ҳодисоти трофики чода буда ва ба таъкиби он зарб ва шатм, лагад задани ҳайвонот ва сукут аз кух, девор ва дарахт қарор дорад, ки бо дарёфтҳои ҷаҳонӣ ҳамсон аст.

4) Ҳамчунин мизони фавтият дар таҳқиқи мо 7, 2% (4 воқеа) дарёфт шуда аст, ки бо дарёфтҳои маркази тарзизии Исфакони Эрон тақрибан яксон буда, аммо бо бақия дарёфтҳо ҳамхонӣ надошта ва балки чанд баробар коҳишро нишон медиҳад, ки шояд иллати ин коҳиш, адами мурочиати маризони ваҳими садри дар шифохонаҳо, фавти маризони тарзиси садр қабл аз ташхис ва расидан ба шифохона ва сабт нашуданашон дар китоби фавтҳои шифохона ва ё ҳам набуди имконоти муносиби нақли чун амбулонсҳои мучахҳаз бошад. Далили марг ва мирро ағлаби контужани рия, тарзиси қалб ва авъияи кабира донистаанд, ки далили маризони фавтии мо низ чунин буда аст. Яъне ду мариз аз аз сабаби тамаззуқи авъияи риявӣ, як мариз аз сабаби тарзиси қалб ду мариз дар натиҷаи тарзизоти мутарофикаи хичоби ҳоҷизӣ, таҳол ва абҳари батнӣ ва як мариз аз сабаби тарзиси мутарофикаи қаҳфӣ бо GCS камтар аз 4 фавт намуда аст. Ва тамоми фавтҳо афроди музаккар будаанд. Пас метавон гуфт, ки тарзизоти мутарофика таъсир ба сазойи бо-

лоии марг ва мири маризони тарзиси садри дошта ва бояд дар мавриди иқдомоти лозимӣ рӯи даст гирифта шавад.

5) Мо вуқӯи тарзиси садрро дар ҷаноҳи рост 54, 8% дар ҷаноҳи чап 35, 7% ва ду тарафа 9,5% дарёфтаем, ки бештарини вуқӯ дар тарафи рост мебошад, аммо дар литеротурҳо бештарини мизон вуқӯи тарзиси садрро дар ҷаноҳи чап зикр намудаанд, ки бо мо ҳамхонӣ надорад. Ва мизони вуқӯоти ду тарафа дар литеротур 2.5 мартаба бештар гузориш дода шуда аст.

6) Дар литеротур ихтилоти муҳими тарзизоти садриро ҳимутрукис, нюмутурикс, ҳимунимутурикс, касри излоъ, контужани рия, тарзизоти мутарофикаи қаҳфӣ, батнӣ ва ваъойи гуфтаанд, ки бо дарёфтҳои мо ҳамсон аст.

7) Аз ҷумлаи 84 мариз ағлабашон (81 воқеа) бо татбиқи туюби садри тадовӣ шудаанд, (94,4% ки арқоми 54,5%-70%) нисбат ба литеротур бештар мебошад.

**Натиҷагирӣ.** Бо мулоҳизаи натоиҷи кулӣ метавон навишт, ки тарзиси садри назди мардон нисбат ба занон бештар рухдода (90,5% ва 9,5%), ки таносуби байнашон 1:9 мебошад ва таносуби мард ва зан (1:4 ва 1:3) мебошад. Вуқӯи тарзизоти нофиза нисбат ба тарзизоти кунд бештар аст (52,4% ва 47,4%). Мизони фавтиёт 7.2% буда, ки бештар назди маризоне, ки тарзизоти мутарофика доштаанд дида шуда аст ва таносуби он назар ба навъи тарзиз мусовӣ буда ва ҳама фавтҳо музаккар будаанд. Аз назари син бештарини вуқӯот дар даҳаи дуввуми ҳаёт (29.8%) мутаоқибан дар даҳаҳои саввум ва ҷаҳоруми ҳаёт (20.2% ва 14.7%) иттифоқ афтада аст. Ихтилоти муҳими тарзизоти садриро ҳимутурукис, нимутурукис, ҳимунимутурукис, касри излоъ, контужани рия, тарзизоти мутароикаи қаҳафӣ ва батнӣ ва ваъойи ташкил дода, ки болои фисади марг ва мир таъсири мустақим дорад. Муҳимтарин омил тарзизоти нофиза аслиҳаи оташдор буда ва маъмултарин сабаби тарзизоти кунд ҳодисоти трофики чода аст. Аксарияти маризон бо татбиқи туюби садри тадовӣ шудаанд. Назди 10.7% маризон турукутумӣ иҷро шуда, дар 4.8% маризон амалияи лапаратомия ва

дар 2.4% маризон трахостамия ба нисбати тарзизоти мутарофика анҷом гардида аст. Ҳамчунон мизони фавтиёт дар таҳқиқи мо 7.2% ( 4 воқеа ) дарёфт шуда аст, ки бо баъзе дарёфтҳо яксон буда, аммо бо бақияи дарёфтҳо ҳамхонӣ надошта ва балки чанд баробар коҳиши арқомро нишон медиҳад, ки нисбати мусовӣ доранд (3 воқеаи нофиза ва 3 воқеаи кунд). Далили марг ва мирро ағлаби контужани рия, тарзизи қалб ва авъияи кабира донистаанд, ки далили маризони фавти мо низ чунини буда аст. Яъне ду мариз аз сабаби тамаззуқи авъияи риявӣ як мариз аз сабаби тарзизи қалб ду мариз дар натиҷаи тарзизоти мутарофикаи ҳичоби ҳочизӣ, таҳол ва абҳари батнӣ ва як мариз аз сабаби тарзизи мутарофикаи қаҳфӣ бо GCS камтар аз 4 ғавт намуда аст ва ҳама ғавтҳо музак-кар будаанд.

**Пешниҳодот.** Агарчи ин таҳқиқ ба сура-ти комилан меъёрӣ иҷро шуда аст, аммо боз ҳам басанда намебошад. Ҷиҳати ғино-

мандии пурусаи илмӣ ва корҳои таҳқиқи мавориди зерро пешниҳод менамоем.

1) Чун таҳқиқи мо дар муддати замони кам ва дар маҳдуда шиғохонаи як вилоят анҷом шуда аст, анҷоми таҳқиқоти густур-датареро дар мавриди тарзизоти садри дар сатҳи Афғонистон ва шиғохонаҳои давлатӣ ва хусусӣ тавсия менамоем.

2) Ин таҳқиқ ба таври кулӣ анҷом пази-руфта таманно дорам то мутахассисин ва атиббо таҳқиқоти тарзизоти садриро бо ҷузиёт ва дар мавриди ҳар узви садри ало-ҳида анҷом диҳанд.

3) Тамоми таҳқиқоти анҷом шуда дар сатҳи Афғонистон баъд аз чоп ва нашр дар нашриёти муътабар ҳарчи зудтар ба даст-раси хонандагон қарор дода шавад.

4) Ҷиҳати коҳиши мизони марг ва мири ма-ризони тарзизи садри бояд дар ҳар вилоят маро-киси ихтисосии тадовии тарзизот ва билхусус шуъбаи ҷарроҳии садри таъсис шуда ва афродаш маслакӣ ва мутахассис дар он ғумошта шавад.

### Адабиёт

1. A., Davoodabadi, E. Abdolrahim-Kashi, M. Fattahi, G.A. Moosavi, M. Afsharand A. Talebian., (2008). **Epidemiology of Chest Trauma inKashan Trauma Centers., Iran.**
2. Ali TalebiMd, ManochehrAghajanzadeh, ShahrokhYousefzadeh-Chabok, Ali Davoudi-Kiakalayeh, Md, Zahra Mohtasham-Amiri. (October, 2015). *Evaluation of Chest Trauma in Patients Admitted to RashtPoursina Hospitals in 2013. Iran.IJBPAS, October, 2015, 4(10), Special Issue* Pp 1064-1077.
3. Asya Fish, Farheen Shaikh, Rafael Sanchez, Sean O'Donnell, AndrewRosenthal, Leanne Kerr, Seong Lee, ChauniquaKiffin, DafneyLubin, Eddy Carrillo. (June 2014). *Blunt Chest Trauma. Journal of Surgical Case Reports, Volume 2014, Issue 6.*
4. BekirNihatDogrul, Ibrahim Kiliccalan, EkremSametAsci, Selim Can Peker (2020 Jun). *Blunt Trauma Related Chest Wall and Pulmonary Injuries: An Overview.* Copyright © 2020 Chinese Medical Association. 23(3). Pp 125-138.
5. Bradley M Dennis, Seth A Bellister, Oscar D Guillaumondegui. (2017 Oct). *Thoracic Trauma.* Copyright © 2017 Elsevier Inc. All Rights Reserved. 97(5):1047-1064.
6. CorinnaLudeig, ArisKoryllos., (April 2017)., Management of Chest Trauma, Journal of Thoracic Disease[ Dedicated to The 25<sup>th</sup> European Coference On General Thoracic Surgery (ESTS 2017)., Vol(9), Supplement (3), Published by AME Publishing Company, Hong Kong.
7. Corinna Ludwig, ArisKoryllos. (4, 2017). *Management of Chest Trauma. Vol9, Supplement 3 (April 2017): Journal Of Thoracic Disease [Dedicated To The 25th European Conference On General Thoracic Surgery (ESTS 2017)]*.
8. Courtney M. Townsend,Jr., Md.,(2008). *Sabiston Textbook of Surgery*, 18<sup>th</sup> Edition., Pages ;389-390.,1333-1345.Texas, Usa, Printed in India.
9. Ekpe EE, Eyo C. (2014), *Determinants of Mortality in Chest Trauma Patients.* Nigerian Journal of Surgery, official publication of the Nigerian surgical research society, Jan-Jun 2014, 20(1): 30-34.

10. Fraser Birse, Helan Williams, David Shipway, Edward Carlton. (2019). *Blunt Chest Trauma in The Elderly: An Expert Practice Review.*, Pubmed. Google Scholar.
11. Joseph Locicero III, M.D. And Kenneth L. Mattox, M.D. (29 May 2018). *Epidemiology of Chest Trauma*. Joseph Locicero On. Source: Pubmed. Surgical *Clinics of Nort* America-Vol. 69, No. I.
12. Konstantina Chrysou, Gabriel Halat, Beatrix Hokscho, Ralph Schmid and Gregor Kocher., (2017). *Lessons from A Large Trauma Center: Impact of Blunt Chest Trauma in Polytrauma Patients-Still A Relevant Problem?* Topics: 610 Medicine & Health., Publisher: 'Springer Science and Business Media LLC'.
13. Mdi Mohammadzadeh, Mehrdad Hosseinpour, Azadeh Sadat Mirzadeh, Hoda Jazayeri, And Mohammad Ghannaei Arani. (Aug, 2012). *Chest Injury Evaluation and Management in Two Major Trauma Centers of Isfahan Province, IR Iran*. 2012 Summer; 1(2): 54–57. Published Online 2012 Aug 21. Doi: 10.5812/Atr.6542.
14. Peter J Shirley, (July 1, 2005). *Chest Trauma*, In Trauma and Critical Care III, First Published, Pubmed.
15. Pietro Bertoglio, Francesco Guerrera, Andrea Viti, Alberto Claudio Terzi, Enrico Ruffini, Paraskevas Lyberis, Pier Luigi Filosso., (2019). *Chest Drain and Thoracotomy for Chest Trauma*.
16. R M Shor, M Crittenden, M Indeck, S L Hartunian, And A Rodriguiz. (1987). *Blunt Thoracic Trauma. Analysis of 515 Patients*. Ann, Surg. A Monthly Review of Surgical Science 1885., 206(2). Pp 200-206. PMID.
17. Sherife Tuba Liman, Akin Kuzucu, Abdullah Irfan Tastepe, Gulay Neslihan Olasan, Salih Topcu. (March 2003). *Chest Injury Due to Blunt Trauma*. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery. 23(3). Pp 374-378.
18. Victor Whizar-Lugo, Alejandra Saucedo Gastelum, Adriana Hernandez-Armas, Francisco Garzyn-Garnica and Maribel Granados-Gomez. (2015). *Chest Trauma: An Overview*. Journal of Anesthesia & Critical Care: Open Access. 3(1). Med Curve.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТРАВМ ГРУДИ В БАЛХСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЕ ЗА ПЕРВЫЕ ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ 1398 (2020) ГОДА

Нематулло Фитнат, ассистент кафедры хирургии медицинского факультета Балхского университета, Исламская Республика Афганистан

Травмы грудной клетки являются на данный момент весьма актуальной проблемой мировой медицины, 10% тяжелых травм грудной клетки приводят к госпитализации, от 25 до 50% всех смертельных случаев травм связаны именно с травмами грудной клетки. Разновидности травмы грудной клетки по степени тяжести имеют тесную связь с дополнительной травмой, и это может изменить результат лечения. Быстрое снижение прогностических факторов может улучшить данный результат, поэтому важно знать все вышеперечисленные факторы. Большинство случаев может вызывать дыхательную недостаточность, а из-за недостаточной диагностики и лечения они также приводят к летальному исходу и смертности.

Нашей целью было исследование случаев травм груди в Балхском регионе за первые шесть месяцев 1398 года.

Исследование проводилось на 84 пациентах с травмой грудной клетки, которые поступили и были госпитализированы в региональную больницу Балха в течение первых шести месяцев 1398 года. Из 84 поступивших 76 (90,5%) были мужчинами и 8 (9,5%) женщинами (соотношение 1: 9,5). Из этих 84 пациентов 44 (52,4%) имели проникающую травму и еще 40 (47,6%) тупую травму грудной клетки. Из всех проникающих ранений причиной 71% являются огнестрельные ранения, а еще 29% - ножевые ранения. Из всех тупых травм причиной 25-и стали автомобильные аварии, 3 случая связаны с падени-

ем с высоты, 3 случая с нападением и еще 3 - с ударами животных.

Пациенты также оценивались по возрастным группам. Таким образом, мы обнаружили, что гораздо больше случаев произошло на 2-м десятилетии жизни (25 случаев против 29,8%), 3-е и 4-е десятилетия жизни (20,2% и 16,7%) были на 2-м и 3-м местах. На 7-м, 6-м и 1-м десятилетии подобные случаи происходили намного реже. Наименьшее количество случаев зафиксировано

во в течение 8-го десятилетия жизни (8 случаев - 2,4%).

По результатам нашего исследования уровень смертности составил 7,6% (6 случаев), умершие пациенты были в возрасте от 12 до 35 лет.

Причиной смерти 50% становились тупые травмы, 50% - проникающие. Все умершие были мужчинами.

**Ключевые слова:** Балхский региональный госпиталь, тупая травма, грудная травма, гемоторакс, проникающий, пневмоторакс.

## EPIDEMIOLOGY OF CHEST TRAUMA IN BALKH REGIONAL HOSPITAL DURING 1<sup>ST</sup> SIX MONTHS OF 1398/2020 YEAR.

### Abstract:

**Background:** chest trauma is very important among world, it consists about 10% of hospitalized severe chest trauma and 25 to 50% of all traumatic deaths. Variety of chest trauma in severity have a closed relation between additional injury. So this can change the result of treatment. Rapidly decreasing of prognostic factors can improve this result. So it's necessary to know all above factors and determine mortality of chest trauma. Majority of cases can cause respiratory failure, and according insufficient diagnosis & treatment it ended to fatality and mortality also.

**Methods:** this prospective study is achieved during evaluations and observation of the bedded and operated patients which come to surgical department of Balkh regional hospital during 1<sup>st</sup> six months of 1398. The collected data then analyzed by specific statistical methods (SPSS).

**Goal:** a study of chest trauma in Balkh regional hospital during 1<sup>st</sup> six months of 1398.

**Result:** this study was performed on 84 chest trauma patients who admitted and hospitalized in Balkh regional hospital during 1<sup>st</sup> six months of 1398. From 84 cases, 76 cases (90.5%) were males and 8 cases (9.5%) were females (ratio are 1:9.5). of this 84 patients who bedded in hospital, 44 cases (52.4%) had penetrating chest injury and other 40 cases (47.6%), had blunt chest trauma. From all of penetrating injuries, the cause of 71% are gunshot trauma and other 29% was during stab wounds. From all of blunt

trauma, the cause of 25 cases were car accident, 3 cases were falling from height, 3 cases were assault, and 3 cases were animal bites. Otherwise, the patients are assessed by age groups also. By this we find that the much more cases occurred in 2<sup>nd</sup> decades of life (25 cases vs 29.8%), the 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> decades of life (20.2% & 16.7%) were in 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> steps. Also the lowest cases occurred during 8<sup>th</sup> decades of life (8 cases vs 2.4%). Subsequently the decades of 7<sup>th</sup>, 6<sup>th</sup> & 1<sup>st</sup> was the occurred very less. In this study the mortality rate consists 7.6% (6 cases) which the died patients had between 12-35 years old. The reason of 50% death refer to blunt trauma & the 50% refer to penetrating ones. All died cases were males.

**Conclusion:** this study performed on 84 chest trauma patient in Balkh regional hospital during 1<sup>st</sup> six months of 1398. From 84 cases, 76 cases (90.5%) were males and 8 cases (9.5%) were females (ratio are 1:9.5). Of this 84 patients who bedded in hospital, 44 cases (52.4%) had penetrating chest injury and other 40 cases (47.6%), had blunt chest trauma, much more cases occurred in 2<sup>nd</sup> decades of life (25 cases vs 29.8%) and Also lowest cases occurred during 8<sup>th</sup> decades of life (2.4%). The mortality rate consists 7.6% (6 cases) which the died patients had between 12-35 years old. The reason of 50% death refer to blunt trauma & the 50% refer to penetrating ones. All died cases were males.

**Key words:** Balkh Regional hospital, Blunt trauma, Chest trauma, Haemothorax, Penetrating, Pneumothorax.



**Неъматуллох Фитнат**, ассистенти кафедраи ҷарроҳии факултаи тиббии Донишгоҳи Балх, Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон. Mazare Sharif, Afghanistan. Email: [fetnatfaryabi@gmail.com](mailto:fetnatfaryabi@gmail.com). Phone #: +93797639271

**Неъматуллох Фитнат**, ассистент кафедри хирургии медицинскогo факультета Балхскогo университета, Исламская Республика Афганистан, Mazare Sharif, Afghanistan. Email: [fetnatfaryabi@gmail.com](mailto:fetnatfaryabi@gmail.com). Phone #: +93797639271

**Namatullah Fetnat**, MD., Assistant professor lecturer of surgical department. Faculty of Medicine, Balkh University, Mazare Sharif, Afghanistan. Email: [fetnatfaryabi@gmail.com](mailto:fetnatfaryabi@gmail.com). Phone #: +93797639271

## АВВАЛИН ҶАРРОҲИИ МУВАФФАҚИ АТРЕЗИЯИ СУРХРӢДА ДАР ТОҶИКИСТОН

**Раҳмонов Ш.Ҷ., Шамсзода Х.А., Шерназаров И.Б., Бобоев Т.Х.**

Кафедраи ҷарроҳии кӯдакони МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

МД ММТ ҶТ «Шифобахш»

**Муҳиммият.** Атрезияи сурхрӯда (АС) - нуқсонҳои вазнини модарзодии инкишоф маҳсуб меёбад, ки ҳангоми он нӯги проксималии сурхрӯда сарбаста анҷом мепазирад. Халалҳои эмбриогенез аз рӯзи 19 то 26-уми гестатсия метавонад сабаби ташаккули чунин нуқсон гардад. Маъмулан АС бо носури хирноӣ сурхрӯда (НХС) якҷоя мешавад. Шаш навъи асосии ҳосилшавии ногузарогии модарзодии сурхрӯда имконпазир аст: аплазия, АС бе НХС, АС бо НХС-и болоӣ, АС бо НХС-и поёӣ, АС бо НХС-и болоиву поёӣ, АС бо НХС-и бифуркатсионӣ. АС бо НХС-и поёӣ бештар (87-90 %-и ҳодисаҳо) маъруф аст. Нисфи кӯдакони мубтало ба АС нуқсонҳои ҳамроҳ ё вазнини инкишоф доранд. Қариб дар тамоми кӯдакон илтиҳоби аспиратсионии шуш мавҷуд аст.

Найхт ва Towsley соли 1941 аввалин шуда дар дунё муваффақона амалиёти катъии бартараф кардани АС бо НХС дар мавриди навзод ба амал оварда буданд. Он аз гузоштани анастомози аввали байни сегменти сурхрӯда мувофиқи навъи «сар ба сар» бо рағбандии НХС иборат буд.

Г. А. Баиров соли 1955 дар Иттиҳоди Шӯравӣ амалиёти ҳаммонандро анҷом дода буд. Бо вучуди он ки ҳангоми муолиҷаи кӯдакони гирифтӣ ба АС дар марҳилаи муосир муваффақиятҳои зиёда ба даст омадаанд, дар ин ҳолат то имрӯз мушкилоти зиёде мавҷуд аст. Фавтнокӣ, бар пояи маъ-

лумоти адабиётҳо, дар ҳудуди аз 10-25 то 78% тағйир меёбад.

Дар таърихи тибби Тоҷикистон ҷарроҳии «атрезияи сурхрӯда»-ро бо НХС 21 майи соли 2019 ҷаррохон: Ш.Р.Султонов, Ш.Ҷ.Раҳмонов ва И.Б.Шерназаров, беҳисгардонон-эҳғарон: М.Б.Раҳмонов ва Ф. Арслонов анҷом доданд. Ин рӯзро метавон рӯзи таваллуди ҷарроҳии неонтологии навзодон дар Тоҷикистон номид.



**Расми1 Расми 2 21.05. с.2019**

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Муддати се соли охир дар клиникаи ҷарроҳии кӯдакони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар пойгоҳи МД ММТ ҶТ «Шифобахш» муолиҷаи 21 навзоди мубтало ба АС ба амал оварда шуд. Синни беморон дар ҳудуди аз чанд соат то шаш шабонарӯз ташкил меод: 5 кӯдак дар рӯзи таваллуд шуданашон, 5 нафар рӯзи дуюм, 10 кӯдак дар рӯзи сеюм ва 1 кӯдак дар рӯзи шашуми таваллуд шуданаш ворида шӯба гардиданд. Зимни тамоми навзодони гирифтӣ ба АС нишонаҳои илтиҳоби аспиратсионии шушҳо мавҷуд буд ва онро рентгенографияи шуш тасдиқ намуд.

Дар хамин микдор кӯдакон нуқсонҳои омехта (VACTERL- муттаҳидшуда) ба назар мерасид: нуқсони дил (5 кӯдак), нуқсони инкишофи скелет (3), нуқсони инкишофи системаи пешобу таносулӣ (2) ва инсидоди сӯроҳии маънад дар якҷоягӣ бо ногузарозии калони модарзодии рӯда (1). Бемории ҳамроҳ дар мавриди 9 кӯдак мушоҳида гардид: сирояти дохилибатнӣ (3 кӯдак), гипербилирубинемия (2), иллати перинаталии САМ (4).

Ташхисро ғайр аз маълумоти клиникӣ, эзофагография бо моддаи дар об ҳалшавандаи рентгенконтрастӣ (бо ҳаҷми на зиёда аз 1 мл), дар ҳолати амудии бемор тасдиқ намуд.



**Расми 3 Эзофагография**

Дар мавриди тамоми беморони гирифтӣ ба АС омодагии пешазҷарроҳӣ, ки ба зидди зухуроти илтиҳоби аспиратсионӣ шуш, дистресссиндроми респираторӣ, инчунин барои устуворшавии нишондиҳандаҳои гемодинамика равона шудааст, ба амал оварда шуд.

Ҳар 15—20 дақиқа аз даҳону ҳалқ ва бинии бемор бузоқу луоб берун кашида мешуд. Чунин омодагӣ аз 12 то 48 идома ёфт, ки барои беҳтар гардидани ҳолати беморони вазнин бо чунин беморӣ мусоидат намуд ва оғоз намудани амалиётро имконпазир гардонид.

Дар мавриди тамоми беморони ҷарроҳшуда торакотомияи тарафи рост аз ақиб паҳлуӣ дар байни қабурғаи чорум ба кор бурда шуд. Дастрасӣ ба миёндевор ба таври хориҷичанбӣ ба амал оварда шуд.



**Расми 4. Торакотомияи ақибу паҳлуӣ**

Ҳангоми 18 амалиёт аз 20 ҷарроҳӣ АС бо НХС-и поёнӣ, дар 1 мариз АС бо НХС-и поёну болоӣ ва зимни 1 кӯдак бошад, АС бе носур ё шакли изоятсионӣ бо диастези калон зоҳир гардид.

Дар мавриди 19 навзод бандинабандӣ ва буридани НХС ва бурида ҷудо кардани НХС аз хирной бо баъдан дӯхтани он ба девора дар 6 ҳодиса ба амал оварда шуд. Анастомози мустақими сегментҳои сурхрӯда мувофиқи навъи «сар ба сар» ҳангоми 19 бемор гузошта шуд.



**Расми 5. Анастомози «сар ба сар»**

Дар мавриди як навзод ба хоҳири дароз шудани сегменти болоии сурхрӯда миотомияи циркулярӣ сегменти болоӣ бо эзофагоанастомози минбаъдаи «сар ба сар» иҷро гардид. Як навзод шакли изоятсияшуда бо диастези дароз дошт, аз ин рӯ мо эзофагостомия ва гастростомия гузоштем.



**Расми 6. Эзофагостомия**

Ба тамоми кӯдакон барои хӯрок додан Ҳангоми амалиёт зонд ба воситаи бинӣ та-  
вассути сурхрӯда ба меъда ворид карда шуд.



**Расми 7. Зонд ба воситаи бинӣ ба сурхрӯда**

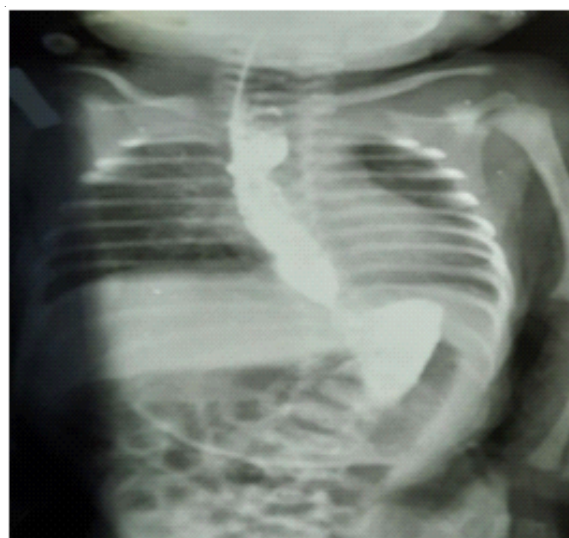
Ҳангоми гузоштани эзофагоанастомо-  
зо дарзи якхела аз монориштаҳои синте-  
тикии кутрашон 5/0 ё 6/0 ба кор бурда шуд.  
Амалиёт дар нисбати тамоми беморон бо  
насб кардани қастара дар фазои паси-  
чанбӣ, дар мавзеи анастомози сурхрӯда  
барои дренаж кардану ташхиси барвақтии  
начаспидани имконпазири анастомоз ан-  
ҷом дода шуд.

**Натиҷаи таҳқиқот.** Марҳилаи пасазҷар-  
роҳӣ дар мавриди 6 нафар аз 21 навзод бе  
ориза чараён гирифт. Зимни кӯдакони бо-  
кимондаи ҷарроҳишуда оризаҳои зерин ба  
амал омад: ДВС-синдром (2), норасогии  
шадидаи гурда (4), илтиҳоби шуш (4), омоси  
шуш (3) нуқсони системаи дилу рағҳо бо  
транспозитсияи рағҳои асосӣ (2).

Тибқи маълумоти адабиётҳо начаспида-  
ни анастомозҳои сурхрӯда 23 %-ро ташкил  
дод ва сабабҳои бад-ин қароранд: техникаи  
номукаммали ҷарроҳӣ, Ҳангоми диастози  
калон бо сабаби аз ҳад зиёд кашидани  
қитъаи анастомоз, ишемия сегментҳои про-  
ксималӣ ва дисталии сурхрӯда. Начаспида-  
ни анастомоз сабаби асосии фавтнокӣ па-  
сазҷарроҳӣ ба шумор меравад. Мувофиқи  
мушоҳидаҳои мо начаспидани анастомоз ба  
назар нарасид.

15 кӯдак дар марҳилаи пасазҷарроҳӣ аз  
инкишофи оризаи уфунӣ ва илтиҳоби пасаз-  
ҷарроҳии шуш бо омоси шушҳо ва нуқсони  
системаи дилу рағҳо бо транспозитсияи ра-  
ғҳои асосӣ вафот намуданд. Яъне фавтнокӣ  
пасазҷарроҳӣ 71,4 %-ро ташкил намуд.

Хӯрок додан ба воситаи зонд дар шабо-  
нарӯзи дуҷум сеюми пас аз амалиёт оғоз  
гардид. Ба миқдори 1мл/кг/соат дар шабо-  
нарӯз, аз он хотире, ки дар беморони АС  
маида будани меъда ҷой дорад ва бо мақса-  
ди пешгирии бозгашт аз меъда ба сурхрӯ-  
даро ба инобат гирифта, миқдори маҳлули  
ғизоро кам ва муҳлати онро зиёд намудем.  
Дар шабонарӯзи дувоздахум эзофагогра-  
фияи санҷишӣ ба воситаи моддаи дар об  
ҳалшавандаи рентгеноконтрастӣ иҷро гар-  
дид. Дар ҳолати мавҷуд набудани варами  
контрастӣ берун аз ҳудуди сурхрӯда зонд-  
ро аз меъда гирифта, хӯрокдиҳии маъмулии  
энтералӣ ба амал оварда шуд. Дренаж рӯзи  
дигар аз миёндевор берун карда шуд.



**Расми 8. Эзофагографияи санҷишӣ**

Мувофиқи мушоҳидаҳои мо ва маълумоти адабиётҳо стриктураи анастомози сурхрӯда дар 40—90 % ҷаррохишудагон ба амал меояд. Дар робита бо нуктаи мазкур ба тамоми беморон пас аз ҷарроҳӣ, аз рӯзи 21-ум сар карда, милзани роҳбаладии сурхрӯда то қиматҳои синнусолӣ бо арзёбии ниҳии сӯроҳии сурхрӯда ба воситаи эзофагография ба амал оварда шуд.



Расми 9. Бужкунонии роҳбаладӣ

Зимни гурӯҳи таҳлилшавандаи кӯдакон риҷъати НХС мушоҳида нагардид.

Ҳамин тавр, усулҳои муолиҷаи ҷарроҳии АС, ки дар клиникаи ҷарроҳии кӯдаконаи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино дар пой-

гоҳи МД ММТ ҚТ «Шифобахш» истифода шудааст, дар мавриди 28,6% беморон натиҷаи мусбат дод. Асосан сабаби фавтнокии зиёди навоздони мубтало ба АС бемориҳои якҷояшуда, норасидии зухурёфта ва нуқсонҳои вазнини ҳамроҳ, аксаран бешумори инкишоф, инчунин оризаҳои имконпазири пасазҷарроҳӣ маҳсуб меёбад.

**Хулоса,** Муолиҷаи атрезияи сурхрӯда зимни навоздон, то имрӯз яке аз мушкилоти ҷиддии соҳаи ҷарроҳӣ ба шумор меравад. Ҷарроҳӣ ҳангоми АС дар мавриди навоздон бояд ба тартиби фаврӣ пас аз муоина ва омодагии пешазҷарроҳӣ ба амал оварда шавад. Мавҷудияти НХС-и васеи поёнӣ ва якҷоя АС бо ногузароҳии рӯдаҳо нишондод ба амалиёти фаврӣ маҳсуб меёбад. Ба дастовардҳои ҷарроҳии муосири кӯдакона нигоҳ накарда, фавтнокии пасазҷарроҳии навоздони мубтало ба АС то ҳол дар сатҳи баланд, бар пояи маълумотҳои мо, то 71,4% боқӣ мемонад.

Оғози барвақтии ғизои энтералӣ дар ин маврид бисёр муфид аст, чун ки беморҳои ба мо муроҷиат карда дар ҳолати дер ва оризанок(пневмонияи аспиратсионӣ, алоими нафасии дистресс) мебошанд, мо наметавонем таъбаоти пурраи парентералӣ гузаронем.

#### Адабиёт

1. Баиров Г. А. Хирургия пищевода / Под ред. Ю. Е. Березова, М. С. Григорьева. — М., 1965. — С. 20—55.
2. Баиров Г. А., Манкина М. С. Хирургия недоношенных детей. — Л.: Медицина, 1977. — С. 53—68.
3. Баиров В. Г. Повторные операции у детей с атрезией пищевода: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1988.
4. Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Гераськин В. И. Руководство по торакальной хирургии у детей. — М. Медицина, 1978. — С. 264—276.
5. Козлов Ю.А., Подкаменев В.В., Новожилов В.А. Руководство по атрезия пищевода. 2015. — С.90-168.
6. Chittmittrapar S., Spitz L., Kielt E. M. // J. Pediat. Surg. -1992. - Vol. 27- P. 29-32.

#### ВПЕРВЫЕ УСПЕШНАЯ ОПЕРАЦИЯ АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА В ТАДЖИКИСТАНЕ

Ш.Дж.Рахмонов, Х.А.Шамсзода, И.Б.Шерназаров, Т.Х.Бобоев

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»

**Резюме.** Диагностика и лечение детей с атрезией пищевода является одной из слож-

нейших задач в области хирургии новорожденных. 22 мая 2019 года в впервые произ-



ведена успешная операция при атрезии пищевода у новорожденных. Этот день можно считать датой рождения хирургии новорожденных в нашей стране. Авторы делают вывод что применения ранняя энтеральная питания в этом момент очень своевременно потому что больные которые обращались к нам в поездном сроке и с разными

осложнениями (аспирационная пневмония, респираторный дистресс синдром) мы не можем использовать полный парентеральную питания потому что состояния больных ухудшается.

**Ключевые слова:** атрезия пищевода; послеоперационная летальность, ранняя энтеральная питания.

## FIRST SUCCESSFUL OPERATION OF ESOPHAGEAL ATRESIA IN TAJIKISTAN

Sh.J.Rakhmonov, H. A. Shamszoda, I. B. Shernazarov, T. H. Boboev

State Institution “National Medical Center” of the Republic of Tajikistan “SHIFOBAKHSH”,  
Department of Pediatric Surgery of Avicenna Tajik State Medical University.

**Resume.** Diagnosis and treatment of children with esophageal atresia is one of the most difficult tasks in the field of neonatal surgery. On May 22, 2019, a successful operation for esophageal atresia in newborns was performed for the first time. This day can be considered the date of birth of newborn surgery in our country. The authors conclude that the use of

early enteral nutrition at this point is very timely because the patients who came late to us and with different complications (aspiration pneumonia, respiratory distress syndrome) we cannot use full parenteral nutrition because the condition of the patients is getting worse.

**Key words:** esophageal atresia; postoperative mortality, early enteral nutrition.

**Рахмонов Шохин Чалолович** – н.и.т., ассистенты кафедрой чарроҳии кӯдакон, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»,

**Рахмонов Шохин Джалолович** – к.м.н., ассистент кафедрой детской хирургии ТГМУ имени Абуали ибн Сино. E-mail: [dr\\_shohin@mail.ru](mailto:dr_shohin@mail.ru), тел.: +992 918833173.

**Rakhmonov Shokhin Jalolovich**-Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Pediatric Surgery of Avicenna Tajik State Medical University; E-mail: [dr\\_shohin@mail.ru](mailto:dr_shohin@mail.ru), phone: +992 918833173.

## ИНЗОРИ ДУ БО ЧАҲОР ПЕЧ ДАР СИХИ ДОХИЛИ КАНАЛИ АЗМӢ ТАДОВИИ КУСУРИ ҚИСМАТИ МУТАВАССИТИ ҚИСМИ ҚАСАБА

Исматуллоҳ Пупал, Ночих Пупал

Кафедраи анатомияи факултаи тиббии Донишгоҳи ш. Балх, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон

**Муқаддима.** Бисёри аз кусури (шикаста-ни) қисми қасаба (бронхҳо) ба сурати ғайриамалиётӣ тадовӣ мегиранд, чун ин равиш беҳатар ва бидуни пардохти ҳазинаи (маблагӣ) боло мебошад. Вале барои тамоми анвои кусур муносиб намебошад, як теъод кусур мумкин ба тадовии амалиётӣ зарурат пайдо намояд.

Аз сикҳои дохили канали азмӣ ё *yintra medullar nails* ҷиҳати тасбити кусури баста ва боз гастилу (*gustilo*) дараҷаи 1 қисми қасаба назди афроди коҳил ва мусин (калонсол)

барои солҳо аст, ки минхайси як равиши тасбития (фиксатсия) қабул шуда ва интихобӣ истифода мешавад.

Ғавоиди сикҳои дохили канали азмӣ зиёд буда, ки шомили тасбити қаср бо таҳарруқият ва иҷозаи таҳмили вазни болои ноҳияи максура ба сурати муқаддам ва ҳифзи хуби пушиши ақсоми рахваи ақсоми ноҳияи максура мебошад.

Дар ин таҳқиқ тавзеҳе, ки ба сурати *retrospective* болои ҳаштод маризе, ки ба таҳхиси қасри қисмати мутаваассити қисми

устухони қасаба дар сервиси уртупедии шифохонаи омузишии Абу алӣ Сино балхӣ бистари ва тахти амалиёти *yintramedullar nails* қарор гирифта буданд анҷом ёфта буд, назди ҷиҳил мари́з он сихи дохили азмӣ ё *yintramedullar nails* тавассути ду печ дар ниҳояти баъида ва ду печ дар ниҳояти қариба қуфл ё *interlocked* дар ҳоле, ки дар ҷиҳил мари́зи дигар *im* тавассути як печ дар ниҳояти баъида ва як печ дар ниҳояти қарибаи он қуфл гардида буд ва инзори онҳо аз назари илтиём ва бечошудагии дубора дар тули 3 моҳи таъқиб баъди амалиёте мавриди арзёби қарор гирифт.

Дар натиҷа гурӯҳе аз мари́зон, ки *im* наздашон бо ду ду печ қуфл ё тасбит шуда буданд, илтиём беҳтар дошт, нисбат ба гурӯҳи мари́зон, ки наздашон *im* тавассути як як печ қуфл гардида буд, дар ҳоле, ки дар шонси бечошудагии дубора назди ҳарду гурӯҳ ягон тафовут мавҷуд набуд.

**Ҳадафи таҳқиқ:** Ҳадаф аз анҷоми ин таҳқиқ муқоисаи инзори тадовии кусуроти қисмати мутаваассити қисми қасаба бо сихи дохили канали азмӣ (устухонӣ), ки зарифаи як печ дар ниҳояти қариба ва як печ дар ниҳояти баъидаи сих қуфл шуда бошад, дар муқоиса бо ду печ дар ниҳояти қариба ва ду печ дар ниҳояти баъидаи сих аз назари шонси илтиём ва бечошудагии дубора дар чараёни 3 моҳ баъд аз амалиёт мебошад.

Тадовии кусури қисми қасаба дар 20 соли ахир ба сурати қобили мулоҳиза тағйир намулдааст. Пулустури тавили пой (*long leg cast*) дар тадовии кусури боз ва бастаи қисми қасаба мавриди истифода қарор гирифтааст, вале натоиҷи он қисман ҳароб буда ва татбиқи сихи дохили канали азмӣ ё *yintramedullar nailing ( im )* тадовии интиҳобӣ дар чунин кусур ба ҳисоб меояд.

Аз шакли ғайри қуфлшудаи сих ё *unlocked nails* дар касрҳое, ки ҷандин порчайӣ набошад, мадди назар гирифта шуда ва аз тариқи бориқтарин канал на танҳо, ки қувваҳои порақунандаро хунсо сохта, балки қувваҳои тадуриро низ кантрул менамояд. Ҳаргоҳ қутри канал дар як қитъа нисбат ба қитъаи дигар зиёдтар бошад, маъмулан муҷиби кантрули заиф қувваҳои тадурӣ мегар-

дад: дар ин сурат ба техникҳои қуфл кунанда ё *interlocking techniques* зарурат мешавад ба сурати умум печҳои қуфл кунанда ё *interlocking screws* бояд ду см дуртар аз ноҳияи максура ҷиҳати эҷоди суботи кофӣ барои иҷозаи ғайолиятҳои рузмара баъд аз амалиёте қарор гирад.

Дарёфти дурусти маҳалли духул ё *entry point* барои сихҳо хеле ҳам муҳим ва зарурӣ буда ва бояд дар маҳал бошад, ки қувваҳои убуриро коҳиш диҳад. Маҳалли духули сих дар ҳар азм фарқ дорад.

Маҳалли духули нодурусти сих мумкин сабаби мушкilotи аз назари меҳвар тулонӣ шавад, ки ислоҳи он кори мушкил ва техникаи, буда ва ҳатто бузури кусури ношӣ аз ҳастагии устухон ё *stress fractures* дар асари он гузориш шуда аст аз инру тавсия мешавад, ки раҳнамои техникаи ҳар сих мушаххас ба сурати дақиқ мутолиъа шуда ва маҳалли дурусти духули сих ва масири *guide wire* зарифа васоили тасвири тарҷиъан дар ду вазъият баррасӣ гардад.

Аз тарошидан ё *reaming* беш аз ҳади канали азмӣ бояд ҷилавгирӣ шавад, чун муҷиби заифии қобили мулоҳизаи устухон шуда ва хатари ҳароратиро афзоиш медиҳад. Сихи дохили канали азмии қуфлшуда бояд 2-4см дуртар аз мафсал татбиқ шавад.

Сихи дохили канали азмӣ бояд ба андозаи кофӣ қавӣ буда ва тавоноии суботи кофӣ ҷиҳати ҳифзи меҳвар ва мавқеият ба шумули ҷулугирӣ аз тадууро дошта бошад бояд, тавре татбиқ шавад, ки хуруҷи дубораи он мумкин бошад.

Татбиқи бастаи сих то имкон бояд кӯшиш шавад, чун шонси баланди илтиём ва пойини антонро (сироят) дар қибол дошта, вале ҷарроҳ бояд бо техникаҳои боз ва бастаи он баладият дошта бошад.

Сих бо қутр ва тӯли муносиб қабл аз амали ҷарроҳӣ бояд қобили дастрас бошад. Ҷиҳати татбиқи муваффақонаи сих дохили канали азмӣ мавҷудияти васоили муносиб, асистентҳои тарбияшуда ва шароити меъёри шифохона зарурӣ мебошад.

Доҳил сохтани сих ба канали азмӣ мутарофиқ бо осеби чараёни хуни индустиюм, ки дар зарфи 8-12 ҳафта дубора тармим ме-



гардад мебошад. Тачрибаҳо назди ҳайвонот нишон дода аст, ки чараёни хуни ноҳияи кишрӣ низ баъд аз геам намудан дар муқоиса бо геам на намудан таври қобил мулоҳиза коҳиш меёбад ба ҳамин тартиб иодаи чараёни хуни ноҳияи кишрӣ дар воқеот, ки геам гардидаанд нисбат ба воқеоти ғайри геам шуда вақти зиёдро дар бар мегирад, ки болои муқовамат дар баробари антон (сироят) дар кусур боз асарот дорад.

Сихҳо, ки дар канали азмии танг татбиқ гардида бошад мучиби осеби бештари чараёни хуни кишрӣ нисбат ба сихҳо, ки дар канали азмии озод татбиқ мешавад, мегардад.

Таҳлилҳо аз мутолиоти ҷадид нишон медиҳад, ки геам намудани оҳиста бартарияти бештар нисбат ба техникҳои бидуни геаминг дар илтиёми кусури баста ва дараҷаи хафифи боз изомии тавил дорад.

Тарошидан ё геаминг канали азмии мутарофиқ бо эмбулияи риявӣ, ташавушоти таҳассури хун, аксуламалҳои муофиятӣ ва илтиҳобӣ мебошад. Бурузи адами кифояи танаффус баъд аз амалиёт дар асари татбиқ муқаддам сих дар азми фаҳз назди маризон бо чандин тарзиз ё poly trauma ки наздашон геаминг сурат гирифта нисбат ба қасоне, ки геаминг нашуда бошад маъмултар ва бештар гардид.

Андозагирии фишори дохили канали устухон нишондиҳандаи фишорбин 420 то 1510mHgm дар чараёни прусичар геаминг дар муқоиса бо фишори 40 то 70 mHgm замоне сихи ҷомид бидуни геаминг татбиқ шавад, мебошад.

Асароти систематикӣ сихи дохили канали азмӣ дар кусури қисми фаҳз нисбат ба кусури қисми қасаба бештар мебошад.

Анвои мухталиф аз сихи дохили канали мавҷудбуда ва системи комили сих барои фаҳз (рон), қасаба ва аъзуд (банди даст) мавҷуд мебошад. Сихҳои соид низ дар морки-ти табобат мавҷуд буда вале то ҳануз бартарияти он низ нисбат ба тасбит тавассути плит собит нашуда аст.

Аслан сихҳои дохили азмӣ ба сурати миёнтиҳии шикфдор (tubular and slotted form) таҳия шуда буд, дар ҳоле, ки феълан анвои ҷомид ё миён пур ва каналдор (cannulated)

маъмулан истифода мешавад. Назди атфол шакли иртиҷоии сих бар асоси назарияи Ligier ва ҳамкоронашон минҳайси василаи интиҳобӣ барои изомии тавил қабул гардида аст.

Маводи сих ё фулод бидуни қасофат (stainless steel) ё ҳам мураккаби титонийум (Titanium alloy) мебошад.

Суроҳҳо ҷиҳати қуфл василаи маъмулан дар ду ниҳоеҳои сих дар масирҳои мухталиф мавқеият дорад, баъзе анвои сихи дохили канали ҳавӣ имконот (locking) дар тамоми тули сих мебошад.

Бадин тартиб аст табоботи он аз кусури қисми устухон ба кусури қисматҳои қариба ва баидаи фаҳз, қасаба ва ҳамчунон қисмати қарибаи азуд вусъат ёфта аст.

Шакл ва абъоди сих бояд ба шакли канал ва азм мутобиқат дошта бошад, қутр ва тули дурусти сих қабл аз татбиқи он бояд ба дастрас бошад, ки бадбахтона дарёфти андозаи дақиқи он кори мушқил мебошад. Бехтарин васила эҳтимолан як хаткаш radioluceht буда, ки болои тарафи солими муқобил зери кантрул Сггм қарор дода шавад ва ё ҳам андоза гирӣ тавассути воири раҳнамои кунанда дохили азмӣ (Wireintremedullary guide) мебошад.

**Техники қуфл намудан ё Locking technique.** Бисёри аз сихҳо бо дастаи хос татбиқ мешавад, ки ҳамчунон минҳайси як васила ҳадаф барои татбиқи печҳои қуфлкунанда мавриди истифода қарор мегирад. Ҷобачо созиши василаи қуфлкунанда дар суроҳҳои баида ё distal нисбатан мушқил буда чун сих дар ҳангоми духул мутаҳаммили дараҷоти кам ва беш аз тағйири шакл шуда ва суроҳҳо дар меҳвари аслиаш қарор намегирад. Қуфл намудани суроҳҳои баида бояд зарифаи техники бо дасти боз ва ё ҳам ба кумаки василаи раҳнамои кунанда, ки маъмулан бо барма аёр мешавад анҷом шавад.

Сих дар канали танги азмӣ тамоюл ба дур намудани ноҳияи максура аз ҳамдигар дошта, ки мучиби эҷоди фосила дар байни порчаҳои максура шуда, ки худ заминаро барои афзоиши фишори компортамент ва ҳамчунон таъхири илтиём ва адами илтиём

мусоидат месозад, аз инру тавсия мешавад, ки дар ибтидо ниҳояти баида куфл шуда баъдан сих ба тарафи боло ё қисмати қарибаи он ҷиҳати compression ноҳияи максура каш шуда ва дар ахир ниҳояти қарибаи он куфл ё lock шавад.

Тавсия мешавад, ки ҳадди ақал ду печ дар ҳар ниҳоят аз сих ҷиҳати кунтрал тадурии он дар тариқи мутмаин истифода шавад.

Сихи дохили азмӣ ҷиҳати тасбити кусури ҷисми устухонҳои тавил стандарти таллои дар асри имруз мебошад. Прусичар камтар муҳолилави буда, ки таҳаммули вазни муқаддамро иҷоза дода ва шонси хуб барои илтиёми сариъ ва солимо дар қибол дорад.

**Мавод ва равиши таҳқиқ.** Дар ин таҳқиқ тавзеҳ ё descriptive ки таври retrospective анҷом ёфта аст аз миёни маризон, ки дар сервиси артапеди шифохонаи ҳавзаи омузишии Абу али Сино балхӣ ба лавҳаи касри қисмати мутавассити ҷисми қасаба аз моҳи ҳамал 13976 то моҳи ҳамал 1398 бистар ва наздашон сихи дохили канали азмӣ ё intramedullary nail татбиқ шуда буд ба сурати тасодуфи 80 мариз интиҳоб гардид ва 40 мариз, ки назда-

шон сихи дохили канали азмӣ татбиқ ва бо ду печ дар ниҳояти қариба ва ду печ дар ниҳояти баидаи куфл (interlocked) шуда буданд дар гуруҳи алфа ва 40 маризи дигар, ки наздашон сихи дохили канали азмӣ татбиқ ва бо як печ дар қисмати қариба ва як печ дар қисмати баида куфл шуда буданд дар гуруҳи бета тартиб ва танзим гардиданд.

Дар ин таҳқиқ аз мавод ва васоил чун аксари ду села маризон васоити интернетӣ SIGN surgical data base ҷиҳати тасҳили таҳқиқ истифода гардид.

**Дарёфтҳо:** Дар ин таҳқиқ 80 мариз ба сурати тасодуфӣ дар байни маризони бо кусури қисмати мутавассити қасаба, ки наздашон сихи дохили канали азмӣ татбиқ шуда буданд интиҳоб гардид ва дар 40 мариз сихи дохили канали азмӣ бо ду ду печ дар қисмати қариба ва ду печ дар қисмати баида куфл гардид, ки ба номи гуруҳи алфа номида шуд ва 40 маризи дигар, ки наздашон сихи дохили канали азмӣ бо як печ дар қисмати қариба ва як печ дар қисмати баида куфл гардид ба номи гуруҳи бета номгузори гардиданд.

**Ҷадвали 1-1** маризони гуруҳи алфа ва бета назар ба син, ҷинс ва навъи ирҷоъи амалиётӣ.

| Навъи ирҷоъ |       | Ҷинс |      | Син |    | Теъдоди воқеа | Гурӯҳ       |
|-------------|-------|------|------|-----|----|---------------|-------------|
| 17          | боз   | 35   | мард | 28  | 45 | 40            |             |
| 23          | баста | 5    | зан  | 12  | 45 |               | Гурӯҳи алфа |
| 15          | боз   | 36   | мард | 34  | 45 | 40            | Гурӯҳи бета |
| 25          | баста | 4    | зан  | 6   | 45 |               |             |

**Муноқиша (Баҳс):** Дар ҷумла 40 маризи гуруҳи алфа 70 ғисад сини камтар аз 45 сол ва 30 % баландтар аз 45 сол дошта ва дар гуруҳи бета низ дар ҷумла 40 мариз 85 ғисад сини камтар аз 45 ва 15% баландтар 45 солро дорад. Аз назари тафқиқи ҷинс дар гуруҳи алфа 87.5%-ро мардҳо ва 12,5 %-ро занҳо, ҳамчунон дар гуруҳи бета низ 90 ғисадро мардҳо ва 10 %-ро занҳо ташкил дода аст.

Аз назари авомили сабабӣ кусури ҷисми қасаба дар гуруҳи алфа 67.5 ғисад воқеот дар асари ҳаводиси тарофики, 22.5 ғисад соири ҷуруҳоти ба вучуд омада дар ҳолеки дар гуруҳи бета, 57.5 ғисад дар асари ҳодисаи тарофики, 27.5 ғисад дар асари сукут аз иртифоъ, 10 ғисад дар асари ҷуруҳоти но-

рия ва 5 ғисад ҳам дар асари соири ҷуруҳот ба вучуд омада аст.

Аз назари навъи каср дар гуруҳи алфа, 40 ғисад кусури бастаи моил, 30 ғисад кусури бастаи муътариз, 15 ғисад кусури бастаи қитъавӣ ё segmental, 5 ғисад кусури бози гистилу 1, 5 ғисад кусури бастаи шабпарак монанд, 2.5 ғисад кусури чандин порчаи ва 2.5 ғисад кусури бози гистилу 2 буда дар ҳоле, ки дар гуруҳи бета, 60 ғисад кусури бастаи муътариз, 25 ғисад кусури бастаи моил, 5 ғисад кусури бози гистилу 1, 5 ғисад кусури бози гистилу 2, 2.5 ғисад кусури бастаи қитъавӣ ва 2.5 ғисад ҳам кусури бастаи шабпарак монанд гузориш дода шуда аст.

Аз назари навъи ирҷоъ дар гурӯҳи алфа дар 57.5 ғисад воқеот сихи дохили канали



азмӣ ба сурати баста (ирчоъи баста) бидуни боз намудани мехроқи шикастагӣ ва дар 42.5 фисад ба сурати боз (ирчоъи боз) яъне бо бозкардани мехроқи шикастагӣ ба сурати амалиётӣ ва ирчоъи боз анҷом ёфта дар холе, ки дар гурӯҳи бета дар 62.5 фисад воқеот ба сурати баста ва дар 37.5 фисад ба сурати боз сурат гирифт.

Аз лиҳози шонси илтиём ва бечо шудагии меҳварӣ дар тайи се моҳ ё таъқиби

баъд аз амалиёт, ки бо иттиқо ба шавоҳиди аксари сурат гирифта дар гуруҳи алфа шонси илтиём 97.5 фисад ва таъхир ё адами илтиём 2.5 фисад буда ва бечошудагӣ дарин гурӯҳ маризон дар тайи се моҳ гузориш нашуда аст. Дар гуруҳи бета шонси илтиём 95% ва таъхир ва адами илтиём 5% буда ва дар ин гурӯҳ маризон низ дар се моҳ шавоҳиде аз бечошудагӣ гузориш нашудааст.

### Адабиёт

- Charles M. Court-Brown, MD, FRCS Ed (Orth) , James D. Heckman, MD et al .Rockwood and Green's Fractures in Adults 2015 , Eighth edition , Wolters Kluwer.
- S. TERRY CANALE, MD & JAMES H. BEATY, MD , CAMPBELL' Operative Orthopaedics 2013, 12<sup>th</sup> edition , ELSEVIER MOSBY
- ANTTI ALHO , ARNE EKELAND , KNUT STROMSOE et al , Locked Intramedullary nailing for Displaced Tibial shaft fractures 1990 , Ullevaal Hospital , University of Oslo.
- C.M COURT BROWN , J CHRISTIE , MM McQUEEN , Closed intramedullary Tibial nailing , 1990 , Edinburgh Orthopaedic Trauma Unit and Princess Margaret Rose Orthopaedic Hospital.
- Ashley Blom , David Warwick , Michael R .Whitehouse , APLEY and SOLOMON's system of Orthopaedics and Trauma. 2018, 10<sup>th</sup> edition CRC press.
- George W .Wood , 2 . Intramedullary nailing of femoral and Tibial shaft fractures , 2006, The Japanese Orthopaedic Association.
- MICHAEL W. CHAPMAN .Orthopaedic surgery , 2001 , 3<sup>rd</sup> edition , Lippincott Williams & Wilkins.m

## ПОСЛЕДСТВИЯ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ ПОПЕРЕЧНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШОЙ БЕРЦОВОЙ КОСТИ. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ИМ-ШТИФТАМИ С 2 ИЛИ 4 БЛОКИРУЮЩИМИ ВИНТАМИ

Эсматулла Попал – мл. профессор, ассистент, д.м.н., преподаватель кафедры ортопедии медицинского факультета Балхского университета, Мазари-Шариф, Афганистан

Большинство переломов диафиза большеберцовой кости лечат консервативно, так как это безопасно и экономно. Но подходит это не для всех случаев. Ряд переломов потребует оперативного вмешательства.

Интрамедуллярные штифты (ИМ-штифты) уже много лет используются для фиксации закрытых и открытых переломов диафиза большеберцовой кости типа Gustilo у взрослых и пациентов пожилого возраста и являются предпочтительным методом.

Техника внутримышечного введения гвоздей имеет множество преимуществ, включая фиксацию перелома с ранней подвижностью и разрешением нагрузки, а так-

же поддержание хорошего покрытия мягкими тканями вокруг места перелома.

Это описательное исследование было проведено ретроспективно среди 80 пациентов, поступивших с диагнозом «перелом средней части диафиза большеберцовой кости» в ортопедическое отделение Балхской региональной клинической больницы, которым была сделана операция с использованием интрамедуллярных штифтов (ИМ-штифт). У 40 пациентов ИМ-стержни были заблокированы двумя винтами на дистальном конце и двумя на проксимальном конце, в то время как у 40 других они были заблокированы одним винтом на ди-



стальном конце и одним на проксимальном конце.

Частота сращения и повторного смещения в течение 3 месяцев после операции оценивалась между этими двумя группами.

Было выявлено, что частота сращения в группе пациентов, чьи ИМ-штифты блокировались двумя винтами на дистальном

и проксимальном конце, была лучше, чем у тех, чьи ИМ-штифты блокировались одним винтом, в то время как в скорости повторного смещения между двумя группами пациентов различий не наблюдалось.

**Ключевые слова:** перелом, метафиз, входной портал, стопорные винты, интрамедуллярный штифт, стержень.

## MID TIBIA SHAFT FRACTURES' OUTCOME TREATED BY INTRAMEDULLARY NAILING WITH 4 VERSUS 2 INTERLOCKING SCREWS.

Junior Professor assistant Dr Esmatullah Popal MD. Lecturer at Department of Orthopedic Faculty of Medicine, Balkh University, Mazar E Sharif, Afghanistan.

### Abstract:

**Introduction:** Most tibial shaft fractures are treated conservatively; since this is safe and resource sparing. But is not suitable for all cases. A number of fractures will require an operative method.

Intramedullary nails (IM nails) have been used for the fixation of closed and Gustilo type 1 open tibial shaft fractures in adults and old age patients for many years and is accepted the method of choice.

There are lots of advantages with IM nailing techniques including fixation of the fracture with early mobility and loading permission and maintaining good soft tissue coverage around the fracture site.

In this descriptive research which was done retrospectively among 80 patients admitted by the diagnosis of Tibia mid shaft fractures in Orthopedic ward of Abu Ali sina Balkhi regional teaching hospital and underwent operation by Intramedullary nailing (IM nail). In 40 patients, IM nails were interlocked by two

screws at distal and two at proximal end, while in 40 others, they were interlocked by one screw at distal and one at proximal end.

The union and re displacement rate in a 3 month follow up after operation was evaluated between these two groups.

In conclusion, it was revealed that the union rate in group of patients whose IM nails were interlocked by two two screws at distal and proximal end was better than those whose IM nails interlocked by one one screw, while in redisplacement rate there was no difference between the two groups of patients.

**Key words:** Fracture, Metaphysis, entry portal, locking screws, intramedullary nail.

### Aims of research:

The aim of this research is to evaluate the comparative outcome particularly the chance of union and re displacement rate during fixation of mid tibia shaft fractures by IM nails interlocked by 2 screws at distal and 2 at proximal end of nail versus 1 at distal and 1 at proximal end in 3 – month follow up after surgery.

**Начия Пупал.** – ассистенти кафедраи анатомияи факултетети тиббии Донишгоҳи Балх, Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон, [Najiabasel4@gmail.com](mailto:Najiabasel4@gmail.com) Phone #: +93748462949.

**Наджия Пупал.** – ассистент кафедры анатомии медицинского факультета Балхского университета, Исламская Республика Афганистан, [Najiabasel4@gmail.com](mailto:Najiabasel4@gmail.com) Phone #: +93748462949

**Najia Popal.**– Junior Professor assistant Lecturer at Department of Anatomy Faculty of Medicine, Balkh University, Mazar E Sharif, Afghanistan. Email: [Najiabasel4@gmail.com](mailto:Najiabasel4@gmail.com) Phone #: +93748462949.



## ПЕРИТОНИТИ БАЪДАЗЧАРРОҲӢ ҲАМЧУН ОРИЗАИ ЧАРРОҲИИ ЛАПАРОСКОПӢ.

Назарзода Ф.Н.<sup>1</sup>, Мухсинзода Ғ.М.<sup>2</sup>, Кодиров Ф.Д.<sup>3</sup>, Қаҳоров М.А.<sup>4</sup>,

1.Маркази тиббии “Хатлон”; 2.МД “Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳо”; 3.МД “Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерология”, кафедраи ҷарроҳии МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тибби ҚТ”; 4. кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”.

**Мухимият.** Ҷорӣ кунондани технологияҳои нави табобати ҷарроҳӣ ба амалияи ҳамаҷуз, ҳамеша бо ҳатари инкишофи авориз алоқаманд аст, ки танҳо бо афзоиши таҷриба метавонад коҳиш ёбад. Адабиёте, ки ба таҳлили иштибоҳ дар ҷарроҳии лапароскопӣ бахшида шудааст хеле кам аст, ва табибон дар масъалаи хатогиҳои худ ё наменависанд ё бо дили нохоҳамхабар медиҳанд. Ҳоло он ки шумораи авориз ҳангоми иҷроиши лапароскопия аз 2,2 то 9 %-ро [1-3], сатҳи ғайриқонунӣ ба ҳисоби миёна 0,1%-ро ташкил медиҳад [4].

Масъалаҳои пешгирӣ, ташхискунӣ ва табобати осеби ятрогении узвҳои мавзие гепатобилиарӣ ҳангоми холесистэктомияи лапароскопӣ аз ҳалли ниҳони худ ҳоло дуранд, сатҳи баланди баъдазҷарроҳӣ ҳангоми табобати ҷунин категорияи беморон то ҳол боки мемонад [5].

Аппендэктомияи лапароскопӣ солҳои охир усули маъмулитабобати аппендитсити шадид гаштааст. Дар адабиёт маълумоти оиди афзалияти лапароскопия ба қадри кофӣ ва боварибахш оварда шудааст, аммо масъалаи авориз баъд аз аппендэктомияи лапароскопӣ бештар баҳсангез аст [6,7].

Дар оғози давраи истифодабарии лапароскопия барои табобати ҷарроҳӣ, авориз ногузир буд, ва ҳатари нопазирии усул баланд буд. Яке аз авориз, ки нисбатан бештар ба назар мерасад ва баъзан таҳаввулоти ғайриҷашмдошт ва душворро ба вучуд меорад, перитонити баъдазҷарроҳӣ мебошад.

Зарур ба ёдоварист, ки ин мушкилот натиҷаи як қатор падида ва осебҳои дохили амалиётӣ (этирофшуда ё пай набурда) ё иллати техникаи лапароскопӣ мебошад, ки ин ҳама ногузир аст ва ба баъзе тасодуфҳои дохили амалиётӣ ҳамроҳ мешавад.

Баъзан, перитоните, ки баъд аз тадбириҳои лапароскопӣ инкишоф меёбад, натиҷаи бевоситаи осеби узвҳои дохила аст, ки одатан ҳангоми воридшавӣ ба ковокии батн ба вучуд меояд. Ин ҳодисаҳо одатан дар аввали ҷарроҳӣ ба амал меоянд, аёнанд, таъсири муҳими раванӣ доранд ва дар баъзе ҳолатҳо метавонанд ба раванди минбаъдаи амалиёт таъсир расонанд [8]. Дар ин ҳолат, этироф намудан ва саривақт бартариф кардани ҳолати осеб ҳамчун як амали муҳим ҳисобида мешавад, аммо барои таҳаввулоти мусоиди пас аз амалиёт кофӣ нест. Аз ин рӯ, ба мақсади канорагирӣ аз осебҳои узвҳо, троакари аввалро бояд бо истифодаи усули кушода (Хассен) ворид намуд [9].

Аксари ҷунин намуди аворизи дохили батнӣ, натиҷаи осебҳои дохилиамалиётӣ маълумнашуда ё нуқсонҳои техникаи лапароскопӣ мебошанд, метавонанд пас аз чанд соат, ё ҳатто моҳ, баъд аз ҷарроҳии аввалин зоҳир шаванд ва метавонад боиси натиҷаи нохуш шавад.

**Мақсади таҳқиқот:** омӯзиши сабабҳои инкишофи перитонити баъд аз амалиёти лапароскопӣ, механизми инкишофи он, ва имконияти табобати он тавассути иҷрои лапароскопияи такрорӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳлили ретроспективии таърихи бемории 18676 касалони беморхонаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки дар даҳсолаи охир (2010-2019) ба онҳо ҷарроҳии лапароскопӣ иҷро карда шудааст, гузаронда шуд. МардZ•о 39%, занZ•о – 61%-ро ташкил доданд. Синну соли беморон аз 15 то 73 сола. Аз шумораи беморон, ки амалиётҳои лапароскопӣ гузаронданд, 180 (0,96%) бемор ба ҷарроҳии лапароскопии такрорӣ, аз сабаби ҳар гуна авориз, дучор шуданд, аз онҳо дар 106 (0,57%) бемор пе-

ритонити баъдичарроҳӣ ба қайд гирифта шудааст. Як қисми ҳолатҳои мураккаби оризадор чарроҳии анъанавиро талаб мекард.

Мо як қатор меъёрҳоро муқаррар кардем, ки ба мо имкон доданд ҳолатҳои ба та-

ҳқиқот дохилшударо интиҳоб кунем. Аввалан беморон бооризаҳое, ки чарроҳии такрориро металабиданд, интиҳоб карда шуданд (вазнинии дараҷаи II, III ва IV Clavien-Dindo) (Қадвали 1.).

### Қадвали 1. Таснифи аворизи баъдазчарроҳӣ Clavien-Dindo

| Дараҷа       | Тавзеҳ                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Дараҷаи I    | Ҳар гуна хоричшавӣ аз ҷараёни баъдазчарроҳӣ мӯътадил бе зарурати даҳолати фармокологӣ, чарроҳӣ эндоскопӣ. Доруҳои лозимӣ: зиддиинфироӣ, антипиретикҳо, аналгетикҳо, диуретикҳо ва электролитҳо. Инчунин дохил аст сирояти бартарафшудаи захмӣ. |
| Дараҷаи II   | Дигар доруҳо ба ғайр аз онҳо барои дараҷаи I истифода мешуда. Инчунин ба ин гурӯҳгемотрансфузия ва хӯроқи пурраи парентералӣ дохил аст.                                                                                                        |
| Дараҷаи III  | Даҳолати чарроҳӣ, эндоскопӣ ва радиологӣ заруранд.                                                                                                                                                                                             |
| Дараҷаи IIIa | Даҳолат бе беҳискунии умумӣ.                                                                                                                                                                                                                   |
| Дараҷаи IIIb | Даҳолат бо беҳискунии умумӣ.                                                                                                                                                                                                                   |
| Дараҷаи IV   | Аворизи барои ҳаёт хатарнок (аз он ҷумла аз ҷониби СМА: хунрезӣ ба мағзи сар, инсулти ишемикӣ, хунравии субарахноидалӣ), ки муолиҷаи бошиддатро дар шароити шӯъбаи реаниматсия металабад.                                                      |
| Дараҷаи IVa  | Норасоии қори як узв (аз он ҷумла зарурати диализ)                                                                                                                                                                                             |
| Дараҷаи IVb  | Норасоии полиоргани                                                                                                                                                                                                                            |
| Дараҷаи V    | Фавти бемор                                                                                                                                                                                                                                    |
| Шоҳиси «d»   | Агар бемор мубталои ориза дар лаҳзаи руҳсатӣ бошад, ба дараҷаи мувофиқи ориза шоҳиси «d» ҳам карда мешавад (disability – носозиивазифа).                                                                                                       |

Ба ғайр аз ин, бемороне омӯхта шуданд, ки равиши баъд аз лапароскопияи аввал ғайримуқаррарӣ ва шубҳанок доштанд, ки лапароскопияи такрориро, барои аниқ кардани ташхис, металабид.

Ҳолатҳое, ки даҳолати чарроҳии такрориро талаб намекарданд, ба назар гирифта нашудаанд. Табобати ҷунин беморон аз муолиҷаи антибактериалии консервативӣ иборат буд.

Таърихи беморӣ ва протоколҳои амалиёти ҳама бемороне, ки ба таври такрорӣ аввал лапароскопия иҷро карда шуд, ва баъд ба чарроҳии кушода гирифта шуданд, тах-

лил карда шуданд. Ғайр аз он, мо таърихи бемории нафароне, ки пас аз чарроҳии лапароскопӣ аз сабаби патологияҳои гуногун дубора бистарӣ карда шудаанд, дида баромадем. Барои арзёбӣ кардани эътимоднокии фарқияти байни ифодаҳои Т - критерияи Стюдентро истифода кардем. Вобастагии коррелясионӣ бо усули Спирмен баҳогузорӣ карда шуд.

### Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Тавре ки интизор мерафт, басомади перитонити баъдичарроҳӣ дар ҳолатҳои аппендэктомияи лапароскопӣ 0,2%-ро ва холесистэктомия – 0,19%-ро ташкил дод (Қадвали 2).

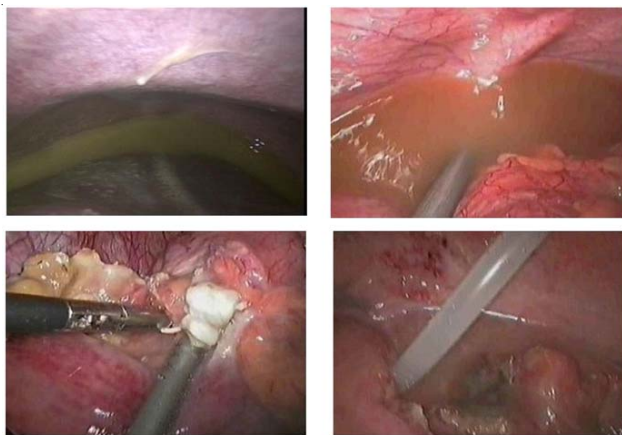
### Қадвали 2. Инкишофи перитонити баъдазчарроҳӣ ва табобати он.

|   | Ҳамагӣ лапароскопия | Перитонит баъд аз аппендэктомия | Перитонит баъд аз холесистэктомия | Перитонит баъд аз дигар чарроҳӣ | Амалиёти такрорӣ ҳангоми перитонити баъдазчарроҳӣ | Амалиёти лапароскопияи такрорӣ |
|---|---------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|
| n | 18676               | 39                              | 36                                | 15                              | 106                                               | 180                            |
| % | 100                 | 0,2                             | 0,19                              | 0,08                            | 0,57                                              | 0,96                           |

Миқдори зиёди беморони ба таври лапароскопия табобат гирифта ва фоизи баланди ориза ҳангоми аппендэксити шадид мушоҳида мешавад. Аз як намунаи клиникӣ маълум шуд, ки амалиёти чарроҳӣ аз сабаби аппендэксити шадиди гангренозӣ иҷро

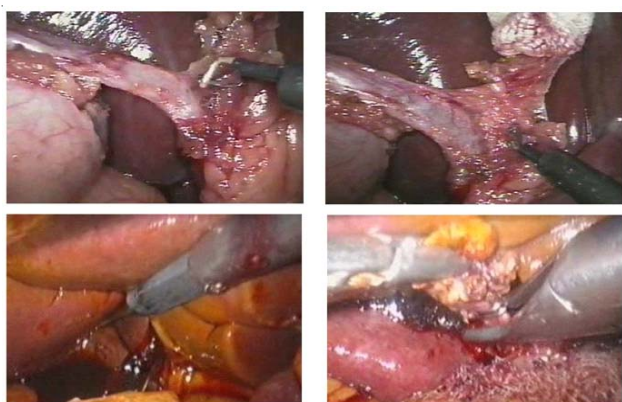
карда шудааст. Муайян карда шудааст, ки сабаби ин ориза ҷамъшавии фасод дар мавзеи изофаи кирмшакл будааст (расми 1). Ва ба ин ориза дасткашӣ аз термодеструкцияи боқимондаи кирмшакл ва дасткашӣ аз обияткашии мавзеи тихогоҳи рост, ки экссудат

чамъ шуда буд, оварда расондааст. Усули интихобшудаи ҳалли мушкилот, шустани бисёркаратаи ковокии шикам тавассути найчаи обияткаши дар мавзеи боқимондаи кирмрӯда ҷойгиршуда.



**Расми 1. Перитонит баъд аз аппендэктомияи лапароскопӣ.**

Он чӣ, ки марбут ба перитонити талхавӣ муҳим аст (расми 2), ин муайян кардани сабаби эҳтимолии он мебошад. Бо дарназардошти он, ки ҷарроҳӣ одатан бидуни ҳодисаҳои дохилиҷарроҳӣ мегузарад ва баъзе чунин ҳолатҳои ғайристандартӣ пай набурда мемонанд. Инкишофи тадриҷии чунин авориз эҳтимолан дар заминаи аз ҳад зиёд буришимачрои холедох ё истифода аз чараёни барқии номувофиқ, хатогие, ки боиси осеби барқии девори маҷрои талхагузар ва ҷудошавии баъдазҷарроҳии кишриҳосилшуда, бавучуд меояд.



**Расми 2. Перитонити талхавӣ.**

Дар байни беморони, ки тахтидухтани лапароскопии решӣ суроҳшудаи қисми антралии меъдақарор дошта буданд, як ҳолати махсус қайд карда шуд. Лапароскопияи

такрорӣду моҳбаъд аз раванди аввалия, бинобар ба вучуд омадани думмализери чигар, гузаронда шуд.

Сатҳи мариҷӣ ҳангоми перитонити баъдичарроҳӣ дар ҷарроҳияи таъҷили нисбат ба нақшагии лапароскопӣ ба таври назаррас баландтар аст.

Дар қатори дигар амалиётҳои лапароскопӣ, ки боиси перитонити баъдичарроҳӣ гардиданд – гистерэктомия, духтани рӯда, обияткашкунӣи ҳалтаи ҷарбу, тармими дарвозаи ҷурра ва ғайра низ буданд.

Тағйиротҳои қатъии илтиҳобии бофтаҳои ковокии батн, ки дарҳолҳангоми пайдоиши оризаба қайд гирифта шудаанд, ҷарроҳонроводор сохт, ки дар 5 аз 15 ҷарроҳии лапароскопии такрорӣ аз сабаби перитонити баъдичарроҳӣ ба усули анъанавии кушода, конверсиягузаранд.

Роҳҳои ҳалли ҷарроҳии ҳар як ҳолати мушаххас ба таври инфиродӣ интихоб карда мутобиқ карда шудаанд. Аз 16 ҷарроҳии такрорӣ, ки аз сабаби перитонити баъдичарроҳӣ иҷро карда шудааст, дар 5 ҳолат лапароскопия, барои бартараф кардани сабаби он, нокофӣ будани худро нишон дод, ва конверсия зарур шуд. Ҷарроҳии такрорӣ лапароскопӣ пас аз назорати қатъии тамоми мавзеҳои ковокии батн, ба таври мукамал ҳал намуданитамоми камбудихо ва бартараф кардани нуксонҳои ҷарроҳии аввалия, анҷом дода мешавад. Инчунин дар хотир доштан лозим аст, ки тавассути лапароскопия ҳам шустани мураккабу такрорӣи ковокии батн, барои бартараф кардани фасоди ҷамъшуда ва ҳамгузоштани якчанд найчаҳои обияткаш (ба мисли обияткашии ҳангоми лапаротомия, аммо бо онбартарӣ, кибутунӣи девори шикамнигоҳ дошта мешавад) мумкин аст.

Перитонити баъдазҷарроҳӣ, сабаби эҳтимолии малпраксис (иштибоҳи табибӣ), оқибати падидаҳо ва осебҳои дохилиамалиётӣи пайнабурда ё манёври нодурусти асбобҳои лапароскопӣ мебошад (чангак, диссектор, исканҷаи Ligasure, stappler Endogia, morselator ва ғайра). Унсӯри асосии пайдоиши ин гуна тасодуфҳо инчунин бо омилҳои техникаи марбут ба лаҳзаҳои алоҳида, ала-

хусус дар оғози амалиёти лапароскопӣ, во-  
баста аст.

Қароҳатхое, ки сабаби инкишофи перитонити баъдичарроҳӣ мешаванд, бештар ҳангоми эҷоди майдони кории лапароскопӣ (ба вучуд овардани пневмоперитонеум, гузоштани троакарҳо), манёвр кардан бо асбобҳои берун аз майдони босирӣ (сузишҳои барқӣ, иллатҳои механикӣ), истифодабарии асбобҳои аз ҷиҳати техникӣ номувофиқ, аз ҷиҳати анатомия муайян карда натавонистани сохторҳои дохили амалиётӣ, хориҷ намудани найчаҳои дохили холедох, ба вучуд меоянд.

Дар таҳқиқоти мо, сатҳи ғавти баъдичарроҳӣ аз сабаби перитонити, ки дар натиҷаи амалиёти лапароскопӣ инкишоф ёфтааст, 0,04% (8 аз 18676 ҳолат) ташкил дод.

Ҳамин тариқ нисбати амалиёти лапароскопӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон гуфтан

мумкин аст, ки байни таҷрибаи ҷарроҳ ва сатҳи ғавт/маризӣ робитаи баръакс вучуд дорад.

**Хулоса.** Ҳангоми амалиёти лапароскопӣ перитонити баъдичарроҳӣ ногузир аст ва муносибати қатъиро нисбати паст кардани ҳавфҳои дохили амалиётӣ, алахусус дар интиҳоби усули дурусти амалӣ намудани лаҳзаҳои ҷарроҳӣ, пеш бояд бурд.

Бо дарназардошти сатҳи ғавт ва маризии муайяншуда, перитонити баъдазҷарроҳӣ аз ҷумлаи аворизивазнинтарини ҷарроҳии лапароскопӣ ба ҳисоб меравад. Чунин ҳолатро тавассути амалиётҳои тақрири лапароскопӣ танҳо бо кӯмаки бригадичарроҳони ботаҷриба ва дар шароити мукаммали техникӣ ҳал кардан мумкин аст. Ҳиссаи ин намуди оризаи вазнин паст боқӣ мемонад, кидар дурнамо ба раванқи усули лапароскопия ҳалал нахоҳад расонд.

#### Адабиёт

1. Костырной А.В., Керимов Э.Я., Косенко А.В., Усеинов Э.Б., Керимов Э.Э. // Лапароскопическая холецистэктомия - отдаленные результаты / Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6.
2. Луцевич О.Э., Вторенко В.И., Розумный А.П., Локтев В.В., Абдулхакимов А.А. // Послеоперационные осложнения при эндовидеохирургических вмешательствах у больных острым аппендицитом, осложненным перитонитом. // Московский хирургический журнал. 2011. № 1 (17). С. 4-7.
3. Охрименко Г. И., Головкин Н. Г., Грушка В. А., Децык Д. А., Гайдаржи Е. И., Подлужный А. А., Тереля Я. В. // Лапароскопическая аппендэктомия в хирургическом лечении острого аппендицита. / Запорожский медицинский журнал. 2016. №3 (96)с.67-70. DOI: 10.14739/2310-1210.2016.3.76987
4. Федоров И.В., Чугунов А.Н., Славин Л.Е., Федоров В.И. // Открытая лапароскопия по хассону в профилактике троакарных осложнений. / Поволжский онкологический вестник. 2019. Т. 10. № 1. С. 25-30.
5. Халястов И.Н., Николаев Д.В., Нагаев Р.М., Кирбичева А.А., Петухова С.Ю. // Профилактика троакарных послеоперационных осложнений. / Госпитальная медицина: наука и практика. 2019. Т. 1. № 4. С. 52-55.
6. Хубутия М.Ш., Ермолов А.С., Ярцев П.А. и др. Н.В. Склифосовского // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. / Развитие лапароскопической хирургии в НИИ СП им. – 2016. – № 4. – С. 48–55.
7. Buote NJ. // Conversion from Diagnostic Laparoscopy to Laparotomy: Risk Factors and Occurrence. / Veterinary Surgery 2011, January, Volume 40, Issue 1, Pages: 106114.
8. Rawlings C. // Laparoscopic surgery introduction: indications, instrumentation, techniques and complications. / Small Animal Endoscopy by Tams 3 ed 2011.
9. Whittemore JC. // Diagnostic Accuracy of Tissue Impedance Measurement Interpretation for Correct Veress Needle Placement in Canine Cadavers. / Veterinary Surgery Volume 42, Issue 5, June 2013, Pages: 613-622.



## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИТОНИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИИ

**Ф.Н.Назарзода, Г.М.Мухсинзода, Ф.Д.Кодиров, М.А.Кахаров, Ш.К.Назаров.**

ГУ «НИИ Гастроэнтерологии»; ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ; Медицинский центр «Хатлон»; ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»; кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Осложнения при лапароскопической хирургии, как и при традиционной лапаротомии, неизбежны и требуют своевременного вмешательства и выбора адекватной лечебной тактики. Послеоперационный перитонит является наиболее грозным осложнением лапароскопической хирургии. К счастью, частота случаев ограничена (до 0,2%), что подтверждает эффективность

лапароскопических методов вообще. Важное значение в развитии данного осложнения имеют отдельные технические моменты, особенно в начале оперативного вмешательства.

**Ключевые слова:** осложнения лапароскопии, послеоперационный перитонит, лапароскопическая аппендэктомия, лапароскопическая холецистэктомия.

## POSTOPERATIVE PERITONITIS AS A COMPLICATION AFTER LAPAROSCOPY

**Nazarzoda Faizali Nasrullo, F.N. Nazarzoda, G.M. Muhsinzoda Gafur Musin, Kodirov Farhod Davrondzhonovich, Kakharov Mubin Abduraufovich, Nazarov Shokhin Kuvatovich M.A. Kakharov, Sh.K. Nazarov.**

Medical center «Khatlon»; State Institution «Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery» and SZN RT; State Institution «Research Institute of Gastroenterology»; State Educational Institution «Institute of postgraduate education in healthcare of the Republic of Tajikistan»; department of surgical diseases No. 1, State Educational Institution «TSMU named after Abuali ibni Sino».

Complications in laparoscopic surgery, as in traditional laparotomy, are inevitable and require immediate intervention and the timely choice of adequate surgical tactics. Postoperative peritonitis is the most difficult complication of laparoscopic surgery. Fortunately, the incidence is limited (up to 0.2%), which confirms the effectiveness of laparoscopic methods in general. Certain

technical issues, especially at the beginning of surgery, are of great importance in the development of this complication.

Complications in laparoscopic surgery, as in traditional laparotomy, are inevitable and require immediate intervention and the timely choice of adequate surgical tactics. Postoperative peritonitis is the most difficult complication of laparoscopic surgery. Fortunately, the incidence is limited (up to 0.2%), which confirms the effectiveness of laparoscopic methods in general. Certain technical issues, especially at the beginning of surgery, are of great importance in the development of this complication.

**Key words:** complications of laparoscopy, postoperative peritonitis, laparoscopic appendectomy, laparoscopic cholecystectomy.

**Мухсинзода Гафур Мухсин** - д.и.т., корманди илмии МД «Маркази ҷумхуриявӣ илмӣ ҷарроҳӣ дилу рағҳо» ВТ ва ҲИА ҚТ тел.: +992918421194 e-mail: [gafur@tojikiston.com](mailto:gafur@tojikiston.com)

**Мухсинзода Гафур Мухсин** - д.м.н., научный сотрудник ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ 734003 Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои 33; тел.: +992918421194 e-mail: [gafur@tojikiston.com](mailto:gafur@tojikiston.com)

**Muhsinzoda Gafur Musin** - Doctor of Medical Sciences, Researcher of the State Institution «Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery» M3 and SZN RT 734003 Republic of Tajikistan, Dushanbe, st. Sanoi 33; tel.: +992918421194 e-mail: [gafur@tojikiston.com](mailto:gafur@tojikiston.com)

## ФАРМАКОЛОГИЯ

### ТАЪЛИМОТИ АБЎАЛӢ ИБНИ СИНО ВА АБУРАЙӢОН БЕРУНӢ ДАР БОРАИ МАВОДӢОИ ДОРУВОРӢ ВА АӢАМИЯТИ ОНӢО БАРОИ ТИББИ МУОСИР.

Қаландарзода Ё.Қ.

Кафедраи фармакогнозия ва ТИФ-и МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

**Муҳиммият.** Мусаллам аст, ки ёдгориҳои қадимаи Ӣиндустон, Рум, мамолики араб, форсу тоҷик ва ғайра аз мавҷудияти баъзе соҳаҳои тибби амалӣ 2,5-3 ҳазор сол пеш шаҳодат медиҳанд. Тибби халқҳои тоҷику форс яке аз қадимтарин ҷузъҳои тибби ҷаҳон доништа мешавад ва ба шарофати асарҳои барҷастаи Абӯалӣ ибни Сино, Муҳаммад Закариёи Розӣ, Абу Райҳон Беруни ва мутафаккирони дигар дар ғанҷинаи тамаддуни ҷаҳон ҷойгоҳи сазоворро ишғол мекунад [4]. Устураҳои таърихии то замони ҳозира омада расида аз он шаҳодат медиҳанд, ки ҳануз дар давраи вучуд доштани тамаддуни ориёӣ як баҳши алоҳидаи китоби муққаддаси зардуштиён «Авесто», тахти унвони «Вендидод», ба масъалаҳои тиб ва дорусозӣ баҳшида шудааст [3]. Омӯзиш ва таҳлили ин сарчашма нишон медиҳад, ки гузаштагони мо дар замонҳои қадим ба масъалаи тоза нигоҳ доштани муҳити зист эътибори ҷиддӣ додаанд. Аз ин рӯ, дар «Вендидод» ба гигиенаи хӯрок ва нӯшокӣ, тозагии манзил ва ҳавлӣ, ҳифзи табиат ва махсусан ба нигоҳ доштани тозагии оби дарёҳо ва ҷӯйборҳо барои обёрӣ диққати зиёд додан таъкид карда мешавад. Дар «Авесто» инчунин дастурҳо дар бораи сифатҳои шахсии табиб, рафтор ва мавқеи ахлоқии ӯ оварда шудаанд.

Масалан, дар ин китоб қайд карда мешавад, ки беморон дар он замони куҳан асосан бо роҳҳои гуногун - бо доруҳо, намоз ё гипноз, инчунин бо корд, яъне бо усули ҷарроҳӣ табобат карда мешуданд. Дар баробари ин, ба беморон парҳез ба таври васеъ ҳамчун усули табобат тавсия карда шуданд [3, 9-11]. Дар «Авесто» зиёда аз сад намуди растаниҳои шифобахш, аз қабилӣ қоқу, хум (бандак), сипанд, зира, кунҷид, сирпиёз, пиёз, сабзӣ, шалғам ва ғайра номбар шудаанд. Дар байни онҳо, гиёҳи шифобахш бо номи “хаома” хеле маъмул буд. То ба ҳол ин гиёҳ дар байни тоҷикон бо номи хум, ҳам ва бандак маъруф аст ва ҳамчун дору барои табобати як қатор бемориҳо истифода мешавад. Аз

меваҳои тару тозаи он бошад, баъдан табибони асримиёнагии тоҷик афшура (сироп)-ро ба тарзи махсус тайёр менамуданд [3].

Ҷуноне аз сарчашмаҳои таърихӣ бармеояд, халқҳои форсу тоҷик ҳануз хеле пеш аз омадани арабҳо ба сарзамини онҳо фарҳанги баланди шахрдорӣ ва муносибати бошууруна бо табиатро доштанд. Садҳо насли ин мардум биёбонҳои хушкро фатҳ намуда, бо ёрии системаи мукаммали муҳандисӣ каналҳои ба таври сунӣ кофта шудаи обёрӣ онҳоро ба боғзори азим табдил доданд. Аз шукӯҳу шаҳомати шахрҳои Хоразм, Парфия ва Суғд ҳатто ҳамзамонони Искандари Мақдунӣ ба вачд омада буданд. Дар он шахрҳо шаклҳои гуногуни ҳунармандӣ ва савдо рушд карда буданд. Дар асри VII милодӣ бошад дар Осиёи Марказӣ бисёр минтақаҳои он инкишоф ёфтанд, ки ба онҳо Ӣоч, Фарғона, Усрушана, Суғд, Бухоро, Кош (водии Қашқа-Дарё), Сағаниён, Хоразм ва ғайра дохил мешуданд. Дар байни ин мулкҳо мақоми аввал ба Суғд, ки марказаш Самарқанд буд, тааллуқ дошт ва дар ҳуди ҳамин давра арабҳо ин сарзаминро забт карданд.

Замони ҳукмронии зиёда аз 100-солаи сулолаи Сомониён, ки он аввалин давлати тоҷикон ба шумор меравад, яке аз давраҳои дурахшони асрҳои миёна дар Осиёи Марказӣ, бахусус, дар таърихи миллати тоҷикба шумор меравад. Давлати Сомониён барои рушди кишоварзӣ, ҳунармандӣ ва тичорат шароити мусоидро ба вучуд оварда буд. Роҳҳои қадимаи тичоратӣ ин сарзаминро бо Ӣин, Ӣиндустон, Русия, кишварҳои Кавказ ва Баҳри Миёназамин пайваست мекарданд. Шаҳри Бухоро ва пойтахти Хоразм - Урганҷ марказҳои калони илм ва санъат буданд: китобхонаи Сомониён дар Бухоро ҷойгир буд, дар Хоразм бошад ҷамъияти фаъоли олимони (академия) амал мекард. Дар шахрҳои дигари давлати Сомониён инчунин беморхонаҳо ва дорухонаҳо вучуд доштанд, ки ин аз сатҳи баланди рушди соҳаи тиб дар он замон шаҳодат медиҳад.



Дар байни мутафаккриони онвактаи Осиёи Маркази табибон, бешубҳа, мавқеи намоёнро ишғол мекарданд, ки онҳо дар рушди илми тиб ва дорусозӣ нақши муҳим доштанд. Яке аз чунин мутафаккирон он замон Абӯалӣ ибни Сино - олими энциклопедист, мутафаккир ва барҷас-татарин табиби Шарқи асрҳои миёна ва ҷаҳонӣ буд. Ҷойгоҳи ин шахсияти беназир дар байни ҳақимони асрҳои миёна бо он муайян карда мешавад, ки ӯро ҳамзамононаш ва наслҳои баъдина «Шайх-ур-Раис» ном мебарданд. Абӯалӣ ибни Сино ё, тавре ки ӯро то ҳануз дар Аврупо «Авитсенна» меноманд, соли 980 дар деҳаи наҷандон калони Афшанаи назди Бухоро таваллуд шудааст.

Тибқи навиштаҳои ӯ ба тиб мароқи беандоза пайдо кардаст, ки онро дар тарҷумаи ҳоли худ чунин баён менамояд: «Пас аз он ман ба илми табобат одат карда, ба хондани китобҳои бахшида ба он шурӯъ кардам. Ва илми тиб илми душвор нест ва ман, албатта, дар ин муддати кӯтоҳтарин ба он муваффақ шудам, то ин ки табибони машҳури он замон ба назди ман барои маслиҳат омадан гирифтанд. Ман инчунин ба назди беморон ташриф овардам ва дар натиҷаи таҷрибаи ба даст овардам чунин дарвозаҳои шифо ва таҷриба дар назди ман қушода шуданд, ки он тавсифро рад мекунад ...» [2, 87]. Маҳазҳои таърихӣ ва ғӯфтаҳои шахсиятҳои намоёни асрҳои X-XI аз он шаҳодат медиҳанд, ки Абӯалӣ ибни Сино ҳануз дар синни 17-солагӣ аллакай ҳамчун олими ҳақиқӣ ва табиби бузург дар байни доираҳои болоии ҷомеа ва табақаҳои гуногуни он машҳур гардида буд.

Асари оламшумули ин мутафаккири бузург асримиёнагии форсу тоҷик «Ал-Қонун фи-т-тиб» (Қонуни тиб), ки дар солҳои 1012-1024 навишта шудааст, ҳам аз лиҳози мазмун ва ҳам аз лиҳози аҳамияти илмӣ худ ёдгории беназири фарҳангии инсоният ба шумор меравад. Ин шоҳасар маҷмуи васеи донишҳои тиббиро марбут ба ғояҳои аслии инсондустӣ, ки онҳо ба ҳифзи саломатии инсон саҳт алоқамандӣ доранд, дар бар мегирад. Абӯалӣ ибни Сино, ба ғайр аз «Қонуни тиб», боз зиёда аз сад рисолаҳои илмӣ ба тиб бахшидашударо пас аз худ боқи гузошт, ки дар асоси онҳо бо забонҳои арабӣ ва лотинӣ ҳазорон табибон дар Осиё, Африка ва Аврупо дар тӯли чандин садсолаҳо,

қариб то аввали асри XX беморон ва захмиёнро табобат мекарданд.

Бояд таъкид намуд, ки дар баробари донишҳои дар соҳаи илми тиб ба вучуд овардаи Абӯалӣ ибни Сино таълимоти фалсафии у низ барои олимону муҳаққиқон арзиши зиёд доранд. Дар робита бо ин, назарияи эманатсияи ин мутафаккири бузург қобили зикр мебошад, ки дар он боҳамалоқамандии бевоситаи равонӣ ва физиологияи бадани инсон ба таври воқеи мавриди таҳлил қарор гирифтааст. Будунӣ шубҳа, Абӯалӣ ибни Сино нисбат ба ҳамзамонони худ таълимоти муфаккири бузурги Юнони Қадим Арастуру дурусттар дарк мекард ва дар ин асос назари худро дар се масъалаи асосии доништашавандагии оламро ба таври системавӣ пешниҳод намудааст: 1) моҳияти воқеии ҳадаф; 2) маънои ҳаракат ва 3) моҳияти инъикоси олами моддӣ дар шуури инсон. Ӯ, аслан, абадияти моддаро (материяро) эътироф намуда, таъкид месозад: «Модда дар натиҷаи қатъ гардидани шакли мушаххаси мавҷудот nobуд намешавад, зеро ин шакли мавҷудият танҳо аз материя ҷудо мешавад, то ба шакли дигари мушаххаси мавҷудият роҳ ёбад» [8, 122-123].

Қобили қайд аст, ки таълимоти гуногунҷанбаи Абӯалӣ ибни Сино на танҳо ба сарзаминҳои аз ҷониби арабҳо забт гардида, ки дар онҳо асарҳои ӯ бидуни тарҷума фаҳмида мешуданд, балки дар бисёр аз мамлакатҳои Аврупо (Италия, Фаронса ва ғ.) паҳн гардида, ба афкори илмӣ мардуми ин кишварҳо таъсири саҳт расониданд. Барои мисол, чунин мутафаккирони асримиёнагии Аврупо, ба монанди Пиер Абеляр (1079-1142), бисёр аз намояндагони мактаби Шартрес, аз ҷумла Зигер Врбант (1235-1282) ва бидъатгароёни ғарбии асри XIII таълимоти Арастуру тавассути тавзеҳоти ин мутафаккири бузургӣ форсу тоҷик пурра дарк намуданд. Зиёда аз ин, дар давраи Эҳё (Ренессанс) ақидаҳои пешрафтаи Сино ва пайрави ӯ ибни Рушд (Аверроэс), ки дар Испания умр ба сар бурдааст, дар донишгоҳҳои Аврупо мавриди омӯзиш қарор гирифта, пирӯз шуданд.

Аз диди мо, сархатҳои аввали «Қонуни тиб», ки дар он муаллиф таърифи тиб ва вазифаҳои онро додааст, ҷолиби диққат аст: «Ман тасдиқ мекунам: тиб илмест, ки вазъи бадани инсонро шинохтааст, зеро ӯ ё солим аст ва ё саломатиро

аз даст додааст. Саломатии худро нигоҳ доред ва агар он гум шуда бошад, барқарор кунед» [9, 93].

Чуноне ки маълум аст, асари оламшумули Абӯалӣ ибни Сино «Ал-Қонун фи-т-тиб» ба панҷ китоб тақсим шудааст. Дар китоби аввал таърифи мафҳуми тиб, маълумот дар бораи анатомия ва маълумоти умумӣ дар бораи бемориҳо, сабабҳо ва зухуроти онҳо, дар бораи ниғадории саломатӣ ва усулҳои табобат дар маҷмӯъ оварда шудааст. Дар китоби дуюм таълимоти доруҳои оддӣ ва принципҳои истифодаи онҳо тавсиф гардиданд. Китоби сеюм дар бораи патология ва терапияи махсус, тавсифи бемориҳои инфиродӣ ва усулҳои табobati онҳо мебошад. Китоби чорум ба чарроҳӣ ва таълимоти умумии табларза бахшида шудааст. Китоби панҷум моддаҳои мураккаби шифобахш, захрҳо ва антидотҳоро тасвир мекунад.

Аз ғӯфтаҳои боло бармеояд, ки китобҳои дуюм ва панҷуми «Қонуни тиб»-и Сино бештар ба дорусозӣ ва моҳияту таъиноти доруворӣ бахшида шудаанд. Сарчашмаҳои таърихӣ шаҳодат медиҳанд, ки дар он замон Бухоро бо Чин, Ҳиндустон, Византия ва Славянҳо тичорати ҷиддӣ дошт, ки дар натиҷа номгӯю шумораи доруҳо ва усулҳои тайёр кардани онҳо ба тадриҷ зиёд мегардиданд. Ҳамаи ин боиси пайдоиши аввалин дорухонаҳо ва баъдан ҷудошавии онҳо ба соҳаи махсус дар илми тиб гардид. Асарҳои ба илми тиб бахшида шудаи Абӯалӣ ибни Сино ва дигар олимони мустақилияти онро таъмин ва мустаҳкам намуда, барои гузаштан ба сатҳи баландтари тайёр намудани доруворӣ мусоидат карданд. Вобаста ба ин масъала, аҳамияти китоби дуюми «Ал-Қонун фи-т-тиб» чунин аст, ки дар он на танҳо таҷрибаи фармакологӣ, балки таҷрибаи ҷандинасраи дорусозии тиббӣ тамоми кишварҳои асримиёнагӣ муттаҳид карда шудааст.

Махсусан дар ин қисмати «Қонуни тиб» Абӯалӣ ибни Сино номгӯи дорувориро дар он замон ба таври назаррас васеъ намуда, шумораи зиёди растаниҳои шифобахши Ҳиндустон, Чин ва соҳили баҳри Миёназаминро мавриди омӯзиш қарор додааст. Ё низомии ягонаи доруворӣ офарида, онро бо мушоҳидаҳои клиникӣ ва тиббӣ амалӣ пайваست намудааст. Номгӯй ва захираҳои дорувории аз ҷониби мутафаккир

дар ин асари беназираш пешниҳод гардида хело бой ва гуногун аст: дар ин китоб на танҳо ҳуди дору, балки манбаъҳои мавод ва усулҳои тайёр намудану истифодаи он низ тасвир ёфтаанд.

Дар фасли якуми китоби дуюми «Ал-Қонун фи-т-тиб» таснифоти доруҳои оддӣ аз рӯи хусусияти фармакологии онҳо чунин муайян карда шудааст: ҳал, тоза, тақвият, табобат, миҷози онҳо ёқобилияти таъсир расонидан ба организм тавассути ба мувозинат овардани табиати онҳо. Ғайр аз ин, Абӯалӣ ибни Сино дар бораи усулҳои муайян кардани моҳияти дорусозӣ муфассал истода, усулҳои муайянкунии таъиноти онҳо бо истифода аз ҳиссиёт (аз рӯи мазза ва бӯй), инчунин бо роҳи муқоиса ва озмоиш фарқ мекунад. Ҳангоми тавсифи табиати дору, ба ақидаи ӯ, хусусияти таъсири асосии он ба организм аст. Принципи асосии муолиҷаи маризон дар «Қонуни тиб» табobati баръакс ҳисобида шудааст (*contraria contrariis curantur*): «Дар ҳақиқат, вақте ки моҳияти беморӣ фаҳмида мешавад, табиб бояд доруеро бо сифати муқобил интиҳоб кунад, ки ин бемориро табобат мекунад» [9, 111] ва чунин мисолҳо дар китоби дуюми ин асар зиёд ба назар мерасанд.

Лозим ба ёдоварист, ки дар китоби дуюми «Ал-Қонун фи-т-тиб» Абӯалӣ ибни Сино номгӯи 785 маводҳои дорувории аз маҳсулооти растани, ҳайвонот ва минералҳо тайёр мешудагиро ифода намудааст. Бисёре аз онҳо дар замони қадим ба олимону табибони маъруф маълум набуданд. Дар ин рисола мутафаккир хонандагони худро бо доруҳои гуногуни оддӣ шинос мекунад. Дар байни онҳо растаниҳои шифобахш, аз қабили ширинбия, явшон, мирт, акатсия номбар ва тавсиф гардида, пас аз он дар боби хусусиятҳои табобатии пиёзҳои баҳрӣ, гулӯла, арча, бодиён, лаванда, бобуна, қатрони резин; маводҳои минералӣ - тилло, нукра, сурма, сурб, алмос, симоб, марғи муш ва ғайра сухан меравад. Сино инчунин дар бораи сифатҳои табобатии хуни қабӯтар (хунрави аз биниро қатъ мекунад), пешоби сағ, ки сӯзиши чароҳатро кам мекунад, ғӯшт ва ҷигар хар, ки барои табobati омосҳо истифода шуда метавонанд, ҷарбҳои мурғобӣ, ҳук, ғӯсфанд, моҳӣ ва бисёр ҷизҳои зиёди дигар, ки онҳоро ҳамчун маводи табobati истифода бурдан мумкин аст [5].

Мутафаккир дар ин бахши «Қонуни тиб»



диққати хонандаро ба манфиати зиёди доруҳо алайҳи газидани морҳо, каждумҳо, сағҳои деона ва ғайра ҷалб кардааст. Хусусан барои рафъи таъсири манфии захри морҳо ба бадани инсон мағзи устухони охӯ, хуни сангпушт, гӯшти хорпушт, харчанг, хардал, мурч, пудинаи наъно, шалғамча, pista, дорчин, сирпиёз, элекампан ва бисёр дигар маводҳо, аз нуқтаи назари ӯ, самаранок ва муфид мебошанд. Аксари доруҳое, ки Абӯалӣ ибни Сино барои муолиҷаи беморон тавсия намудааст аз озмоиши замон гузаштанд ва то ҳол дар тиб ва соҳаи дорусозӣ истифода мешаванд. Ғайр аз ин, ин мутафаккири бузург бори аввал баъзе маводҳои табобатиро ба доруҳона ворид кард, ки дар байни онҳо барги Искандария, кофур, рубр ва ғайраҳоро номбар кардан мукин аст.

Дар китоби панҷуми «Ал-Қонун фи-т-тиб» ба антидотҳо - як гурӯҳи пурраи доруҳо, ки аксари онҳо ҳоло ҳам дар тиб вориданд ва истифода мегарданд, диққати махсус дода шудааст. Фармудаҳои мутафаккири бузург дар ин самт аз ҷониби табибони қариб ҳамаи кишварҳои олам муддати тӯлонӣ истифода мешуданд ва дар соҳаи захршиносӣ (токсикология) ҳамчун дастури амалӣ барои мутахассисон нақши муҳим доштанд. Китоби мазкур инчунин ба доруҳои мураккаб ва тавсифи шаклҳои асосии онҳо, инчунин доруҳатҳои инфиродӣ бахшида шудааст. Дар ин ҷо таълимоти синергизм, тақвияти амал ва безаргардонии доруҳои захролуд низ баррасӣ карда мешавад. Доруҳонаи асримиёнагии қадим дар шаклҳои мураккаб фаровон буд ва онҳо асосан бо таҷриба мавриди баррасӣ қарор мегирифтанд, аммо ангеаҳои асоснокро низ ба вучуд меоварданд (масалан, ислоҳи таъми доруҳо, сустгардонӣ ва суръатбахшии ҷаббидани онҳо ва ғайра).

Абӯалӣ ибни Сино ин доруҳоро аз нигоҳи интиқоди баҳогузорӣ намуда, ақидаҳои ӯро нисбати мураккаб кардани таркиби доруҳо баён намудааст. Аз ин ҷиҳат, ӯ нисбати ҳамзамонони худ мавқеи баландтарро соҳиб гашта, дорои донишҳои васеъ дар соҳаи минералогия, кимия ва ботаника буд, инчунин тавонист дар бораи паёмадҳои фоҷиабори нашъамандӣ барои бадан ва саломатии инсон ба таври умумӣ, вале асоснок ҳулосаҳои мантиқӣ барорад. Дар китоби панҷуми «Қонуни тиб» технологияи

ҳамондавраи тайёр намудани ҳабҳо, ки дар замони Сино ба андозаи кулчақандҳои ҳамвор омода карда мешуданд, тасвири худро ёфтаанд. Ҳабҳо аз маҳсулоти дорои таъми талх дошта тайёр карда мешуданд ва муҳлати нигохдории ҳабҳои оддӣ то як сол ва ҳабҳои дар таркибашон афюн дошта то ду солро дар бар мегирифт.

Дар ин Қисмати «Ал-Қонун фи-т-тиб» Абӯалӣ ибни Сино ченакҳои амиқӣ ҳаҷм ва вазнро дар дорусозӣ нишон дода, роҳҳои истифодаи самаранокӣ онҳоро дар раванди муолиҷаи маризон тавсия мекунад. Масалан, ҳангоми тарҷума аз забони арабӣ чунин ченаки системаи метрии дар ҳамон давра истифода шаванда – «мискол», ки Сино онро дар рисолаи худ овардааст, ба 4,25 грамм баробар аст [6]. Боби дуюми китоби панҷуми «Қонуни тиб» дар шакли маълумотномаи фармакотерапевтӣ сохта шудааст ва дар ҳашт боби он хусусияти узвҳо, минтақаҳои гуногуни бадан оварда шуда, дар бемориҳои гуногун истифодаи доруҳои зарурӣ нишон дода шудааст.

Мароқовар аст, ки Сино ба ба илми кимия шавқе зиёд дошт ва дар ин соҳа ба дастовардҳои беназир соҳиб гашта, яке асосгузори кимияи дорусозӣ ба шумор мервад. Ӯ дар қорбо дигаргунҳои кимиявӣ дар шакли ферментатсия, коагулятсия, сублиматсия ва ғайра маъхур гардида буд. Дар ин робита, дарк намудан мумкин аст, ки чаро дар «Ал-Қонун фи-т-тиб»-и Абӯалӣ ибни Сино номгӯи маҳсулоти маъданӣ ва доруворӣ нисбат ба табибони Юнони Қадим, Рим, Ҳиндустон, Миср, Месопотамия ва Чин зиёд ба назар мерасад. Дар навиштаҷоти худ мутафаккири таълимоти воҳидҳоро ба миён оварда, изҳор дошт, ки доруҳои гуногун, вобаста аз сифаташон ва ҳолати бадани бемор, метавонанд таъсири гуногун дошта бошанд. Сино дар бораи усулҳои омӯзиши таъсири доруҳо ба бадани мариз изҳори ақида намуда, тавсияи медихад, ки онро на танҳо дар ҳайвонот, балки дар шахси бемор дар мавриди зарурӣ низ бояд санҷид.

Таъсири доруворӣ ба бадани мариз, аз диди мутафаккири, инчунин ба назар гирифтани шароити иқлимиро талаб мекунад. Ӯ тавсияи намедихад, ки доруҳо дар тобистони аз ҳад гарм ва зимистони хеле хунук таъйин карда шаванд. Дар ин ҳукмҳои олими бузург аҳамияти назари на-

вро дар бораи таъсири доруҳо, табобати беморӣ дидан мумкин аст. Дар асрҳои миёна Сино урфу одатҳои муқарраршударо дар робита бо дорусозӣ ва усулҳои истифодаи онҳо шикаста, барои анъанавӣ навроҳ кушод. Ҳамин тариқ, маводҳои доруҳои ба миён овардаи Абӯалӣ ибни Сино дар тӯли асрҳои зиёд аз дорувории Аврупо пеш буданд ва он ба дорусозӣ ва фармакологияи муосир наздик аст.

Яке аз чехраҳои барҷастаи тибби асримиёнагии форсу тоҷик Абрайхон Муҳаммад бин Аҳмад ал-Берунӣ (973-1048) буд, ки ўро барои дониши бисёрҷанба ва истеъдоди беандозааш дар олами илми муосир Леонардо да Винчи асри XI меноманд. Берунӣ ханӯз дар овони кӯдакӣ бо ташаббуси худ забони юнониро омӯхта, баъдтар забонҳои ҳиндӣ, арабӣ ва санскритро ба ҳубӣ аз бар намуд, ки онҳо минбаъд ба ў барои ошкор намудани ганҷҳои илми қадима кумак намуданд. Вай муаллифи таҳқиқоти бунёдии илмӣ мебошад, ки аз паҳноӣ ва амикии асарҳои таълиф намудааш донишмандону мутафаккирон то ханӯз ба ҳайрат меоянд. Ба инҳо чунин асарҳои навиштаи беэволи ў - «Осор-ул-боқия» («Хронология»), «Китобу-л-ҷамоҳир фӣ маърифат-ил-ҷавоҳир» («Минералогия») ва «Китоб ас-Сайдана фи-т-тибб» («Китоби фармакогнозия дар тиб») мисол шуда метавонанд.

Абрайхон Берунӣ дар рушди соҳаи дорусозии асримиёнагии форсу тоҷик ва араб саҳми назаррас гузоштааст. «Фармакогнозия» ӯ «Китоб ас-Сайдана фи-т-тибб»-и ў ягона дастнависи нодире мебошад, ки соли 1927 дар ш. Бурсаи (Туркия) ёфт шудааст ва то ба мо расидааст. Дар ин асари бунёдии худ мутафаккири ишора менамояд, ки «донишҳои доруҳои оддӣ аз рӯи наслҳо, намудҳо ва шаклҳои бехтарини онҳо, инчунин тайёр кардани доруҳои мураккаб аз рӯи дастурҳои навиштаашон ӯ тибқи дастури як таҳқиқоти бозғамӣ ва дуруст бояд сурат гирад» [1, 93]. Аз ин рӯ, вазифаҳои дорушиносӣ, тавре ки Берунӣ онҳоро дарк менамуд, ин ҷамъовариҳои доруҳо, интиҳоби навъҳои бехтарини онҳо ва инчунин тайёр кардани доруҳои мураккаб аз рӯи дастурҳои мавҷуда мебошанд. Ба таҳқиқоти воқеии масъалаҳои назариявии дорушиносӣ ва ғани гардонидани ҳазинаи он бо воқитаҳои нав, пеш аз ҳама, бояд табибон машғул шаванд.

Ба ақидаи ў, пизишкон бояд кӯшиш кунанд, ки ин санъатро такмил диҳанд, онро дар бештар назария ва амалия бунёд кунанд ва ба дорушносони бозғамӣ супоранд, то ба онҳо хидмате монанд ба хидмати олимони табиатшиносӣ расонанд. Барои навиштани «Китоб ас-Сайдана фи-т-тибб» Берунӣ тақрибан аз 250 сарчашмаи ибтидоии аз ҷониби олимони Осиёи Марказӣ, Эрон, Ҳиндустон, Афғонистон, Юнон, Рум, Осиёи Хурд, ки якуним ҳазор сол пеш аз ў эҷод карда буданд, истифода кардааст. «Фармакогнозия»-и Берунӣ ба олимони замони муосир имкон медиҳад тасдиқ кунанд, ки он тасвири мукамалтарин дар бораи ҳолати тиб ва ботаникаи он замонро медиҳад.

Дорухое, ки дар замони Берунӣ дар амалияи тиббӣ истифода мешуданд, ҳам аз наботот ва ҳам ҳайвонот ва минералҳо ба вуҷуд оварда мешуданд. Аммо, асоси ақсарияти кулли онҳоро маводҳои аз гиёҳҳо ба даст оварда шуда ташкил медоданд. Қисмати зиёди китоби «Китоб ас-Сайдана фи-т-тибб», тақрибан 860 зербоби он, ба тавсифи гиёҳҳои шифобахш, қисматҳо ва узвҳои алоҳида, инчунин омузиши маҳсулоти таркиби онҳо бахшида шудааст. Дар маҷмӯъ, дар ин асари нодире илмӣ тақрибан 750 намуни растаниҳо, 107 минералҳо, 101 маҳсулоти ҳайвонот зикр шудааст. Ғайр аз ин, тақрибан 30 номгӯи доруҳои мураккаб (териакӣ, баъзе намудҳои ҳуҷраҳои шифобахш ва ғайра) мавриди таҳлили мушаххас қарор гирифтаанд [7, 204].

Дар муқоиса бо дигар рисолаҳои муҳаққиқони асримиёнагии Шарқ, ки ба соҳаи дорусозӣ бахшида шудаанд, асари Берунӣ дар бораи хусусиятҳо ва таъсири моддаҳои тавсифшуда ба бадани инсон ва истифодаи онҳо дар амалияи тиббӣ тақрибан маълумот надорад. Дар китоб диққати асосӣ ба он дода мешавад, ки бо чӣ васила маводҳо аз қадом наботот ӯ ҳайвон барои доруворӣ ба даст мешаванд ва қадом аломатҳо нишон медиҳанд дараҷаи тозагӣ ва сифати онҳоро нишон медиҳанд. Тавсифи онҳо бо расмҳои растаниҳо ва ҳайвонот илова карда мешавад. Эҳтимол, то замони ў қорҳои асосии дорушиносии аллакай бо чунин мисолҳо ба роҳ монда шуда буданд. Дар дебочаи «Китоби фармакогнозия дар тиб» Берунӣ ишора мекунад, ки дар ихтиёри худ рӯйхати асарҳои Диоскоридро дорад ва дар онҳо тасвирҳои маводҳои дорусо-



зи бо тавсифи растаниҳо пайваст карда шудаанд.

Мутафаккири бузург тақрибан 4500 номҳои наботот, ҳайвонот, минералҳо ва маҳсулоти аз онҳо ба даст овардашударо бо синонимҳои арабӣ, юнонӣ, суриягӣ, ҳиндӣ, форсӣ, хоразмӣ, суғдӣ, туркӣ ва ғайра ҷамъоварӣ ва шарҳ дода, ба ин васила дар роҳи ба тартиб даровардани истилоҳоти тиббии кори бузургеро ба анҷом расонид. Ин синонимҳо барои муҳаққиқони таърихи дорушиносии Шарқ хело муҳим мебошанд, чунки онҳо имкон медиҳанд, то бисёр растаниҳои шифобахш ва дигар моддаҳое, ки дар амалияи тиббии он замон истифода мешуданд, дақиқтар муайян карда шаванд.

Берунӣ маълумотро дар бораи баъзе доруҳо ҳамчун натиҷаи мушоҳидаҳои худ, ки солҳои зиёд дар кишварҳои гуногуни Осиёи Марказӣ, Эрон, Афғонистон ва Ҳиндустон гузаронидааст, пурра қард. Ӯ ба масъалаи ҷойгузинҳо (ивазкунандаи маводи доруворӣ) диққати махсус дод. Азбаски на ҳамеша пайдо намудани доруи зарурӣ имконпазир буд, бинобар ин, дар он давраи таърихӣ ин кори хеле зарур ва муҳим буд. Вобаста ба ин масъала аз ҷониби муҳаққиқон ва мутахассисони ҳамон замон рисолаҳои махсус дар бораи ҷойгузинҳо навишта шуданд. Дар бисёре аз онҳо, ки ба соҳаи дорушиносӣ бахшида шудаанд, пас аз дору, ҷойгузинҳои он дода мешаванд ва Берунӣ дар китоби худ низ ҳамин

тавр карда буд.

Далелҳои дар «Китоб ас-Сайдана фи-т-тибб» овардашуда нишон медиҳанд, ки маводҳои баъри дорувории дар он тасвиршуда аз Осиёи Миёна, Афғонистон, Эрон, Месопотамия, Арабистон, Африка, Ҳиндустон, Цейлон, Чин, Тибет, Непал, Бирма, Камбоча, аз архипелаги Малай, аз Арманистон, Озарбойҷон, Осиёи Хурд, аз ҷазираҳои Баҳри Миёназамин, аз Италия, Испания оварда шудаанд. Дар асоси чунин маълумот, тасаввуроти амиқтар нисбати соҳаҳои парвариши баъзе растаниҳои парвариш шаванда (ғалладона, мева ва дигар дарахтҳо, ангур, сабзавот ва ғ.) пайдо гардид.

Бешубҳа, асарҳои беназири Абӯалӣ ибни Сино («Қонуни тиб») ва Абурайҳон Берунӣ («Китоби фармакогнозия дар тиб») арзишмандтарин ёдгориҳои илмии мутафаккирони Шарқи асрҳои миёна дар бораи маводи доруворӣ ва растаниҳои шифобахш мебошанд, ки дар тиб ва дорусозӣ то ҳануз васеъ истифода мешаванд. Натиҷаҳои омӯзиши масъалаи таълимоти Абӯалӣ ибни Сино ва Абурайҳон Берунӣ дар бораи маводҳои доруворӣ нишон доданд, ки ақидаҳои онҳо дар Шарқи асримиёнагӣ ва то садсолаи гузашта манбаи арзишманди соҳаи дорусозӣ дар тиб ҳисобида мешаванд. Зеро дар он давра, фармакогнозия, агарчи ҳамчун илми мустақил вучуд надошт, лекин он марҳилаи аввали раванди табобатӣ ҳисобида мешуд.

### Адабиёт

1. Абурайхан Беруни. Избр. произведения.- Т.IV.- Ташкент: Фан. –1973.- С. 134-53.
2. Брентъес Б., Брентъес С. Ибн Сина (Авиценна)/ Пер. с нем. П. М. Комышанченко. – Киев: Изд-во КГУ. - 1984. - 88 с.
3. Вандидад. Пер. Саидмухамма Али Хасан. - Тегеран: «Фикри руз. –1948. - С. 4-22.
4. Исмоки Ю.Б., Таджиев Я.Т. Таърихи мухтасари тибби тоҷик. - Душанбе: ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. - 1993. - 128 с.
5. Ишанкулова Б.А. Некоторые аспекты фармакологии и фармакотерапии в «каноне врачебной науки» Авиценны// Паёми Сино. - 2009. - №3. - С.154-157.
6. Нуралиев ЮН. Медицина эпохи Саманидов// Саманиды и возрождение персидско-таджикской цивилизации. - Душанбе: Ирфон. - 1998. - 323 с.
7. Розенфельд Б.А., Рожанская М.М., Соколовская З.К. Абу-р-Райхан Ал-Бируни (973-1048). - М. – 1973. – 225с.
8. Duignan B. Medieval Philosophy// The Rosen Publishing Group. - 2010. - № 8. - P. 89
9. Goodman L. E. Avicenna. - L.-N.Y. - 1992.
10. Sayili A. Ibn Sina and Buridan on the Motion of the Projectile// Annals of the New York Academy of Sciences. - 1987. - Vol. 500. - P. 477-482.



## УЧЕНИЯ АБУАЛИ ИБНИ СИНО И АБУРАЙХАНА БИРУНИ О ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТАХ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ.

Каландарзода Ё.К.

Кафедра фармакогнозии и ОЭФ, ГОУ «ТГМУ им Абӯалӣ ибни Сино»,

Не секрет, что медицина и фармакология тесно связаны и являются одними из древнейших наук. Их происхождение восходит к истории человеческой цивилизации. В то же время, в процессе развития общества совершенствовались методы и средства лечения различных заболеваний. Открытие и приготовление лекарств, которые в древности передавались устно из поколения в поколение, сыграли важную роль в процессе лечения больных с появлением письменности и книг.

Народы Средней Азии - таджики (бактрийцы, согдийцы), тюрко-язычные племена и народы, проживающие на территории Бухарской и Хорезмской областях, внесли значительный вклад в развитие мировой медицинской науки.

В частности, они оказали большое влияние на средневековую культуру Западной Европы, что способствовало распространению их научных знаний в области медицины, химии, математики и астрономии из научной литературы на арабском языке.

В данной статье осуществляется попытка подвергнуть краткому анализу формирования основ фармацевтической науки в учениях великих средневековых персидско-таджикских мыслителей Абуали ибни Сино и Абурайхана Беруни.

**Ключевые слова:** наука медицины, фармацевтика, Восток, Средние века, Абуали ибни Сино, «Канон врачебной науки», Абурайхан Бируни, «Книга фармакогнозии в медицине» и другие.

## THE TEACHINGS OF ABUALI IBNI SINO AND ABURAIKHAN BIRUNI ABOUT DRUGS AND THEIR IMPORTANCE FOR MODERN MEDICINE

Qalandarzoda Y.Q.

It is no secret that medicine and pharmacology are related and are among the most ancient sciences. Their origin goes back to the reverse civilization. At the same time, in the process of development of society, methods and means of treating various diseases were improved. The discovery and preparation of medicines, which in ancient times were given orally from generation to generation, played a role in the process of treating patients with the advent of writing and books.

The peoples of Central Asia - Tajiks (Bactrians, Sogdians), Turkic-speaking tribes and peoples living on the territory of the Bukhara and Khorezm regions, have made a significant contribution to the development of world medical

science. In particular, they had a great influence on the medieval culture of Western Europe, which contributed to the dissemination of their scientific knowledge in the field of medicine, chemistry, mathematics and astronomy from scientific literature in Arabic.

This article attempts to briefly analyze the formation of the foundations of pharmaceutical science in the teachings of the great medieval Persian-Tajik thinkers Abuali ibni Sino and Aburaikhan Beruni.

**Key words:** the science of medicine, pharmaceuticals, the East, the Middle Ages, Abuali ibni Sino, "The Canon of Medicine", Aburaikhan Biruni, "The Book of Pharmacognosy in Medicine" and others.

**Каландарзода Ё.К.** – н.и.б., дотсенти кафедраи фармакогнозия ва ТИФ-и МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, E-mail: kholov-73@mail.ru:Тел. -904 25 -25-25

**Каландарзода Ё.К.** – к.б.н., доцент кафедри фармакогнозии и ОЭФ, ГОУ «ТГМУ им Абӯалӣ ибни Сино», E-mail: kholov-73@mail.ru:Тел. -904 25 -25-25

**Qalandarzoda Y.Q.** - Candidate of Biological Sciences, Associate Professor of the Department of Pharmacognosy “Organization of Pharmacy Economics” “TSMU named after Abuali ibni Sino”. E-mail: kholov-73@mail.ru:Тел. -904 25 -25-25



## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

### НИГОҲИ МУОСИР БА НАСЛИ ЧАВОНИ ТОҶИКИСТОНИ СОҲИБИСТИҚЛОЛ

Бозорова Л.А.,<sup>1</sup> Бозорова Л.М.,<sup>2</sup> Ҳасанова З.М.<sup>2</sup>

1. Факултети филологияи рус, МДТ Донишқадаи забонҳои ба номи С. Улуғзода.

2 МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

**Муҳиммият.** Тоҷикистон солҳои охир дар марҳилаи иқтисодӣ ва тағйироти сиёсӣ ва ислохот қарор дошт, ки он дар соҳоти иқтисодӣ, иҷтимоӣ, сиёсӣ, ахлоқӣ-идеологӣ амалӣ гардида, асоси ҳаёт ва менталитети аҳолиро дигаргун намуд ва сабаби тағйироти сохтори дигаргункунандаи сифат, усул ва тарзи ҳаёти ҳар ҷавон гардид [3].

Маълум аст, ки рафтор, маҳруки ҳаёт, системаи арзишҳои одамон ба он бастагӣ дорад, ки онҳо дар қадом шароит сатсиализатсия шудаанд, аз даврони кӯдакӣ ба ҳаёти калонсолӣ гузаштаанд. Дунёи наврасони муосир ба ҳаёти фардои ҷамъияти таъсир мерасонад.

Тоҷикистон, тавре маълум аст, кишвари ҷавонон аст. Синни миёнаи аҳоли тақрибан 26 сол ва ҳиссаи ҷавонони синни аз 15 то 34 сола бошад, 38%-ро ташкил менамояд.

Ҳамзамон ҷавонони Тоҷикистон як қисми насли Ҷ ба ҳисоб мераванд, яъне онҳое, ки дар байни солҳои 1981 ва 1999 чашм ба олами ҳастӣ кушодаанд. Ин насл дар тамоми дунё арзишҳои махсус, хусусият ва имтиёзҳои худро доранд, зеро онҳо дар муҳити ба таври доимӣ тағйирёбандаи иҷтимоӣ, иқтисодӣ, геосиёсӣ ва технологӣ, дар шароити номуайянии шиддатгиранда ба воя мерасанд, ки бо сабаби тағйирёбии иқтисодӣ, институтсионалӣ ва иҷтимоӣ, ҷаҳонишавӣ, равандҳои азими муҳоҷират ба амал омадаанд. Ғайр аз ин, ҷавонони тоҷик насли заволи ИҶШС, насли ҳарбӣ ва баъдиҷангӣ мебошанд, ки ҷангро дидаву бо волидайн якҷоя дар барқарор намудани хоҷагӣ даст доштанд, дар сохтмони давлати соҳибистиқлол сарм гузоштаанд. Онҳо дар муҳити бозсозӣ ва дигаргуниҳои доимии баробарӣ зиндагӣ мекунад.

Дар чунин шароит иқтидори ҷавонон, ки аксарияти (61 %) аҳолии ҷумҳуриро ташкил менамояд, бояд ҳамчун захираи муҳимтари-

ни стратегӣ мавриди баррасӣ қарор гирад, зеро ташаккулдиҳӣ ва сохтани он бо марҳилаи тағйироти инқилобӣ дар кишвар рост омадааст (сохтани системаи нави сиёсӣ, ислохоти иқтисодӣ, тасдиқ намудани истиқлолияти миллӣ, ҷанги шаҳрвандӣ ва барқароршавии ҷамъияти шаҳрвандӣ).

Ҷавонон қиёсан ба насли калонсол ғоя, ақида, арзишҳои иқтисодӣ бозаргониро зудтар аз худ карда, ба воқеиятҳои муосири иҷтимоӣ-иқтисодӣ ва сиёсӣ мутобиқ мешаванд, дар сохтмони ҷамъияти шаҳрвандӣ, давлати ҳуқуқбунёд, дунявӣ ва демократӣ ғаёлона иштирок менамоянд [6].

Ҷавонон аз гурӯҳи ниҳоят серғайрат, гурӯҳи дараҷаи хатараш баланд ва инноватсияи мухталиф иборат мебошанд, интегратсияи бомуваффақияти он дар ҷамъият барои рушди кишвар аҳамияти халқунанда дорад. Гуфта наметавонем, ки ҷомеаи Тоҷикистон ба мушкилоти ҷавонон бапарвост. ВАО маводи зиёдеро нашр мекунад, ки зимни он масоили вобаста ба ҷавонон муҳокима мешавад. Он бештар фарогири масъалаҳои ифротгароии динӣ, поён рафтани сатҳи маърифат, никоҳи барвақтӣ, зӯровариҳои ҷавонон ва ғ. мебошад [1].

Ба иштироки ҷавонон дар қорҳои ҷамъиятӣ, ташаккул додани ҷамъияти бообруӣ мутавак্কили ҷавонон, ҷалб намудани онҳо ба иштирок дар ҳаёти ҷамъиятӣ-сиёсии мамлакат, ғаёлияти давлатӣ ва идоракунии таваҷҷуҳи бештар дода мешавад, истифодаи иқтидори зеҳнӣ ва ташкилотчиҳои ҷавонон барои Тоҷикистон муҳиммияти хосса дорад, зеро ҷавонон ояндадор буда, дар онҳо тавак্কӯ ва имконоти амалинамоии ҳуқуқҳои худ онҳо ва шаҳрвандони кишвари демократӣ бештар аст.

Соли равон Тоҷикистон 30-солагии Истиқлолияти давлатиро ҷашн мегирад. Дар ин давра насли нави тоҷик ба воя ра-

сид, ки нигоҳу ҷаҳонбинии мухталиф дорад. Ин насли нав қисмати аксари кишварро ташкил менамояд ва аллакай баъди якчанд сол тақдири кишвар дар дасти онҳо хоҳад буд.

Баъзеҳо ба чунин ақидаанд, ки имрӯз ҷавонон барои таҳсил ва камоли илм ҳам дар Тоҷикистон ва ҳам хориҷ аз марзи он имкониятҳои зиёде доранд ва барои онҳо тамоми шароитҳо муҳаёст. Насли муосирро мақсаддор ва мансабхоҳ, озодидӯст, ватандӯст ва созанда меноманд. Дар миёни ҳамсолони ҷумҳурии соҳибистиклол ҷавононе кам нестанд, ки ба мушкilotи иқтисодӣ рӯ бар рӯ шудаду роҳи ягонаи онро дар ҳичрати меҳнатӣ дидаанд. Онҳо бошад, баръакс, одамони бесаводеро мебинанд, ки сафи муҳочирони меҳнатиро пур мекунанд.

Ҳамзамон насли имрӯзаро исроркорона якранг гуфтан мумкин нест, онҳоро мутлақо якранг - сафед ё сиёҳ муаррифӣ кардан имконнопазир аст. Ҷавонони ҳар аср ҳамеша дар ҷустуҷӯянд, мекушанд барои худ усули нисбатан қобили қабули ҳудамалишавиро пайдо кунанд. Охир Ҳёте беҳуда нагуфтааст, ки: “Бо вучуди он ки дунё дар маҷмӯъ ба пешгом мебардорад, ҷавонон ҳар дафъа аз аввал оғоз мекунанд” [4].

Дар дунёи муосири зуд тағйирёбанда ва ба таври динамики рушдкунанда ба ҷавонон зарурати мустақилона қабул кардани қарор ба миён меяд, ки ирзиши чӣ зиёдтар аст, боигарӣ ба ҳар восита бошад ё ба даст овардани таҳассуси олие, ки барои ба шароити нав мутобиқ шудан ёрӣ мерасонад; рад кардани меъёрҳои ахлоқи анъанавӣ ё уҳдабарой, ки ба ҳақиқати нав мутобиқ аст; озодии беканори муносибатҳои дучонибаи байнифардӣ ё оила. Аз ин рӯ ҳамеша бояд дар ёд дошт, ки хусусан дар даврони ҷавонӣ системаи муайян кардани арзишҳо эҷод мешавад, раванди худтарбиякунӣ ғаёлона чараён гирифта, худсозии шахсият ва дар ҷамъият татбиқи он ба амал меояд. Мутаносибан вазифаи асосии ҷамъияти муосир ин ҳалли мушкilotи ҳифз намудани устуворияти иҷтимоӣ ва интиқол додани мероси фарҳангӣ аз як насл ба насли дигар ба ҳисоб меравад.

Бешак, ҷавонон қувваи ғаёол ва ташаббускор, созандаи неруи давлат ба шумор мераванд, аз ин лиҳоз ҳар узви масъулиятшинос ва ватандӯсти ҷомеа уҳдадор аст, ки дар тарбия ва интиҳоби роҳи дурусти ҳаёти онҳо иштирок намуда ғамхорӣ зоҳир кунад, зеро ҷавонон созандаи ояндаи Тоҷикистони демократӣ ва соҳибистиклол мебошанд. Дар робита ба нуктаи мазкур соли 2011 Қонуни ҚТ «Дар бораи масъулияти падару модар дар тарбияи фарзанд» қабул гардид. Қонуни маазкур, ки аз ҷониби Президенти ҚТ Эмомали Раҳмон пешниҳод гардида буд, аз муҳокимаи умум гузашт ва аз ҷониби аксари аҳолии кишвар қабул гардид. Сабаби қабули онро зарурати ҷалб намудани таваҷҷуҳи ҷамъият ва волидайн ба таълиму тарбияи насли ояндаи кишвар буд ва ин амал хеле саривақтӣ ҳам буд, то насли ҷавон бо ҳисси баланди ифтихори миллӣ ва ҳудогоҳӣ, самимона анъанаву арзишҳо, таъриху фарҳанги миллии халқи моро эҳтиром намоянд. Чӣхати мусбии Қонуни мазкур на танҳо ба волидайн гузоштани масъулияти таълиму тарбия, балки боби ба «уҳдадорҳои фарзандони ба балоғат расида ва қобили меҳнат доир ба нигоҳубин ва таъмини волидайн» бахшида буд.

Саддарсадии зиёди муҳочирати аҳоли, ки волидайнӣ ғайри қобили меҳнат ва ниёзмандро дар ватан гузоштану рафтаанд, сабаби аз даст додани арзишҳои анъанавии ҷомеаи тоҷикӣ мегардад, яъне нигоҳубини волидайнӣ пиршуда. Бармеояд, ки қонун уҳдадорҳои фарзандони ба балоғатрасида ва қобили меҳнатро нисбат ба падару модар танзим менамояд [5].

Яке аз самтҳои муҳимтарини сиёсати давлатии мо ба қорҳои давлатӣ ва ҷамъияти ҷалб намудани ҷавонон ба шумор меравад. Як қатор дастгоҳҳои идоракунанда аз ҳисоби ҷавонон молотол шудаанд. Кадрҳои ҷавон шами тозаро ба ҳалли мушкilotи мурами иҷтимоӣ-сиёсӣ шамиданд. Насли ҷавон саъй менамояд ҳам дар ҳавои пешравӣ дар мансаб ва ҳам зеҳнан ба воя расад. Қатори донишмандони ҷавон рӯз аз рӯз меафзояд.

Боиси хурсандист, ки имрӯзҳои насли



чавон тафаккури дигар дорад, онҳо бо замона по ба по гом мебардоранд, технологияи навро аз худ намуда, бо забонҳои гуногун ҳарф мезананд, фарзияҳои навро ихтироъ ва пешниҳод менамоянд. Ин саъю кӯшишҳо ба хонандагони мактаб ва макотиби олӣ иҷозат медиҳад, ки дар озмунҳои байналмилалӣ таълимӣ ширкат намуда, натиҷаҳои баланд ба даст оранд ва бо сари баланд, бо мукофоту ҷоизаҳо ба ватан баргарданд.

Роҳбари давлат, Пешвои миллат, Президенти кишвар Эмомалӣ Раҳмон дар Паёми худ ба Парламент ва Ҳукумати ҚТ бештар ба мушкилоти ҷавонон таваҷҷуҳ зоҳир менамояд. Дар робита ба масоили мазкур соли гузашта, солҳои 2020-2040-ро «Марҳилаи рушд ва омӯзиши илмҳои математикӣ, дақиқ ва табиӣ» эълон намуд. Дар бораи хондани китоб қайдҳо намуда, озмуни «Фурӯғи субҳи доноӣ китоб аст...» эълон кард, ки дар байни мактаббачагони синфҳои болоӣ озмунҳои фаннӣ гузаронида мешавад.

Дар ҷаҳони муоир аз тамоми навгонӣ, пешравиҳои илму техника оғаҳ будан, амалӣ намудани таҷрибаи ҷаҳонӣ оид ба рушди иқтисод ва татбиқ намудани дониши худ ба манфиати Ватан лозим аст. Ҷавонон имрӯзҳо ба мақсади мазкур дар сохтмони объектҳои таъйиноташон мухталиф, аз ҷумла НОБ-и Роғун ғаболона иштирок мекунанд.

Дар ҳар сурат, чанд ҳарфе дар бораи таъсири манфии технология нав, ба монанди гаджетҳо ва истифодаи он гуфтан зарур аст. Ин воситаи «замбикунонии оммавӣ» мебошад, ки қисми зиёди насли ҷавонони тоҷикро аз ҳаёти воқеи дур карда, майл ба хондани адабиёти зарурии тариякунандаи ҳисси маънавӣ-ахлоқӣ ва эстетикиро аз байн мебарад. Абатта дар ҷаҳони муосир бе истифодаи шабакаи ҷаҳонӣ пеш рафтан мумкин нест. Аммо ба фаҳми баъзе ҷавонону дӯхтарон расонидан лозим аст, ки технологияи навтарини рақамӣ, аз ҷумла гаджет барои дар ин ё он соҳаи илм ё саноатӣ-иқтисодӣ зуд ба мақсад расидан, сохта мешавад.

Солҳои охир ҷавонони мо бо дарк кардани муҳимияти варзиш ҳамчун омили асоситарини тарзи ҳаёти солим, обутоби

ҷисмонӣ ва боло бурдани обрӯи байналмилалӣ Тоҷикистони соҳибистиклол дар ин самт гомҳои устувор гузоштаанд. «Ҷавонони мо дар рушди тамоми соҳоти иҷтимоӣ-иқтисодӣ ва нақши он, аз иштирок дар сохтмони объектҳои калон сар карда, то хизмат дар сафи Қувваҳои мусаллаҳ - ҳифзи марзи давлатӣ саҳмгузор буда, сазовори ситоишанд ва мояи ифтихори ҳар кадоми мо мебошанд», - аз нутқи Пешвои миллат, Асосгузори сулҳу ризоият, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон Эмомалӣ Раҳмон [3].

Аз ҷониби сохтори маъмурии шаҳру навоҳии ҷумҳурӣ майдончаҳои варзишии наздиҳавлигӣ сохта шуда, сексияҳо доир ба навҳои гуногуни спорт ба монанди футбол, баскетбол, гурзпарторӣ, таэквандо, қаикронӣ ва ғ. боз шуданд, ки барои ҷавонони варзишгари кишвари мо дар мусобикаҳои байналмилалӣ сазовори ҷойҳои намоён шудан шароит фароҳам меорад. Имрӯз мо бо ифтихор варзишгарони номиро ба монанди Дилшод Назаров (гурзпартоӣ), Мавзуна Чориева (бокс), Расул Боқиев (дзюдо), Шаҳриёр Даминов (қаикронӣ дар байдарка ва каноэ), тими миллии наврасони Тоҷикистонро оид ба футбол ва аксари дигаронро ном бурда метавонем.

Ҳамзамон фаромӯш кардан лозим нест, ки гурӯҳи дигари ҷавонони фарқкунандае ҳастанд, ки ҳаргиз тарзи ҳаёти солимро тарғиб намекунанд. Маводи муҳадир, кӯдакони «бепарастор»-и муҳоҷирони меҳнатӣ, вақтгузаронии беҳуда дар кӯчаҳо, хусусияти фарқкунандаи ин гурӯҳ ҷавонон мебошад. Барои онҳо пул, тарғиби зӯриву зӯрварӣ, ҳасад, ки муносибати худбинонаро ба вучуд меорад, кӯшиши бе заҳмат соҳиби молу мулк шудан барои онҳо чизи асосист. Вақтҳои охир ба шуҳрати ҷавонон зухуроти номатлуби паҳнгардида тахти унвони «кордкашӣ» «доғи сиёҳ» гардидааст, ки ба наздикӣ, 8 октябри соли 2019 ҷавони 17 сола, донишҷӯи соли аввали Донишгоҳи тичорати Тоҷикистон яке аз қурбонҳои навбатии он гардид.

Тарафи дигари масъала он аст, ки як қисми насли нав диндоранд. Дар ҷомеаи демократӣ, ки давлатӣ мост, одамон ҳуқуқӣ

озодона интихоб намудани динро доранд. Оре, одамон озод ва демократияро соҳиб шуданд. Қувваҳои ифротгарой аз ин чиз истифода намуда, ҷавонро ба ташкилотҳои гуногуни терористӣ ҷалб мекунанд.

Пешвои миллат, Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Президенти ҚТ Эмомалӣ Раҳмон дар нутқи худ ҳангоми вохӯрӣ бо ҷавонон қайд намуд, ки: «Солҳои охир як зумра ҷавонон ба ҷойи он ки барои азхудкунии дониш, касб ва иштирок дар корҳои созандагӣ фаъолона саъю кӯшиш намоянд, ба корҳои манфӣ даст мезананд. Пешгирӣ аз ин раванди шармандакунандаву хатарнок ва ба роҳи рост талқин намудан ҷавонону наврасон, на танҳо вазифаи сохтору мақомоти давлатӣ, балки қарзи ҳар як инсони бошуур, падару модар, зиёӣ, инчунин ҷавонони аз ҷиҳати иҷтимоӣ-иқтисодӣ устувор мебошад [6].

Ҷавонони Тоҷикистон зидди ҳаракатҳои ифротгароиву мазҳабӣ мебошанд. Гуфтан мумкин нест, ки ҳамаи ҷавонони диндор мубталои экстремизми радикалианд. Ҷавонон бо сабаби баъзе камбудҳои иҷтимоӣ-иқтисодӣ таҳти таъсири намояндагони ташкилотҳои экстремистӣ мондаанд, ки ба муқобили онҳо муборизаи беамон бурда мешавад. Пешвои миллат, Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Президенти ҚТ Эмомалӣ Раҳмон 23 майи соли 2019 ҳангоми вохӯрӣ бо намояндагони ҷавонони кишвар чунин баён намуд:

«Вазъи мураккабу хатарноки ҷаҳони муосир аз ҷавонон тақозо менамояд, ки онҳо ба ҳодисаҳои зуд тағйирёбандаи сайёра хушёрона назар намуда, худ ва ҳамсолона-

шонро аз таъсири марговари фаъолияти ташвиқгароёнаи гурӯҳҳои ифротгарой ҳифз кунанд, ҳамеша дар ҳифзи истиклолият ва озодии кишвар, сулҳу оромӣ, устуворияти сиёсӣ ва устувор намудани пояи давлатдории миллии тоҷикон бошанд»[2].

Ҳамин тавр, дар охир тамоми хусусиятҳои дастоварду норасоии насли ҷавони кишварро натиҷагирӣ намуда, ба ҳулосае омадан мумкин аст, ки ҷавонон дар давраи Истиклолият як зумра ҳислатҳои мусбату манфӣ касб намуданд. Саъй худташқилкуниву худидоракуни, рағбат ба ҳодисаҳои сиёсии кишвару минтақа, бепарво набудан ба мушкилоти забони давлатӣ ва фарҳанг, иштирок дар ташкили лаҳзаҳои фароғатӣ, майл ба худомӯзиро ба ҷиҳати мусбӣ шомил доништан мумкин аст. Ба ҷиҳати манфӣ бошад, тамокукашӣ ва дар худ санҷидани маводи муҳадир, муфтхӯрӣ, ақибмонӣ ва бефарқ будан (нигилизм), номуайяни, пешгӯинашавандагӣ ва ҷинояткориро нисбат додан мумкин аст.

Ба ҳар ҳол, далели он ки ҷавонон сарчашмаи асосии ғояҳои нави тарақиҳоҳ ва созандаи ояндаи Тоҷикистони соҳибқилол ҳастанд, ҷойи шак ва баҳсу мунозара надорад. Зеро ҳодисаҳои зиёде маълуманд, ки ҷавонони тоҷик аз худ рафтору кирдори хуб, қаҳрамонҳои ҳақиқӣ ва маънавиёти баланд нишон додаанд. Онҳо пули калони ёфташонро ба соҳибонашон баргардонид, кӯдакону ҳайвонотро начот ва дахҳо муштариёро аз марказҳои тиҷоратии сӯхтаистода начот додаанд. Аз чунин насли тоҷик ифтихор қардан мумкин аст.

### Адабиёт

1. Молодежь Центральной Азии. Таджикистан: На основе социологического опроса./ Под науч. руководством проф. Клауса Хурельмана и Пэра Тешендорфа (Германия, Берлин). – Алматы, 2017. – 396с.
2. Поздравление Лидера нации Президента Республики Таджикистан уважаемого Эмомали Рахмона по случаю Дня молодёжи. 23.05.2019 [www.president.tj](http://www.president.tj)
3. Послание Президента Республики Таджикистан, Лидера нации, уважаемого Эмомали Рахмона Маджлиси Оли Республики Таджикистан «Об основных направлениях внутренней и внешней политики республики», 26 января 2021 года <http://president.tj/ru/node/25006>
4. Про современную таджикскую молодежь: думают по-другому, но мечтают о том же. <https://tj.sputniknews.ru/opinion/20180523/1025656173/tajiksitan-den-molodezhi.html>



5. Тагаева С.Н. Закон «Об ответственности родителей за воспитание и обучение детей»: направления совершенствования. 30.03.2016г. <http://www.rtsu.tj/ru/news/4079/> Э.Рахмон поздравил молодежь Таджикистана 23.05.2015. <https://www.dialog.tj/news/erahmon-pozdravil-molodezh-tadzhikistana>

## «СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ НЕЗАВИСИМОГО ТАДЖИКИСТАНА»

Базарова Л.А.,<sup>1</sup> Базарова Л.М.,<sup>2</sup> Хасанова З.М.<sup>2</sup>

1.Таджикский государственный институт языков им. Сотима Улугзода , факультет русской филологии, 2.ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»)

В данной статье авторами дается краткая характеристика современной молодежи Таджикистана в эпоху независимости страны, говорится об ее интересах, увлечениях, достижениях и активное их участие в современной жизни и развитии Таджикистана. Также говорится о влиянии современных технологий и социально-экономических

факторов на развитие молодежи, как в лучшую, так и в худшую сторону.

Ключевые слова: современная молодежь, независимый Таджикистан, молодое поколение, воспитание, обучение, ценный вклад, достижения молодежи, здоровый образ жизни, интересы молодежи, высокая нравственность.

## A MODERN LOOK AT THE YOUNG GENERATION INDEPENDENT TAJIKISTAN

Bazarova L.A.<sup>1</sup> Bazarova L.M.,<sup>2</sup> Khasanova Z.M.<sup>2</sup>

1. Department of Russian Language of the Faculty of Russian Philology, TGIYA named after Sotim Ulugzoda. 2. Department of Epidemiology, State Educational Institution "TSMU named after Abuali ibni Sino". E-mail: [zhasanova@inbox.ru](mailto:zhasanova@inbox.ru), (+992)93-520-21-18.

**Relevance.** In this article, the authors give a brief description of the modern youth of Tajikistan in the era of the country's independence, talk about their interests, hobbies, achievements and their active participation in modern life and development of Tajikistan. It also talks about the influence

of modern technologies and socio-economic factors on the development of young people, both for the better and for the worse.

**Key words:** modern youth, independent Tajikistan, young generation, education, training, valuable contribution, achievements of youth, healthy lifestyle, interests of youth, high morality

**Бозорова Лола Мачидовна**- муаллими калони кфедраи эпидемиологияи МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино. E-mail: [mirka66@mail.ru](mailto:mirka66@mail.ru) 918 -45-97-13

**Базарова Лола Маджидовна** - старший преподаватель кафедры эпидемиологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». E-mail: [mirka66@mail.ru](mailto:mirka66@mail.ru) 918 -45-97-13

**Bazarova Lola Majidovna** - Senior lecturer of the Department of Epidemiology, State Educational Institution "TSMU named after Abuali ibni Sino". E-mail: [mirka66@mail.ru](mailto:mirka66@mail.ru) , (+992)918 -45-97-13;

## ҒАЙРИТИБӢ

### ТАҲИЯИ ТЕСТҲО АЗ ФАНИИ ФИЗИКА БАРОИ БАЛАНД БАРДОШТАНИ СИФАТИ ДОНИШИ ХОНАНДАГОН ВА ДОНИШЧӢЁН

Ибронов С.С., Сирочиддинов М.Э., Сафаров С.К.

М ДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

**Мухиммият.** Мақолаи мазкур барои омӯзгорони муассисаҳои таълимии миёнаи умумӣ (МТМУ) ва муассисаҳои таълимии олии касбӣ (МТОК), ки тестҳои педагогии гомогенӣ таҳия гардидааст ва он барои арзёбӣ кардани сифати дониши хонандагон ё донишчӯён дар доираи фанни таълимии физика истифода мебаранд, пешкаш менамоем.

Барои таҳия намудани тестҳои гомогенӣ босифат [1] аз назарияи санчишҳои педагогӣ, математикаи омӯрӣ ва методҳои психометрӣ истифода намудем, ки дар асоси онҳо сифати тест ва ба талаботҳои тестшиносӣ ҷавобгӯ будани онро муайян мекунам [2].

Мушкilotи санчишҳои педагогӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон маълум гардиданд, ки аксарияти омӯзгорони МТОК ва МТМУ оид ба методҳои таҳия намудан ва татбиқи тестҳои педагогӣ маълумоти ғайринадоранд, чунки дар муассисаҳои таълимии олии касбӣ (МТОК) -и Тоҷикистон самтҳои махсус ва факултетҳои махсусе вуҷуд надоранд. Оид ба ҷангуниҳои педагогӣ ва санчиши тести педагогӣ дарсҳои барои омӯзгорон гузаронда шаванд. Имрӯз ин гуна факултетҳо дар тамоми дунё қору ғайролиятдоранд. Барои дар амал татбиқи намудани методҳои санчиши тести, ки солҳои охири бахри баланд бардоштани сифати таълим дар самтҳои муҳими педагогика ба шумор мераванд, шурӯъ гардидааст [3].

Дар мақолаи мазкур усули таҳияи тест, ҳамчун методи илмӣ асосноккардашудаи арзёбии дониши хонандагон пешниҳод шудааст. Мушкilot асосноккунии илмӣ баъзе самтҳои қорӣ дорад, ки яке аз онҳо муайян кардани сифати саволу масъалаҳо дар асоси таҳлили натиҷаҳои эмпирикии тестгузаронӣ мебошад. Раванди илмӣ асоснок кардани сифати тест, қоркарди он, ва тақмил

додани онро ба якҷанд марҳила тақсим қардан мумкин аст: қамъ овардани натиҷаҳои эмпирикии тестгузаронӣ, қоркарди маълумотҳои эмпирикӣ, таҳлили натиҷаҳо бо мақсади тақмил додан ва қаноатманд будани он ба меъёрҳои муайяни сифати тест аз нуқтаи назари тестшиносӣ [4] мебошад.

Пас аз қамъ овардани маълумотҳои эмпирикӣ марҳилаи қоркарди математикаи омӯрии саволу масъалаҳои тест оғоз меёбад, ки маъмулан бо ёрии таъминоти барномавии махсус гузаронида мешавад. Барои татбиқи намудани таъминоти барномавӣ истифода намудани технологияи компютерӣ, тақмил додан гуруҳи мутахассисони махсус дар соҳаи технологияи информатсионӣ зарур аст, ки на ҳама вақт дастрасанд, лекин агар шумораи озмудашавандагон 100 – 500 нафарро тақмил диҳанд, таҳлили натиҷаҳои тестгузарониро бо ёрии омӯзгорон ба роҳ мондан лозим аст.

Мақсади таҳқиқоти мо, санчиши хотимавӣ [5], яъне арзёбии сифати дониши хонандагони синфи 11-и МТМУ аз фанни физика, баъди ғайри омӯхтани барномаи умумии фанни физика мебошад, чунки санчиши дониши хатмқуандагон, яке аз роҳҳои муҳими амалӣ қардондани санчиши хотимавӣ мебошад.

Барои ба ҳадаф расидан зарур аст, ки тестеро тартиб диҳем, ки ба ҳамаи талаботҳои тестшиносӣ ҷавобгӯ бошад. Барои сохтани варианти ниҳиии тест мо шаш варианти тестеро истифода намудем, ки онҳоро барои гузаронидани имтиҳонҳои марказонидаи дохилшавӣ дар соли 2019 таҳия қарда, дар имтиҳон истифода шудаанд. Ҳар як варианти тестеро зиёда аз 4 000 довталаб қал намуда, дар асоси натиҷаҳои он варианти ниҳой омода қарда мешавад.

Барои омода намудани варианти ниҳиии тест баъзе тавсифдиҳандаҳои саволу масъ-



алаҳои тестро (СМТ) муайян кардан зарур аст, ки муҳимтарин онҳо душвории саволу масъалаҳо мебошад. Дар асоси назарияи классикии тестҳо (НКТ) дараҷаи душвории саволу масъалаҳои тест (СМТ)-ро бо формулаи зерин муайян карда мешавад [6]:

$$p_j = \frac{R_j}{N} \quad (1)$$

Дар ин ҷо,

$p_j$  – ҳиссаи ҷавобҳои дуруст ба савол ё масъалаи рақами  $j$ ,

$R_j$  – шумораи озмудашавандагон, ки савол ё масъалаи рақами  $j$ -ро дуруст ҳал карданд,

$N$  – шумораи умумии озмудашавандагон,

$j$  – рақами СМТ.

Бо истифода аз формулаи 1 ба дараҷаи душвории ҳар як СМТ-и шаш варианти тест баҳо додем. Масъалан, ба масъалаи №1 дар варианти 1, аз шумораи умумии озмоишгузаштагон, ки 4715 нафарро ташкил дод, танҳо 1730 нафар ҷавоби дуруст дод. Аз ин рӯ, зариби душвории масъалаи №1 баробар аст ба:

$$p_1 = \frac{R_1}{N} = \frac{1730}{4715} = 0,37\%$$

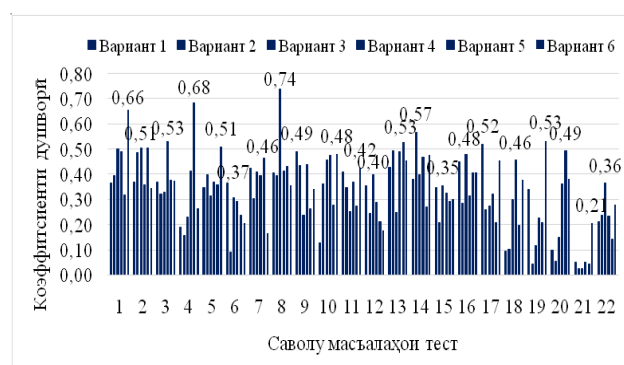
Ҳамин тариқ, барои ҳар як СМТ дар шаш вариант зариби душворӣ  $p_j$  муайян карда шуд. Натиҷаҳои бадастовардаи тестгузаронӣ дар ҷадвали 1 оварда шудаанд.

**Ҷадвали 1. Зариби душвории СМТ.**

| № СМТ | Вариант 1         | Вариант 2 | Вариант 3 | Вариант 4 | Вариант 5 | Вариант 6 |
|-------|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|       | Зариби душворӣ, % |           |           |           |           |           |
| 1     | 0,37              | 0,40      | 0,50      | 0,49      | 0,32      | 0,66      |
| 2     | 0,37              | 0,49      | 0,51      | 0,36      | 0,50      | 0,34      |
| 3     | 0,37              | 0,32      | 0,33      | 0,53      | 0,38      | 0,38      |
| 4     | 0,19              | 0,16      | 0,23      | 0,41      | 0,68      | 0,26      |
| 5     | 0,35              | 0,40      | 0,31      | 0,37      | 0,36      | 0,51      |
| 6     | 0,37              | 0,09      | 0,31      | 0,29      | 0,24      | 0,20      |
| 7     | 0,42              | 0,30      | 0,41      | 0,40      | 0,46      | 0,16      |
| 8     | 0,41              | 0,40      | 0,74      | 0,41      | 0,43      | 0,36      |
| 9     | 0,49              | 0,44      | 0,24      | 0,44      | 0,26      | 0,34      |
| 10    | 0,13              | 0,36      | 0,46      | 0,47      | 0,28      | 0,48      |
| 11    | 0,41              | 0,35      | 0,25      | 0,37      | 0,27      | 0,42      |
| 12    | 0,36              | 0,24      | 0,40      | 0,29      | 0,21      | 0,17      |
| 13    | 0,43              | 0,49      | 0,25      | 0,49      | 0,53      | 0,46      |
| 14    | 0,38              | 0,57      | 0,40      | 0,47      | 0,27      | 0,48      |
| 15    | 0,35              | 0,21      | 0,35      | 0,33      | 0,29      | 0,30      |
| 16    | 0,45              | 0,29      | 0,48      | 0,32      | 0,41      | 0,41      |
| 17    | 0,52              | 0,26      | 0,27      | 0,32      | 0,21      | 0,45      |
| 18    | 0,10              | 0,10      | 0,30      | 0,46      | 0,20      | 0,38      |
| 19    | 0,34              | 0,04      | 0,12      | 0,23      | 0,21      | 0,53      |
| 20    | 0,10              | 0,05      | 0,15      | 0,36      | 0,49      | 0,38      |
| 21    | 0,05              | 0,02      | 0,03      | 0,05      | 0,04      | 0,21      |
| 22    | 0,21              | 0,24      | 0,36      | 0,23      | 0,14      | 0,28      |

Аз маълумотҳои дар ҷадвал овардашуда хулоса кардан мумкин аст, ки тести физика аз 22 саволу масъалаи навъи гуногун иборат мебошад [7]. СМТ №1-№12 бо интиҳоби як ҷавоби дуруст, СМТ №13-№17 барои муайян кардани мувофиқат ва СМТ №18-№22 – навъи кушода мебошанд. Барои СМТ навъи мувофиқат зариби душвории миёна муайян карда шуд.

Дар диаграммаи 1 таҳлили душвории СМТ барои 6 вариант нишон дода шудааст.



**Диаграммаи 1. Таҳлили душвории СМТ**

Дар диаграмма дараҷаи душвории СМТ намоёнтар тасвир ёфтааст. Аз расми 1 намоён аст, ки масъалаи №1-ро мо аз варианти 6 интихоб мекунем, чунки 66% довталабоне, ки варианти шашумро кор кардаанд, ин масъаларо дуруст ҳал карданд. Масъалаи №2-аз варианти се, ки 51%-и довталабон дуруст ҳал карданд, масъалаи №3-ро аз варианти 4 интихоб мекунем ва ғайраҳо. Дар диаграмма қимати зареби душвории ҳамаи СМТ, ки дар варианти ниҳой ворид мешаванд, нишон дода шудааст.

Душвории омӯри имкон медиҳад, ки ҷойи саволу масъаларо дар тест муайян кунем. Агар савол ё масъаларо ақсарияти озмудашавандагон ҳал кунанд, онро ҳамчун саволи осон дар аввали тест ҷойгир карда мешавад. Агар шумораи ками озмудашавандагон савол ё масъаларо дуруст ҳал кунанд, онро ҳамчун саволи душвор дар охири тест ҷойгир мекунанд. Натиҷаи тақсимои саволу масъалаҳо вобаста ба душвории онҳо ба «зинапо» монанд мешавад, ки ҳар як зинаи он бо ғоизи озмудашавандагон, ки ин СМТ-ро дуруст ҳал карданд, нишон дода мешавад. Талаботҳои душвории СМТ дар ҷадвали 2 оварда шудаанд.

Барои тестҳои меъериву мақсаднок агар душвории СМТ аз 20% кам ва аз 80% зиёд бошад, ин гуна СМТ-ро коркард мекунанд ва ё аз тест хориҷ мекунанд [8]. Мувофиқи маълумотҳои ҷадвали 2 барои сохтани варианти ниҳойи тест мо СМТ-и дараҷаи душвориашон миёнаро, ки барои онҳо зареби душворӣ қиматҳои аз 0,31 – 0,69 ва СМТ нисбатан осонро ки барои онҳо зареби душворӣ қиматҳои аз 0,70 – 0,89-ро қабул мекунанд, интихоб мекунем.

### Ҷадвали 2. Талаботҳои душвории СМТ

| Душворӣ Р, % | Сифати СМТ    |
|--------------|---------------|
| 0 – 0,19     | ниҳоят душвор |
| 0,2 – 0,3    | душвор        |
| 0,31 – 0,69  | миёна         |
| 0,70 – 0,89  | осон          |
| 0,9 – 1      | ниҳоят осон   |

Дар ҷадвали 1 ҳамаи саволу масъалаҳое, ки ранг карда шудаанд, дар варианти

ниҳойи тест ворид карда шуда, бо онҳо метавонем, сифати донишу маҳорат ва малакаи хонандагони синфи 11-и МТМУ Ҷумҳурии Тоҷикистонро аз ғанни физика арзёбӣ кунем. Масалан, масъалаи №1-ро аз варианти 6 интихоб мекунем, чунки дараҷаи душвории он миёна аст ( $p_1 = 0,66\%$ ) ва ғайраҳо. Дар натиҷа тестеро месозем, ки аз саволу масъалаҳои дараҷаи душворишон миёна иборат мебошад (Ҷадвали 3).

Мувофиқи маълумотҳои ҷадвали 3 дар варианти ниҳойи тест саволу масъалаҳои ниҳоят душвор, ки барои онҳо зареби душворӣ қимати аз 0 – 0,2%, ва инчунин саволу масъалаҳои ниҳоят осон, ки барои онҳо зареби душворӣ қимати аз 0,8 – 1% мегирад, ворид нашуданд.

### Ҷадвали 3. Зареби душвории СМТ

| № СМТ | Зареби душворӣ, % | № СМТ | Зареби душворӣ, % |
|-------|-------------------|-------|-------------------|
| 1     | 0,66              | 12    | 0,40              |
| 2     | 0,51              | 13    | 0,53              |
| 3     | 0,53              | 14    | 0,57              |
| 4     | 0,68              | 15    | 0,35              |
| 5     | 0,51              | 16    | 0,48              |
| 6     | 0,37              | 17    | 0,52              |
| 7     | 0,46              | 18    | 0,46              |
| 8     | 0,74              | 19    | 0,53              |
| 9     | 0,49              | 20    | 0,49              |
| 10    | 0,48              | 21    | 0,21              |
| 11    | 0,42              | 22    | 0,36              |

Дараҷаи душвории тест ва СМТ дар гузарондани санҷишҳои педагогӣ нақши муҳимро иҷро мекунад ва хеле муҳим аст, ки таҳиягарон ҳангоми омода кардани саволу масъалаҳои тест ба душвории ҳар як саволу масъалаи таҳиякардаашон диққати ҷиддӣ ҷалб медиҳанд.

Санҷиши оммавии хонандагон бо усули тест ба ғаъолияти муассисаҳои таълимӣ таъсири мусбӣ метавонад расонд. Натиҷаҳои арзёбӣ аз ин ё он ған муаллимонро водор месозад, ки барои мукамал намудани дониши хонандагон ва инчунин, дониши худди муаллимон, кӯшиш намоянд.



### Адабиёт

1. Боголюбов Л.И., Дик Ю.И., Иванова Е.О. и др. О подходах к разработке требований к обязательному уровню подготовки выпускников основной школы // Перспект. развития общего среднего образования: Сб. науч. тр. М.: ИОСО РАО, 1998.
2. Гласе Дж., Стенли Дж. Статистические методы в педагогике и психологии / Пер. с англ. Л. И. Хайрусовой. – М.: Прогресс, 1976.
3. Икромии Хуршед Икром. Вступительные экзамены в вузы как инструмент решения государственных и общественных задач. Опыт республики Таджикистан. Материалы VII ежегодной международной конференции ЕАОКО «Оценка качества на разных уровнях образования» – Душанбе. 2018.
4. Челышкова М. Б. Теория и практика конструирования педагогических тестов: Учебное пособие. – М.: Логос, 2002. – 432 с.: ил. **ISBN 5-94010-143-7**
5. Челышкова М. Б. Вопросы организации адаптивного тестового контроля знаний студентов // Тез. докл. участников школы-семинара «Научные проблемы тестового контроля знаний». – М.: ИЦ, 1994.
6. Crocker L., Algina J. Introduction to Classical and Modern Test Theory. Univ. of Florida. HBJSP, 1986.
7. Хусравбеков Л.Д. Тест – как инструмент измерения в системе образования / Л.Д. Хусравбеков, Д.С.Шерматов // В сб. науч. статей 61-й годич. с межд. участием. Вклад медицинских наук в практическое здравоохранение. –Душанбе. – 2013. С. 118-120.
8. Аванесов В.С. Проблема качества педагогических измерений // Педагогические измерения, №2, 2004. с.15.

## СОСТАВЛЕНИЕ ТЕСТОВ ПО ФИЗИКЕ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЗНАНИЙ УЧЕНИКОВ И СТУДЕНТОВ

**Аннотация:** Данная статья предназначена преподавателям средних общеобразовательных учреждений и высших учебных заведений, составляющих тест по физике направленные Для реализации тестовых методов проверки, способствующие повышению качества обучения в важных направлениях педагогике.

В данной статье представлен метод по-

строения тестов как научно обоснованный метод оценки знаний студентов. Проблема научного обоснования имеет несколько направлений работы, одно из которых - определение качества вопросов на основе анализа результатов эмпирических тестов.

**Ключевые слова:** тест, педагогические тесты, педагогика, компьютерные технологии, тестовые вопросы.

## PHYSICS TESTS FOR IMPROVING THE QUALITY OF KNOWLEDGE OF PUPILS AND STUDENTS

**Ibronov S. S.**

Department of Medical and Biological Physics with the basics of info

**Abstract:** This article is intended for teachers of secondary schools and higher educational institutions composing a physics test aimed at implementing test verification methods that contribute to improving the quality of education in important areas of pedagogy.

This article presents a test design method as a scientifically based method of assessing

students' knowledge. The problem of scientific substantiation has some areas of work, one of which is to determine the quality of questions and issues based on the analysis of empirical test results.

**Key words:** test, pedagogical tests, pedagogy, computer technologies, test questions.

**Ибронов Сайризвон Саидахсонович** - ассистенти кафедраи физикаи тиббӣ ва биологӣ бо асосҳои технологияи иттилоотии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”. Моб Тел (+992) 903-20-01-80.

**Ибронов Сайризвон Саидихсонович** - ассистент кафедры медицинской и биологической физики с основами информационной технологий ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Моб. Тел. (+992) 903- 20-01-80.

**Ibronov Sairizvon Saidikhsonovich** - senior lecturer of the Department of Medical and Biological Physics with the basics of information technology, State Educational Institution Avicenna TSMU. Mob. Tel. (+992) 903-20-01-80. E-mail: sayrizvon@list.ru

## ТАШАККУЛИ САЛОҲИЯТ ВА ФАРҲАНГИ НУТҚИ ДОНИШЧӮЁН ДАР МАШҒУЛИЯТҲОИ ЗАБОНИ АНГЛИСӢ Начмиддинова Д.М., Муҳаммадиева З.А.

Кафедраи забонҳои хориҷи (мудирӣ каф. – д.и.п., проф. Юлдошев У.Р.) -и  
МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Муҳиммият.** Дар шароити муосири ҷаҳонӣ раванди таълим на ба гирифтани дониши тайёр, балки ба муносибати салоҳиятнок нигаронида шуда, ҳатмкунандаи МДТ (муассисаи давлатии таълими)-ро водор месозад, имконияти аз худ кардани маънаҳои таълимӣ касбиро аз бар намояд, дониш, салоҳиятнокии бадастовардари дар амал истифода бурда тавонад ва албатта, тарзи дурусти муносибат, муоширати мутобиқ, масъалаҳои омӯзиши коммуникатсионӣ ва фарҳанги нутқи забони омӯхташаванда аҳамияти хоса доранд, зеро салоҳияти коммуникативӣ ва фарҳанги нутқи барои ба даст овардани натиҷаи амалӣ дар омӯзиш ва азхудкунии забони англисӣ ва таълиму тарбия нигаронида шудааст.

Ҳар забон, чун сухан, дар доираи фарҳанги муайян ба вуҷуд меояд.

Дар ҷомеаи муосири постиндустриалӣ мафҳуми «фарҳангинутқ» аҳамияти бештар пайдо карда истодааст. Фарҳанги сухан донишманди фарҳанги худ ва фарҳанги забони кишвари омӯхташаванда мебошад. Аз ин рӯ, имрӯз ҳадафи таълими забон натавонад муошират бо забони хориҷӣ, натавонад муколама дар сатҳи ду шахсият, балки омодагӣ ва салоҳияти гузаронидани фарҳанги нутқ мебошад.

Стандарт оид ба таҳсилоти умумии ибтидоии ва олии забони хориҷӣ вазифаи ноил шудан ба ҳадафҳои сифатан навро дар омӯзиши забони хориҷӣ ба миён мегузорад, яъне: салоҳияти коммуникатсионӣ забони

хориҷӣ дар маҷмӯи ҷузъҳои нутқ, забон, иҷтимоӣ-фарҳангӣ, таълимӣ ва маърифатӣ [1, с. 222].

Забон ҳамчун як ҳазинаи бузург мебошад, ки маҷмӯи калимаҳоро дар бар мегирад. Аксар вақт маънои калима робитаи амиқ ва ҷолиб байни забон ва фарҳангро ифода мекунад, ҷуноне дар калимаи ба истилоҳ луғати ба он баробарарзиш, дар матнҳои ҳаҷвӣ равшантар зоҳир мешавад, ки ҳангоми ба забони дигар гузаштан, одатан, маънои худро гум мекунад. Бидуни ҷунин мафҳумҳои муҳим, ба монанди забон ва фарҳанг, тасаввур кардани забони мардумӣ дар як давлати мутамаддиндушвора аст.

Барои ҳар як миллат забон ва фарҳанги сухан тарзи дидани оламро инъикос мекунад ва ба ин маъно, роҳҳои баёни мафҳумҳои мухталиф, ин ҷунин сохторҳои грамматикӣ ба хусусиятҳои миллии равандҳои маърифатӣ бевосита алоқаманданд. Маводи таълимии махсус барои ташаккули фарҳанги нутқ дар ҳар як донишҷӯ шароит фароҳам меорад. Дар баробари ин, ҳамдонишҷӯваҳаммуаллим сахмимушаххаси худро мегузоранд.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар раванди таълим усулҳои ташкили таълими муштарак ё усули интерактивӣ аҳамияти бештар пайдо мекунад. Ин гуна усулҳо нисбат ба усулҳои анъанавӣ, ки дар он маълумот танҳо аз тарафи муаллим гузаронида мешуд, самаранок мебошад.



Усулҳои интерактивӣ гуногунанд ва дар дарсҳо аз ин гуна усулҳо мо метавонем ва-сеъ истифода барем. Масалан, кори муко-ламаи донишҷӯён, гурӯҳҳои “мизҳои мудав-вар”, бозиҳои корӣ ва ғайра.

Яке аз усулҳои муосир ин бо технология ва усулҳои нави таълими, ки дар дарс забо-нихориҷӣ истифода мегардад, ба мо имко-нияти ташаккули забон омӯзиши шахси-ят мебошад, ки ба ташаккули касбомӯзӣ ва қобилияти зудҷавоб додан ва ба шароити нави дар ҷаҳони зудтағйир ёбандаи мо му-тобиқ шуданро дорад.

Ҳамзамон, бисёре аз муҳаққиқон қайд мекунанд, ки фазои як гурӯҳи хурд барои ҳамкории фаъол мусоидтар аст ва аз ин рӯ, вазифаи муаллим аз ташкили чунин як фазо иборат аст. Таълими самарабахши ҳар як забони хориҷиро ҳам дар сатҳи бошуурона бо ҳамкории устод ва донишҷӯ бо истифо-даи минбаъдаи забон ва тасдиқи дониши ба дастмада ва ҳам дар сатҳи бешуурона та-вассути аз худ кардани забон, ки ин як ра-ванди табиӣ аства заҳмати камтарро талаб мекунад, иҷро кардан мумкин аст. Аммо, муаллим дар синф на бо як хонанда, балки бо гурӯҳ саруқор дорад ва дар инҷо мушки-лоти мутобиқшавӣ ва мушкилоти бозпас пайдо мешаванд.

Кори мустақилонаи донишҷӯён низ бояд дар калиди муоширати муколама сохташа-вад. Дар раванди кори мустақилонаи дони-шҷӯён, муаллим бояд ба донишҷӯ имкони-ят диҳад, ки ӯ дар дарс фикру ақидаи худро, салоҳиятнокиашро нишон дода тавонад ва фаъолона иштирок намуда, ба самти дуруст роҳнамо кунад. Инчунин бояд қайд кард, ки рушд ва такмили малақаҳои кори мустақи-лона ҷузъи муҳими ташаккули салоҳият, му-стақилияти эҷодӣ ва фаъолияти донишҷӯён, фарҳанги умумии онҳо мебошад, ки дар навбати худсатҳи тайёрии мутахассиси оян-да, салоҳияти касбии ӯро муайян менамо-яд. Масалан, худсанҷӣ тавассути муошират ва фарҳанги он дар таълими забони хориҷӣ мақоми махсус дорад. Ташкил намудани хиссиёти мусбӣ дар раванди дарс эҳсоси си-фати таълимиро беҳтар мекунад. Чунин му-носибати муаллим ба донишҷӯён имкония-

тхоро фароҳам меорад, чун ҳар як донишҷӯ худро озодона ҳис кунад ва тамоми салоҳи-яташро дар дарс истифода бурда тавонад - эътимоди бештар ба муаллим, изҳори озо-донаи андеша ва назари ӯ, ки дар муошира-ти коммуникативӣ хеле муҳим аст:

а) калидҳо ё тафтиши мутақобила ҳанго-ми кор дар ҷуфти композитсияи ивазшаван-да ҳангоми аз худ кардани луғат ё ташкили муколама ва истифодаи минималии луғавии пешниҳодшуда ё сохторҳои муайяни грам-матикиро дар бар мегиранд. Усулҳое, ки бо ин роҳ кор карда бармада шудаанд, баъдан метавонанд дар кори мустақилона берун аз аудитория низ самаранок истифода шаванд:

- эътимоди бештар ба муаллим, изҳори озодонаи андеша ва назари онҳо, ки дар муоширати коммуникативӣ хеле муҳим аст.

Дар раванди кори мустақилона, ҳар як донишҷӯ мустақилона ё дар гурӯҳ масъала-ҳоеро ҳал мекунад, ки роҳи ба дастоварда-ни ҳамкории созанда мешаванд ва ба онҳо усулҳои интерактивиро меомӯзонанд: маса-лан, кори ҷуфтии донишҷӯён, гурӯҳи “ми-зҳои мудаввар”, бозиҳои корӣ ва ғайра. Таълими самарабахши ҳар як забони хориҷӣ метавонад ҳам дар сатҳи бошууро-на бо ҳамкории муаллим ва донишҷӯ, баъ-дан бо истифодаи забон ва санҷиши дони-ши ба дастмада ва дар сатҳи бешуурона тавассути азхудкунии дониши забон, ки як раванди табиист ва заҳмати камтарро та-лаб мекунад, амалӣ карда мешавад. Ин гуна усул дар матнҳои ҳаҷвӣ равшантар зоҳир мешавад, ки ҳангоми тарҷума ба забони дигар одатан тамоми маънояшонро гум мекунанд. Бидуни чунин мафҳумҳои муҳим, ба монанди забон ва фарҳанг тасаввур кар-дани забони мардумӣ дар як давлати мута-маддин душвор аст.

Бояд қайд кард, ки рушд ва такмили ма-лақаҳои кори мустақил ҷузъи муҳими та-шаккули мустақилияти эҷодӣ ва фаъолияти донишҷӯён, фарҳанги умумии онҳо мебо-шад, ки дар навбати худ сатҳи тайёрии му-тахассиси оянда, салоҳияти касбии ӯро му-айян менамояд:

Шалоҳиятинутқ – рушди малақаҳои му-ошират дар чор намуди асосии фаъолияти

нутқ (гӯшкардан, нақл кардан, аудит, хондан, навиштан);

Шсалоҳияти лингвистӣ – аз худ кардани воситаи забон (фонетика, имло, лексикӣ, грамматикӣ) мутобиқи мавзӯ, соҳа ва ҳолати муоширати фарҳангӣ барои донишгоҳҳои асосӣ интихобшуда;

Шомӯзиши падидаҳои забон ва фарҳанги забонӣ, роҳҳои гуногуни ифодаификрҳо бо забони модарӣ ва забони хориҷӣ;

Шсалоҳияти иҷтимоӣ-фарҳангӣ иштироки донишҷӯён дар маросимҳои фарҳангӣ, анъанаҳо ва воқеияти хориҷи кишвари забони омӯхташаванда, дар доираи мавзӯҳо, самт ва фарҳанги муошират, ки батаҷриба, манфиат, хусусиятҳои психологӣ донишҷӯёни муассисаи таҳсилоти олии касбӣ ҷавобгӯ мебошанд;

Шташаққули қобилияти муаррифии кишвар, фарҳанги он дар шароити муоширати фарҳанги забони хориҷӣ;

Шсалоҳияти ҷубронӣ – ташаққул додани малакаҳои баромадан аз вазъият дар сурати набудани воситаҳои забон ҳангоми қабул ва интиқоли иттилоот;

Швоситаи асосии ташаққули салоҳиятҳои асосӣ дар омӯзиши забони хориҷӣ технология, шакл ва усулҳои гуногун мебошанд.

Усул ва шаклҳои салоҳиятноки усуле мебошанд, асосноккунии таълимӣ доранд:

а) усули лоиҳа; б) инкишофи тафаккури маҳдуд; в) усули муҳокима; г) технологияи бозӣ (забон, бозҳои нақшофарӣ, сахна-созӣ); д) муҳокимаи мушкilot; е) кори гурӯҳӣ; ж) истифодаи воситаҳои аудиовизуалӣ, технологияҳои мултимедӣ, захираҳои Интернет. Ҳангоми истифодаи ин усул донишҷӯ ба худ эътимод, мустақилият, бо қобилияти, салоҳияти худ ва муносибати хайрхоҳона нисбати дигар он муносибати мусбӣ нигоҳ медорад, микроклимат дар дарс тағйирмеёбад, фазои дарс барои таълим додани муоширати байнихамдигарӣ мусоидтар мешавад.

#### **Технологияи бозҳои муошират:**

1) кор бо тасвирҳо, кортҳо (ба донишҷӯён тасвирҳои тақрибан як хела тақсим мешавад, баъзе аз тасвирҳо фарқ мекунанд ва

фарқият бояд бо истифодаи саволҳо бидуни дидани тасвири ҳамдигар – вазифаҳои ба пеш мондари иҷро кунанд, чун фарқияти хурдак бошад ҳам, онҳо бо забони англисӣ инро фаҳмонда тавонанд);

2) фазои иловагӣ (ба ҳар як донишҷӯ матнҳои як хела ё порчаҳои як матн супорида мешавад, дар матни донишҷӯи дигар норасоӣ мавҷуд аст ва ӯ бояд матни худро бо ҷумлаи худ пур кунад);

3) донишгирии озод (як донишҷӯ босалоҳият аст, ки дигараш сатҳи салоҳиятнокиаш заиф аст;

4) холигӣ дар эътиқод (донишомӯзон эътиқодҳои мухталиф доранд, аммо бояд андешаи муштараке таҳия кунанд); холигӣ дар тафаккур (донишҷӯён далелҳои мухталиф доранд, ки барои ҷамъоварӣ ва муқои-са муҳим аст).

Усулҳои таълим, ки натиҷаи онҳо ҳамеша маҳсули таълимии эҷоди донишҷӯён мебошад: ғоя, фарзия, кор бо матн, наққошӣ, ҳунармандӣ, нақшаи дарсҳои онҳо эвристики номида мешавад.

Усули ҳамдигарӣ (зинда) маънои “шӯҳрат-парастӣ”-ро дорад, донишҷӯён аз сабаки омӯхташудаи ҳақиқӣ, кӯшиш мекунанд ва мецоҳанд, ки дар бораи он (предмет) дониши амиқ дошта бошанд.

Андеша, ҳиссиёт, эҳсосоте, ки ҳамзамон ба вучуд омадааст, инчунин маҳсули таълимии донишҷӯ мебошад, ки онро ӯ метавонад шифохӣ, хаттӣ баён кунад. Яке аз ин намудҳои усул дар дарси амалӣ:

T: Imagine that you are “SNOW”. How to describe yourself? Call your impression of yourself as snow adjectives, verbs, your favorite season, places where you meet, your weather.

Each student: I’m snow. I’m the coldest of all the cold. I am dangerous, cruel, and strong, I am able to mask everything that I touch and, of course, cover with white snow everywhere. Children love me, but I harm them by playing with me and trying me almost every one of them suffers from sore throat and other inflammatory diseases.

#### **2. Усули “Brain Storm”**

Бо ин усул донишҷӯён ҳама чизеро, ки медонанд, номбар мекунанд ва дар бораи

мавзӯи пешниҳодшуда фикри худро баён мекунам, ва албатта, фикри ҳама қабул карда мешаванд, новобаста аз он ки дуруст аст ё не. Нақши муаллим ҳамчун роҳнамо буда, донишҷӯёнро ба мулоҳиза маҷбур мекунад, андешаи онҳоро бодикқат ғӯш мекунад. Дар ин ҷо лаҳзае аз дарси амали худам дар вақти фаҳмонидани мавзӯи нав бо донишҷӯён чунин мегузаронам:

Teacher: «What comes to mind when you hear the expression: What is a Skeleton?»

### The human skeleton



### 3. Усули “Мо медонем / доништан мехоҳем / омӯхтем”

| We know                         | We want to know                          | Now I know how to           |
|---------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------|
| The skeletal anatomy<br>• bones | We want to know how bones are connected? | how bones are connected     |
| • bones                         | How many bones a person has?             | number of bones in a person |
| • bones                         | Bone's physiology                        | how bones function          |

### 4. Усули таълим якҷоя бо гурӯҳ

Маълум аст, ки бо роҳи таълим ба дигарон омӯхтан осонтар аст.

Аёниятҳое, ки истифода мебарем:

- ҳангоми кор бо матн;
- дар омӯзиши қоидаҳои грамматикӣ.

Ҳангоми кор бо матн чӣ гунна бояд кор кард?

Усули таълими якҷоя дар гурӯҳҳои 4-7 нафара сурат мегирад. Ба ҳамаи донишҷӯён аз як матн пай дар пай сарҳадҳоро ҷудо мекунам ва донишҷӯён бо навбат нақши муаллимиро мебардоранд. Пас аз хондани сарҳат, “муаллим” бояд қорҳои зеринро иҷро кунад:

- мундариҷаи сарҳатро мефаҳмонад;
- аз рӯи матн саволе пеш меояд, ҷавоб медиҳад;

- он чизро, ки барои дигарон номуайян боқӣ мондааст, мефаҳмонад;

Ин усул барои хондан ё шунидани лексия татбиқ карда мешавад. Аз донишҷӯён хоҳиш карда мешавад, ки ҷадвали кашанд: “Мо медонем / доништан мехоҳем / меомӯзем”.

Худи ҳамон ҷадвал дар тахтаи синф низ каша мешавад.

- Сутуни “Мо медонем” маълумоти муҳимтар инро дар бораи мавзӯи эълоншуда (пас аз муҳокимаи мавзӯ) дар бар мегирад.

- Сутуни “Мо доништан мехоҳем” ғояҳо ва саволҳои баҳснок ва ҳама чизро, ки донишҷӯён дар бораи ин мавзӯ доништан мехоҳанд, дар бар мегирад.

Дар сутуни “Омӯхтам” ҳар як донишҷӯ фикри ақидаи худро дар бораи ҷойи асосии аз матн омӯхташударо менависанд ва посухҳо ба саволҳои мувофиқи сутуни дувум мувоҷиҳ мегузаранд ва диғар маълумоти нав бояд дар зер ҷойгир карда шаванд. Пас аз он бо тамоми гурӯҳ як натиҷаи мувофиқро интихоб карда, натиҷа ба сӯтун ворид карда мешаванд. [6, с.62-63].

- Мундариҷаи имконпазири сарҳати диғарро пешбинӣ мекунад;
- аз тарафи муаллим супориш дода мешавад сарҳати матн дарсро хонед.
- Чӣ гуна онро ҳангоми кор бо маводи грамматикӣ иҷро кардан мумкин аст?

Масалан, ҳангоми омӯхтани Indefinite Tense аз гурӯҳ хоҳиш карда мешавад, ки сӯтунҳои ҷадвалро пуркунад:

### 5. Ҷадвали “Кӣ? Чӣ? Кай? Дар ҷаҳон? Чаро?”

#### Усули “5-W”

Дар марҳилаи дарс донишҷӯён ҳангоми қори мустақилона бо маълумоти ба даст овардашуда ҷадвалро пур мекунам.

Масалан,

Text “Andreas Vesalius” [2, с.61-62].

| Who?                                                                           | What?                                                                 | When?      | Where? | Why?                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Andreas Vesalius<br>Professor,<br>doctor of medicine<br>Anatomist<br>Scientist | Most important<br>book:<br>“On the<br>structure of the<br>human body” | In<br>1543 | France | Andreas Vesalius was the first scientist<br>to give a proper description of the<br>human skeleton and he determined that<br>right and the left ventricles of the<br>heart were not connected |

6. **Усули самаранок**- дар доираи усули босалоҳият дар ташаккули салоҳият ва фарҳанги нутқи донишҷӯён тамошои наворҳои хориҷӣ сурат мегирад, ки ба донишҷӯён натавонанд сухани зиндаи суханварони хориҷиро тақдир мекунад, балки онҳоро дар вазъеон ҳунарманд (актёр) мемонад, ки онҳо бо забони ифодаҳо ва имову ишораҳо, услуби муносибатҳо ва воқеиятҳои аз кишвари забони омӯхташаванда шинос мешаванд.

Ҳангоми намоиш шумо метавонед намунаҳои зерини фаъолиятро амалӣ кунед:

а) кор бо сегменти (қисми) алоҳида. Донишҷӯён як сегменти мушаххаси видеоро тамошо мекунад ва як ё якчанд намунаи машқҳои пешниҳод шударо иҷро мекунад.

Кӣ гуфт? амал дар кучо баргузор шуд? Қаҳрамонҳо чӣ кор карданд?, ба кучо раф-

танд?, онҳо дар бораи чӣ сӯҳбат карданд? ва ғ. Вақте ки онҳо тамоми маълумоти имконпазирро ҷамъоварданд, онҳо бори дигар тасвирро тамошо мекунад ва тафсири худро тафтиш ва муқоиса мекунад [4, с.-60].

Худидорақунӣ ҷузъи ҷудонашавандаи рушди донишҷӯ мебошад ва шахсро мачбур мекунад, ки дар бораи муваффақият ва мушкилоти худ фикр кунад, натавонанд аз баҳои муаллим вобаста аст. Ин қобилияти донишҷӯён ба дарки бошууроани раванди таълим мусоидат намуда, ҳавасмандии таълимро инкишоф медиҳад [5, с. 29-30].

**Хулоса.** Чунин мешуморем, ки ба хонандагон ҳанӯз дар муассисаҳои таълимии умумӣ дар курси яқум худидорақуниро амалӣ кардан лозим аст. Ба ин истифодаи қортҳои худидорақунӣ, ки донишҷӯён ҳадашон эҷод мекунад, ба таври муассир кӯмак мекунад.

### Адабиёт

1. Самойлова, Т.А. Бозиҳо дар дарсҳои забони англисӣ: / Т.А. Самойлов. М.: ООО «Нашриёти АСТ»//, 2015. -222с.
2. Забони англисӣ барои донишгоҳҳои тиббӣ. 2015 /Вайнштейн З.И Плейбейская Л.С. «Нашриёти Ирфон»// 2015/-С. 91
3. Бабинская П.К. Таълими коммуникатсионии забони хориҷӣ // Заежняя мовы у Республикаи Беларус.- 2010 - № 4.- С. 3-7.
4. 19. Литтлвуд В. Таълими забони коммуникатсионӣ. Кембридж: Донишгоҳи Кембриҷ, 2002. – 60 саҳ.
5. Scrivener J. Омӯзиши забонҳои хориҷӣ ./J. Скрипер. -//Макмиллан, 2013. — с. 29-30
6. Забони англисӣ барои донишгоҳҳои тиббӣ. 2015 /Вайнштейн З.И Плейбейская Л.С. «Нашриёти Ирфон»// 2015/-С. 62-63

## ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ КАК РАЗВИТИЕ КОМПЕТЕНТНОСТИ И КУЛЬТУРЫ СТУДЕНЧЕСКОЙ РЕЧИ НА УРОКАХ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА.

Нажмиддинова Д. М., Мухаммадиева З.А.

Кафедра иностранных языков ГОУ «ТГМУ имени Абуали али ибни Сино»

В современном мире образовательный процесс ориентирован не на получение готовых знаний, а на грамотный подход в качестве выпускника ГОУ, что дает студентам возможность приобрести профессиональные

навыки, знания, компетенции, уметь применять на практике и, конечно же, правильный подход, коммуникативные, коммуникативные навыки и культура речи имеют особое значение, так как коммуникативная компетен-



ция и культура речи направлены на достижение практических результатов в овладении английским языком, преподавании, воспитании.

**Ключевые слова:** знания, коммуникативные навыки, компетенция, метод, культура речи.

## INTERACTIVE METHODS AS DEVELOPMENT OF COMPETENCE AND CULTURE OF STUDENT SPEECH IN ENGLISH LANGUAGE LESSONS

**Najmiddinova Dilafruz Makhmudovna**

Department of Foreign Languages, SEI "ATSMU"

In the modern world the educational process is focused not on obtaining ready knowledge, and on competent approach as the graduate of SEI that gives to students the chance to acquire professional skills, knowledge, competences. to be able to apply in practice and, of course, the right approach, communicative, communicative

skills and a culture of speech are of particular importance, since communicative competence and a culture of speech are aimed at achieving practical results in mastering the English language, teaching, education.

**Key words:** knowledge, communication skills, competence, method, speech culture.

**Начмиддинова Дилафруз Махмудовна** – муаллими забони англисии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино». *E-mail:* dilafruz\_najmiddinova@mail.ru Тел.: (992) 003031280

**Нажмиддинова Дилафруз Махмудовна** - преподаватель английского языка ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». *E-mail:* dilafruz\_najmiddinova@mail.ru Тел.: (+992)003031280

**Najmiddinova Dilafruz Makhmudovna**, teacher of English at SEI «ATSMU»

*E-mail:* dilafruz\_najmiddinova@mail.ru Ph.: (+992) 003031280

## МУНОСИБАТИ БОСАЛОҲИЯТ ДАР ТАЪЛИМИ ОСОРИ НАСРИИ САДРИДДИН АЙНӢ ДАР КУРСИ ХОНИШИ ЭЗОҲӢ

**Юлдошева З.И.**

Кафедраи методикаи таълими забон ва адабиёти факултети филологияи тоҷики  
МДТ ДДОТ ба номи Садриддин Айнӣ

**Муҳиммият.** Курси хониши эзоҳӣ (синфҳои 1-4) зинаи аввали омӯзиши адабиёт буда, дар шаклгирии тафаккури хонандагон нақши муҳим дорад. Методистон вазифаи асосии хониши эзоҳиро омӯзонидани дурусту огоҳона хондани матни бадеӣ медонанд. Дар давоми ҷаҳор сол хонандагон синфҳои ибтидоӣ бояд матнҳои бадеиро мустақилона хонда тавонанд, мазмуни матни хондашонро фаҳманд ва «дар баровардани ҳулосаҳои оддӣ малака ҳосил намоянд» [4,78]. Аммо дар усули муносибати босалоҳият ба таълим мақсади курси хониши эзоҳӣ бо инҳо тамом намешавад. Дар низоми таълими босалоҳият, пеш аз ҳама, ташаккули салоҳиятҳо ба назар гирифта мешавад ва «таълими хонандамехвар» ё худ таълиме, ки ба ташаккули шах-

сияти хонанда нигаронида шудааст, маҳаки асосии таълимро ташкил медиҳад. Вазифаи омӯзгор дар низоми босалоҳият танҳо ба фаҳмондани мавзӯю пурсидани он маҳдуд намегардад. Вазифаи омӯзгор дар ин низоми таълим аз он иборат аст, ки дар ҷараёни дарс имконият ва муҳити созгор барои азхудкунии малака ва ташаккули салоҳиятҳову инкишофи қобилияти фардии хонандагон фароҳам оварад. Омӯзгор бояд қобилият ва таҷрибаи маърифатии хонандагонро ба назар гирад, зеро ҳар як хонанда қобилияти фаҳмидан ва сарфаҳм рафтани ин ё он мавзӯро дорад. Аз ин рӯ, омӯзгор бояд диққати асосиро на танҳо ба мазмуни таълим (чиро меомӯзонад?), ҳамчунин ба раванди таълим (чӣ тавр меомӯзонад?) равона кунад.

**Мақсади таҳқиқот.** Дар мақола шеваи таълими порчае аз «Мақтаби кӯҳна»-и Садриддин Айний бо унвони «Мақтаб» дар курси хониши эзоҳӣ (синфи3) вобаста ба муносибати босалоҳият ба таълим мавриди таҳқиқ қарор дода мешавад. Мураттибони барномаҳои таълимӣ ва муаллифони китоби дарсии «Забони модарӣ» барои синфҳои 1- 4 ҳам аз осори мансур ва ҳам осори манзуми Садриддин Айний намунаҳои зиёдеро барои омӯзиш пешниҳод кардаанд, ки агар вобаста ба низоми босалоҳият таълим дода шаванд, дар ташаккули салоҳиятҳои маънавии хонандагон нақши муассир бозида метавонанд. Масалан, муаллифони китоби дарсии «Забони модарӣ» барои синфи 3 порчаеро аз «Мақтаби кӯҳна»-и Садриддин Айний бо унвони «Мақтаб» барои омӯзиш пешниҳод кардаанд:

«Дар синни 6 -солагӣ маро падарам ба мақтаб бурд. Модарам гуфт: – Туро дар вақти 4-сола, 4-моҳа, 4-ҳафта ва 4-рӯза буданат ба мақтаб фиристода будем. Он вақтҳо ту бисёр хурд будӣ. Дили ман ба ту месӯхт, ки дар мақтаб азоб мекашӣ. Бинобар ин туро аз мақтаб гирифтем. Акнун хуб кӯшиш карда хон, то ки ба ҳамсолонат баробар шавӣ. Ба ман ин тавсияи модарам хуш омад. Ман кӯшиш мекардам, ки ҳар чи зудтар сабақ омӯхта, бо ҳамсолонам баробар шавам ва ҳатто аз онҳо гузарам. Ман ба мақтаб даромадам. Дар як синфхона бачагони аз 4-сола то 12- сола ҷамъ шуда буданд. Пас, омӯзгор маро рӯ ба рӯи худ дузону шинонда, тахтакчаро наздам гузошту ба ман гуфтани “Аъзу биллоҳ” ва “Бисмиллоҳ”-ро супорид. Азбаски падарам пешакӣ ба ман ёд дода буд, бедушворӣ талаффуз кардам. Омӯзгор хурсанд шуд. Бо ҳамин падарам ба хона баргашт ва ман дар мақтаб мондам...

Ман дар дарсҳо мунтазам иштирок намуда, то ба абҷадхонӣ расидам. Рӯзе падарам ба ман гуфт:

– Акнун ки ту абҷадхон шудӣ, ман ба ту ҳисоби абҷадро ёд медиҳам. Падарам тахтакчаи абҷад навишташударо ба пешам гузошт. Аз он тахтакча ҳарфҳоро ба ман нишон дода мепурсид:

– Ин чист? Инаш-чӣ? Ман ба пурсишҳои

падарам ҷавоб дода натавонистам, зеро чӣ будани он чизҳоро касе ба ман нишон на-  
дода буд. Падарам гуфт:

– Охир, ҳамин рӯзҳо ту дар мақтаб чӣ хонда истодаӣ? Халифаат ба ту ҳар чизро тӯтивор ёд кунонидаанд, аммо ҳеҷ чизро ёд надодаанд. Имрӯз ту ба мақтаб нарав!...

Рӯзи дигар маро модарам ба мақтаби духтарона бурд. Ман дар ин мақтаб “Ҳафтяк”-ро тамоm кардам. “Қуръон”-ро хатм намудам, “Чаҳор китоб”-ро ҳам хондам. Вале хатнависиро бошад, ҳеҷ наметавонистам. Он вақт ман даҳсола будам. Ҳисоби абҷадро ба ман падарам ёд дод» [1,42 ].

Дар китоби дарсӣ баъд аз ин матн муаллифон калимаҳои душворфаҳм, монанди тавсия – маслиҳат; абҷадхонӣ – алифбохонӣ; сабақ – дарс, вазифа; халифа – ба маънои омӯзгор; мунтазам – ҳамеша шарҳ дода, баъд ҷанд саволу супориш додасту бас. Ин китоб дар асоси талаботи низоми анъанавии таълим таҳия шуда, ки ба талаботи муносибати босалоҳият ҷавобгӯ нест. Аммо матни пешниҳодшуда, ки ба синну соли хонандагони синфи 3 ҷавобгӯст, метавон вобаста ба талаботи муносибати босалоҳият таълим дод.

Мутахассисони низоми муносибати босалоҳият ҳангоми таҳлили матни бадеӣ иҷроӣ ҷаҳор марҳала (дарки матн, баҳодиҳӣ ба матн, тағйири матн ва таҳияи матни худ) ва ҷаҳор шарт (хонанда донанд, тавонад, аз худ кунанд ва дар амал тадбиқ намояд)-ро пешниҳод кардаанд [6, 63]. Матни болоро вобаста ба талаботи низоми босалоҳият ба таълим таҳлил менамоем. Дар зинаи аввал омӯзгор бояд таъйин намояд, ки доир ба матни «Мақтаб»-и С.Айний хонандагон бояд чиро донанд? Чиро аз худ кунанд? Чиро иҷро карда тавонанд? ва чиро дар амал тадбиқ кунанд, ки дар оянда ба онҳо зарур бошад? Ба таъбири дигар, омӯзгор бояд пешакӣ мушаххас намояд, ки баъд аз омӯхтагии «Мақтаб»-и С.Айний хонандагон чиро бояд донанд, ин дониши гирифтааш барои чӣ лозим мешавад ва онро дар қучо истифода мебаранд? Иҷроӣ ҷаҳор марҳала ҳангоми таълими матн ба ин суолҳо ҷавоб меғӯяд.



Дар марҳалаи аввал, ки «дарки матн» аст, бояд матни бадеӣ дурусту беҳато қироат гардад. Мутахассисон бар он андешаанд, ки матн бояд аз тарафи хонандаи фаъол қироат гардад, зеро хонандамеҳварӣ маҳаки асосии муносибати босалоҳият асту ин амал имкон медиҳад, ки хонандагон бештар фаъол бошанд. Озмоишҳо дар мактабҳои таҷрибавӣ нишон дод, ки дар оғози тадбиқи низоми босалоҳият иҷрои ин амал аз тарафи хонандагон самараро хуб намедиҳад. Хонандагон ҳанӯз бо шеваи нави таълим ношноянд ба иҷрои талаботҳои он тайёр нестанд. Яъне дар оғози кор муаллим бояд ташаббусро худ ба даст гирад ва хонандагонро бо шеваи нави таълим ошно созад. Вақте ду се дарс бо усули нав ба роҳ монда шуд, хонандагон то андозае аз талаботи шеваи нави таълим огоҳ мегарданд ба иҷрои талаботи он омода мешаванд. Дар дарсҳои аввал омӯзгор худ матнро қироат мекунад ва барои он ки хонандагон фаъол бошанд, қироати такрори матнро аз хонандае хоҳиш мекунад. Қироати такрори матн гарчанде чанд дақиқаи вақти дарсро мегирад, аммо барои дарки матн ва омодашавии хонандагон барои фаҳмидани матн зарур аст. Агар қироати матн бо навбат аз тарафи хонандагон сурат гирад, беҳтар аст. Ҳар хонанда бояд омода бошад, ки матнро баъд аз омӯзгор ӯ мекунад. Ин амал имкон медиҳад, ки тавачҷуҳи хонандагон ба матн ҷалб шавад ва онҳоро ба фаҳмидани мазмуни матн омода месозад.

Баъд аз қироати матн шарҳи калимоти душвор пеш меояд. Хонандагони синфи 3 ҳанӯз бо китобҳои луғат кор карданро ёд нагирифтаанд, аммо аксари калимаҳои душвор дар ҳошияи китоби дарсӣ оварда шудааст. Омӯзгор шеваи ёфтани луғатро ба хонандагон меомӯзад, вале набояд ба шарҳи кӯтоҳи калимаҳо дар ҳошияи китоб қаноат кунад. Ҳар калимаи душвор бояд бештар вобаста ба матн тавзеҳ дода шавад, то хонандагон маънии ҳар калимаро ба хотир супоранд. Масалан, дар китоби дарсӣ калимаи «абҷадхонӣ» - алифбохонӣ шарҳ шудааст. Ҳол он ки абҷадхонӣ танҳо ба маънии алифбохонӣ нест, балки тартибу тар-

киби қадими алифбои арабӣ аст, ки онро «ҳисоби абҷад» мегӯянд, ки ҳар як ҳарф ададиро мефаҳмонад. Садриддин Айнӣ дар «Ёддоштҳо» нақл мекунад, ки ҳамин абҷаддонияш буд, ки дар ҷашни Наврӯз ба муллобачае ғалаба кард. Зимнан бояд гуфт, ки ҳамин қисмати «Ёддоштҳо» барои хонандагони мактаб пешниҳод шудааст. Бояд заминаи ғанӣ гардонидани захираи луғавии хонандагонро аз курси хониши эзоҳӣ муҳайё кард. Хонандагон дар ин синну сол агар маънии калимаеро ба дурустӣ ёд гиранд, як умр дар хотирашон мемонад. Ҳамчунин, калимаи «халифа» дар китоби дарсӣ ба маънии омӯзгор омадааст, ки чандон дуруст нест. Халифа аслан ба маънии ҷонишин аст. Дар мактабҳои кӯҳна домумлои мактабдор аз бачагони фаъолу нисбатан донишманд халифа – ҷонишини худ интихоб мекард, ки сабақи додаи ӯро бо бачагони дигар такрор мекард ва агар мактабдор ба ҷое равад, халифа вазифаи ӯро иҷро мекард, яъне сабақҳои додаи мактабдорро аз бачагон меपुरсид. Яъне, ҳар калимаи душвор вобаста ба матн бештар шарҳу тавзеҳ дода шавад, то хонандагон матнро дарк кунанду дуруст фаҳманд.

Марҳалаи дувуми муносибати босалоҳият ба таълим «баҳодиҳӣ ба матн» аст. Дар марҳалаи аввал, ки хонандагон бо қироат ва шарҳи калимаҳои душвор онро дарк карданду фаҳмиданд, дар марҳалаи дувум бояд ба он баҳо диҳанд. «Баҳодиҳӣ ба матн» на ба он маънист, ки ҳусну кубҳи онро муайян кунанд, балки таҳлили матни бадеист, ки боиси инкишофи қобилияти зеҳнӣ ва ташаккули салоҳиятҳои хонандагон мегардад. Методистон тавсия додаанд, ки дар ин марҳала бояд хонандагон бо ёрии омӯзгор матни бадеиро ба қисматҳо ҷудо кунанд ва ба ҳар қисмат саволҳо гузоранд. Методи суҳбат, ки бештар бо воситаи саволу ҷавоб сурат мегирад, на танҳо дар низоми анъанавӣ, балки дар низоми босалоҳият ба таълим низ нақши муҳим бозида метавонад. Яке аз шартҳои муҳими методи суҳбат масъалагузорию. Омӯзгор бояд дар омӯзиши ҳар як ҷузъиёти матн масъалагузорӣ намояд. Ҳар як саволи пешниҳодшуда бояд ҳадафи му-

айян дошта бошанд. Ба таври намуна доир ба матни бадеии «Мактаб»-и С.Айнӣ метавон чунин саволҳо мураттаб намуд:

1. Садриддинро дар чандсолагиаш падараш ба мактаб бурд?

2. Шумо дар чандсолагиатон ба мактаб рафтаед?

3. Шуморо кӣ аввалин бор ба мактаб овард?

4. Оё дар 4-солагӣ ҳам ба мактаб мераванд?

5. Модараш ба Садриддин чӣ маслиҳат дод?

6. Оё Садриддин ба гуфтаҳои модараш амал кард?

Хонандагони синфи 3 рӯзи нахусти ба мактаб омаданашонро ба хотир меоваранд ва медонанд, ки дар ҳафтсолагиашон аввалин бор ба мактаб рафтаанд. Саволҳои боло, ки вобаста ба матн дар бораи он чӣ ки худи хонандагон аз сар гузоронидаанд, мураттаб шудааст, таваҷҷуҳи онҳоро ба худ ҷалб мекунад ва ҳар яки онҳо меҳодад дар бораи аввалин бор ба мактаб омаданаши ҳикоя кунад. Хонандагон рӯзи аввалин бор ба мактаб омаданашонро бо мактаб омадани Садриддин муқоиса мекунанд. Ин амал имкон медиҳад, ки салоҳият ё худ малакаи андешидан ва муқоиса кардан дар хонандагон шакл гирад ва оҳиста – оҳиста ташаккул ёбад.

Ҳамин тариқ, омӯзгор саволҳоро барои қисмати дувуми матн пешниҳод мекунад:

1. Дар мактаби Садриддин бачаҳои аз 4-сола то 12-сола якҷо меҳондаанд. Оё дар мактаби шумоён ҳам ҳамин ҳел аст?

2. Мактаби шумо аз мактаби Садриддин чӣ фарқ дорад?

3. Сабақ омӯхтан чӣ маънӣ доштааст?

4. Дарси аввали дар мактаб хондаатонро дар ёд доред?

5. Оё шумо ҳам монанди Садриддин дар дарсҳо мунтазам иштирок мекунед?

Методистон саволҳоро ба ду намуд ҷудо мекунанд: гурӯҳи аввали саволҳо ба мақсад ёрӣ расондан ба шогирдон пешниҳод мешаванд, то ки мазмуну мундариҷаи матнро фаро гиранд, пайдарҳамӣ ва робитаи воқеаҳои тасвиршавандаро риоя намоянд.

Гурӯҳи дувум «бо нияти муайян намудани ҳислати қаҳрамонони асари бадеӣ, робитаи байни онҳо, хусусиятҳои ғоявӣ ва воқиаҳои тасвири бадеӣ гузориш меёбанд» [4,122].

Дар курси хониши эзоҳӣ (синфҳои 1-4) гузориши саволҳо аз курси хониши адабӣ ва таърихи адабиёт фарқ мекунад: Аввалан, саволҳо бояд барои хонандагон фаҳмову равшан бошанд ва ба синну соли онҳо мувофиқат кунанд. Дувум, дар асоси матн ва аз муҳити ихотакардаи бачаҳо бошад. Севум, ҳар саволи навбатӣ бояд идомаи саволи пешин бошад, то хонандагонро ба мақсади ниҳони дарс раҳнамоӣ кунад. Омӯзгор ҳангоми мураттаб намудани саволҳо бояд дақиқ муайян созад, ки ин саволҳо хонандагонро то чӣ андоза ба дарки комили матн мерасонад. Саволҳое, ки пешниҳод намудем, ба гурӯҳи аввал дохил мешаванд ва зина ба зина хонандагонро ба фаҳмиши пурраи матн мерасонанд.

Риояи принципи аз сода ба мураккаб ҳангоми тартиб додани саволҳо дар курси хониши эзоҳӣ ҳатмист. Ба ҳамин минвол ба қисмати сеवуми матн савол гузошта мешавад:

1. Абҷадҳои чист?

2. Оё шумо ҳам дар синфи аввал абҷадҳои кардаед?

3. Чаро Садриддин чизҳои пурсидаи падарашро надонист?

4. Халифа ба Садриддин абҷадро чӣ тавр ёд додааст?

5. Чаро падараш Садриддинро дигар ба он мактаб рафтан намонд?

6. Чаро Садриддинро ба мактаби духтарона бурданд?

7. Дар мактаби духтарона Садриддин кадом китобҳоро хонда тамома кард?

8. Ҳисоби абҷадро ба Садриддин кӣ ёд дод?

9. Чаро Садриддин бо вучуди он ки чанд китобро тамома кардааст, хат навиштанро ёд нагирифтааст?

Зинаи севуми таълими босалоҳиятро мутахассисон «тағйири матн» муқаррар кардаанд. Дар курси хониши эзоҳӣ хонандагон малакаи онро надоранд, ки матни комилан нав эҷод кунанд, аммо метавонанд баъд аз



дарки комили матн фикру андешаи худро баён кунанд. Мавзӯи матн мактаб аст, ки муаллиф Садриддин Айни перомуни нахустин бор ба мактаб рафтани худ сухан мегӯяд. Ин мавзӯ барои хонандагони синфҳои ибтидоӣ ошноӣ ва метавонанд дар бораи аввалин бор ба мактаб рафташон нақл кунанд. Вазифаи марҳалаи севум ташаккул додани салоҳияти эҷодкорӣ хонандагон ва инкишоф додани малакаи суханронӣ дар нутқи шифоҳии онҳост. Хонандагон бо воситаи матни «Мактаб» дар бораи мактабравии Садриддин Айни шинос шуданд, омӯзгор дар марҳалаи севум аз хонандагон талаб мекунад, ки ҳар кас дар бораи аввалин бор ба мактаб рафтани нақл кунанд. Озмоиш дар мактаби таҷрибавӣ нишон дод, ки хонандагон бедушворӣ дар бораи авалин бор ба мактаб рафтани худ сухан мекунанд ва баъзе мактаби худро ба мактаби кӯхнаи Садриддин Айни муқоиса мекунанд. Ҳамин тариқ, марҳалаи севуми муносибати босалоҳият иҷро мегардад.

Дар марҳалаи чаҳорум, ки «таҳияи матни худ» аст ва вазифаи он ташаккул додани салоҳияти эҷодкорӣ, мустақилият ва инкишоф додани нутқи хаттии хонандагон мебошад, аз шогирдон талаб карда мешавад, ки рӯзи нахуст ба мактаб рафтани онро ба

таври хаттӣ пешниҳод кунанд. Озмоиш нишон дод, ки дар дарсҳои аввал хонандагон душворӣ мекашанд, ҳатто зиёде дар навиштаҳои ҳафтагон ҷой дорад. Омӯзгор бояд босаброна иштибоҳи онҳоро нишон диҳад ва онҳоро ба навиштан шерак кунанд. Дар дарсҳои минбаъда, ки хонандагон аз иштибоҳоти худ огоҳанд, ҳуфтагӣ беҳтар андешаҳои онҳоро хаттӣ пешниҳод мекунанд. Муҳокимаи навиштаҳои шогирдон агар дар ҳама дарс вақт нарасад, бояд дар дарси дигар хатман сурат гирад. Ҳамин тавр, марҳалаи чаҳоруми муносибати босалоҳият иҷро мегардад.

Арзёбӣ ё худ тафсири дараҷаи иҷро, яъне сатҳи ноилшавии хонандагон ба салоҳиятҳо дар низоми босалоҳият яке аз вазифаҳои асосии омӯзгор мебошад. Баъд аз иҷрои чаҳор марҳала омӯзгор бояд зинаи қобилияти маърифатии хонандагонро муқаррар намояд. Методистон бар он андешаанд, ки омӯзгор метавонад бо воситаи саволнома онро амалӣ гардонад. Саволнома бояд саволҳои муҳимро таҳлили матн пешниҳод шуда буданд, муқаммал намояд. Доир ба матни «Мактаб» барои муайян кардани қобилияти маърифатии хонандагон баъд аз таҳлили пурраи матн чунин саволнома ва супоришҳо тартиб додан мумкин аст:

| №  | Савол                                                                                                                    | Зинаи қобилияти маърифатӣ |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 1. | Дар мактаби кӯхна, ки Садриддин хондааст, аз чандсолагӣ бачагон ба мактаб мерафтанд?                                     |                           |
| 2. | Барои чӣ модараш ба Садриддин маслиҳат дод, ки кӯшиш кунад хуб хонад, то ба ҳамсолонаш баробар шавад?                    |                           |
| 3. | Садриддин баъд аз маслиҳати модараш ба пеши худ чӣ мақсад гузошт?                                                        |                           |
| 4. | Оё Садриддин пеш аз мактаб рафтан ягон чизро омӯхта буд?                                                                 |                           |
| 5. | Ҳамсинфҳои Садриддин чандсолаҳо буданд?                                                                                  |                           |
| 6. | Чаро мактабдор Садриддинро таҳсин кард?                                                                                  |                           |
| 7. | Чаро падари Садриддин аз хондани ӯ дар мактаби писарбачаҳо розӣ нашуду ӯро ҳамроҳи модараш ба мактаби духтарона фирисод? |                           |

Барои муайян кардани зинаи қобилияти маърифатии хонандагон омӯзгор дар асоси матни таҳлилшуда, яъне «Мактаб»-и Садриддин Айни супоришҳо таҳия мекунад, ки хонандагон бояд дар вақти дарс ва агар фурсат нашоавад,

дар хона иҷро мекунанд. Ин супоришҳо бо назардошти чаҳор марҳалаи низоми босалоҳият таҳия мегардад. Масалан, доир ба матни «Мактаб»-и С. Айни омӯзгор метавонад чунин супоришҳо омода созад:

| №  | Супоришҳо                                                         | Зинаи қобилияти маърифатӣ |
|----|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 1. | Матнро хонед ва иштирокчиёни онро муайян кунед.                   |                           |
| 2. | Ба Садриддин баҳо диҳед ва рафтори ӯро бо худ муқоиса кунед.      |                           |
| 3. | Ба матн унвони дигар гузоред, ки ифодакунандаи мазмуни он бошад.  |                           |
| 4. | Матнро ба қисматҳо ҷудо кунед.                                    |                           |
| 5. | Ҷойи қисматҳои матнро иваз кунед, ки воқеаи ҳикоя вайрон нашавад. |                           |

Агар ин супоришҳо дар вақти дарс иҷро шаванд, хонандагон дар гурӯҳҳо иҷро карда метавонанд, аммо агар вазифаи хонагӣ бошад, ҳар хонанда ҷудогона иҷро мекунанд. Иҷрои ҳар як супориш ба омӯзгор имкон медиҳад, ки зинаи қобилияти маърифатӣ ва

дараҷаи ноилшавии ба салоҳиятҳои ҳар хонанда муайян намояд.

**Хулоса.** Ҳамин тавр, метавон матнҳои насри дар китобҳои дарсӣ омадаро дар асоси талаботи муносибати босалоҳият таълим дод.

### АДАБИЁТ:

1. Абдуллоев И. ва диг. Забони тоҷикӣ. Синфи 3И. Абдуллоев ва диг.- Душанбе, 2018.
2. Арзёбӣ дар низоми таълими салоҳиятнокӣ (Дастур барои омӯзгор). Модули 4. Мураттибон: Ниёзов Ф., Алиев А., Нусратов Б., Ҷонмирзоев Э., Қодиров Н., Иргашева М., Зиёев Қ.- Душанбе, 2016.-65с
3. Амонӣ, С. Роҳҳои ташаккули салоҳиятҳои таҳлилӣ-эҷодии хонандагон дар шароити татбиқи муносибати босалоҳият дар муассисаҳои таҳсилоти миёнаи умумӣ. С.Амонӣ\Татбиқи муносибати босалоҳият ба таълим дар муассисаҳои таълимӣ: Маводи конференсияи илмӣ-амалӣ бахшида ба Рӯзи Ваҳдати миллӣ, Душанбе, 29 июни соли 2018.- Душанбе, Ирфон, 2018. –с.,71-76
4. Аҳмадов М. Таълими адабиёти тоҷик.\М.Аҳмадов. Хучанд: Нури маърифат, 2016.-290 с.
5. Муносибати босалоҳият ба таълим. Мураттибон: Ғ.Бобизода, Д. Имомназаров, Ш.Исрофилниё, А. Байзоев. Душанбе: Ирфон, 2018.-72 сах.
6. Мухторӣ Қ. Махсусияти ташкили таълими босалоҳият дар дарсҳои адабиёти тоҷик дар муассисаҳои таҳсилоти миёнаи умумӣ./Татбиқи муносибати босалоҳият ба таълим дар муассисаҳои таълимӣ : Маводи конференсияи илмӣ-амалӣ бахшида ба Рӯзи Ваҳдати миллӣ, Душанбе, 29 июни соли 2018. Душанбе, “Ирфон”-2018, с.58-66.
7. Низоми таълими салоҳиятнокӣ. Модули 1. Ниёзов Ф., Зиёев М., Алиев А., Нусратов Б., Ҷонмирзоев Э., Қодиров Н., Иргашева М., Зиёев Қ. Душанбе - 2016 с.– 36 сах.
8. Шарифзода Ф. Технологияи навини таълими забони модарӣ: бозёфт ва андешаҳо // Паёми Академияи таҳсилоти Тоҷикистон.-2014.-№3(17). –с.30-50.

### КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД К ОБУЧЕНИЮ ПРОЗАИЧЕСКИХ ПРОИЗВЕДЕНИЙ САДРИДДИНА АЙНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КУРСА ЭКСПРЕССИВНОГО ЧТЕНИЯ

Юлдошева З.И.

Кафедры методики преподавания языка и литературы факультета таджикской филологии ТГПУ имени Садриддина Айни

Автор данной статьи с использованием отрывков из повести «Старой школы» Садриддина Айни исследует методику препода-

вания прозаических произведений при проведении курса экспрессивного чтения (3 класс). С применением компетентностного



подхода к обучению, она определяет пути развития компетенций. Автор описывает четыре этапа компетентностного подхода к обучению на основе анализа отрывка из «Старой школы» С. Айни и доказывает, что преподавание прозаических произведений в соответствии с требованиями компетентностного подхода способствует развитию навыков и умений учащихся и достижению ими компетенций.

Автор статьи разработал процесс урока таким образом, чтобы учащиеся играли активную роль, а учитель в качестве наставника и судьи оценивал их достижения и направил их для достижения своих компетенций.

**Ключевые слова:** методика, компетентностный подход к обучению, проза, С. Айни, преподавание, учитель, ученик, компетенция.

## COMPETENCE-BASED APPROACH TO TEACHING PROSE WORKS OF SADRIDDIN AYNI WHILE CONDUCTING EXPRESSIVE READING COURSE

**Yuldasheva Z. I.**

Department of Method of Teaching Tajik Language and Literature of the Tajik State Pedagogical University named after S.Ayni

The author of this article, using an excerpt from the story of the “Old school” by Sadriddin Ayni, explores methods of teaching prose while conducting expressive reading course (grade 3). Using a competence-based approach to learning she determines the ways of developing competencies. The author describes four stages of the competence-based approach to teaching based on the analysis of an excerpt from “Old School” of S. Ayni and proves that teaching prose in accordance with the requirements of

competency-based approach contributes to the development of skills and abilities of students and their achievement of competencies.

The author of the article designed lesson process in such a way that pupils play an active role, and the teacher, as a mentor and judge, assesses their achievements and guides them to achieve their competencies.

**Keywords:** methodology, competence-based approach to teaching, prose, S. Ayni, teaching, teacher, pupil, competence.

**Юлдошева Зарина Ихтиёровна** – докторант Phd –и кафедраи методикаи таълими забон ва адабиёти факултети филологияи тоҷики ДДОТ ба номи Садриддин Айни. Тел: +992928350620.

**Юлдошева Зарина Ихтиёровна** – Phd докторант кафедри методики преподавания языка и литературы факультета таджикской филологии ТГПУ имени Садриддина Айни. Тел.: +992928350620

**Yuldasheva Zarina Ikhtiyorovna** - Phd doctoral student of the Department of Method of Teaching Tajik Language and Literature of the Tajik State Pedagogical University named after S.Ayni, Tel.:+992928350620

## ШАРҲИ АДАБИЁТ

### ОПТИМИЗАТСИЯИ ТАКТИКАИ РЕВАСКУЛЯРИЗАТСИЯИ МИОКАРД ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИИ ИШЕМИКИИ ДИЛ

Абдувоҳидов Б.У., Пулотов О.Н., Дехқонов О.Х.

Маркази ҷумҳуриявии илмӣи ҷарроҳии дилу рағҳо

Дар асри XX1 бемории ишмикии дил (БИД) ҳоло ҳам проблемаи актуалии нигоҳдории тандурустӣ боқӣ мемонад, зеро дар байни сабабҳои беморшавӣ ва фавти аҳоли вазни ҳолиси зиёдро ташкил медиҳад [1]. Дар сохтори беморшавии аҳоли дар 9 гр БИД 30%-ро ташкил медиҳад, дар таркиби сабабҳои умумии фавтияти аҳоли -28% аст [2]. Айни замон дар ИМА дар 1 млн аҳоли 1620 ҷарроҳӣ дар дил гузаронида шудааст, дар кишварҳои Аврупо -484 ҷарроҳӣ иҷро карда шудааст, аз онҳо вазни ҳолиси шунтгузаронии коронарӣ то 85% ҳамаи ҷарроҳихоро дар дил ташкил медиҳад [3]. Дар россия ҳамасола 40-43 ҷарроҳии шунтгузаронии коронарӣ дар 1 млн аҳоли гузаронида мешавад [1,2].

Дар Тоҷикистон фавтият аз БИД (дар байни мардҳо 40-64 сол) 194,4 ба 100 ҳазор аҳоли рост меояд [4]. Дар асоси ҳисобкуниҳои ИМА (АСС/АНА) муайян карда шудааст, ки дар Тоҷикистон талабот ба шунтгузаронии аортокоронарӣ дар як сол 2500-ро ташкил медиҳад, дар стендгузаронии коронарӣ – 4000 дар як сол мебошад [5]. Дар айни замон дар марказҳои кардиочарроҳии кишвар дар соли 2013 ҳамагӣ 1950 бемори дорони БИД коронарография иҷро карда шуд, аз онҳо 565 (28,9%)-и стендгузаронии коронарӣ, ҳамагӣ дар 170 (8,7%)-и беморон шунтгузаронии коронарӣ иҷро карда шуд, аз онҳо 65,3% дар дили фаъол сурат гирифт, ки 6,84%-и талаботро ташкил дод. Вазни ҳолиси нисбатан камтар (28,9%)-и стендгузаронии коронарӣ дар кишвари мо (дар кишварҳои аврупоӣ вай 50-60% аст) аз он сабаб ба амал меояд, ки дар бештари беморон осебҳои бисёррагии шарёнҳои коронарӣ дар натиҷаи табобати дарозмуддати консервативӣ мавҷуд аст [5].

Маълум аст, ки усули самараноки табобати ҷарроҳии БИД шунтгузории коронарӣ дар шароити хунгардиши сунъӣ ва кардиоплегияи фармокосардӣ ба ҳисоб меравад, фавтият пас он 1-2% баланд аст [6]. Аммо дар беморони гирифтори БИД бо оризаи фраксияи пасти партобӣ меъдачаи чап, бемориҳои ҳамроҳшудаи вазнини шушҳо, чигар, гурдаҳо фавтият паз аз ШК то 7,4 – 10,8%-ро ташкил дод [7].

Қайд карда мешавад, ки бештари оризаҳо ва оқибатҳои фавтовар дар гурӯҳи беморони дар шароити хунгардиши сунъӣ (ХС) ҷароҳишуда дар натиҷаи таъсири негативии ХС ва фишурда шудани аорта ба вучуд меояд. Вобаста ба ин ҷӯстучӯи роҳҳои беҳтар сохтани натиҷаҳои ШК бо роҳи баланд бардоштани беҳатарии ҳатари баланди беморон идома дорад. Дар марҳалаи муосир дар баробари ШК анъанавӣ дар шароити ХС ва ФХК ШК паҳншавии васеъ ба даст оварда шудааст, ки дар дили фаъол бидуни истифодаи ХС иҷро карда шудааст [6,8]. Дар як қатор клиникаҳои кардиочарроҳӣ ШК бо истифодаи мутавоҷӣ ба ХС бидуни кардиоплегия иҷро карда шудаанд [9].

Истифодаи ҷарроҳии коронарӣ аз би-сёр чихатҳо ба ХС ва кардиоплегия вобаста аст, вай имконият медиҳад, ки реваскуляризатсияи пурраи миокард бо барқарор шудани маҷрои хун дар ҳама шарёнҳои коронартт осебдида иҷро карда шавад [6,8].

Реваскуляризатсияи мустақили миокард дар шароити ХС ва кардиоплегия метавонад, ки сабаби дисфунксияи миокардиалӣ, варами гипоксии мушакҳои дил, некрозҳои хурдлона, вайрон шудани ритми дил ва норасоии шадиди дил гар-



данд, дар робита аз ин, баланд бардоштани самаранокии муҳофизати миокард, махсусан дар беморони дорои фраксияи пасти партоби меъдачаи чап актуалӣ боқӣ мемонад [11]. Пайдо шудани ИМ перичарроҳӣ пас чарроҳии ШК дар шароити ХС дар 1,3-7%-и муоинаҳо ба мушоҳида расид, ки пайдо шудани онҳо бо фаврӣ будани чарроҳӣ ва давомнокии фишурдашавии аорта мувофиқат мекунад [12]. Хунравӣ пас аз чарроҳии ШК дар шароити ХС, ки рестернотомияву тафтиши миёндеворро талаб мекунад, 3 маротиба фоизи фавтияти беморхонагиро баланд мебардорад ва муҳлати бистаришавиро хеле дароз мекунад [13].

Омилҳои хатари хунравии пас аз чарроҳии ШК дар шароити ХС давомнокии ХС зиёда аз 2 соат ва истифодаи контрпульсатсияи дохилиаортавии балонӣ ҳангоми чарроҳӣ ба ҳисоб меравад [13,14]. Дар короначарроҳии бо истифодаи ХС анҷомёфта пайдо шудани сирояти вазнини чароҳат ва стернамедиаенгемит дар 1-4%-и беморон дида мешавад, дар ин маврид фавтият 25%-ро ташкил медиҳад [15]. Оризаҳои неврологӣ пас аз КШ дар шароити ХС дар 3,1 – 6,0%-и беморон ба назар мерасад ва дар 21%-и ҳолатҳо сабаби фавт мегардад. Онҳо давомнокии бисъаришавиро дар шуъбаи реаниматсия табобати интенсивӣ ва дар статсионар 5-10 маротиба ва муҳлати реабилитатсияро дароз мекунад.

Дар байни оризаҳои баъдичарроҳии серебрялӣ инсулти ишемикӣ дар 2,5%-и бемороне, ки чарроҳии ХС-ро гузаронидаанд, дида мешавад [17]. Сабаби оризаҳои неврологӣ эмболия, гипоперфузия ва гипоксияи майна дар заминаи ХС ба ҳисоб мераванд [18].

Дар беморон вучуд доштани БИД бо бемории ҳамроҳшудаи диабети қанд (ДҚ) омили хатари чарроҳии ШК дар шароити ХС ба ҳисоб меравад [19]. Паҳншавии ДҚ дар байни беморони дорои БИД 17,3-35%-ро ташкил медиҳад [21].

Омилҳои асосии хатари пайдошавии оризаҳои шушҳо (пневмония, ателестоз,

плеврит) баъди ШК дар шароити ХС давомнокии ХС, вентилятсияи сунъии шушҳо (ВСШ), ҳаҷми хуни гузаронидашуда, ноустувории гемодинамика ва ХОБЛ ба шумор меравад [22].

Норасоии шадиди гурдаҳо (НШГ) оризаи вазнини амалиёти кардиоҷарроҳӣ мебошад. Ҷарроҳии ШК дар шароити ХС чараёни бемориҳои музминии гурдахоро вазнин месозад.

Вобаста аз ин реваскуляризатсияи мустақили миокард дар дили фаёл (off-pump) имконият медиҳад, ки ба оризаҳои махсус зикршудаи ХС роҳ дода нашавад ва барои аксари бештари беморони қолонеали дорои хатари олии чарроҳӣ, махсусан қобилияти пасти кашишхӯрии меъдачаи чапи миокард ояндадор махсуб мешавад [24].

Дар солҳои охир методикаи реваскуляризатсияи мустақими миокард бештар мавриди қорбурд қарор мегирад. Вазни ҳолиси ШК бидуни ХС дар байни ҳама чарроҳҳои мустақими реваскуляризатсияи миокард дар ИМА 18-20%, дар Европа- 5% ва дар Япония 60%-ро ташкил медиҳад. Муқаррар карда шудааст, ки реваскуляризатсияи мустақими миокард дар дили фаёл дар беморони «no-touchdoorta» бехатар ва самаранок аст ва ҳангоми истифода кардани ХС дорои хатарҳои олии пайдошавии оризаҳо мебошад [24].

Барои истисно кардани таъсири омилҳои манфии ХС истифодаи технологияи ШК дар дили фаёл ба таври густурда мавриди қорбурд қарор гирифтааст, ки дар ин маврид бо роҳи стернотомияи тӯлонӣ шунтгузаронии ҳамаи шарёнҳои коронарии осебдида иҷро карда мешавад. Дар айни замон усули ШК бидуни ХС барои як гурӯҳи бемороне тавсия карда мешавад, ки дар онҳо истисно кардани ХС мувофиқи мақсад аст [25].

Як гурӯҳи муаллифон набудани ХС, даст кашидан аз фишурдани аорта ва қонюлсозии онро бартари муҳимми чарроҳии ШК дар дили фаёл меҳимобанд, ин имконият медиҳад, ки оризаҳои перичарроҳӣ хеле камкарда шавад.

Ба зиддинишондодҳои мутлақи иҷро намудани ҷарроҳӣ дар дили фаъол аритмияи бадсифати меъдаҷаҳо, ноустувории гемодинамикиро дохил мекунад, ки ҳангоми ҷарроҳӣ, осебҳои паҳнфаву камнози шарёни коронарӣ, ҷойгиршавии интрамуралӣ онҳоро дохил мекунад.

Ҳангоми сарзадани ноустувории гемодинамикӣ аснои наркози муқаддимаӣ ва дислокатсияи дил, пайдо шудани ишемияи возеҳ ҳангоми фишурдани шарёни коронарӣ, ҷойгиршавии интрамуралӣ сегментҳои шунтшавандаи шарёни коронарӣ ШК дар шароити ХС интиҳоб карда мешавад. Дар 15,1%-и қолатҳо бинобар ноустувории гемодинамикӣ, ба зудӣ пас аз наркози муқаддимаӣ зарурати гузаштаи ба ШК дар шароити ХС ба миён меояд [27].

Сабаби нисбатан зиёдтар дучоршавандаи тағйироти интраҷарроҳӣ тактикаи ҷонибдори ШК дар шароити ХС гипотензия (32,3%), ҷойгиршавии дохилимушакии ШК (шарёҳои коронарӣ) (22,6%), ишемияи миокард (17,7%) ва аритмия (11,3%) ба ҳисоб мераванд, ин ба фавтияти ҷарроҳӣ таъсир нарасонид.

Ҳангоми ҷарроҳии ШК дар дили фаъол нишондодҳо барои фавран ба ХС гузаштан гемодинамики ноустувор ҳангоми дислокатсияи дил, ишемияи маҳдуди миокард, мушкилоти техникӣ бинобар экспозитсияи бади ҷойи барои аностомозҳо пешбинишаванда ба ҳисоб мераванд [28]. Дар байни онҳо сабаби нисбатан зиёд дучоршаванда фавран ба ХС гузаштан гемодинамикаи ноустувор ба ҳисоб меравад, ки аз миқдори умумии ҷарроҳии ШК бидуни ХС 3,8%-ро ташкил медиҳад.

Муаллифон таъкид мекунад, ки дар ҳолатҳои фавран ба ХС гузаштан бинобар ноустувории гемодинамикӣ фавтият аз ҷарроҳӣ дар байни ин беморон то 15%-ро ташкил медиҳад. Омилҳои хатари пойдо шудани ҷунин вазъиятҳо таҷрибаи ками ҷарроҳӣ, истифодаи то ҷарроҳии ВАБК ва ҷарроҳии такрорӣ ШК ба ҳисоб мераванд [29].

Дар солҳои охир тавассути коркард ва истифодаи клиники стабилизатҳои муосир ва ҷамъ шудани таҷриба дар мутахассисон

рушди бо суръати технологияи ШК бидуни ХС (ОВСАВ) ба мушоҳида мерасад, ки имконият медиҳад, ки реваскуляризатсияи миокард дар беморони дорои осебҳои рағҳои сершумори шарёҳои коронарӣ, аз ҷумла хатари баланд иҷро карда шавад.

Таҳлили адабиёти илмӣ муосир аз он гувоҳӣ медиҳад, ки ба он нигоҳ накарда, ки реваскуляризатсияи мустақими миокард дар дили фаъол як қатор масъалаҳои ҳалнашуда боқӣ мондааст. То имрӯз оид ба интиҳоби усули оптималии реваскуляризатсияи мустақили миокард дар беморони доирои БИД бо паст шудани фраксияи партоб, синну соли қалонсол ё пирӣ бо бемориҳои вазнини ҳамроҳишуда фикру андешаи ягона вуҷуд надорад. Натиҷаҳои мухталифи шунтузаронии коронарӣ дар дили фаъол дар шароити ХС низ дида мешавад [3,22, 31].

Ҳамин тавр, таъсири манфии ХС ба гемостаз ва функсияи узвҳои ҳаётан муҳими пурра истисно карда мешавад ҳангоми ҷарроҳии ШК дар дили фаъол, ки онро аксуламали системавӣ илтиҳобӣ ҳамроҳ мекунад, талафи хун камтар мешавад, дозаи нисбатан пастӣ катехоламин дар давраҳои интраҷарроҳӣ ва пасазҷарроҳӣ, миқдори ками оризаҳои системаи марказии асаб, гурдаҳо ва шушҳо, фавтияти нисбатан камтар, реабилитатсияи нисбатан ваъол ва ҳарҷоти камтари иқтисодӣ.

Аммо реваскуляризатсияи миокард дар дили фаъол аз камбудӣ ҳолӣ нест, ки ба онҳо дохил мешаванд: душвориҳои техникӣ ҳангоми иҷро кардани аностомозҳо бо ҷойгиршавии тағйиротҳои диффузӣ ва интрукардиалии КА; ишемияи давомноки маҳдуди ишемияи миокард ҳангоми фишурдаи ШК (шарёни коронарӣ), мураккаб будани экснозитсияи шохаҳои шарёҳои холишаванда, дар натиҷаи ин реваскуляризатсияи нопурраи миокард, имконпазирии назорати сифати аностомозҳо пас аз ташаккул ёфтани онҳо ретсидивҳои нисбатан зуд-зуди стенокардия дар муҳлатҳои дурр ва бештар зарурати амалиёти ҷарроҳии такрорӣ бинобар нагузаронандагии шунтҳо ва реваскуляризатсияи нопурраи миокард ба миён меояд.



## АДАБИЁТ

- 1) Барбараш О.Л. Реалии и перспективы развития реабилитации пациентов после коронарного шунтирования в России / О.Л. Барбараш, С.А. Помешкина, Г.В. Артамонова // Сибирское медицинское обозрение. – 2019. – № 4 (118). – С. 5-15.
- 2) Бокерия Л.А. Особенности статистики службы сердечно-сосудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии в РФ / Л.А. Бокерия, И.Н. Ступаков, Р.Г. Гудкова // Здравоохранение. – 2013. – № 5. – С. 22-32.
- 3) Yanagawa B. The future of off-pump coronary artery bypass grafting: a North American perspective / B. Yanagawa, R. Nedadur, J.D. Puskas // J Thorac Dis. – 2016. – Vol. 8, Suppl 10. – P. 832-838.
- 4) Рахимов З.Я. Состояние и перспективы развития кардиологической службы в Республике Таджикистан / З.Я. Рахимов, Ш. Олимова, Ш. Шарипов // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и СНГ: «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний», 2019. – С. 45–48.
- 5) Гульмурадов Т.Г. Достижения, проблемы и стратегия развития кардиохирургии в Таджикистане / Т.Г. Гульмурадов, Д.А. Рахмонов // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и СНГ: «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний», 2019. – С. 45–48.
- 6) Динамика уровня факторов воспалительной реакции в раннем послеоперационном периоде при различных методиках коронарного шунтирования / Ю.И. Бузиашвили [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2015. – Т. 8, № 1. – С. 4-11.
- 7) Динамика когнитивных функций и провоспалительных цитокинов при различных вариантах аорто-коронарного шунтирования / Д.В. Федерякин [и др.] // Общая реаниматология. – 2018. – Т. 14, № 6. – С. 4-11.
- 8) Дроботя Н.В. Влияние коронарного шунтирования на структурно-функциональное состояние левого и правого желудочков у больных ишемической болезнью сердца / Н.В. Дроботя, Е.А. Кудряшова // РМЖ. – 2015. – Т. 23, № 15. – С. 914-917.
- 9) Исходы первичного коронарного шунтирования и последующее качество жизни у оперированных моложе 40 лет / Ф.З. Абдуллаев [и др.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2019. – Т. 61, № 2. – С. 92-99.
- 10) Маричев А.О. Нарушения кислотно-основного состояния после операций коронарного шунтирования с искусственным кровообращением / А.О. Маричев, А.П. Михайлов, А.Е. Баутин // Трансляционная медицина. – 2015. – № S2. – С. 69-70.
- 11) Современные подходы к хирургическому лечению ИБС у больных сахарным диабетом / Л.А. Бокерия [и др.] // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2012. – № 1. – С. 20–26.
- 12) Предикторы цереброваскулярных нарушений у пациентов после операции коронарного шунтирования / С.Г. Суханов [и др.] // Пермский медицинский журнал. – 2015. – Т. 32, № 3. – С. 34-40.
- 13) Midterm results of beating heart coronary bypass surgery for non-left internal thoracic artery anastomosis according to grafting design and implications of intraoperative flow characteristics on graft patency / S.H. Lee [et al.] // Thorac Cardiovasc Surg. – 2012. – Vol. 60, No 7. – P. 438-445.
- 14) Кремнева Л.В. Функция почек после коронарного шунтирования у больных с предиабетом / Л.В. Кремнева, С.Н. Суплотов, Л.А. Арутюнян // Российский кардиологический журнал. – 2016. – Т. 21, № 2. – С. 25-29.
- 15) Операция коронарного шунтирования на “работающем сердце” у больного ИБС с врожденной единой коронарной артерией / В.А. Подкаменный [и др.] // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2018. – Т. 7, № 4S. – С. 129-134.

- 16) Безопасность выполнения коронарного шунтирования пациентам, принимающим дезагрегантную терапию / М.С. Фоменко [и др.] // Амурский медицинский журнал. – 2018. – № 3 (23). – С. 94.
- 17) Признаки тромботической готовности у больных, перенесших операцию коронарного шунтирования по поводу стабильной стенокардии напряжения / Н.А. Морова [и др.] // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2016. – № S3 (67). – С. 431-432.
- 18) Как влияет приверженность пациентов к рекомендованной терапии на прогноз послеоперационного периода после коронарного шунтирования / С.А. Помешкина [и др.] // Кардиология. – 2015. – Т. 55, № 5. – С. 48-53.
- 19) Remote Targets for Right Coronary Artery Bypass: Distal Trunk or Posterior Descending Artery Grafting / M.C. Songur [et al.] // Thorac Cardiovasc Surg. – 2015. – Vol. 63, No 4. – P. 277-281.
- 20) Влияние предиабета на частоту отдаленных больших сердечно-сосудистых событий у пациентов, перенесших коронарное шунтирование / А.Н. Сумин [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2018. – Т. 14, № 5. – С. 654-663.
- 21) Современные тенденции в развитии коронарной хирургии в НЦССХ им. А.Н. Бокчулева / Н.Ю. Сигаев [и др.] // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бокчулева РАМН. – 2016. – Т. 17, № 3. – С. 67-76.
- 22) Годовая динамика нейрофизиологических показателей у пациентов, перенесших коронарное шунтирование с искусственным кровообращением / И.В. Тарасова [и др.] // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2015. – № 1. – С. 18-24.
- 23) Результаты одномоментной операции коронарного шунтирования и каротидной эндартерэктомии / Р.С. Акчурин [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2015. – Т. 21, № S2. – С. 11-12.
- 24) Непосредственные результаты повторного коронарного шунтирования через альтернативные доступы / Л.А. Бокерия [и др.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2019. – Т. 61, № 1. – С. 27-37.
- 25) Predictors of early graft failure after coronary artery bypass grafting for chronic total occlusion / H. Oshima [et al.] // Interact Cardiovasc Thorac Surg. – 2016. – Vol. 23, No 1. – P. 142-149.
- 26) Влияние способа аортокоронарного шунтирования при многососудистом поражении коронарных артерий на последующее качество жизни больных / Б.С. Суковатых [и др.] // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. – 2019. – № 3. – С. 56-62.
- 27) Ascione R. OPCAB surgery: a voyage of discovery back to the future / R. Ascione, G. Angelini // European Heart Journal Archive. – 2001. – V. 24, No 2. – P. 121-124.
- 28) Clinical experience of minimal invasive coronary surgery-coronary artery bypass grafting: a series of 244 cases / Y.C. Gong [et al.] // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. – 2020. – Vol. 58, No 5. – P. 363-368.
- 29) Профилактика ранних послеоперационных осложнений коронарного шунтирования без искусственного кровообращения у пациентов с сахарным диабетом / М.И. Туровец [и др.] // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2020. – № 3 (75). – С. 39-45.
- 30) Коронарное шунтирование при диффузных и дистальных поражениях коронарных артерий / Р.С. Акчурин [и др.] // Кардиологический вестник. – 2015. – Т. 10, № 4. – С. 50-55.
- 31) Conversion from Off to On-Pump Coronary Artery Bypass Grafting. Is it Avoidable / K. Tariq [et al.] // Cureus. – 2020. – Vol. 12, No 1. – P. 6791.



## ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

**Абдулвохидов Б.У., Пулотов О.Н., Дехконов О.Х.**

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии  
Министерство здравоохранения и социальной защиты населения  
Республики Таджикистан

В вышеизложенном литературном обзоре приведен сравнительный анализ методов прямой реваскуляризации миокарда у пациентов ишемической болезнью сердца. Детально рассмотрены преимущества и недостатки, показания и противопоказания коронарного шунтирования на работающем сердце и в условиях искусственного кровообращения, осо-

бенно у больных группы риска. Указаны основные и очень важные нерешенные моменты выбора тактики хирургического лечения больных ИБС старческого возраста и с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование, искусственное кровообращение.

## OPTIMIZATION OF TACTICS OF DIRECT MYOCARDIAL REVASCULARIZATION IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

**Abdolvohidov B.U., Pulotov O.N., Dehqonov O.H.**

Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery of the Ministry of Health and Social Sciences of the Republic of Tajikistan.

The above literature review provides a comparative analysis of methods for direct myocardial revascularization in patients with ischemic heart disease. The advantages and disadvantages, indications and contraindications of coronary artery bypass grafting on a beating heart and in cardiopulmonary bypass, especially

in patients at risk, are considered in detail. The main and very important unresolved aspects of choosing the tactics of surgical treatment of patients with coronary artery disease of old age and with severe concomitant diseases are indicated.

**Key words:** Coronary heart disease, coronary artery bypass surgery, on-pump.

**Абдулвохидов Б.У.-** Доктори илмҳои тиб, кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2, МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар пойгоҳи МИЧ ҚДР734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи. Санои, 33, E-mail: rncssh@mail.ru

**Абдулвохидов Б.У. -** Доктор медицинских наук, кафедры хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино на базе РНЦССХ, 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33, E-mail: rncssh@mail.ru

**Abdolvohidov B. U. -** Doctor of Medical Sciences, Department of Surgical Diseases No. 2, Abuali ibni Sino State Medical University on the basis of RNCSSH, 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Sanoi str., 33, E-mail: rncssh@mail.ru

## БАНАҚШАГИРӢ ВА ОПТИМИЗАТСИЯИ КОРМАНДОНИ ТИББӢ ВА ФАРМАСЕВТӢ

**Мирзоалӣ Н.Т., Рачабова З.А.**

Муассисаи давлатии “Пажӯҳишгоҳи тиббии профилактикии Тоҷикистон”

**Муҳиммият.** Ислохоти соҳаи тандурустӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба таҳкими кумаки аввалияи тиббӣ равона шуда буд, аммо он ҳанӯз ҳам аз норасоии сармоягу-

зорӣ ранҷ мекашад. Маҷмӯаи кумакҳои асосӣ ва маблағгузори сарикасӣ барои кумакҳои аввалияи тиббӣ санитарӣ ба таври таҷрибавӣ буд, аммо то ҳол дар тамоми

қаламрави кишвар паҳн нашудааст. Стратегияи миллии соҳаи тандурустӣ ислоҳоти назаррасро дар соҳаи маблағгузори тандурустӣ, аз ҷумла ҷорӣ намудани пардохти сарикасӣ барои ҳар як нафари аҳоли кӯмаки аввалияи тиббӣ ва то соли 2020 беш аз ду баробар зиёд кардани хароҷоти давлатӣ барои тандурустиро пешбинӣ мекунад [24].

Дар даврони Истиқлолият Тоҷикистон суботи сиёсӣ ва рушди иқтисодиро аз саргузаридааст, ки маҷмӯи маҳсулоти дохилӣ (ММД) ба ҳар сари аҳоли ҳамагӣ 1100 доллари ИМА-роташкил медиҳад – камтар аз 20% аз ҳисоби миёнаи Аврупо. Қариб аз се се ҳиссаи 9,3 миллион аҳолии кишвар дар деҳот зиндагӣ мекунад. Аҳоли нисбат ба Аврупои Ғарбӣ хеле ҷавонтар аст: 36,0% 0-14 сола дар соли 2014 ва танҳо 3,2% синну соли 65 ва боло. Солҳои аввали пас аз истиқлолият бо сабаби ҷанги шаҳрвандӣ ва гузариш ба истиқлолият ва иқтисоди бозорӣ барои саломатии аҳоли фалокатовар буданд. Аз он вақт ин ҷониб саломатии аҳоли бо як қатор роҳҳо, аз ҷумла коҳиш ёфтани фавти навзодон ва кӯдакон, беҳтар шудани нишондоди фавти модарон ва фавт аз бемориҳои сироятӣ сабаби дароз шудани умри одамон гардид. Аммо, давомнокии умр дар муқоиса бо кишварҳои Ғарб ҳанӯз ҳам паст аст: дар соли 2013 он барои мардон 64,1 сол ва барои занон 70,8 сол буд. Сабабҳо сатҳи нисбатан баланди фавти кӯдаконро дар бар мегиранд (тақрибан 40,9 фавт ба 1000 таваллудизинда дар соли 2013) ва сатҳи баланди бемориҳои гайрисироятӣ [3, 7, 24].

Моликият ва идоракунии аксарияти кулли муассисаҳои тандурустӣ дар бахши давлатӣ боқӣ мемонанд. Бахши хусусӣ хурд боқӣ мемонад (1,6% аз шумораи умумии хидматҳои амбулаторӣ), аммо рушди соҳаи хусуси авҷ гирифта истода, алахусус дар ташхис ва ёрии амбулаторӣ (хусусан ёрии дандонпизишкӣ), ки ин марҳила ба марҳила кушода шудани бахши тандурустиро аз ҷониби давлат дар солҳои охир ба хизматрасониҳои хусусӣ инъикос мекунад [8, 14, 24].

Ҳангоми банақшагирии шумораи вазифаҳо, зарур аст, ки ҳайати кормандон ба меъёрҳои ҳисобшуда, аз ҷумла хусусиятҳои

зерин, ба монанди шумораи аҳоли, иқтисодии муассисаи тиббӣ барои соли ҷорӣ ё вақти пешбинишуда ва маризии аҳоли инчунин нишондиҳандаи саломатӣ мувофиқат кунанд [2, 3].

Бояд қайд кард, ки ҳангоми банақшагирии рушди соҳаи тандурустӣ барои ҳар як давраи банақшагирӣ, стандарт барои эҳтиёҷот ба кормандони тиб тасдиқ карда шавад [1, 5, 7, 9, 13]. Стандартҳои ҷории кадрҳо бояд ҳадди аққал дар ҳар 5 сол ва аксар вақт дар давраи ислоҳот дар иқтисодиёт ва тандурустӣ таҷдиди назар карда шаванд [11, 12].

Кормандони ихтисоси ҳамширагӣ шартӣ зарурии фаъолияти бомуваффақияти системаи тандурустӣ мебошад.

Ҳангоми банақшагирии сохтор ва шумораи кормандони соҳаи тандурустӣ, пеш аз ҳама, дар асоси талаботи аҳоли ба таъминоти тиббӣ, санитарӣ-гигиенӣ ва доруворӣ, бо назардошти вазифаҳои таҷдиди сохтори соҳа, вазъи демографӣ, равандҳои муҳоҷират ва ҳаракати табиӣ кормандон бояд сохт[18, 22].

Раванди банақшагирии захираҳои инсонӣ дар шароити муосир бояд иҷрои вазифаҳои зеринро таъмин кунад:

Банақшагирии захираҳои кадрӣ бояд ба талаботҳои асосии раванди таҷдиди сохтори соҳаи тандурустиро ба роҳбарӣ гирад.

- Ҳангоми банақшагирӣ бояд намудҳои хизматрасонии тиббӣ, ки муассисаи тандурустӣ пешниҳод карданист, аниқ муайян кунад.

Нишондиҳандаҳои асосии вазъи демографӣ ва динамикаи саломатии аҳолии хидматшаванда аҳамияти стратегӣ доранд.

- Банақшагирии кадрҳо ҳам ба манфиати муассисаи тандурустӣ ва ҳам ба манфиати корманди он амалӣ карда мешавад. Барои як муассисаи ниғадории тандурустӣ муҳим аст, ки корманде дошта бошад, ки метавонад хидматҳои заруриро дар вақти лозима, дар ҷои лозима, миқдор ва сифати зарурӣ расонад. Аз ин рӯ, ҳангоми тақсимои ӯҳдадорӣ зарур аст, ки ба кормандон имкон дода шавад, ки қобилиятҳои худро инкишоф диҳанд, самаранок ва бо бори пурра кор кунанд ва аз кори иҷрошуда қаноатманд бошанд.



- Бояд барои ҳавасмандгардонии самаранокии баланди раванди табобату ташхис ва қаноатмандӣ аз кор шароити мусоид фароҳам оварад. Кормандонро, пеш аз ҳама, ҷойҳои кори ҷалб мекунад, ки дар онҳо барои рушди қобилияти онҳо шароит фароҳам оварда шуда, даромади оптималӣ ва баланд қафолат дода мешавад.

Банақшагирии кадрӣ бояд ба саволҳои зерин ҷавоб диҳад:

- чанд корманд, кадом таҳассус ва малакаӣ корӣ, кай ва дар кучо лозим мешавад?

- Чӣ гуна бояд кадрҳои заруриро ҷалб карда, нолозимро бидуни расонидани зарари иҷтимоӣ кам кунед?

- роҳи беҳтарини истифодаи кормандон мувофиқи қобилият кадом аст?

- чӣ гуна рушди кадрҳоро барои иҷрои корҳои нави соҳибхтисос ва нигоҳ доштани дониши худ мутобиқи талаботи нави технологияҳои тиббӣ ва ташкилӣ таъмин кардан мумкин аст?

- барои фаъолияти ба нақша гирифташудаи кадрҳо чӣ гуна хароҷот талаб карда мешавад?

Принсипҳои асосии раванди банақшагирӣ ба муқаррароти дар боло овардашудаи методологӣ асос ёфтаанд:

1. Банақшагирии шумора ва сохтори кормандон бояд мутобиқи самтҳои стратегӣ рушди саноат амалӣ карда шавад;

2. Он бояд ба заминаи меъёрии пешрафта ҳам аз ҷиҳати захираҳои молиявӣ ва ҳам аз ҷиҳати моддӣ таъмин кунад;

3. Ҳуқуқ ва уҳдадориҳои муассисаҳои тандурустӣ барои мустақилона таҳия ва таҷдиди назар кардани нақшаҳои мувофиқ дар доираи муҳторият зарур аст;

4. Принсипи иштироки ҳамаи кормандони асосии муассисаҳои тандурустӣ дар раванди банақшагирӣ ҷорӣ карда шавад;

5. Банақшагирӣ бояд дақиқ, воқеъбинона ва бо истифодаи равишҳои аз ҷиҳати илмӣ асосёфта амалӣ карда шавад, ки ба шумо имкон медиҳад, ки мушкилот ва ҳатоғиҳоро пешгӯӣ кунед;

6. Он бояд барои муайян кардани ҷанбаҳои нави рушди сиёсати кадрӣ дар соҳаи тандурустӣ кӯмак кунад.

Марҳилаи навбатии банақшагирӣ раванди интихоб ва ҷойгиркунии кормандон дар воҳидҳои сохтори муассисаҳои тандурустӣ мебошад, ки аз ҷалб ва муайян кардани қобилияти меҳнатии кормандон оғоз меёбад.

Вазифаҳои асосии ин самти кор инҳоянд:

- ба зудӣ ишғол кардани вазифаҳои холишуда бе мутобиқшавии дарозмуддати корманд;

- фароҳам овардани шароит барои афзоиши мансаб;

- нигоҳ доштани сатҳи музди меҳнат дар муассисаҳои тандурустӣ;

- тавсеаи имкониятҳо барои кормандони ҷавон;

- пешгирии ивазшавии кадрҳои ҳамеша зараровар.

Дар баробари ин, омадани як корманди тиб аз хориҷ бо худ пайдоиши ҳавасмандгардонӣ ва технологияҳои нави рушди муассисаҳои тандурустиро ҷалб намуда, барои мансабҳои муайян имкониятҳои васеъ фароҳам меорад.

Арзёбии сифатҳои касбӣ, маънавӣ ва ахлоқии номзадҳои ҷалбшуда тавассути санҷиш, муқоисаи маҷмӯи сифатҳои корманд бо талаботҳои профил ё ихтисоси мувофиқ ва тартиб додани пойгоҳи додаҳо дар бораи хусусиятҳои кори ҳар як корманд аҳамияти калони амалӣ дорад.

Идоракунии мутобиқати меҳнатии кормандони ҷалбшуда яке аз марҳилаҳои кор бо кормандони муассисаҳои тиббӣ мебошад.

Ду намуди мутобиқшавӣ мавҷуданд:

Аввалин, яъне мутобиқсозии кадрҳои ҷавон, ки таҷрибаи зиёд ва собиқаи кори касбӣ надоранд:

- истифодаи усулҳои роҳнамоии коргарони ботаҷриба;

- фароҳам овардани шароит барои тақмили ихтисоси касбӣ;

- тадричан баланд бардоштани дараҷаи мустақилияти табибони ҷавон дар системаи ёрии тиббии беморон, самти фаъолияти онҳо ба баланд бардоштани сифат, оптималӣ, оқилона ва ба даст овардани натиҷаҳои ниҳии фаъолияти онҳо;

- тарбияи сифатҳои олии маънавӣ ва ахлоқӣ дар нигоҳубини тиббии беморон тавассути риояи қатъии онҳо ба интизоми меҳнат бо речаи муқарраршудаи кор.

Дувум, яъне мутобиқсозии кормандони дорои таҷрибаи бой ва таҷрибаи касбӣ:

- пурра ва возеҳ муайян кардани сатҳи масъулият ва муайян намудани ваколатҳои мушаххас дар асар;

- дастгирӣ ва рушди ташаббусҳои асоснок ва прогрессивии корманд, васеъ намудани ҳудуди мустақилияти ӯ дар банақшагирӣ ва ташкили раванди табобат ва ташхис ва ҷорӣ намудани технологияҳои нави тиббӣ;

- ташкили шароити оғоҳии оптималии корманд тавассути таъмини эътимоднокӣ, самаранокӣ ва дастрасии системаи иттилоотӣ дар дохили муассисаи тандурустӣ;

- самти фаъолияти корманд барои ноил шудан ба натиҷаҳои ниҳони баланд дар раванди расонидани ёрии тиббӣ;

- баланд бардоштани қаноатмандии маънавӣ ва моддии кормандони тиб;

- ташкил ва татбиқи системаи баҳодихии дохилӣ ва мониторинги фаъолияти онҳо аз ҷониби ҳар як корманд.

Соҳтори мавҷуда ва шумораи кадрҳои инсонӣ бояд ба самтҳои рушди стратегии соҳа мувофиқат кунанд ва ислоҳоти минбаъдаи соҳара таъмин кунанд.

Дар асоси равиши аз ҷиҳати илмӣ асосёфта эҳтиёҷот ба кормандони тиббии гуногунхисосро муайян карда, меъёрҳои баҳодихии вазъи саломатии аҳолиро таҳия кардан лозим аст.

Раванди банақшагирӣ бояд дар асоси татбиқ ва истифодаи стандартҳои шумораи кормандони тиб амалӣ карда шавад.

Стандартҳои мавҷуда афзоиши оқилонаи намудҳои кӯмаки аввалия ва махсуси тиббӣ, табобат ва пешгирии онро таъмин намуда, воситаи муассири ҳамвор кардани номутаносибии минтақавӣ, соҳторӣ ва иҷтимоӣ дар тақсмоти захираҳои инсонӣ мегарданд.

Асоси нақшаҳои қабул дар муассисаҳои таълимии тиббӣ бояд стандартҳои умедбахш бошад. Ҳангоми ташаккули фармоишҳои давлатӣ ва мақсадноки тайёр карда-

ни мутахассисон, тайёр кардан ва бозомӯзии мутахассисон онҳо бояд ба назар гирифта шаванд.

Инкишофи минбаъдаи номенклатураи ихтисосҳои кормандони тиб бо тақмили банақшагирӣ таъмин карда мешавад. Шумораи маҳдуди ихтисосҳои мувофиқи сатҳи маълумот ва иҷрои вазифаҳои касбӣ муайяншударо дохил кардан лозим аст.

Дар айни замон, дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, таҷдиди соҳтори соҳа дар асоси рушди тибби оилавӣ бо истифодаи амиқи технологияи терапияи ивазкунандаи статсионарӣ, коҳиш ва интенсификацияи истифодаи захираҳои кат, баланд бардоштани сифати ёрии махсус афзоиши самаранокии кормандони мавҷуда.

Тамоюлҳои асосии баланд бардоштани самаранокии истифодаи захираҳои инсонии системаи тандурустӣ инҳоянд:

- рафъи талафоти мустақими захираҳои инсонӣ тавассути бартараф кардани тақрори функсияҳо;

- тақсмоти функсияҳо байни табибон ва ҳамшираҳои шафқат, ҳамшираҳои шафқат;

- тағир додани соҳтори кормандони тиб дар асоси ташаккули муассисаи табиби оилавӣ;

- тақвияти мавқеи кормандони ҳамшираҳои шафқат дар ҳама сатҳҳои хизматрасонии тиббӣ;

- навсозии ҷойҳои корӣ, беҳтар намудани таҷҳизоти техникӣ;

- соддагардонии соҳтори ҷойҳои корӣ дар асоси истифодаи заминаи нави меъёрӣ;

Талаботи афзоянда ба хизматрасониҳои тиббӣ вазифадор менамояд, ки барои пурзӯр намудани нақши ҳамшираҳои тиббӣ чораҳо андешанд. Ин пеш аз ҳама ба беҳтар намудани тайёр намудани мутахассисони баландихтисоси дорои маълумоти миёнаи тиббӣ, инчунин таҳияи шаклҳо ва технологияҳои нави ташкили ёрии тиббӣ ба аҳоли равона карда шудааст.

Танзими ҳукукии ҳамширагӣ пайваста боиси тағир ёфтани нақши касбии кормандони ҳамшираи шафқат дар раванди расонидани кумаки тиббӣ санитарӣ ва тиббӣ иҷтимоӣ ба аҳоли гардид.



Фаъолияти кормандони парасторӣ хеле гуногун аст ва ҳам расонидани даҳолати клиникии технологияи баланд ва ҳам расонидани доираи васеи хизматрасониҳоро дар доираи кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ дар бар мегирад.

Рушд ва такмили ҳайати ҳамширагӣ тибқи афзалиятҳои муқарраршуда бояд дар чунин соҳаҳо сохта шаванд, ба монанди:

1. Кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ (КАТС) бо таваҷҷӯҳ ба қорҳои тарбиявӣ ва профилактикӣ бо аҳоли:

- Нақши асосии кадрҳо дар КАТС ва тибби оилавӣ истифодаи технологияҳои пешрафтаи пешгирӣ, асосан барои маърифати аҳоли дар бораи саводнокии тиббӣ ва пешбурди тарзи ҳаёти солим мебошад. Зарур аст, ки кӯмаки хизматрасонии аввалияи тиббию санитарӣ (нигоҳубини патронагӣ ва дигар намудҳои кӯмаки дар хона расонидашуда) такмил дода шаванд;

- Кормандони шафқат дар соҳаи маорифи тандурустӣ бо аҳоли дар чунин соҳаҳои муҳим, ба монанди пешгирии бемориҳо, садамаҳо, захролудшавӣ, ташаккули тарзи ҳаёти солим, тарбияи чинсӣ, банақшагирии оила, усулҳои пешгирии ҳомиладорӣ ва модари бехатар ҷойгоҳи намоёнро ишғол мекунанд.

2. Кӯмаки табобатию ташхисӣ, асосан хангоми расонидани табобати доимӣ ва нигоҳубини стационарӣ.

Бо сабаби азнавсозии сохтори фонди кати беморхона, ба истифодаи оқилонаи кадрҳои миёна ва профилҳои фаъолият диққати ҷиддӣ дода мешавад. Талабот ба кадрҳои баландхисоси дорои қобилияти қор дар таҷҳизоти муосири тиббӣ, назорат қардани вазъи бемор, азхудкунии раванди ҳамширагӣ, асосҳои психология, нигоҳубини беморон ва барқарорсозӣ меафзояд. Қоҳиш додани давомнокии марҳилаи беморхона шиддат гирифтани раванди ҳамширагӣ дар бемористонро пешбинӣ мекунанд.

Кӯмаки барқарорсозӣ ва кӯмаки тиббию иҷтимоӣ ба беморони музмин, пиронсолон ва маъҷубон.

3. Кӯмаки тиббӣ ва иҷтимоӣ ба беморони табобатнашаванда ва фавтидагон бо расонидани кӯмаки паллиативӣ ва хостингӣ.

4. Ташаккули самти маъмурӣ ва идоракунӣ ҳамширагӣ. Таъмини мустақилият ба ҳамшираҳо дар расонидани ёрии тиббӣ, тасмимгирӣ ва интихоби сиёсат дар доираи салоҳияти касбӣ.

Барои татбиқи бомуваффақияти самтҳои зикршуда бояд системаи ҳамкорӣ ва ҳамкорӣ кормандони парасторӣ бо табибон, дигар мутахассисон ва хизматҳо ба таври возеҳ андеша ва таъмин қарда шаванд. Рушд ва такмили фаъолияти кормандони парасторӣ бояд бо дастгирии илмӣ ҳамроҳ қарда шаванд.

Стратегияи муҳимтарини рушд инҳоянд: Системаи идоракунӣ ва ташкили хадамоти ҳамширагӣ:

- ташкили системаи бисёрсатҳаи идоракунӣ ҳамшираҳои тиббӣ бо тақсмоти вазифаҳо ва салоҳиятҳои ҳамшираҳои роҳбар.

- татбиқи маҷмӯи қорабиниҳо оид ба стандартикунӣ, литсензиякунӣ, аккредитатсия ва сертификатсия.

- ворид намудани протоколҳои клиникӣ ба фаъолияти касбии мутахассисони ҳамшираи тиббӣ дар муассисаҳои тандурустӣ.

- қорӣ намудани технологияҳои нав ва системаи нави ҳуҷҷатгузори фаъолияти мутахассисони парастор дар муассисаҳои тандурустӣ.

- таҳияи ҳуҷҷатҳои меъёрӣ оид ба қор ва истифодаи мутахассисони парасторӣ.

- ташкил ва ҳамкорӣ ҳамшираҳои тиббӣ бо дигар кормандони соҳаи тандурустӣ.

- рушди хадамоти кӯмаки патронагӣ ба аҳоли ва намудҳои гуногуни кӯмак ба оилаҳо дар хона.

- ташкили заминаи иттилоотӣ таҳлилӣ оид ба ҳамширагӣ барои баланд бардоштани сифати ёрии тиббӣ ба аҳоли.

Сиёсати кадрӣ:

- ташкили муносибати аз ҷиҳати илмӣ асоснок ба масъалаҳои банақшагирӣ, таълим ва истифодаи мутахассисони парасторӣ.

- қорӣ намудани системаи ҳавасмандгардонии моддӣ барои қори мутахассисони парастор, инчунин қорӣ намудани музди меҳнати дифференциалӣ.

- фароҳам овардани заминаи меъёрӣ дар соҳаи ҳамширагӣ, ҳимояи ҳуқуқи заноне, ки аксарияти ин касбро ташкил медиҳанд.

- ташаккули сиёсати шуғли мутахассисони парастор, ташкили системаи бозомӯзӣ ва шуғли мутахассисони ҳамшираи шафқат, ки ҳангоми ихтисор аз кор озод карда мешаванд.

- таъмини тақсимои оқилонаи ҳудуди кормандони ҳамширагӣ тавассути қорӣ намудани ҳавасмандгардонии иқтисодӣ ва нигоҳ доштани хатмкунандагон ва мутахассисон дар минтақаҳо.

- назорати доимӣ ва баҳисобгирии дурусти кормандони ҳамшираи категорияҳои гуногун.

- баланд бардоштани фаъолияти касбӣ ва иҷтимоии мутахассисони парастор дар якҷоягӣ бо дигар шӯъбаҳо ва мақоми онҳо.

Баланд бардоштани сифати таҳсилоти касбӣ:

- тақмили низоми таҳсилоти касбӣ, таълими тафриқии кормандони парасторӣ, вобаста ба эҳтиёҷоти аҳоли ва бозори хизматрасонӣ, бо кафолати таҳассуси мувофиқ.

- қорӣ намудани технологияҳои наватрин, модулҳо ва стандартҳо дар раванди таълим ва тағир додани нақшаҳо ва барномаҳои таълимӣ мутобиқи стратегияи ислоҳоти соҳаи тандурустӣ.

- тақмили оморасозии ҳамшираҳои амалии умумӣ бо маълумоти миёна.

- тақмили системаи тақмили ихтисоси муаллимони муассисаҳои таълимии тиббӣ ва мунтазам нав кардани дониш.

- ташкили системаи самарабахши аттестатсияи кормандони илмӣ ва омӯзгорӣ, ки имкон медиҳад сатҳи дахлдори тайёрии касбӣ таъмин карда шавад.

- марҳилаҳо, пайдарпай ва муттасилии таълими ҳамшираи баъдидипломӣ.

- тақмил додани раванди бозомӯзии мутахассисони ҳамшираи тиббӣ дар сатҳи ибтидоии тандурустӣ бо истифода аз таълими ғоибона ва фосилавӣ.

Сатҳи сифати мутахассисон аз тайёрии онҳо ва дараҷаи дониши малақаҳои амалӣ вобаста аст, ки ба онҳо имконият медиҳанд, ки фаъолияти касбии сатҳи гуногуни мураккабии технологиро ба роҳ монанд.

Барои ташкили системаи сертификатсияи кормандони тиб дар соҳаи тандурустӣ чораҳо андешидан зарур аст, ки таҳияи стандартҳои касбӣ ва технологияҳои баҳодиҳии онҳоро пешбинӣ кунанд. Яке аз роҳҳои истифодаи оқилонаи захираҳои инсонӣ барои ҳифзи саломатӣ ва ташаккули муносибати ягона ба таҳияи стандартҳо дар соҳаҳои гуногуни ёрии тиббӣ ташаккули стандартҳои касбӣ мебошад. Таҳия ва татбиқи барномаҳои соҳавӣ оид ба мусоидат ба шуғли кормандони тиб ва рушди ҳамширагӣ бояд ба тақмил додани банақшагирӣ ва истифодаи захираҳои инсонӣ дар системаи тандурустӣ мусоидат намояд.

### Адабиёт

1. Волкова О.А. Качество управления кадровым ресурсом медицинской организации - как элемент стратегии непрерывного улучшения качества медицинской помощи / О.А.Волкова, Е.В. Смирнова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2018. - №3-4. - С.3-18.
2. Волкова О.А. Управление кадровым потенциалом медицинских организаций / О.А. Волкова, Е.В. Смирнова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2016. - №11-12. - С. 10-16.
3. Глушанко В.С. Достижения, угрозы и риски медицинской и фармацевтической деятельности в Республике Беларусь / В.С. Глушко, А.В. Шультин, В.В. Кугач и др. // Сибирское медицинское обозрение. - 2020. - №3 (123). - С. 11-19.
4. Гоилов А.Г. Основные аспекты развития законодательства и покушений на служебный подлог в сфере здравоохранения Республики Таджикистан / А.Г. Гоилов, М.С. Талабзода, Д.А. Олимов, З.Х. Ибодова // Здравоохранения Таджикистана. - 2019. - №3. - С. 76-81.
5. Горшкова Л.В. Проблемы оценки эффективности затрат на здравоохранение // Сервис в России и за рубежом. - 2017. - №6 (76). - С. 137-151.
6. Джабарова Т.С. Основные тенденции формирования кадрового потенциала системы здравоохранения в республике таджикистан / Т.С. Джабарова, Н.Д. Мухиддинов, Ф.И.



Одинаев // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2016. - №2. – С. 9-15.

7. Ефименко И.А. Анализ деятельности отдела кадров учреждения здравоохранения / И.А. Ефименко, Т.А. Коркина // Общество, экономика, управление. - 2019. - №2. - С. 66-73.

8. Комина Д.С. Формирование и развитие кадров в системе здравоохранения Чувашской Республики в контексте публичной декларации цели и задач развития // Вестник РУК. - 2018. - №2 (32). – С.49-55.

9. Куликова Е.С. Кадровое планирование как инструмент кадровой политики в здравоохранении / Е.С.Куликова, В.В. Мухлынина// Международный журнал прикладных наук и технологий «Integral». - 2019. - №4-1. - С.490-498.

10. Манилкина К.Ю. Особенности кадровой политики в здравоохранении России // Вестник науки и образования. - 2017. - №5 (29). - С. 50-55.

11. Миралиев С.Р. Хронометраж рабочего времени семейных специалистов в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (пмсп) пилотных районов / С.Р.Миралиев, Н.Д.Мухиддинов, Т.С.Джабарова, И.Ш.Комилов// Здравоохранения Таджикистана. – 2016. - №2. – С. 65-70.

12. Мухиддинов Н.Д. Оптимизация роли медицинских сестер в оказании первичной медико-санитарной помощи населению / Н.Д. Мухиддинов, Т.С. Джабарова, Ф.М. Джуракулова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2016. - №2. – С. 42-45.

13. Назарова В.В. Оценка эффективности системы здравоохранения в России / В.В. Назарова, К.А. Борисенкова // Народнонаселение. - 2017. - №4 (78). - С. 119-134.

14. Одинаев Ф.И. Кадровая политика системы здравоохранения таджикистана и принципы ее оптимизации / Ф.И. Одинаев, Т.С. Джабарова, Ф.М. Ходжаев // Вестник таджикского национального университета. Серия естественных наук. – 2015. - №1-3. – С.202-207.

15. Оконенко Т.И. Экспертная оценка и swot-анализ оптимизации медицинской и фармацевтической помощи на региональном уровне / Т.И. Оконенко, А.К. Хруцкий, М.С. Токмачев // Здоровье и образование в XXI веке. - 2018. - №8. – С. 99-104.

16. Олимов Д.А. Смертность пациентов в республиканских больничных учреждениях: причины и пути их профилактики / Д.А. Олимов, С.Б. Бекмуродзода, Г.М. Ходжамуродов, Р.А.Турсунов // Здравоохранения Таджикистана. – 2019. - №4. – С. 60-69.

17. Расторгуева Т.И. Вызовы времени в поле современных реформ здравоохранения (кадровый аспект) / Т.И. Расторгуева, Т.Н. Проклова, О.Б. Карпова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. - 2018. - №2. – С. 44-51.

18. Сергеева Н.М. Состояние медицинских кадров в сельской местности // КНЖ. - 2018. - №1 (22). – С. 169-172.

19. Созарукова Ф.М. Кадровый дефицит специалистов здравоохранения: причины возникновения и пути решения // Вестник экспертного совета. - 2018. - №4 (15). - С. 104-109.

20. Юсуфи С.Д. Оценка среды обучения ординаторов, проходящих последипломную специализированную подготовку по семейной медицине в Таджикистане / С.Д. Юсуфи, З.А. Касымова, Доминик Менгес, Эрик ванТвиллерт // Здравоохранения Таджикистана. – 2018. - №4. – С. 57-63.

21. Ясакова А.Р. Проблемы кадрового обеспечения в системе здравоохранения / А.Р. Ясакова, Е.В. Шестакова // Проблемы Науки. - 2017. - №38 (120). - С.26-30.

22. Bauer J, Klingelhufer D, Maier W, Schwettmann L, Groneberg DA. Prediction of hospital visits for the general inpatient care using floating catchment area methods: a reconceptualization of spatial accessibility. Int J Health Geogr. 2020;19(1):29. Published 2020 Jul 27. doi:10.1186/s12942-020-00223-3.

23. Bauer J, Klingelhöfer D, Maier W, Schwettmann L, Groneberg DA. Spatial accessibility of general inpatient care in Germany: an analysis of surgery, internal medicine and neurology. *Sci Rep*. 2020 Nov 5;10(1):19157. doi: 10.1038/s41598-020-76212-0. PMID: 33154470; PMCID: PMC7645718.

24. Khodjamurodov G, Sodiqova D, Akkazieva B, Rechel B. Tajikistan: health system review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(1):1–114.

25. Wang F. Measurement, Optimization, and Impact of Health Care Accessibility: A Methodological Review. *Ann Assoc Am Geogr*. 2012;102(5):1104-1112. doi:10.1080/00045608.2012.657146.

## ПЛАНИРОВАНИЕ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЧИСЛЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ КАДРОВ

Мирзоали Н.Т., Раджабова З.А.

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

В статье приведен обзор современной литературы с целью изучения вопросов планирование и оптимизация численности медицинских и фармацевтических кадров.

В настоящее время в Республике Таджикистан проводимая реструктуризация отрасли на основе развития семейной медицины с углубленным применением стационар-

но замещающей технологии терапии, сокращения и интенсификации использования коечного фонда, повышения качества специализированной помощи требует повышения эффективности работы действующего кадрового персонала.

**Ключевые слова:** кадровый потенциал, ПМСП, фармация, медицинский персонал, врачи.

## PLANNING AND OPTIMIZATION OF MEDICAL AND PHARMACEUTICAL STAFF

Mirzoali N.T., Radjabova Z.A.

State Institution “Tajik Scientific Research Institute of Preventive Medicine”

The article provides a review of modern literature in order to study the issues of planning and optimization of the number of medical and pharmaceutical personnel.

At present, in the Republic of Tajikistan, the ongoing restructuring of the industry based on the development of family medicine with the in-

depth use of stationary replacement therapy technology, reduction and intensification of the use of bed resources, improving the quality of specialized care requires an increase in the efficiency of the existing staff.

**Key words:** human resources, primary health care, pharmacy, medical personnel, doctors.

**Мирзоали Н.Т.** – унвонҷӯи Муассисаи давлатии “Пажӯҳишгоҳи тиббии профилактики Тоҷикистон”. **Суроға:** 734000, Ҷумҳурии Тоҷикистон, шаҳри Душанбе, кӯчаи Шевченко 61. E-mail: [info@moh.tj](mailto:info@moh.tj) Тел: (+992) 918-66-70-06

**Мирзоали Н.Т.** – соискатель ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» **Адрес:** 734000, Республика Таджикистан, город Душанбе, улица Шевченко 61.

**Mirzoali N.T.** - Applicant for the State Institution “Tajik Scientific Research Institute of Preventive Medicine”. **Address:** 734000, Republic of Tajikistan, Dushanbe city, Shevchenko street 61. E-mail: [info@moh.tj](mailto:info@moh.tj) Tel: (+992) 918-66-70-06



## ТАЪРИХИ ТАШАККУЛҲАИ ВА РУШДИ ХАДАМОТИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Саидзода Б.И.

Кафедраи дерматовенерология, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Венерология илмест, ки бемориҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузарандаро меомӯзад. Истилоҳи “венерология” аз калимаи латинӣ “Venus” –Венера (дар мифологияи римӣ, олиҳаи муҳаббат ва зебоӣ, ба ибораи маҷозиву шоирона - зани зебо) ва калимаи юнонии “logos” - таълимот, илм гирифта шудааст. Зери ибораи “бемориҳои зухравӣ” бемориҳои сироятӣ муттаҳид мегарданд, ки одатан тавассути алоқаи ҷинсӣ мегузаранд [4, 5, 11, 13, 19, 27, 42].

Омӯзиши венерология аз давраҳои дури қадим оғоз ёфта буд. Аз ҷумла, дар китоби муқаддаси Инҷил оид ба ихроҷи нопок аз узвҳои таносул сухан меравад. Ғайр аз он, дар асарҳои Гиппократ, А.Селс ва Гален (асри I мелодӣ) дар бораи пешобкунии муш-килу дарднок ва лейкорея дар занон, ихроҷи фасодноку хунин аз узвҳои ҷинсийшоро ҳама шудааст. Мартсел Эмпирик (асри 4 мелодӣ) дар бораи табобати мояҳои варамидаёдовар шудааст. Дар Рим (дар асри I мелодӣ) беморӣ маълум буд, ки аз ҷиҳати алоқаманд баъзе оризаҳои он (тангиҳо) ба сӯзнок монандӣ дошт. Аз ин хусус кофтукови бурҷаҳои металлӣПомпей шаҳодат медиҳанд, ки эҳтимол аз онҳо барои васеъкунии роҳҳои пешоб истифода мебаранд. Дар асарҳои Ар-Розӣ (асри 9), Ибни Сино (асри 9-10), Месуэ (асри 10), намояндагони мактаби Салерно - Рочер ва Ланфранка (Рочер, асри 12; Ланфранка, асри 13). Вилгелм аз Салисето (асри 13) нишонаҳои сӯзнок тавсиф гардида, захми узвҳои таносул аллақай равшантар тавсиф карда шудааст. Ги де Шоляк дар асри 14 ва Валескус (Валескус, асри 16) нишонаҳои сӯзнок ва интиқоли ҷинсии онро муфассал нишон додаанд. Соли 1162 Ускуфи Винчестер қабули мизочонро ба ғоҳишахонаҳои Лондон- ба назди заноне, ки “ҳар гуна бемории сӯзнок” доштанд, манъ кард; Маликаи ҳарду Ситсилия Иоана I соли 1347 таълиқи профилактикии хизматгориҳои ғоҳишахонаҳоро қарор карда буд [4, 5, 11, 13, 19, 22, 27, 30, 41, 42].

Аз рӯи ақидаи бисёр муҳаққиқон, оташакро(сифилисро)маллоҳони Христофор Колумб аз Амрико оварданд ва дар охири асри 15 ва аввали асри 16 пандемияи сифилис ба мушоҳида мерасид. Муаллифони дигар тахмин мекунанд, ки оташак дар замони қадим вучуд дошт, аммо он вақт одатан бемориҳоро шинохта наметавонистанд. Ғайр аз ин, пешниҳоди вучуд дорад, ки оташак аз қитъаи Африқо ворид карда шудааст.

Бори аввал дар Испания ва Италия соли 1494, дар Фаронса, Дания, Швейцария, Нидерланд, Олмон - соли 1496, дар Англия - соли 1497, дар Полша - соли 1495, бемории оташакро муфассал тавсиф кардаанд ва соли 1499 ин беморӣ маҳз аз он ҷо ба Русия сар даровард [5, 11, 19, 24, 30, 41].

Бо мурури замон олимони барҷаста бо патогенҳо, роҳҳои гузариш, ҳамаҷони клиникӣ, таълиқи ва табобати бемориҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда машғул гаштанд. Табибони асрҳои миёна - Куманус (М. Куманус, 1495), Бенедиктус (А. Бенедиктус, 1510), де Виге (Г. де Виге, 1514), Хуттен (У. фон Хуттен, 1519), Фернел (Ҷ. Фернел, 1548) ва дигарон оташакро аз сӯзнок ва захмиҳои оддизухравӣ фарқ мекарданд. Торелла (Г. Торелла, 1497) ба қарри зичшудаи сифиломаи ибтидоӣ ишора кардааст. Грунпек (Ҷ. Грунпек, 1496) давраҳои ниҳонии оташакро тавсиф кардааст. Брасавола (А.М. Brasavola, 1551) байни gonorrhoea vera s. Syphilitica ва gonorrhoea non vera фарқ гузошта буд. Г.Фаллопий (1564) низ байни гонорейи галлика (оташак) ва гонорейи галлӣ (сӯзнок) фарқ мегузорад. Г.Ван Свутен (1758) клиникаи оташаки гирифташударо тавсиф карда, Кокберн (В. Кокберн, 1713), Ф.Балфур (1767), Белл (Б. Белл, 1793) ва Тод (Ҷ.К. Тод, 1794) оташаква сӯзнокро бемориҳои гуногун нишон додаанд. Белл аввалин касе буд, ки шанкри саҳт (сифиломаи ибтидоӣ)-ро дар пешоб тасвир кард. Д.Гунтер (1786) шанк-

рҳои мулоим ва сахтро ба хубӣ фарқ мекард. Соли 1879 А. Нейссер як омили махсуси барангезандаи сӯзок - гонококкро кашф ва тавсиф кард ва дар соли 1885 Э. Бумм сабзиши дақиқи гонококкро чудо кард ва ҳамин тавр имкон пайдо гашт, ки сироятнокии сӯзок исбот карда шавад [4, 5, 11, 19, 30, 42].

Дар таърихи рушди венерология 2 таълимот фарқ карда мешаванд: унитаристон ва дуалистон. Олимоне, ки оташакро асоси пайдоиши ҳама бемориҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ номбаршуда меҳисобиданд, унитаристон ҳисобида шуда, намояндаи онҳо олими бонуфузи англис Центер буд. Новобаста ба ғалат буданаш, таълимоти унитаристҳо то аввали асри 21 ҳукмрон буд. Намояндаи таълимоти дуалистон венерологи фаронсавӣ Ф. Рикорд буд ва ӯ исбот кард, ки оташак ва сӯзок бемориҳои мустақили гуногун мебошанд. Вай аз соли 1831 то 1837 оид ба сирояти оммавии маҳбусон таҳқиқот гузаронида, 700 нафарро ба оташак ва 667 нафарро ба сӯзок гирифтӣ кард ва бо ин гаронӣ шӯҳрати таърихӣ пайдо кард [4, 5, 11, 13, 24, 30, 42].

Дар Русия рушди венерологияи илмӣ аз нимаи дуюми асри 19 оғоз меёбад. Асосгузори мактаби сифилидологии Русия профессори Академияи тиббӣ-ҷарроҳии Санкт-Петербург В. М. Тарновский маҳсуб меёбад. Маҳз бо ташаббуси ӯ, соли 1885 Ҷамъияти сифилидологӣ ва дерматологии Русия - аввалин ҷамъияти илмии дерматовенерологҳо дар Аврупо ташкил карда шуд.

Дар қаламрави Осиёи Миёна, то ба Россия ҳамроҳ шудани он (нимаи дуюми асри 19), муассисаҳои тиббӣ ва кормандони тиб тамоман вучуд надоштанд [2, 3, 36].

Муолиҷаи бемориҳо, аз ҷумла бемориҳои зӯҳравӣ (ҳама шаклҳои оташак, сӯзок ва ғ.) ба ихтиёри рӯҳониёни реаксионӣ, табибони сершумор, ки одатан маълумоти махсуси тиббӣ надоштанд, воғузӯр карда шуда буд. Аз хусуси беморшавии аҳолии Осиёи Миёна то ҳамроҳшавии он ба Россия танҳо тавассути баъзе сарчашмаҳои боқимондаи адабӣ ҳарф задан мумкин аст. Ба ин шаҳодати сайёҳони алоҳида ва мансабдорон, аз ҷумла табибонеро ворид кардан мумкин

аст, ки дар гузашта ба Осиёи Марказӣ ташриф овардаанд ва диққати онҳоро мавҷудияти бемориҳои гуногуни вазнин ба худ ҷалб кардааст [2, 3, 36, 38]. Ба гуфтаи Д. Н. Логофет (1911) дар Аморати Бухоро, сокинон дар баробари табларза, бемориҳои меъдаю рӯда, пендинка, ришта, маҳав, ҷоғар, бемориҳои чашм, сил, инчунин ба оташак гирифтӣ буданд [16, 17].

Пас аз ҳамроҳ шудани Осиёи Миёна ба Русия, баъзе муассисаҳои тиббӣ ва кормандони тиб пайдо шуданд, ки шумораи онҳо ва ҳаҷми кумаки расонидашуда хеле ночиз буданд. Дар қаламрави Тоҷикистони муосир, дар шаҳри Хучанд танҳо як амбулатория барои занону кӯдакони маҳаллӣ мавҷуд буд, ки рӯзи 29 сентябри соли 1886 кушода шуд. Беморони гирифтӣ бемориҳои чинсӣ (оташак) дар онҳо аз ҷониби табибони умумӣ ва фелдшерҳо таъбибат карда мешуданд. Дар байни 18640 нафар бемороне, ки солҳои 1886 - 1893 ба қайд гирифта шудаанд, беморони сифилис 5,7% -ро ташкил додааст [33]. Аввалин муассисаи тиббии Аморати Бухоро беморхонаи русӣ-туземӣ буд, ки соли 1891 дар Бухоро кушода шуда буд ва дар он ҷо дар соли 1910 34 нафар беморон (21 мард ва 13 зан) бо ташҳиси оташак таъбибат карда мешуданд. Худи ҳамон сол дар беморхонаи русӣ-туземии Бухоро 2911 бемори зӯҳравӣ ба таври амбулаторӣ бистарӣ карда шуданд [39].

Аз рӯзҳои аввали барқароршавии Ҳокимияти Шӯравӣ масъалаҳои ҳифзи саломатии аҳоли тадриҷан беҳтар шудан гирифтанд. Аз сабаби набудани кормандони тиббии маҳаллӣ, дар солҳои аввал ба аҳоли ёрии тиббӣ аз ҷониби духтурони ҳарбии қисмҳои Артиши Сурх, ки дар минтақаҳои мухталиф ҷойгир буданд, расонида мешуд.

Тибқи маълумотҳо аз рӯи мурочиат ба кӯмаки тиббӣ, дар байни ҳама бемориҳо, бемориҳои пӯст ҷои аввалро ишғол менамуданд, ки шумораи бештари онҳо гирифтӣ бемориҳои замбӯругӣ, асосан фавус, лейшманиози пӯст, домана, пиодерма буданд [11, 33, 34].

Ягона ишора ба сохтори маризии аҳолии Помир мақолаи Аверкиев (1905) мебошад.



Тибқи гуфтаи ӯ, аз шумораи умумии беморони ба қайд гирифташуда, бемориҳои пӯст-38,9%, бемориҳои сироятӣ - 14,8%, оташак - 31,9% -ро ташкил медоданд [33, 39].

Мувофиқи ҳисоботи Комиссариати ҳалқии тандурустии ҶАСС Тоҷикистон, солҳои 1925-1926 паҳншавии оташак дар байни аҳоли 3,1%, дар баъзе минтақаҳо аз ин ҳам баландтар буд.

Соли 1925 дар Душанбе амбулаторияи чашму чарроҳӣ кушода шуд, ки он аввалин муассисаи тиббии шаҳрвандии Ҷумҳурии Автономии Советии Сотсиалистии Тоҷикистон ба ҳисоб мерафт. Худи ҳамон сол онро ба беморхонаи шаҳрӣ табдил доданд. Моҳи июни соли 1925 шумораи беморхонаҳо аз 8 то 33 кат зиёд шуд. Аз 33 кати мавҷуда 9 кат барои табobati беморони дарунӣ ва зухравӣ пешбинӣ шуда буд [32].

Хадамоти аввалини махсусгардонидашудаи дерматовенерологӣ дар ҷумҳурӣ соли 1926 баробари таъсисёбии аввалин бунгохивенерологӣ дар шаҳри Душанбе дар ҳайати амбулаторияи шаҳрӣ оғоз ёфт. Бо қарори Шӯрои Комиссарони Ҳалқи ҶАСС Тоҷикистон аз 21.12. 1927, протоколи №14, соли 1928 дар Душанбе бо мақсади расонидани ёрии махсуси тиббӣ ба аҳоли диспансери дерматовенерологӣ кушода шуд. Ин аввалин муассисаи тиббии баландхаттисос дар ҷумҳурӣ буд. Соли 1929 аллакай дар қаламрави ҷумҳурӣ 9 муассисаи дерматовенерикӣ кор мекарданд: як диспансери пӯст ва 8 утокҳои муолиҷаи бемориҳои пӯст дар якҷанд шаҳрҳо (Хучанд, Конибодом, Уро-теппа, Кӯлоб ва ғ.). Соли 1931 диспансери дерматовенерологӣ ба диспансери ҷумҳуриявии дерматовенерологӣ иваз карда шуд. Соли 1930, диспансери вилоятии дерматовенерологӣ дар шаҳри Кӯлоб, соли 1932 диспансери вилоятии дерматовенерологии Ленинобод, соли 1958 диспансери вилоятии дерматовенерологии Қургонтеппа, соли 1966 диспансери вилоятии дерматовенерологии ВМКБ ва соли 1970 - диспансери дерматовенерологии шаҳри Душанбе кушода шуд. Дар ҷумҳурӣ шабакаи дерматовенерологӣ таъсис ёфт. Давраи солҳои 1930-1940 {амчун давраи рушди назарраси хадамоти

дерматовенерологӣ тавсиф карда мешавад. То соли 40-ум дар ҷумҳурӣ 22 муассисаи нигоҳубини пӯст, аз ҷумла 3 диспансер (дар Душанбе, Хучанд ва Кӯлоб) ва 18 клиникаи нигоҳубини пӯст (Қӯргонтеппа, Ҳисор, Шаҳринав, Ромит, Кӯктош, Муъминобод, Арал, Шаҳритус, Панҷ, Фарм, Қирғатол, Панҷакент, Ашт, Мастҷох, Исфара, Пролетар, Заҳматобод (ҳоло Айни) ва дар шаҳри Хоруғ) кор мекарданд. Мутахассисони баландхаттисоси дерматовенерология, лаборантҳо ва кормандони миёнаи тиб тайёр карда шуданд [5, 9, 11, 13, 23].

Дар давраи баъдичангӣ ва солҳои 50-60 хадамоти дерматовенерологии Тоҷикистон боз ҳам рушд ёфт. Дар аксари шаҳру ноҳияҳо шӯъбаҳо, утокҳо ва амбулаторияҳои дорои беморхонаҳои калон ташкил карда шуданд [5, 9, 10, 11, 13].

Дар миёнаи солҳои 70-ум дар ҷумҳурӣ 61 муассисаи дерматовенерологӣ кор мекарданд (18 диспансер, 9 шӯъба ва 34 уток). Таъминот бо катҳо ба ҳар 10000 аҳоли 5 нафарро ташкил медод (нишондиҳандаи миёнаи умумииттифок 2,3 буд). Дар хадамот 143 нафар табибони дерматовенеролог ва 25 табиб-лаборантҳо кор мекарданд [5, 9, 10, 11, 13].

Баъдтар, пас аз васеътар шудани баъзе диспансерҳои дерматовенерологӣ, миёнаи солҳои 80-ум, 56 муассиса, аз ҷумла 16 диспансер, 9 шӯъба ва 31 уток ба аҳолии ҷумҳурӣ кумаки махсус мерасонданд. Дар онҳо 22 озмоишгоҳи серологӣ, 20 лабораторияҳои ташҳиси клиникӣ ва 6 бактериологӣ амал мекарданд [9, 10, 11, 13].

Дар солҳои Иттиҳоди Шӯравӣ, то истиқлолият дар Ҷумҳурии Тоҷикистон диспансери ҷумҳуриявии дерматовенерологӣ, 4 диспансери минтақавии дерматовенерологӣ, диспансери шаҳрии дерматовенерологии шаҳри Душанбе, кафедраи бемориҳои пӯст ва зухравии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар заминаи беморхонаи клиникӣ шаҳрии №1, ки шӯъбаи пӯст дошт, фаъолият мекарданд. Дар ҳама ноҳияҳо ва шаҳрҳои тобегӣ маркази шӯъбаҳо ва утокҳои бемориҳои пӯст вучуд доштанд [9, 11, 13, 15, 25, 26, 28, 31, 35].

Дар вилояти Суғд (Ленинобод) аз соли 1928 табибони дерматовенеролог кор мекарданд. Сипас, тадричан, дар соли 1931 дар шаҳри Хучанд дар заминаи озмоишгоҳи санитарӣ шӯъбаи серологӣ ва соли 1932 - аввалин бинои диспансери дерматовенерологӣ кушода шуд. Дар Конибодом, Истаравшан, Исфара, Панҷакент ва дар як қатор дигар ноҳияҳо утокҳои дерматовенерологӣ, утокҳо ва шӯъбаҳо кушода шуданд [1, 9, 11, 14, 34].

Дар вилояти Хатлон, ки минтақаҳои Кӯлоб ва Қӯрғонтеппаро муттаҳид карда буд, утокҳои махсусгардонидашудаи дерматовенерологӣ ташкил карда шуданд. Соли 1930 дар шаҳри Кӯлоб Беморхонаи дерматовенерологӣ ва дар шаҳри Қӯрғонтеппа соли 1958 диспансери дерматовенерологӣ кушода шуд. Сохтори диспансерҳои минтақавӣ аз амбулатория (онҳо беморонро қабул мекарданд) ва шӯъбаи статсионарӣ иборат буданд. Ғайр аз ин, дар заминаи диспансер лаборатория ва шӯъбаи физиотерапия фаъолият мекарданд. Тадричан дар ҳама ноҳияҳо ва шаҳрҳои вилояти Хатлон утокҳои дерматовенерологӣ, утокҳо ва шӯъбаҳо кушода шуданд [9, 11, 13, 36].

Дар ВАБК дар заминаи поликлиникаи вилоятии шаҳри Хоруғ, соли 1938 бори аввал утоқи дерматолог кушода шуд. Соли 1955 дар заминаи шӯъбаи бемориҳои сироятӣ беморхонаи вилоятӣ ду шӯъбаи бемориҳои пӯст кушода шуданд. Соли 1966 дар шаҳри Хоруғ Диспансери минтақавии бемориҳои дерматовенерологӣ кушода шуд. Бо мурури замон дар саросари минтақа утокҳои пӯст ва дар заминаи диспансер лаборатория ташкил карда шуд [9, 11, 20, 37].

Дар шаҳри Душанбе, пойтахти Ҷумҳурии Тоҷикистон, соли 1970 Диспансери шаҳрии дерматовенерологӣ кушода шуд, ки аз як поликлиника ва шӯъбаи зухравии дорои 100 кат иборат буд. ДШКВ-и Душанбе ба пойтахти ҷумҳурӣ ва ноҳияҳои наздиктарин хидмат мекард [18].

Дар қатори вилоятҳо, дар ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ аввал утокҳои бемориҳои пӯст, баъдтар шӯъбаҳои бемориҳои пӯст кушода шуданд. Дар шаҳри Турсунзода (Регар) Бе-

морхонаи дерматовенерологӣ ва дар шаҳри Ваҳдат (Орҷоникидзеобод) ва ноҳияи Ҳисор дар заминаи беморхонаҳои марказии ноҳиявӣ шӯъбаҳои пӯст ва дар дигар ноҳияҳо ва шаҳрҳо утокҳои бемориҳои пӯст кушода шуданд [9, 11, 13, 21].

Таъминоти ҷумҳурӣ бо кадрҳои тиббии дорои таҳассуси олӣ ва миёна хеле афзуд. Дар охири соли 1939 дар пойтахти ҷумҳурӣ Донишқадаи далалии тиббӣ, баъдтар Омӯзишгоҳи тиббӣ таъсис дода шуд, ки он дурнамои дар оянда бо духтурон ва ҳамшираҳои шафқат таъмин намудани ҷумҳуриро якбора беҳтар кард. Солҳои 1943 ва 1944 хатми аввалини табибон аз ҷониби Донишқадаи тиббии Сталинобод баргузор шуда бошад ҳам, коҳиши шумораи табибонро боздошта натавонист, зеро аксари хатмкунандагон ба фронт сафарбар гардиданд. Барои таълим додани донишҷӯён ва тайёр кардани мутахассисон дар заминаи Беморхонаи ҷумҳуриявӣ (баъдтар ГҚБ №1), соли 1941 дар заминаи шӯъбаи муолиҷавӣ, кафедраи бемориҳои пӯст ва зӯҳравии Донишқадаи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи В.И. Абуалӣ ибни Сино, баъдтар дар ин беморхона шӯъбаи пӯст кушода шуд, ки озмоишгоҳи ҳудро дошт, ки он замон бо таҷҳизоти муосир мучаххаз гардонидашуда буд [5, 6, 7, 9, 11].

Ихтисоси ибтидоӣ ва тақмили ихтисоси духтурони дерматовенерологҳо дар Тоҷикистон дар охири солҳои 40-уми асри XX амалӣ карда мешуд. То охири солҳои 50-ум дерматовенерологҳои ҷумҳурӣ барои омӯхтани ихтисос ва тақмили ихтисос ба дигар шаҳрҳои собиқ ИҶШС сафар мекарданд. Аз оғози солҳои 60-ум, омӯзиши ибтидоӣ ва тақмили ихтисоси дерматовенерологҳо дар кафедраи бемориҳои пӯст ва венерологии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино роҳандозӣ гардид. Дар аввали солҳои 70-ум дар заминаи диспансери ҷумҳуриявии дерматовенерологӣ ихтисоси яксола (таҷрибаомӯзӣ) барои тайёр кардани дерматовенерологҳо ташкил карда шуд. Соли 1986 дар факултети тақмили ихтисоси табибони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, дар заминаи диспансери ҷумҳуриявии дерматовенерологӣ



курси дерматовенерология кушода шуд, ки соли 1993 бо ташаққули Институти тақмили ихтисоси кадрҳои тиббии Тоҷикистон ба кафедраи дерматовенерология табдил ёфт. Аз соли 2015 дар кафедра курси косметология кушода шудааст [6, 7, 8, 11, 12].

Кушодани пойгоҳҳои таълимӣ барои мутахассисон ба афзоиши назарраси шумораи табибони дерматовенеролог дар ҷумҳурӣ мусоидат намуд. Ҳамин тавр, агар шумораи табибони тахассусдори дерматовенерология дар соли 1945 20 нафар бошад, пас дар охири солҳои 60 –ум шумораи онҳо дар ҷумҳурӣ ба 101, дар миёнаи солҳои 70-ум ба 143 ва дар охири солҳои 80-ум ба 182 нафар расид.

Дар мавриди кадрҳои илмӣ бошад, то солҳои 60 таълими онҳо дар марказҳои илмии қисми аврупоии СССР гузаронида мешуд. Аз миёнаи солҳои 60-ум сар карда, тайёр кардани кадрҳои илмӣ барои ҷумҳурӣ асосан дар шаҳри Душанбе сурат мегирифт. То замони пошхӯрии Иттиҳоди Шӯравӣ, дерматовенерологҳои ҷумҳурӣ 1 рисолаи докторӣ ва 14 рисолаи номзадиро дифоъ карда, зиёда аз 250 мақола, таҳияҳои методӣ, монографияҳо, брошюраҳо нашр карданд ва 11 шаходатнома барои пешниҳодҳои рационализатори гирифтанд [6, 8, 9, 12, 13, 26, 35].

Аввалин шӯъбаи статсионарии назди диспансери дерматовенерологӣ барои 26 кат соли 1933 дар Хучанд, пас соли 1935 - барои 20 кат дар Душанбе дар беморхонаи ҷумҳуриявӣ кушода шуд. Дар охири соли 1935 дар Душанбе беморхонаи занбурӯгии дорои 50 кат кушода шуд. То оғози Ҷанги Бузурги Ватанӣ дар ҷумҳурӣ шабакаи инкишофёфтаи муассисаҳои дерматовенерологӣ мавҷуд буд: 31 муассисаи махсусгардонидашуда бо 174 кат дар шаҳрҳо ва ноҳияҳо кор мекарданд; дар охири соли 1945 шумораи катҳо дар муассисаҳои дерматовенерологии ҷумҳурӣ ба 240 адад расид. Пас аз он, иқтидори катҳои шӯъбаҳои дерматовенерологии ҷумҳурӣ афзоишро идома дода, то соли 1965 765 катро ташкил дод. Дар миёнаи солҳои 70 - 1965, миёнаи солҳои 80-ум, 1740 катҳои дерматовенерологӣ ҷойгир карда шуданд, ки ин дар беморхона бистарӣ шудани беморонро пур-

ра таъмин намуд. Баъдтар, бинобар ба таври назаррас коҳиш ёфтани шумораи беморони гирифтори бемориҳои венерикӣ ва сироятҳои пӯст, шумораи катҳои дерматологӣ дар ҷумҳурӣ коҳиш ёфта, то аввали солҳои 90-ум то 1167 кат поён фурумад [9, 11, 13].

Тибқи қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон дар бораи «Ратсионализатсияи муассисаҳои тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2011-2020», 282 катҳои дерматологӣ ихтисор карда шуда, айни замон 885 кат кор мекунад, ки аз он 690 -тоашон статсионарӣ ва 195 –тои дигар катҳои рӯзона мебошанд[29].

Хусусиятҳои хоси мубориза бар зидди бемориҳои зӯҳравӣ дар СССР характери давлатии он, самти профилактикӣ дар асоси усули диспансерӣ, ягонагии усулҳои аз ҷиҳати илмӣ асосёфтаи пешгирӣ, ташхис ва табобат мебошанд. Хусусияти давлатии ин мубориза фавран пас аз барқарор шудани Ҳокимияти Шӯравӣ 22 апрели соли 2018 муайян карда шуд. Усули диспансерии мубориза бар зидди бемориҳои венерикӣ дар ягон мамлакати ҷаҳон аз ҷиҳати пуррагии татбиқи амалӣ ва самаранокии идоракунии вазъият шабоҳат надорад. Тамоми принципҳои усули диспансериро Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ қабул кард, ки дар асоси онҳо тавсияҳои ТУТ оид ба ташкили мубориза бо паҳншавии бемориҳои венерикӣ таҳия карда шуданд [5, 11, 13, 30, 42].

Соли 1988 тамоюле, ки пайдо шуд, ки тибқи он бояд усули диспансерӣ таҷдиди назар карда, аз сабаби кӯҳна шудан ва худро нишон дода натавонистани усули диспансерӣ алтернативаи ба он баробар пешниҳод карда шавад. Мубориза бо бемориҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда ҷанбаҳои иҷтимоӣ, сиёсӣ, биологӣ, тиббӣ, иқтисодӣ, тарбиявӣ ва ахлоқиро дар бар мегирад. Ҳангоми усули диспансерӣ, бемориҳои венерикӣ аз нуқтаи назари эпидемиологияи умумӣ, ҳангоми мубориза бо онҳо - аз нуқтаи назари муборизаи умумӣ бар зидди бемориҳои хатарноки сироятӣ, омезиши принципҳои ихтиёрӣ, маҷбурӣ ба манфиати саломатии аҳоли баррасӣ карда мешаванд [5, 11, 13, 30, 42].

**Хамин тарик**, хадамоти дерматовенерологии Тоҷикистон ба мисли дигар хадамотҳои тиббӣ дар солҳои шӯравӣ ташаққул ва ҳамаҷониба рушд кард. Аммо, бояд қайд намуд, ки то замони пошхӯрии СССР, кадрҳо ва потенциали моддию техникии хадамот баъзе камбудӣҳо доштанд. Дар баъзе минтақаҳои ҷумҳурӣ ягон табиби дерматовенеролог набуд, дар баъзе диспансерҳои дерматовенерологӣ шумораи кормандони тиббӣ ва миёнаи тиббӣ кам буданд. Аз са-

баби маблағгузориҳои нокифоя дар баъзе муассисаҳои дерматовенерологӣ лабораторияҳои клиникӣ ё серологӣ вучуд надоштанд ва табибони лаборант намерасиданд. Яке аз сабабҳои муҳими хуруҷи даврии бемориҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда он солҳо дар баъзе минтақаҳо набудани алоқамандии фаъолияти хадамоти дерматовенерологӣ бо хадамоти эпидемиологӣ, акушерӣ-гинекологӣ ва урологӣ махсуб меёфт.

### Адабиёт

1. Амакджонов, М.Р. Развитие дерматовенерологической службы Согдийской области за 25 лет независимости Республики Таджикистан / М.Р. Амакджонов, А.А. Очилзода, Д.Ф. Исхаки // Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии» посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан. – Душанбе. – 2016. – С. 29-31.
2. Ахмедов, А. Обобщение опыта здравоохранения в различных административных регионах Бухарского эмирата и его влияние на состояние здоровья населения этого периода / А. Ахмедов, М.А. Ахмедова, У.В. Маслова, Ф.А. Ахмедов // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – Душанбе. – 2017. - №2. – С. 87-93.
3. Ахмедов, А. Особенности развития здравоохранения Таджикистана в период присоединения Средней Азии к царской России (до 1917) / А. Ахмедов, М.А. Ахмедова, Е.В. Маслова, Ф.А. Ахмедов // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – Душанбе. – 2016. - №2. – С. 61-73.
4. Гусаков, Н.И. История венерологии (сообщение 2) венерология в России в XVIII-XIX веках / Н.И. Гусаков, Г.И. Мавров // Дерматология та венерология. – Харьков. – 2009. - № 2 (45). – С. 61-76.
5. Зоиров, П.Т. Венерология: учебное пособие / П.Т. Зоиров, Б.И. Саидзода. – Душанбе. 2019. – 245 с.
6. Зоиров, П.Т. Достижения кафедры дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино за 25 лет независимости / П.Т. Зоиров, К.М. Мухаммадиева, М.С. Исаева, Д.Х. Абдиева, Р.Д. Дадабаев // Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии» посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан. – Душанбе. – 2016. – С. 17-23.
7. Зоиров, П.Т. Частная дерматология и венерология: учебник / П.Т. Зоиров. – Душанбе. 2007. – 815 с.
8. Касымов, О.И. О деятельности кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии / О.И. Касымов, С.Х. Муниева // Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии» посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан. – Душанбе. – 2016. – С. 24-25.
9. Киямов, Ф.А. К истории развития кожно-венерологической службы Таджикистана / Ф.А. Киямов // Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 1985. - № 2. – С. 75-79.
10. Киямов, Ф.А. Некоторые итоги и перспективы дерматовенерологической помощи населению Таджикской ССР / Ф.А. Киямов // Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 1972. - № 2. – С. 48-5.
11. Киямов, Ф.А. Организация и развитие дерматовенерологической службы в Таджикистане / Ф.А. Киямов // Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 1974. - № 3. – С. 17-25.



12. Киямов, Ф.А. Основные направления учебной и научно-исследовательской деятельности курса дерматовенерологии факультета усовершенствования врачей Таджикского госмединститута / Ф.А. Киямов // Сборник научных трудов ТГМИ им. Абуали ибни Сино. – Душанбе. 1991. – С. 2-7.
13. Киямов, Ф.А. Эпидемиология сифилиса и организация его профилактики в Таджикистане: учебное пособие / Ф.А. Киямов. – Душанбе. 2004. – 74 с.
14. Кочетовская, Л.Н. К истории организации дерматовенерологической службы в Северном Таджикистане / Л.Н. Кочетовская // Материалы Республиканской научно-практической конференции врачей дерматовенерологов Таджикистана. – Душанбе. – 1973. – С. 8-11.
15. Лещенко, Г.М. Особенности противовенерической пропаганды среди лиц повышенного риска / Г.М. Лещенко, Г.К. Грачева, М.П. Случевская // Вестник дерматологии и венерологии. – 1988. - №2. – С. 45-48.
16. Логофет, Д.Н. Бухарское ханство по русским протекторатом / Д.Н. Логофет. – СПб.: 1911. – 152 с.
17. Логофет, Д.Н. Страна бесправия / Д.Н. Логофет. – СПб.: 1909. – С. 95-96.
18. Льготина, В.А. О здравоохранении г. Душанбе / В.А. Льготина // Здравоохранение Таджикистана. – 1974. - № 1 (117). – С. 5-9.
19. Мавров, Г.И. История венерологии (сообщение 3) венерология в России и СССР в XX веке / Г.И. Мавров // Дерматологія та венерологія. – Харьков. – 2009. - № 3 (45). – С. 83-101.
20. Мирзобеков, М.М. История развития здравоохранения Советского Памира / М.М. Мирзобеков // Здравоохранение Таджикистана. – 1974. - № 3 (119). – С. 5-9.
21. Муродов, Дж.И. Развитие и достижения кожно-венерологический центр города Душанбе за 25 лет независимости Республики Таджикистан / Дж.И. Муродов, М.И. Косимов // Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии» посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан. – Душанбе. – 2016. – С. 26-28.
22. Нуралиев, Ю. Медицина эпохи Авиценны: монография / Ю. Нуралиев. – Душанбе: 1981. – 245 с.
23. Постановление Совета Народных Комиссариатов Таджикской АССР от 21.12. 1927 г. №14 «Об оказания специализированной медицинской помощи населению в г. Душанбе».
24. Притуло, О.А. Дерматология и венерология: учебное пособие / О.А. Притуло, Г.А. Винцерская, Д.В. Прохоров, О.Ю. Олисова, А.А. Лепехова. – Москва. ИНФРА-М, 2021. – 204 с.
25. Пулатова, Г.К. Итоги деятельности органов и учреждений здравоохранения Таджикской ССР за 1985 и их задачи на 1986 год / Г.К. Пулатова // Здравоохранение Таджикистана. – 1986. - № 2. – С. 6-15.
26. Рахматов, Б.Р. К истории и об основных итогах научной деятельности кафедры кожных и венерических болезней Таджикского мединститута / Б.Р. Рахматов // В кн.: Вопросы эпидемиологии, клиники, лечения и профилактики венерических заболеваний (материалы конференции). – Душанбе. – 1976. – С. 13-17.
27. Родионов, А.Н. Сифилис: руководство для врачей / А.Н.Родионов. – СПб. Литер, 2007. – 316 с.
28. Саженин, И.А. Состояние и перспективы развития здравоохранения Таджикистана / И.А. Саженин // Здравоохранение Таджикистана. – 1973. - № 6 (110). – С. 5-10.
29. Салимзода, Н.Ф. Достижения дерматовенерологической службы Республики Таджикистан в период независимости / Н.Ф. Салимзода, Д.Н. Садыкова, А.М. Косимов, К.М. Мухамадиева // Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные про-

блемы дерматовенерологии» посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан. – Душанбе. – 2016. – С. 11-13.

30. Скрипкин, Ю.К. Дерматовенерология: национальное руководство / Ю.К. Скрипкин, Ю.С. Бутов, О.Л. Иванов. – Москва: 2017. – 1015 с.

31. Сокова, Е.П. К истории развития серологической службы в Таджикистане / Е.П. Сокова, Э.Ф. Токмакова // В кн.: Вопросы эпидемиологии, клиники, лечения и профилактики венерических заболеваний (материалы конференции). – Душанбе. – 1976. – С. 22-24.

32. Таджиев, Я.Т. «Правда Востока» от 26 марта 1925 года.

33. Таджиев, Я.Т. Здравоохранение Таджикистана: монография / Я.Т. Таджиев. – Душанбе. Издательство «Ирфон», 1974. – 240 с.

34. Таджиев, Я.Т. Материалы к истории здравоохранения Таджикистана (Ленинабадская область) / Я.Т. Таджиев // Здравоохранение Таджикистана. – 1984. - № 2 (191). – С. 76-80.

35. Таджиев, Я.Т. Медицинские кадры на первых этапах здравоохранения Таджикистана / Я.Т. Таджиев // Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 1972. - № 2 (118). – С. 16-21.

36. Таджиев, Я.Т. О пионерах здравоохранения южной группы районов Таджикистана / Я.Т. Таджиев, В.Т. Тхостова // Здравоохранение Таджикистана. – 1985. - № 1 (196). – С. 58-62.

37. Худорамова, Ш. Развитие дерматовенерологии в Бадахшане / Ш. Худорамова // Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии» посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан. – Душанбе. – 2016. – С. 32.

38. ЦГА Таджикской ССР, ф. 1. оп. 1. ед. хр. 1966, лл. 185-186.

39. ЦГА Узбекской ССР, ф. 25. оп. 3. ед. хр. 196, л. 25.

40. Чеботарёв, В.В. Современные аспекты лечения урогенитальной хламидийной инфекции / В.В. Чеботарёв, М.С. Асхаков, О.А. Кайшева // Традиционная и инновационная наука: история, современное состояние, перспективы: сборник статей Международной научно-практической конференции в 5 ч. – 2017. Ч. 4. – С. 146-152.

## **ИСТОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

**Саидзода Б.И.**

Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

В статье рассматриваются основные аспекты истории и развития службы дерматовенерологической помощи в мире и Республики Таджикистана. Установлено, что служба дерматовенерологической помощи является одной из древнейших отраслей медицины который берет начало с 3000 лет до н. э. Этот служба относится к социально значимым заболеваниями. Дерматовенерологическая служба Таджикистана, как и другие медицинские службы, образовалась и получила всестороннее развитие в Советские годы. Не-

смотря на такую развитие службы имело свои недостатки, это нехватка кадров, материально-технический баз и недостаточного финансирования. Одной из причин являлось ослабление или в некоторых регионах отсутствие взаимосвязанной работы дерматовенерологической службы с другими (эпидемиологической, акушерско-гинекологической, урологической и др.) службами.

**Ключевые слова:** дерматовенерология, инфекции, передаваемые половым путем, репродуктивное здоровье.



## THE HISTORY OF THE FORMATION AND DEVELOPMENT OF THE DERMATOVENEROLOGICAL SERVICE IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Saidzoda B.I.

Department of Dermatovenerology of SEI “Avicenna Tajik State Medical University”

The article examines the main aspects of the history and development services dermatovenerological care in the world and the Republic of Tajikistan. Installed, that the service of dermatovenerological care is one of the oldest branches medicine that dates back to 3000 BC. This service refers to the social significant diseases. The Dermatovenerological Services of Tajikistan. As well as other medical services, formed and developed in a comprehensive

manner in Soviet years. Despite this development of the service had its drawbacks, it is lack of personnel, material and technical bases and insufficient funding. One of the reasons was the weakening of c or in some regions the lack of related work dermatovenerological service by others (epidemiological, obstetric-gynecological, urological, etc.) services.

**Key words:** dermatovenerological, sexually transmitted infections, reproductive health.

**Саидзода Баҳромуддин Икром**, дотсенти кафедраи дерматовенерология, Муассисаи давлатии таълимии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, номзади илмҳои тиб. тел.: (+992) 985154545, E-mail: [saidov\\_bahromuddin@mail.ru](mailto:saidov_bahromuddin@mail.ru)

**Саидзода Баҳромуддин Икром**, доцент кафедры дерматовенерологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», кандидат медицинских наук. Тел.: (+992) 985154545, E-mail: [saidov\\_bahromuddin@mail.ru](mailto:saidov_bahromuddin@mail.ru)

**Saidzoda Bahromuddin Ikrom**, Docent of the Dermatovenerology Department of SEI “Avicenna Tajik State Medical University», Tel.: (+992) 985154545. E-mail: [saidov\\_bahromuddin@mail.ru](mailto:saidov_bahromuddin@mail.ru).

## ХУСУСИЯТҲОИ ФУНКЦИОНАЛИИ ЭНДОТЕЛИЯ ҲАНГОМИ БЕМОРИҲОИ ИШЕМИКИИ ДИЛ

Табаров М.С.<sup>1</sup>, Шукуров Ф.А.<sup>1</sup>, Тоштемирова З.М.<sup>1</sup>, Хурсанов Н.М.<sup>2</sup>

1. Кафедраи патологияи физиологӣ;

2. бемориҳои дарунии №2-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Муҳимият.** Бемории ишемикии дил дар байни бемориҳои дилу рағҳо аз ҷиҳати оризаҳо ва ғавтият ҷойи аввалро ишғол намуна, дар кардиологияи муосир мавқеи маҳсус дорад, зеро ба фишорбаландии шарёнӣ, ремоделсозии миокард, норасоии дил, ихтилоли ритм ва гузаронандагии он вобастагии зич дорад [ 21].

Бемории ишемикии дил аз дисфунксияи шадид ё музмини миокард иборат аст, ки дар натиҷаи камшавии нисбӣ ё мутлақи таъминшавии миокард аз хуни шарёнӣ пайдо мешавад, ки бештар бо патологияи сиистемаи шарёнҳои коронарӣ (ҳолате, ки дар он таносуби байни талаботи миокард ва оксиген ва расонидани он вайрон мешавад) алоқаманд аст. Дар патогенези БИД нақши асо-

сиро вайрон шудани мубодилаи липидҳо, ихтилоли функсияи эндотел бо бартарӣ доштани маҳсулоти омилҳои вазоконстрикторӣ, тағйирот дар системаи туршшавии перекиси липидҳо, қобиляти агрегатсионии тромбоцитҳо ва эритроцитҳо [17,18,19].

Патогенези БИД таркиби чунин механизмҳо фаро мегирад [ 38];

Даридан, нимдаррон, ё осебҳои дигари эндотел дар ноҳияи ҳалқаҳои атеросклерозӣ [ 45];

Тромбоз дар ноҳияи порашуда ва ё осебҳои эндотелӣ, баъзан дар ноҳияи ҳалқаҳои интактӣ [ 39];

Спазми шарёнҳои коронарӣ, асосан маҳдуд – дар минтақаҳои ҳалқаҳо, камтар – паҳнӣфта дар равиши ҳамаи шарёнҳо [ 54].

Як қатор муаллифон, исботхое низ дар даст аст, ки триадаи классикиро боз дар як омил - илтиҳоби ҳалқаи атеросклерозӣ илова карда шуд [51].

Стенокардия яке аз шаклҳои клиникии БИД аст. Субстрати морфологии стенокардия атеросклерози шарёнҳои коронарии дил ба ҳисоб меравад. Шаклҳои классикии хатари атеросклероз, ба сифати сабаби ИБД гиперлипидемия, фишорбаландии шарёнӣ, сигоркашӣ, диабет қанд, фарбеҳӣ, гиподинамия ба ҳисоб меравад. Ба наздикӣ ба омилҳои потенциалии хатари атеросклероз гомосистеинемияро дохил карданд [55,56,57]. Солҳои охир рушди интенсивии таҳқиқотиҳои фундаменталӣ ва клиникӣ нақши эндотели рағҳо дар генези бемориҳои дилу рағҳо ба миён омаданд [2,3, 53].

Мувофиқи тасаввуроти муосир, эндотел – ин монеаи нофаъоли байни хун ва бофтаҳо нест, балки узви фаъол, ки дисфункцияи он чӯзӣ хатмӣ тақрибан ҳамаи бемориҳои дилу рағҳо, протсессҳои аутоиммунӣ, диабет қанд, тромбоз, сепсис ва ғайра [16, 29] ба ҳисоб меравад.

Эндотел- ин қишри якқабатаи ҳучайраҳои махсус мебошад, ки дар сатҳи даруни рағҳо фарш шудаанд, ки вай узви аутокринӣ, паракринӣ ва эндокринӣ ба ҳисоб меравад ва дар тамоми организми одамон бо функцияҳои сершумори танзимкунанда тақсим мешавад, беист миқдори зиёди модаҳои муҳимтарини фаъоли биологӣ тавлид мешаванд [15].

Эндотел дар танзими тонуси рағҳо, гемостаз, ҷавоби иммунӣ, муҳоҷирати ҳучайраҳои хун дар девораи рағҳо, синтези омилҳои илтиҳоб ва ингибиторҳои онҳо иштирок намуда, функцияи монеагиро иҷро мекунад [5,13,14].

Вазифаҳои эндотелиро баррасӣ намуда, аз хусуси механизми мураккаби иртиботи мутақобилаи антагонистии медиаторҳо, ҳамчунин оид ба танзим ё самаранокиҳои гуногуни физиологӣ суҳан гуфтан мумкин аст. Бисёр омилҳои анъанавии хатари бемориҳои дилу рағҳо (БДР) – ро ихтилоли функцияи муътадили ҳучайраҳои эндотелиалӣ ҳамроҳӣ мекунанд [28,29]. мебошад, ки

Дарахти эндотелиалӣ аз ҷиҳати архитектура гуногун мебошад. Эндотели рағҳои коронарӣ, эндотели шушҳо, серебрялӣ ва ғайра гарчанде аз ҷиҳати анатомӣ монанд бошанд ҳам, аммо аз лиҳози генӣ ва биохимиявӣ, типӣ ретсенторҳо, маҷмӯи сафедаҳо пешгузаштагон, ферментҳо трансмиттерҳо ва ғ. хеле фарқ мекунанд [11,33]. Мувофиқи зухуроти патологӣ низ интиҳобан дар популяцияҳои узвии эндотелиалӣ ва ҳучайраҳои рағҳо инкишоф меёбанд: ҳассосияти онҳо нисбат ба ташаккули атеросклероз, ихтилолҳои ишемикӣ, инкишофи омос якранг нест [10]. Эндотел таъсироти механикии моеъ, фишори хун ва шиддати ҷавобӣ, ки қабати мушакҳои рағҳо сохтаанд, дарк мекунанд [24]. Вай нисбат ба осебҳои химиявӣ ва анатомӣ ҳассосият дорад, онҳо метавонанд, ки ба баландшавии агрегатсия ва адгезияи ҳучайраҳои гардишкунанда, пайдо шудани тромбоз, нишастани конгломератҳои липидҳо оварда мерасонанд [20, 58].

Эндотелҳо дар танзими тонуси рағҳо бо роҳи озодшавии рағвасеъкунандаҳо (оксиди азот, простасиклин, пептиди натрий уретикии типӣ С, адреномедулин) ва рагтангкунандаҳо (эндотелии -1, тромбосан Аг, ангиотензин II, простагландин Н2, ингибитори активатори бофтаҳои плазминоген) иштирок мекунанд. Дар шароити физиологӣ озодшавии омилҳои релаксикунанда бартарӣ доранд. Таносуби байни омилҳои релаксатсия ва констриксия тонуси рағҳо-ро муайян мекунанд [31,41,48,52]

Нақши мустақил ва ҳалкунандаи эндотел дар танзими тонуси рағҳо бори аввал танҳо дар соли 1980 муайян карда шуд, пас аз таҳқиқот R.F.Furchgoff ва J.V.Zawadzki [40]. Онҳо муқаррар намуданд, ки танҳо дар сурати мавҷуд будани ҳучайраҳои эндотелиалӣ, зиёд кардани дозаи атсетилхолин ба релаксатсияи рағҳо оварда расонид, ки ба он «омили эндотелӣ-релаксатсионӣ» номгузорӣ карда шуд, ки баъдан ҳамчун оксиди азот идентификатсия шуд. Омӯзиши минбаъдаи функцияи NO ва муайян кардани нақши асосии он дар патогенези бемориҳои дилу рағҳо имконият дод, ки ин пайваستاгӣ «молекулаи асри XX» номгузорӣ карда шуд [19, 23,26,27]



Нақши асосӣ дар танзими системаи дилу рағҳо дар меъёр ба NOS (e NOS) –и эндотелиалии конститутивӣ тааллуқ дорад, ки бори аввал дар эндотели рағҳо ошкор карда шуда, дар натиҷа дар миокард, эндокард, мускулатураи ҳамвор, фавкулгурдаҳо, тромбоситҳо, дар нейронҳои майнаи сар(-гиппокамп), асабҳои периферии нитрергӣ, эпителии шушҳо ва гурдаҳо ва дар баъзе бофтаҳои дигар ба назар расид. Гене, кинтези e NOS –ро коргузори мекунад, дар хромасомаи 7 дар региони 7q 35 -36 [4.4] маҳдуд карда шуд.

Функсияи эндотелиалӣ таҳти таъсири як қатор омилҳои хатари БИД, монанди гиперхолестеринемия, гиперхгомосистеинемия, фишорбаландии шарёӣ, диабет қанд, фарбеҳӣ, сигоркашӣ вайрон мешавад. Хангоми таъсиррасонии тӯлонии омилҳои гуногуни осебрасон фаъолияти эндотел тадриҷан вайрон мешавад, қобилияти озодшавии омилҳои релаксанти паст мешавад, дар ҳоле, ки тавлид шудани омилҳои констрикторӣ нигоҳ дошта мешаванд, яъне ҳолате ташаккул меёбад, ки ҳамчун дисфунксияи эндотел муайян карда мешавад [36,42,43,49]. Дисфунксияҳои эндотел-ин номутаносиби байни маҳсулоти омилҳои вазодилатсионӣ, ангиопротективӣ, антипролиферативӣ (оксид, азот, простатсиклин, активатори бофтавии плазминоген, С-тип лептиди натрийуретикӣ, омили эндотелиалии гиперполяри) аз як тараф ва омилҳои вазоконстриктивӣ, протромбозӣ, пролиферативӣ (эндотелин, супероксид-анион, тромбоксан Аа, ингибитори активатори бофтавии плазминоген), аз тарафи дигар [22, 25].

Мувофиқи назарияи Dzau ва Gibbons (1991), дисфунксияи эндотелӣ як қатор зухуротеро доранд, ки ба атеросклероз, атеротромбоз оварда мерасонанд [11, 37].

Аломати нисбатан маҳсули дисфунксияи эндотелиалӣ паст шудани сустшавии эндотелвобастаи шарёнҳо, дар мавриди нигоҳ доштани аксуламали мӯътадили дилататорӣ ба эндотелҳои экзогенӣ нитровазодилаторҳои мустақил (нитроглитсерин, серотонин, гентропрусеиди натрий), дар марҳалаҳои барвақти дисфунксия [15,34]. Дар дисфунксияи вазнини эндотел, вақте ки маҳсулоти

NO тақрибан вучуд надорад дисфунксия [46]. Чунин аксуламали парадоксалии вазоконстрикторӣ яке аз зухуроти асосии дисфунксияи эндотелиалӣ ба ҳисоб меравад ва ба ҷинси мард, синну соли пирӣ, атеросклероз, гипертензияи шарёӣ ва шушӣ, гиперхолестеринемия, сигоркашӣ, синдроми метаболикӣ, норасоии дил, реокклюзияҳо, осеби реперфузионӣ, тамоюлнокии генетикӣ нисбат ба атеросклероз ва БИД, диабет қанд, гипергомотсистеинемия, инсули му-татсияи генҳои NOS, сар шудани ҳайзбинӣ ва синдроми Х [9,13, 59].

Тавлидшавӣ ва ҷудошавии моддаҳои тромбогенӣ ва атромбогении эндотел-мӯътадил, доимо ҷоришаванда дар ҳама рағҳо. Дар протсессии атерогенӣ ин аксуламалро депрессияи механизмҳои атромбогенӣ ҳамроҳ мекунад. Дар шароити физиологӣ тавлидшавиву ҷудошавии моддаҳои атромбогенӣ нисбат ба тромбогенӣ бартарӣ доранд, ки ин шарт муҳимми тромборезистентнокии рағҳо бартарӣ доранд [11,15].

Моддаҳои атромбогении девораи рағҳо, тромбиногенез ингибатсия шуда, прокоагулянтҳо нофаъол гашта, фибринолизро фаъол месозад, адгезияро садди роҳ ва агрегатсияи тромбоситҳо, гемостаз, хангоми осеб расонидани рағҳо, аммо протсессии тромбохосилшавиро маҳдуд месозад ва ин аст моҳияти тромборезистентнокии [8, 15].

Маълум аст, ки дар беморони дорои фазаи шадиди БИД дисфунксияи эндотелиалӣ бо баландшавии шадиди маҳсулоти вазоконстрикторҳо (эндотелин-1, тромбоксани Ас ва серотонин) ва хеле паст шудани синтези вазодилаторҳо (простасиклин) ва NO [50]. Дар натиҷаи ин коронароспазм инкишоф меёбад, ки обструксияи динамикии шарёи коронарӣ барпо мешавад, ва барои пешравии БИД, то ҳадди пайдо шудани инфаркти шадиди миокард мусоидат менамояд [6]. Имрӯзҳо муайян карда шудааст, ки коронароспазм метавонад ба осеб расидани эндотел дар шакли фрагментатсияи он ва десквататсия дар ҷои констриксия бо минбаъда тавлид шудани он дар ин ҷо агрегатҳои тромбоситарӣ ва тромбоз.

Спазми тӯлонӣ метавонад, ки ба пораши-  
вии ҳалқаҳо оварда расонад, аз тарафи дигар,  
осеби ҳалқаҳо ҳамеша ба вазоконстриксия  
оварда метавонад. То ҳанӯз нофаҳмо боқӣ  
мемонад, ки чӣ аввалӣ аст- коронаспазм ё пора  
шудани ҳалқаҳо, зеро маълумоте мавҷуд аст,  
ки ҳарду нуктаи назар дуруст аст [7].

Бахшида ба пайдоиши дисфунксияи эн-  
дотел ҳангоми бемориҳо ва ҳолатҳои гуно-  
гуни солҳои охир миқдори зиёди пажӯҳи-  
шҳои илмӣ нашр шудаанд. Муаллифони  
зиёд нақши маркерҳои функсияҳои эндоте-  
лиро ҳангоми бемориҳои дилу рағҳо, диа-  
бети қанд, ихтилолҳои ишемикии хунгарди-  
ши майна, синдроми метоболиқӣ, бемо-  
риҳои гурдаҳо мавриди омӯзиш қарор до-  
даанд [1,15,35].

Маъмулан, ҳолати эндотелии рағҳо аз  
рӯи миқдори эндотелиоситҳои гардишку-

нанда, муҳтавои диалдегиди малоновӣ дар  
плазмаи хун ва эритроцитҳо, фаъолнокии  
омили Вилмбранд, сатҳи метоболитҳои ок-  
сиди азот ва гомосистеин баҳогузорӣ кар-  
да шуд [12, 22].

Ҳамин тавр, омӯзиши хусусиятҳои функ-  
сионалии эндотели рағҳо имконият медиҳад,  
ки нақши патогенетикии он дар инкишофи  
бемории ишемикии дил ошкор карда шавад.  
Бо назардошти ин, тахмин кардан мумкин  
аст, ки дисфунксияи эндотел звенои асосии  
патогенези протсессии атерогенӣ бо минбаъ-  
да пайдо шудани БИД бо чараёнҳои гуногу-  
ни клиникӣ ва оризаҳо ба ҳисоб меравад.  
Барои ҳамин ҳам ба хатар- стратификатсияи  
ҳолатҳои коронарӣ дохил кардани баъзе  
омилҳои дисфунксияи эндотелиалӣ метаво-  
над, ки барои пешгирӣ намудани вазнинии  
БИД дар ин гурӯҳи беморон муфид бошад.

#### Адабиёт

1. Арсеничева О. В. Клиническое и прогностическое значение маркеров эндотелиальной дисфункции в развитии коронарных осложнений при проведении интервенционных вмешательств у больных с ишемической болезнью сердца : автореф. дис. + канд. мед. наук : 14.00.05 / О. В. Арсеничева. - Иваново, 2006. - 20 с.
2. Беленков Ю.Л., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Эндотелиальная дисфункция при сердечной недостаточности: возможности терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента // Кардиология. - 2001. - №5. - С.100-104.
3. Бурдули Н.М. Дисфункция эндотелия и сердечно-сосудистая патология. Владикавказ, 2005. - 64 с.
4. Бхаттачарийа Г. Атеросклероз // Патофизиология заболеваний сердечнососудистой системы. Пер. с англ. / ред. Л. Лилли. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. - Гл. 5. - С. 137-162.
5. Воробьева Е.Н. Роль дисфункции эндотелия в патогенезе атеросклероза / Е.Н.Воробьева, Г.И. Шумахер, И.В. Осипова, М.А. Хорева, Р.И. Воробьев //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2006. — № 6. — С. 129-136
6. Гасилин В.С., Сидоренко Б.А. Стенокардия. -М.: Медицина, 1987. – 240с.
7. Грацианский Н.А. Нестабильная стенокардия - острый коронарный синдром. Некоторые новые факты о патогенезе и их значение для лечения// Кардиология. - 1996. - №11. - С. 4 – 16.
8. Гемостаз: Физиологические механизмы, принципы диагностики основных форм геморрагических заболеваний / ред. Н.Н. Петрищев, Л. П. Папаян ; СПбГМУ. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 1999. - 122 с.
9. Гогин Е.Е. Курение, эндотелий и гипертоническая болезнь // Клини. Мед. 1998.-№76.-С. 10-14.
10. Гомазков О. А. Вазоактивные пептиды и ростовые сосудистые факторы. Роль в патогенезе артериальной гипертонии / О. А. Гомазков //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2003. - Т.2. -4. -С. 11-15.
11. Дисфункция эндотелия. Причины, механизмы, фармакологическая коррекция / ред. Н. Н. Петрищев ; СПбГМУ. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2003.-184 с.



12. Домашенко М. А. Дисфункция эндотелия при ишемических нарушениях мозгового кровообращения на фоне ИБС / М. А. Домашенко, С. В. Орлов // Сердце. - 2007. - Т.5. - 7. - С. 376-378.
13. Задонченко В.С., Ардашева Т.В., Сандомирская А.П. Дисфункция эндотелия и артериальная гипертензия: терапевтические возможности // Русский медицинский журнал / Кардиология. - 2002. - Т.10, №1. - С. И -15.
14. Коломоец Н.М. Эндотелиальная дисфункция и ее клиническое значение // Военно-медицинский журнал. - 2001. - №5. - С.29-35.
15. М.С.Табаров. Физиология и патология эндотелия./М.С.табаров., З.М.Тоштемирова., Р.А.-Саидмурадова и др.// Научно-мед.журнал «Вестник Авиценны»-№2.2012.-С.196-200
16. Мартынов А.И. Эндотелиальная дисфункция и методы ее определения / А.И.Мартынов, Н.Г. Аветяк, Е.В. Акатова, Г.Н.Гороховская, Г.А.Романовская //Российский кардиологический журнал. - 2005. - №4. -С.94-98.
17. Мингазетдинова Л.Н. и соавт. Роль перекисей липидов и гемореологических расстройств в патогенезе и клиническом течении ишемической болезни сердца // Терапевтический архив. — 1993. - № 8. - С. 12-15
18. Мухин Н.А., Моисеев СВ., Фомин В.В. Гипергомоцистеинемия как фактор риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы //Клиническая медицина. - 2001. - № 6. — С7-13.
19. Небиеридзе Д.В. Клиническое значение дисфункции эндотелия при артериальной гипертензии. // Consilium medicum -системные гипертензии. -2005. -№ 1.-С.31-38.
20. Нагорнев В. А. Современные представления о патогенезе атеросклероза //В. А. Нагорнев, А. Н. Восканьянц // Вестн. РАМН. - 2006. - 9-10. - С. 66-73.
21. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности профилактического здравоохранения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2002. - №1. - С. 5 - 9.
22. Остроумова О.Д., Дубинская Р.Э. Дисфункция эндотелия при сердечно-сосудистых заболеваниях (по материалам XIII Европейской конференции по артериальной гипертензии) // Кардиология. — 2005. — №2. —С.59-61.
23. Покровский В.И., Виноградов Н.А. Оксид азота, его физиологические и патофизиологические свойства // Терапевтический архив. — 2005. — №1.-С. 82-87.
24. Попова Л. В. Микроциркуляторная сосудистая реактивность при коронарном атеросклерозе / Л. В. Попова, К. Ю. Николаев // Бюл. СО РАМН. - 2008. - 5.С.134-137.
25. Романовская Г.А. Перспективы медикаментозного лечения эндотелиальной дисфункции / Г.А. Романовская, Е.В. Акатова, Г.Н. Гороховская, Н.Г. Аветян, А.И. Мартынов // Фарматека. - 2005. - №9. - С.32-37.
26. Сидоренко Б.А., Затеишиков Д.А. Дисфункция эндотелия в патогенезе атеросклероза и его осложнений // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 1999. - №2. -С.2-19.
27. Соболева Г.Н. Функциональное состояние эндотелия коронарных и периферических артерий у больных ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью, медикаментозная коррекция выявленных нарушений: Автореферат дис.... д-ра мед. наук. — Москва, 2008. - 25с.
28. Aird, W.G. Endothelium in health and disease / W.C. Aird, // .Pharmacol Rep.-2008.-Voh 60, N 1. - P. 139-143.
29. Airdi. W.G. Phenotypic, heterogeneity of the endothelium: i. Structure, function, and mechanisms. / W.C. Aird // Girdles. - 2007. - Voh 100 N 2.-P.158-473
30. Biegelsen E.S., Loscalzo J. Endothelial function and atherosclerosis //Coron. Artery. Dis. - 1999. - Vol. 10(4). - P.241-256.
31. Biegelsen E.S., Loscalzo J. Endothelial function and atherosclerosis //Coron. Artery. Dis. - 1999. - Vol. 10(4). - P.248-256.
32. Caramori P.R., Zago A.J. Endothelial dysfunction and coronary artery disease//Arg. Bras. Cardiol. — 2000.—29(2). — P. 108-115.

33. Cines D. B. Endothelial cells in physiology and in the pathophysiology of vascular disorders / D. B. Cines, E. S. Pollak // *Blood*. - 1998. - 91, N 10. - P. 3527-3561.
34. Cines D.B., Pollak E.S., Buck C.A. et al. Endothelial cells in physiology and in the pathophysiology of vascular disorders // *Blood*. - 1998. - Vol. 91. — P. 3528-3561.
35. Correti M. Guidelines for the ultrasound assessment of endotheliumdependent flow-mediated vasodilatation of the brachial artery / M. Correti, T. J. Anderson // *J. Amer. Coll. Cardiology*. - 2002. - 39. - P. 257-265.
36. De Jong C, Stehouwer CD., van-den-Berg M., Vischer U.M., Rauwerda-J.A., Emcis J.J. Endothelial marker proteins in hyperhomocysteinemia / C. De Jong, CD. Stehouwer, M. van-den-Berg, U.M. Vischer, J.A. Rauwerda, J.J. Emcis // *Thromb.Haemost.* —1997. —V. 78(5). —P. 1332-1337.
37. Dzau V.J., Gibbon G.N. Endothelium and growth factors in vascular remodeling of hypertension // *Hypertension*. — 1991. —18 (suppl. III). — P. 115-121.
38. Falk E., Shah P., Fuster V. Coronary plaque disruption // *Circulation*. - 1995.- Vol.92.-P. 656-671.
39. Forstermann U., Bissel J.P., Kleinert H. Expressional control of the constitutive isoforms of nitric oxide synthase (NOS I and NOS III) // *FASEB J.* -1998.-Vol. 12.-P. 773-790.
40. Furchgott R.F., Zawadzki J.V. The obligatory role of endothelial cells in the relaxation of arterial smooth muscle by acetylcholine // *Nature*. — 1980. — P. 373-376.
41. Jacobsen D.W. Homocysteine and vitamins in cardiovascular disease // *Clin.Chem.* —1998. — Vol. 44(8). — P. 1833-1843.
42. Leake D.S. Effects of mildly oxidised low-density lipoprotein on endothelial cell function // *Curr. Opin. Lipidol.* - 1991. - 2. - P. 301-305.
43. Lee A. J. Haemorheological, platelet and endothelial factors in essential hypertension // *J. Hum. Hypertens.* - 2002. — Vol. 16. - P. 557-562.
44. Li H., Forstermann U. Nitric oxide in the pathogenesis of vascular disease // *J.Pathol.* - 2000. - Vol. 90. - P. 244 - 254.
45. Libby P. Molecular bases of the acute coronary syndromes // *Ibid* - 1995. -Vol.91.-P. 2844-2850.
46. Ludmer P.L., Selwyn A.P., Shook T.L. et al. Paradoxical vasoconstriction induced by acetylcholine in atherosclerotic coronary arteries // *N. Engl. J. Med.* -1986.-Vol. 513.-P. 1046-1051.
47. Maseri A. Inflammation in acute coronary syndromes / A. Maseri, D.Cianflone // *Eur. Heart J.* - 2002. - 4, Suppl. B. - P. 8-13.
48. Palmer R. M. J., Ashton D. S., Moncada S. Vascular endothelial cells in the synthesize nitric oxide from L-arginine // *Ibid.* - 1988. - 333. - P. 664-666.
49. Raitakari O.T, Colermajer D.S. Testing for endothelial dysfunction // *Ann. Medicine*. — 2000. — Vol. 32(5). — P. 293-304.
50. Rubanyi G.M., Frye R.L., Holmes D.R. et al. Vasoconstrictor activity of coronary sinus plasma from patients with coronary artery disease // *J. Am. Coll.Cardiol.*-1987. - Vol. 9. - P. 1243 - 1249.
51. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary artery disease: 4S study // *Lancet*. - 1994. -Vol. 334. - P. 225 - 230.
52. Tawakol A, Omland T, Gerhard M et al. Hyperhomocysteinemia is associated with impaired endothelium-dependant vasodilatation in humans//*Circulation*. — 1997. — 95. — P. 1119-1121.
53. Toborec M., Kaiser S. Endothelial cell functions. Relationship to atherogenesis//*Basic. Res. Cardiol.* - 1999. - 94. - P. 295-314.
54. Vincent G.M., Anderson J.L., Marshall H.W. Coronary vasospasm producing coronary thrombosis and myocardial infarction // *N. Engl. J. Med.* - 1983. - Vol.309.-P. 220-223.
55. Wald D.S. Serum homocysteine and coronary heart disease / D.S. Wald, M.R. Law, N.J. Wald, and J.K. Morris // *Coronary heart epidemiology*. Oxford: Iniversity press. —2005. — Ch. 16. — P. 239-250.



56. Wald N, Watt H, Law M et al. Homocysteine and ischemic heart disease. Results of a prospective study with implications regarding prevention // Arch Intern Med.— 1998. — 158. — P. 862-867.
57. Wan-en C. Emergent cardiovascular risk factor: homocysteine // Prog Cardiovasc Nurs. — 2002. — 17. — P. 35-41.
58. Worthley S. G. Atherosclerosis and the vulnerable plaque - pathogenesis: Part I / S. G. Worthley, G. Helft // Aust. N. Z. J. Med. - 2000. - 30, N 5. - P. 600-607.
59. Zeiher A.M., Drexler H., WoUschlager H., Just H. Endothelial dysfunction of the coronary microvasculature is associated with impaired coronary blood flow regulation in patients with early atherosclerosis // Circulation. - 1991. - V. 83. -P. 391-401.

## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

**Табаров М.С., <sup>1</sup>Шукуров Ф.А., <sup>1</sup>Тоштемирова З.М., <sup>1</sup>Хурсанов Н.М.<sup>2</sup>**

- 1.Кафедра патологической физиологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».
2. Кафедра внутренних болезней №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

В обзоре литературы представлены данные о роли эндотелия в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, особенно ишемической болезнью сердца. Отмечено, что дисфункция эндотелия является основным патогенетическим механизмом в развитии данного заболевания, и более углублённое

изучение морфофункциональной структуры эндотелия сосудов при этой патологии может способствовать ранней диагностике и профилактике.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнью сердца, эндотелий, факторы риска, дисфункция эндотелия, эндотелиальные маркеры

## FUNCTIONAL FEATURES OF THE ENDOTHELIUM IN CORONARY HEART DISEASE

**Tabarov M.S.,<sup>1</sup> Shukurov F.A.,<sup>1</sup>Toshtemirova Z.M.,<sup>1</sup> Khursanov N.M.<sup>2</sup>**

- 1.Department of Pathological Physiology, SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino".
- 2.Department of Internal Diseases №2 SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino"

The literature review presents data on the role of endothelium in the development of cardiovascular diseases, especially coronary heart disease.

It is noted that endothelial dysfunction is the main pathogenetic mechanism in the development of this disease, and a more in-

depth study of the morphofunctional structure of the vascular endothelium in this pathology can contribute to early diagnosis and prevention.

**Key words:** ischemic heart disease, endothelium, risk factors, endothelial dysfunction, endothelial markers

**Шукуров Фирдавс Абдушукурович**-аспиранты кафедраи физиологияи патологиии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», 734003 Ўмхурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ 139; E-mail:firdavs.shukurov.93@mail.ru; tel:+992935160915.

**Шукуров Фирдавс Абдушукурович**-аспирант кафедры патологической физиологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», 734003 Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудакӣ 139; E-mail:firdavs.shukurov.93@mail.ru; tel:+992935160915

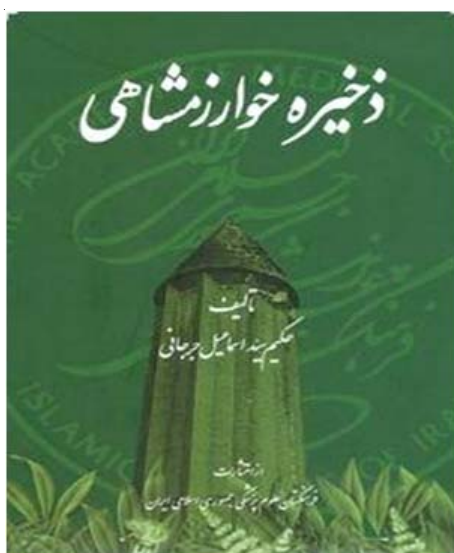
**Shukurov Firdavs Abdushukurovich**-postgraduate student of the Department of Pathological Physiology, SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino", 734003 Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Ave. 139; E-mail: firdavs.shukurov.93@mail.ru; tel: +992935160915.

## АЗ ҲАЁТИ ОЛИМОНИ МАЪРУФ

### ЗАЙНИДДИН ИСМОИЛИ ҚУРҚОНӢ (1045 – 1137),



Абӯиброҳим Исмоил ибни Ҳасан ал-Ҳусайн ал-Қурқонӣ, олими намоёни соҳаи тиб. Аслан аз Исфаҳон буда, дар дарбори султонҳои Хоразм ҳамчун табиб ва мутахассиси илми тиб хидмат мекард. Исмоили Қурқонӣ доир ба бахшҳои мухталифи тиб бисёр асарҳои муфид навиштааст. Асари машҳури ӯ «Захираи Хоразмшохӣ» як навъ қомуси тиббӣ буда, ба забони форсӣ-тоҷикӣ таълиф ёфтааст. Исмоили Қурқонӣ ғайр аз китоби мазкур ба забони форсӣ-тоҷикӣ асарҳои дигар низ дорад, чунонки «Иғрози тиббия», «Ал-Мабоҳис-ал-Алоия» ва ғ. Ҳуди муаллиф «Захираи Хоразмшохӣ»-ро ба забони арабӣ бо иловаи як боб тарҷума кардааст. Аз сарчашмаҳо бармеояд, ки Исмоили Қурқонӣ ин асари машҳури худро маҳз барои беҳтар кардани аҳволи мардуми вилояти Хоразм (ва умуман Осиёи Марказӣ) таълиф карда, ба хоҳири манфиати умум онро ба забони ба халқ дастраси тоҷикӣ навиштааст. Ӯ инчунин дар пайи эҷоди асари бештар мукаммали тиббӣ буд, ки эҳтиҷ ба рисолаю китобҳои дигари тиб набошад.



## ЧАШНВОРА



**Нусратулло Файзуллоевичи мухтарам,** Шумо ба сифати як мутахассиси фидой дар марҳилаҳои камолоти касбиатон самтҳои омӯзгорӣ, илм ва табибиرو муваффақона пеш бурда, дар ҳар кадоми он ба дастовардҳои назаррас ноил гаштаед. Боиси ифтихор аст, ки дар баробари ҳамчун табиби мушфиқу варзида ба камол расидан тӯли солҳо тақдири худро бо Донишгоҳи тиббӣ пайваста, барои омода намудани мутахассисони олидарачаи соҳаи тиб саҳми босазое гузоштаед. Шумо фаъолияти касбиатонро дар Донишгоҳ аз вазифаи ассистентии кафедра (1975—1990) оғоз карда, дар як муддати кӯтоҳ то дараҷаи профессори кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакон (1994), декани факултети педиатрӣ (1993-96) ва ноиби ректор оид ба корҳои таълим (1996-2000) сабзида расидаед, ки инро метавон са-

мараи талошу кӯшишҳои доимӣ, кордонию масъулияти баландатон дар иҷрои вазифа хисобид. Шуморо дар саросари ҷумҳурӣ ҳамчун ташкилотчии моҳири соҳаи тандурустӣ мешиносанд ва эҳтиром мекунанд. Зимни фаъолияти бенуқсон ба ҳайси ректори ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (2000-2003), Вазири тандурустии ҶТ (2003-2007) ва Президенти АИТ ҶТ (2011-14) Шумо аз худ қобилияти баланди кордонӣ ва ташкилотчигӣ зоҳир намуда, дар рушду нумӯи соҳаи тандурустӣ дар замони соҳибистиклолии кишвар саҳми босазо гузоштаед.

Ҳамчун олими сермахсул фаъолияти илмӣ хешро ба таҳқиқи масъалаҳои пешгирӣ, ташҳис ва табobati гепатитҳои вирусӣ ва бемории домана дар кӯдакон бахшида, оид ба мушкилоти ин соҳа зиёда аз 150 таълифоти арзишманди илмӣ ба нашр расонидаед. Зери роҳбариятон 1 нафар рисолаи докторӣ ва 3 нафар мутахассисони ҷавон рисолаҳои номзадӣ хешро ҳимоя намуда, алҳол дар муассисаҳои илмию таълимии кишвар садоқатмандона меҳнат намуда истодаанд.

Хизматҳои хоксоронаи Шумо бо унвонҳои Аълочии тандурустии Тоҷикистон, орденҳои «Дӯстии халқҳо» ва «Шараф» (дараҷаи I) қадрдонӣ гаштаанд.

*Раёсати МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал” бо камоли эҳтиром Шуморо бо ҷашни зодрӯзатон самимона муборакбод намуда, бароятон осмони софу бегубор, тандурустиву сарфарозиҳои зиёд ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориву муолиҷавиро самимона орзу менамоянд.*



**Абдунаим Бобоевичи мухтарам, Шумо** тавассути меҳнати содиқона ва талошҳои пайвастаатон тавонистед, ба қўллаҳои баланди илми тибби муосири тоҷик қадамҳои устувор гузоред ва дар баробари фаъолияти пурсамари илмӣ ҳамчун устои варзидаи Донишгоҳи тиббӣ дар тарбияи мутахассисони ҷавони соҳа сахм гиред.

Солҳои зиёд дар вазифаҳои ходими хурди илмӣ (1958-68), мудири лабораторияи беҳдошти меҳнат (1968-79) ва мудири шуъбаи беҳдошти Пажӯҳишгоҳи эпидемиология ва беҳдошт (1979-81) фаъолият намуда, баъди таҷрибаи ғанӣ андӯхтан, тақдирӣ худро ба Донишгоҳи тиббӣ пайваستا,

инак солҳои зиёд аст, ки дар ин даргоҳ сарбаландона адои вазифа менамояд. Фаъолияти Шумо дар вазифаҳои профессори кафедраи беҳдошти умумӣ (1981-87), мудар (1987-2016) ва профессори кафедраи беҳдошти умумӣ ва экологияи донишгоҳ (аз соли 2016 инҷониб) ҳамеша пурмахсул ва намунаи ибрати дигарон буд. Солҳои 1996-2001 ҳамзамон вазифаи декани факултаи пешгирии бемориҳоро ба зимма гирифта, ҳислатҳои кордонӣ, ташкилотчиӣ, принципнокӣ ва серталабии Шумо ҳамчун роҳбар ба рушди инкишофи раванди таълиму тарбия дар донишгоҳ ва беҳтар гаштани сатҳи сифати омода намудани мутахассисони олимдараҷаи тиб мусодат намуданд.

Шумо ҳамчун олими сермахсул муаллифи бештар аз 100 таълифоти илмӣ, монографияҳо, 4 китоби дарсӣ, 40 дастури таълимию методӣ буда, аксар осори илмиатон дар истехсолоти ватанӣ татбиқи худро ёфтаанд.

*Устои азиз, Абдунаим Бобоевич, Раёсати МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авҷи Зухал” Шуморо бо ҷашни фархунда ва табарруки 85-солагии зодрӯзатон табрику муборакбод намуда, бароятон осмони софу бегубор, тандурустуиву хотири ҷамъ, хушбахтию некномиҳои зиёд орзу менамоянд.*



**Олимҷон Темуровичи мухтарам, Шумо** соли 1984 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Синоро бо муваффақият хатм намуда, тақдирӣ минбаъдаи худро ба ин даргоҳ пайваست намудед ва инак, беш аз 35 сол боз ба тарбияи мутахассисони ҷавон дар соҳаи тандурустӣ машғул буда, дар ин боргоҳи илму маърифат аз вазифаи ассистентӣ (1984-1994) ва дотсентӣ (1994 -2011) то мудирии кафедраи анатомияи одам (2008-12) ва профессо-

ри кафедраи номбурда (аз соли 2012 инҷониб) сабзида расидед. Рисолаи номзадиатон дар мавзӯи «Морфологияи маҷрои рағи гурда ҳангоми сармозанӣ» ва рисолаи докториатон дар мавзӯи «Тавсифи сохторию вазоиғӣ ва хусусиятҳои морфогенези дастгоҳи лимфоидии роҳҳои пешоб дар шароити муътадил ва ҳангоми таъсири сармо ва шароити баландкӯҳ» аз тарафи мутахассисони соҳа баҳои баланд ғирифта, шахсияти Шуморо ҳамчун олими дақиқкор ва мутахассиси варзидаи соҳа шиносонд. Шумо ҳамчун олими пухтакор муаллифи зиёда аз 50 таълифоти илмӣ, 62 тезис, 2 дастури таълимию методӣ мебошед, ки то имрӯз ҳамчун маъхазҳои пурбаҳои илмиву таълимӣ хизмат карда истодаанд.

*Олимҷон Темуровичи ғиромӣ, Раёсати МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авҷи Зухал” Шуморо бо ҷашни фархундаи зодрӯзатон табрику муборакбод намуда, бароятон осмони софу бегубор, тандурустуиву хотири ҷамъ, хушбахтию некномиҳои зиёд орзу менамоянд.*

## **ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО**

### **Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авҷи Зухал" Пешниҳод намудани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:**

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 14 Times New Roman Tj, ҳошияҳо 2,5 см ва фосилаи байни сатрҳо 1,5 мм хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи варақ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электрони мақола пешниҳод гардад.
2. Мақолаҳои оригинали, ки ба мушоҳидаҳои ҷудогонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 12 саҳифа зиёд набоянд.
3. Пешниҳод кардани Шохиси УДК (индекси мазкурро аз дилхоҳ китобхонаи илмӣ дастрас намудан мумкин аст).
4. Мақолаҳои хулосавӣ бояд муфассал, фаҳмо ва мушаххас бошанд. Маълумотномаи адабиёт бояд маълумотҳои танҳо ба ҳамин мақолаи баррасишаванда марбутро дар бар гирад. Ҳаҷми мақола бояд аз 12 саҳифа зиёд набояд. Иқтибосҳои библиографӣ на бештар аз 50 номгӯ бошанд, дар матн рақамҳо дар қавсайни квадратӣ □ оварда мешаванд.
5. Мақолаҳои илмӣ бе тақриз қбул карда намешаванд. Дар тақриз аслият, муҳиммият, мубрамият ва қаблан чоп нашудани мақола бояд зикр шавад.
6. Дар аввали мақола унвони он (бо хуруфи Caps Lock сиёҳ), ному насаби муаллиф (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: 734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон,  
ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ-139, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»,**

**Идораи маҷаллаи "Авҷи Зухал"**