

ISSN: 2616-5252

# АВЧИ ЗУҲАЛ

№ 4 - 2019



МАҶАЛЛАИ ИЛМӢ-АМАЛӢ



**САРДАБИР  
ЮСУФӢ С.Ҷ.**

**Ҷонишини сардабир ва  
мухаррири масъул  
Юсуфов А.И.**

### **ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ**

Қурбонов К.М. - д.и.т., профессор  
академики АИТ ҶТ  
Ибодов С.Т. - д.и.т., профессор  
Ҳақназарова М.А. - д.и.т., профессор  
Исмоилов К.И. - д.и.т., профессор  
Наҷмиддинова М.Н. - д.и.т., профессор  
Саидов А.С. - д.и.ф., профессор  
Раҳмонов Э.Р. - д.и.т., дотсент  
Саидов Ё.У. - д.и.т., дотсент  
Миралиев С.Р. - д.и.т., дотсент  
Азизов Г.Ҷ. - д.и.т.  
Субҳонов С.С. - н.и.т., дотсент  
Бобоева Л.А. - н.и.т., дотсент  
Раҷабов Г.О. - н.и.б., дотсент  
Назаров М.Н. - н.и.б., дотсент  
Холбеков М.Ё. - н.и.б., дотсент

### **ШӢРОИ ТАҲРИРИЯ**

Гадоев Б.Ш., Мазиёев М.М.,  
Қурбонбекова П.Қ., Раззоқов А.А.,  
Холов Ё.Қ., Раҷабов У.Р.,  
Ишонқулова Б.А., Султонов Ш.Р.,  
Қурбонов С.С., Шарофова Н.М.,  
Қурбонов Ҷ.М., Шерматов Д.С.,  
Муҳаммадиева З.А., Юлдошев У.Р.



# **АВҶИ ЗУҲАЛ**

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

**Мачаллаи илмӣ - амалӣ  
Ҳар се моҳ чоп мешавад.  
21-июни соли 2010 таъсис ёфтааст.**

**Нашри ҷорӣ:  
№ 4 (37) 2019**

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

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

Санаи аз нав ба кайдгирӣ 19.03.2018, 051/МҶ-97.

### **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: avjizuhal@tajmedun.tj  
Сомона: www.avji-zuhal.tj



**ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР  
ЮСУФИ С.ДЖ.**

**Заместитель главного редактора  
ответственный редактор  
Юсуфов А.И.**

### **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Курбонов К.М. - д.м.н., профессор  
академик АМН РТ  
Ибодов С.Т. - д.м.н., профессор  
Хакназарова М.А. - д.м.н., профессор  
Исмоилов К.И. - д.м.н., профессор  
Наджмиддинова М.Н. - д.м.н., профессор  
Саидов А.С. - д.ф.н., профессор  
Рахмонов Э.Р. - д.м.н., доцент  
Саидов Ё.У. - д.и.т., доцент  
Миралиев С.Р. - д.м.н., доцент  
Азизов Г.Дж. - д.м.н.  
Субхонов С.С. - к.м.н., доцент  
Бобоева 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.,	Мазиев М.М.,
Курбонбекова П.К.,	Раззоков А.А.,
Холов Ё.К.,	Раджабов У.Р.,
Ишонкулова Б.А.,	Султонов Ш.Р.,
Курбонов С.С.,	Шарофова Н.М.,
Курбонов Дж.М.,	Шерматов Д.С.,
Мухамадиева З.А.,	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:  
№ 4 (37) 2019**

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: avjizuhal@tajmedun.tj  
Сайт: www.avji-zuhal.tj



## МУНДАРИЧА

### ТИББИ АМАЛӢ

<b>А.Р. Сараев, Ш.Қ. Назаров, Б.Н. Чонов.</b> Интихоби тактикаи табобати перитонити паҳн-гашта.....	4
<b>М.Б. Сайфутдинова.</b> Шарҳ дар асоси мурочиатҳо, ташхис ва муолиҷаи омосҳои майнаи сар.....	9
<b>М.З. Кариева, С.М.Мирзоева.</b> Остеопорози худзоди ҷавонон.....	15
<b>З.А. Азиззода, К.М.Қурбонов, Қ.Р. Рузбойзода.</b> Табобати ҷарроҳии кистаҳои эхинококкозии оризадоршудаи ҷигар.....	20
<b>З.А. Азиззода, К.М. Қурбонов, Қ.Р. Рузбойзода.</b> Истифодаи технологияи баланд дар табобати эхинококкози ҷигар.....	27
<b>М.Б. Сайфутдинова.</b> Саратони вулва. Шарҳ дар асоси мурочиатҳо ба МД МИОЧ ВТ ҲИА Ҷумҳурии Тоҷикистон.....	33
<b>М.Э. Раҷабзода, Ш.Ф. Одинаев, Х.Т. Файзуллоев.</b> Аҳамияти системаи хуни калликреинин-кинини хамчун предиктори инфаркти миокард.....	39
<b>Н.З. Зоидбоева, Ш.Ф. Одинаев, Ф.И. Одинаев, Н.А. Садуллаева.</b> Ҳолати ҷавоби иммунӣ дар беморони дорои кандидозии шушҳо.....	44
<b>И.Ё. Одилзода, Ё.У. Саидов, Б.И. Саидзода, Х.Р. Махмудов.</b> Муносибати комплексӣ ба арзёбии ҳолати системаи кардиоваскулярӣ дар беморони гирифтори артрити псориази (АП).....	53
<b>А. Ҳикмати, Н. Ҳикмати.</b> Баррасии минорш (menarche) дар назди духтарони навҷавон.....	62
<b>Н.З. Зоидбоева, З.М. Зоидбоев, Ш.Ф.Одинаев.</b> Манзараи бактериологии микрофлораи шушҳо дар беморони дорои пневмонияи музмини номахсус.....	67
<b>Н.А. Раҳматов, С.А. Саидова, Ғ.Ҳ. Раҳимов.</b> Тарзи гузариши клиникӣ ва табобати эшерихиози энтеропатогенӣ дар кӯдакони то синни 2-сола.....	71
<b>Ҷ.М. Қурбонов., Д.А. Мусоев., Ҷ.Ҷ. Қурбонов.</b> Концепсияи пасткунии хатари осеби роҳҳои талхагузар дар вақти холесистэктомияи лапораскопӣ.....	75
<b>С.Х. Асадуллоев, С.А. Бадалова, Н.А. Садуллоева, З.Б. Бобоходжаева, М.А. Норова.</b> "Синдроми пиквик" дар занҳои 54-сола: ҳолатҳои клиникӣ.....	78
<b>Ф. Иброҳим, Ш.Қ. Назаров, С.Г. Али-Заде, Ш.Н. Шамсуллозода.</b> Усулҳои муолиҷаи абсесси ҷигар.....	82
<b>Лино Нақшбандӣ.</b> Шиносоии мавзӯоти навзухур дар ҳавзаи женетик.....	88
<b>И.А. Хамидов, Одинаев Ш.Ф., Ш.Ҷ. Мӯъминов.</b> Таъсири радиатсия ба роҳи ҳозима дар иштирокчиёни бартарафсозии садамаи НАБ Чернобил.....	93
<b>М.Н. Чураев, Н. Б. Қурбонов, А.Н. Мачнунов, А. О. Элмуродов.</b> Хусусиятҳои қисми плазмавии лахтабандии хун дар кӯдакони хурдсол бо пневмонияи бактериялӣ.....	97
<b>Мирвайс Баҳо.</b> Таъсири мудохилаи омӯзишии ислоҳи сабки зиндагӣ контроли фишори хун дар беморони мубтало ба пурфишории хун.....	101
<b>О.Р. Ризоева, Ё.У.Саидов, Д.А. Халилова, Г.Н. Каримова.</b> Остеоартрити аввалия: ҷанбаҳои этиопатогенетикӣ, ташхиси барвақт, индикаторҳои пешгӯии нохуб, роҳҳои табобат-вазъи имрӯзаи мушкilot.....	108
<b>Э.Р. Раҳмонов, Ш.Қ. Матинов, А.А. Боймуродов, Қ.А. Хурсанов, А.Ф. Сайдалиев.</b> Аломатҳои сарирӣ ва вогирии бемории сурхакон дар байни калонсолон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.....	114
<b>А. Ҳикмати, Н. Ҳикмати.</b> Баррасии аҳамияти ҳаётии вулодати вожинол дар муқоиса бо вулодати сизориюн дар сиҳати тифл ва модар.....	119
<b>З.Р. Раҳматуллоева, З.К. Умарова М.Ҷ. Ёдгорова, З.Г. Хочаева.</b> Сирояти ситомегаловирусии пайдошуда дар кӯдакон дар таҷрибаи табиби оилавӣ.....	124





<b>Ч.И. Холматов, В.Е. Кузовков, А.А. Махаммадиев, М.Д. Шоев.</b> Дурнамои имплантатсияи кохлеарӣ дар Тоҷикистон.....	128
<b>Н.М. Нажмидинова, Ш.Д. Урунова</b> Тавсифи эпидемиологии паркинсонизм дар минтақаҳои гуногуни Тоҷикистон.....	134
<b>Р.П. Пачаева, М.П. Носирова, Н.Ш. Абдуллаева.</b> Усулҳои нави табобати бемориҳои шадиди роҳҳои нафаси кӯдакони тарбиятгирандагони хонаи кӯдакон.....	139
<b>Салмо Ҳакимӣ.</b> Фоат: як зиддиуфуникунандаи чаҳид ва рафъкунандаи олудагиҳои микурӯбӣ, шимӣёӣ ва ҳастай.....	142
<b>Б.И. Саидзода.</b> Хусусиятҳои хоси клиникаи уретритҳои ғайригонококкӣ дар мардҳо.....	148
<b>З.А. Бадалова.</b> Таъсири радиатсия ба ҳолати саломатиҳои кӯдакон.....	151
<b>З.Х. Якубова, Л.А. Бабаева, С.С. Исматуллоева.</b> Таъсири омили синнусолӣ ба раванди клиникӣ ва оқибатҳои фарбеҳӣ дар кӯдакон.....	155
<b>Р.Н. Зубайдов, Ё.У. Саидов, Х.Р.Махмудов, Неъматзода Б.Р.</b> Баҳодиҳии умумӣ ба вазъи дастгоҳи лахташавии хун дар беморони мубталои буғумдарди тарбодмонанд (артрити тарбодмонанд) вобаста бо баланд будани чараёни илтиҳобӣ ва ташреҳи бемориҳои дилу рағҳои хунгард.....	164
<b>И.Ё. Одилзода, Ё.У. Саидов, Саидзода Б.И.</b> Артрити псориази: таъриф, патогенез, ташхис, аломатҳои клиникавӣ, арзёбии фаъолнокӣ. АПС бемории музмини буғумҳо, сутунмӯҳра ва энтезисҳо дар заминаи илтиҳоби масуниятӣ аст, ки зиёд дар беморони гирифтори псориаз инкишоф меёбад (ПС).....	170

#### ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

<b>Д.Р. Халифаев.</b> Чазби рағғанҳои эфирӣ дар гили бентонитӣ.....	176
<b>Пӯёии Ғафурӣ.</b> Кимӣ аз назари Абӯнаصري Форобӣ.....	180

#### ҒАЙРИТИБӢ

<b>З.В. Абдурахмонов, И. Махмадов, П.А. Юсуфзода</b> Саҳми зодагони минтақаи Кӯлоб дар инкишоф ва пешрафти илми тиб дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.....	183
<b>Ҳ.М. Тошов, Ҳ.К. Бедиллов.</b> Хусусиятҳои вазъи фазои геополитикӣ ва амнияти кишварҳои Осиёи Марказӣ.....	185
<b>Г.Х. Мирзоева.</b> Муқоисаи грамматикӣ омонимҳо дар забони англисӣ ва тоҷикӣ.....	195
<b>П. С. Назаров.</b> Тартиботи конститусионӣ ва институтҳои демократӣ - омилҳои асосии мустақкам намудани режими сиёсии демократӣ дар Тоҷикистон.....	198
<b>Х.М.Мирзоев, С.Т.Ибодзода, М.У.Усмонов, Р.Ҳ.Файзиев.</b> Тавсифи морфологии чараёни микроридҳои чарбуи калон дар меъёр ва дар ҳолати перитонити таҷрибавӣ дар водӣ...204	



## ТИББИ АМАЛӢ

### ИНТИХОБИ ТАКТИКАИ ТАБОБАТИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА

**А.Р.Сараев, Ш.Қ.Назаров, Б. Н. Чонов**

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 (мудири кафедра д.и.т., профессор Ш.Қ.Назаров)

МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

*Сараев Алишер Раҳматуллоевич, дотсенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" E.mail dr.saraev@mail.rutel.918650540*

*Назаров Шохин Куватович, мудири кафедраи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" д.и.т., профессор E.mailshohin67@mail.ru тел. 935882636*

*Чонов Бехзод Нарзуллоевич, ассистенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1-и МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" E mail:jonsonmed@mail.ru, Тел, 935331474*

Пешгӯии оқибати беморӣ, хусусан ҳангоми перитонити паҳнғашта, аҳамияти бузург дорад, зеро ки барои интихоби ҳаҷми оптималии амалиёти ҷарроҳӣ имкониятҳои хуб медиҳад. 188 бемор бо бемориҳои узвҳои ковокии батн, бо перитонити паҳнғашта оризадоршуда, мувофиқи дараҷаи вазниниашон ба 3 гурӯҳ тақсим карда шудаанд, ки ҳар яки он тактикаи табобатӣ мутобиқро металабад. Қадвали "шоҳиси перитонити" пешниҳодшуда ба сифати яке

аз воситаҳои муайянкунии дараҷаи вазнинии перитонити паҳнғашта ва пешгӯии оқибати эҳтимолии беморӣ, ва инчунин интихоби тактикаи минбаъдаи табобат, дар амалия самаранок аст. Фавтидагон 38 (20,2%) бемор, нишондоди "шоҳиси перитонити" аксари онҳо зиёда аз 23 ҳол. Муддати бистарии беморон дар статсионар 9,2 рӯзро ташкил додааст.

**Калимаҳои калидӣ:** перитонит, арзёбии вазнинии ҳолат, тактикаи ҷарроҳӣ.

### ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

**А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Б. Н. Джонов**

Кафедра хирургических болезней №1 (заведующий кафедрой, д.м.н., профессор

Ш.К.Назаров) ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино"

*Сараев Алишер Раҳматуллоевич, доцент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", E.mail dr.saraev@mail.ru Тел.918650540*

*Назаров Шохин Куватович, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", д.м.н., профессор, E.mail shahin67@mail.ru Тел. 935882636*

*Джонов Бехзод Нарзуллаевич, ассистент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", E.mail jonsonmed@mail.ru, Тел, 935331474*

При лечении больных с РП большое значение имеет прогноз исхода заболевания, который позволяет выбрать оптимальный объем оперативного вмешательства. 188 больных с заболеваниями органов брюшной полости, осложнившихся распространенным перитонитом, разделены в соответствии с тяжестью заболевания на 3 группы с присущей каждой из них тактикой лечения. Предложенная шкала "индекс перитонита" является эффективным инструментом уста-

новления тяжести распространенного перитонита и вероятного прогноза заболевания, а также выбора дальнейшей лечебной тактики. Умерших было 38 (20,2%) пациентов, у большинства из которых индекс перитонита составлял более 23 баллов. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 9,2 койко-дней.

**Ключевые слова:** перитонит, бальная оценка тяжести состояния, хирургическая тактика.

**CHOICE OF TREATMENT TACTICS FOR GENERALIZED PERITONITIS****A.R. Saraev, Sh.K. Nazarov, B.N. Jonov**

Department of surgical diseases №1 (head of department, doctor of medical sciences, professor Sh.K.Nazarov) SEI "ATSMU"

*Saraev Alisher Rahmatulloevich, docent of the department of surgical diseases №1 SEI "ATSMU", E.mail dr.saraev@mail.ru, Tel. 918650540**Nazarov Shohin Kuvatovich, Head of the Department of Surgical Diseases №1 SEI "ATSMU", doctor of medical sciences, professor, E.mail shahin67@mail.ru Tel. 935882636**Jonov Behzod Narzulloevich, assistant of the department of surgical diseases №1 SEI "ATSMU", E.mail.: jonsonmed@mail.ru, Tel, 935331474*

In the treatment of patients with generalized peritonitis, the prognosis of the outcome of the disease is of great importance, which allows you to choose the optimal surgical intervention. 188 patients with diseases of the abdominal organs, complicated by generalized peritonitis, are divided according to the severity of the disease into 3 groups with the treatment tactics inherent to each of them. The proposed scale "index of

peritonitis" is an effective tool for determining the severity of peritonitis and the probable prognosis of the disease, as well as the choice of further treatment tactics. 38 (20.2%) patients died, most of which had a "index of peritonitis" of more than 23 points. The average length of hospital stay for patients was 9.2 days.

**Key words:** peritonitis, scoring of the severity of the condition, surgical tactics.

**Муҳимият.** Ҳангоми табобати беморон бо перитонити паҳнғашта пешгӯии оқибати беморӣ аҳамияти бузург дорад, зеро ки барои интихоби ҳаҷми оптималии амалиёти ҷарроҳӣ имкониятҳои хуб медиҳад [3,4]. Илова бар ин бозёфти ҷарроҳӣ - тағйироти патоморфологӣ мувофиқи марҳилаҳои перитонити паҳнғашта, ки боиси носозиҳои назарраси гомеостаз мешавад - ба интихоби усули ҷарроҳӣ низ таъсири худро мерасонад.

Сабаби он, ки ҷарроҳон ҳангоми табобати перитонити паҳнғашта худсарона усули ҷарроҳиро ва бештар усули маъмули анъанавиро интихоб менамоянд дар он аст, ки барои муайянкунии ҳаҷми ҷарроҳӣ меъёри дақиқ вучуд надорад [2,3]. Ҳалли масъалаи обияткашии мусоид, декомпрессияи роҳи ҳозима, зарурии релапаротомия барномавӣ баъзан ба ихтиёри ҷарроҳ воғузур мешавад.

Барои пешгӯии оқибати беморӣ дар клиникаи ҷарроҳӣ чадвалҳои зиёд ба истифода бурда мешаванд: APACHE II, APACHE IV, MPI, SAPS II, MPM II 0 ва POSSUM. Чунин усулҳо арзёбии параметрҳои клиникӣ, физиологӣ ва озмоиширо тариқи ҳолгузори дар бар мегиранд. Натиҷаи бадастоварда-

шуда дараҷаи вазнинии ҳолати беморро муайян месозад ва имконияти пешгӯии ҷараён ва оқибати бемориро медиҳад. Аммо дар баробари ин ҳисобу китоби параметрҳои чадвалҳои гуногун душворанд ва муайянкунии нишондодҳои алоҳида танҳо дар муассисаҳои калони тиббӣ мумкин аст. Барои кори амалӣ дар муассисаи ғайримахсус, ки бо шуъбаи реаниматсия ва табобати пуршиддат мучаҳҳаз нагардидааст, ҳисоби ҳол аз чунин чадвалҳо начандон қулай аст [1,5].

Тақсимои беморон ба гурӯҳҳои хатар вобаста ба дараҷаи вазнинии беморӣ мувофиқи мақсад аст. Ин имконият медиҳад, ки оқибати перитонити паҳнғашта пешгӯӣ карда шавад, беморон барои табобати пуршиддат интихоб карда шаванд, дараҷаи хатари ҷарроҳӣ муайян карда шавад. Ҳамаи ин ба интихоби ҳаҷми оптималии амалиёти ҷарроҳӣ мусоидат хоҳад намуд.

**Мақсади таҳқиқот:** беҳтаргардонии натиҷаҳои табобати перитонити паҳнғашта тариқи оптимизатсияи пешгӯии оқибати он ва интихоби тактикаи табобати мувофиқ.

**Мавод ва усули тадқиқот.** Асоси арзёбии интегралӣ дараҷа ва хусусияти перитонити паҳнғашта - "шоҳиси перитонит"-ро - се



гурӯҳи омилҳо ташкил доданд: омилҳои хатар, марҳилаи инкишофи чараён, тағйиротҳои патоморфологӣ дар ковокии шикам (чадвал).

Мувофиқи нишондодҳои чадвал 188 бемор бо бемориҳои узвҳои ковокии батн, бо перитонити паҳнғашта ориздоршуда, дар давраи аз март соли 2004 то декабри соли 2013 дар шӯъбаҳои чарроҳии МД МЁТТ ш. Душанбе чарроҳишуда, мувофиқи дараҷаи вазниниашон ба 3 гурӯҳ тақсим карда шудаанд, ки ҳар яки он тактикаи табобатӣ мутобикро металабад. Сину соли беморон аз 15 то 81 сол тафовут меёфтанд, бо сини миёнаи 38,5 сола. Мардҳо 113 (60%) -ро, занҳо 75 (40%) -ро ташкил доданд.

Нозологияҳои асосӣ, ки сабаби перитонити паҳнғашта шуданд, инҳоянд: суроҳшавии узви ковок - 70 (37.2%), ногузароии шадиди рӯдаҳо - 54 (28.7%), аппендисити деструктивӣ - 46 (24.5%), холесистити деструктивӣ - 5 (2.7%), панкреонекроз - 5 (2.7%), дигар патология - 8 (4.2%). Аз байни беморони зерин назорат буда, беморон бо чараёни вазнин бартарӣ доштаанд. Маълумоти натиҷаҳои тафтишоти беморон, аз он ҷумла клиникӣ ва озмоишӣ, ба қайд гирифта шудааст.

Барои муайян кардани дараҷаи захролудшавӣ ва сепсиси абдоминалӣ сатҳи лейкоцитҳои хун, СТЭ, ШЗЛ (ЛИИ) Калиф-Калиф, сафедаи С-реактивӣ, молекулаҳои вазни миёна таҳқиқ карда шуданд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Чадвали фосилаҳо бо муайянсозии омилҳои калонтарин ва хурдтарини хатар, марҳилаи чараёни перитонити паҳнғашта ва тағйиротҳои морфологии сифок сохта шуд. Вобаста ба тасаввуроти клиникӣ муҳимияти қиёсии омилҳо (предикторҳо) ба онҳо вобаста ба арзиши "вазнини"-и онҳо қимати баллӣ гузошта мешавад. Ин қимат барои муайянкунии дараҷаи вазнини перитонити паҳнғашта ва пешгӯии оқибати он муҳим мебошад. Холҳо "коэффисиенти вузӯҳи" омилро нисбат ба бузургии калонтарини (10 ҳол) арзиши омили калонтарин ифода менамоянд. Ҳамин тариқ, арзиши баллӣ - мутаносиби предикторхоро, ки дар воҳидҳои шартӣ ифода ёфтаанд ва дар таҷрибаи амалии бисёрсола озмоиш шудаанд, инъикос менамояд. Ин воҳидҳо тариқи "арзёбии экспертӣ" муқаррар карда шудаанд. Дар натиҷаи ҷамъ кардани ҳолҳо "шоҳиси перитонит" (ШП) ҳосил мешавад.

Чадвал

### Ҳолҳои "шоҳиси перитонит"

Омилҳои хатар-Х		Марҳилаи инкишофи чараён-М		Тағйиротҳои патоморфологӣ-П	
Синни аз 70 с боло ё бемориҳои вазнини ҳамрав	10	Шоки септикий	10	Дар ковокии батн мӯҳтавои фасодӣ бо бўи начосатӣ, қабатҳои дурушти фибринозӣ, чирксорихо ва часпишҳо дар мавзеи ҳалқаҳои рудаҳо.	10
Сини 50-70 сола ё бемориҳои саратонӣ*	8	Сепсиси абдоминалӣ марҳилаи дерина	8	Сифокпарда иртишоҳнок, дар ковокии батн фасоди ғализ, қабатҳои ғафси фибрин.	8
Бемориҳои ҳамравӣ вазнини миёна*	6	Сепсиси абдоминалӣ марҳилаи аввал	6	Сифокпарда тира, ҳалқаҳои рудаҳовасеъ бо хунрезихо ва петехияҳои субсерозӣ, дар ковокии батн мӯҳтавои фасодӣ бо қабатҳои фибринӣ рӯи ҳалқаҳои рудаҳо.	6
Ҷинси занона ё бемориҳои сабуки ҳамрав*	4	Захролудшавии эндогенӣ марҳилаи дерина	4	Сифокпарда варамнок, гиперемияшуда, дар ковокии батн мӯҳтавои фасодӣ.	4
Хатарҳои муайяннашуда	2	Захролудшавии эндогенӣ марҳилаи аввал	2	Варамӣ ва гиперемияи сифокпарда, дар ковокии батн мӯҳтавои тираранг ё талха.	2
Фавтнокӣ пешбинишуда (%) $L = X \times [(M + P)/2]$					





Фавтнокии пешбинишуда тавассути формулаи овардашуда ҳисоб карда мешавад ва ба фисати эҳтимолияти камтарини фавти бемор бо перитонити паҳнғашта ишора мекунад.

Чамъи холҳо (ШП) метавонад ба афзалиятнокии расондани ин ё он ҳаҷми ёрии таъҷилӣ ҳангоми перитонити паҳнғашта ишора кунад. Аз ин назар барои осон ва зуд қабул кардани қарор нисбати тактикаи минбаъдаи чораҳои табобатӣ "шоҳис" дар намуди содда ба кор бурда мешавад. Дар ҳолати рақамҳои сарҳадии холҳо қарор нисбати тактикаи табобатӣ вобаста ба вазъияти клиникӣ қабул карда мешавад.

Гурӯҳи 1-м - ШП то 12 ҳол ва фавтнокии пешбинишуда то 16%. Дар тадқиқоти мо дар гурӯҳи 1-м 90 бемор буданд, се нафар аз онҳо (3,3%) фавтидаанд. Амалиёти ҷарроҳӣ бо таври видеолапароскопӣ ба 56 бемор ва дар ҳолатҳои алоҳида бо усули анъанавии нимпӯшида иҷро карда шуд: лапаротомия, бартараф кардани манбаи перитонит, поксозӣ ва обияткашии ковокии шикам, маҳкам духтани захми лапаротомӣ. Ба ҳамаи беморон табобати инфузионӣ-трансфузионӣ, антибактериалӣ, пешгирии синдроми норасоии полиорганӣ гузаронда шудааст.

Гурӯҳи 2-м - ШП аз 13 то 22 ҳол ва фисати пешбинишудаи фавт аз 16 то 40%. Дар ин гурӯҳ 70 бемор дохил буданд, 12 нафар аз онҳо (17,1%) фавтидаанд. Тайёрии пешазҷарроҳӣ давоми 2-3 соат гузаронда шудааст. Амалиёти ҷарроҳӣ: лапаротомия, бартараф кардани манбаи перитонит, поксозӣ ва обияткашии ковокии шикам, декомпрессияи рӯдаи борик иҷро карда шуд, захми лапаротомӣ маҳкам духта шуд. Дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ ба ин гурӯҳ беморон табобати инфузионӣ-трансфузионӣ (пурра кардани ҳаҷми хуни даврзананда, барқарор кардани мувозинати ионӣ-электролитӣ, коллоидӣ-осмотикӣ ва ҳомизу-ишқорӣ); табобати респираторӣ бо истифода аз усулҳои вентилятсияи ёрирасонанда ва сунъии шушҳо ҳангоми инкишофи норасоии шадиди нафас, ғизодиҳии найчавӣ, табобати антибактериалӣ, иммунӣ, энтеросорбсия, усулҳои экстракорпоралии детоксикатсия, кортикостероидҳо ба кор бурда шуд.

Гурӯҳи 3-м - ШП зиёда аз 22 ҳол ва фисати пешбинишудаи фавт аз 40% боло. Дар тадқиқоти мо 28 бемор ба гурӯҳи 3-м дохил буданд, 23 нафар аз он фавтидаанд (82,1%). Тайёрии пешазҷарроҳӣ (то 4 соат) гузаронда шудааст. Амалиёти ҷарроҳӣ бо нишондодҳои ҳаётӣ, ки ба коҳиш додан ва бартараф кардани муҳтавои захролуди ковокии батн, ҷудо кардани манбаи перитонит, найчагузорӣ ба рӯдаи борик ба мақсади декомпрессия ва энтеросорбсияи минбаъда равона карда шудааст. Дар чунин ҳолатҳо ба нақша гирифтани поксозии давравии ковокии батн (релапаротомияи барномавӣ) мувофиқи мақсад аст, ва дар тадқиқоти мо ба 13 бемор (6,9%) чунин усул истифода бурда шуд, аз он ҷумла ба 3 бемор усули омехта, яъне усули нимпӯшида (анъанавӣ) бо поксозии барномавии видеолапароскопии ковокии шикам ба кор бурда шуд.

Ҳамагӣ фавтидагон 38 (20,2%) бемор, нишондоди "шоҳиси перитонити" аксари онҳо зиёда аз 23 ҳол. Муддати бистарии беморон дар статсионар 9,2 рӯзро ташкил додааст.

**Хулоса.** Ҳамин тарик, хулосаи тадқиқотҳои дар клиникаи мо гузаронида ҳаминаст, ки ҷадвали "шоҳиси перитонити" пешниҳодшуда ба сифати яке аз воситаҳои муайянкунии дараҷаи вазнинии перитонити паҳнғашта ва пешгӯии оқибати эҳтимолии беморӣ, ва инчунин интихоби тактикаи минбаъдаи табобат, ба кор бурдан мумкин аст.

Қобили қайд аст, ки маҷмӯи нишондодҳои, ки мо пешниҳод намудем, мутлақо мукамал нест ва ба сатҳи андозаи дақиқи ададӣ нарасидааст. Ин ҷадвали пешгӯиро мо ҳамчун намунаи корӣ қабул кардаем ва истифодабарии он бештар ҳолати беморро ба ҳисоб мегирад ва ба ақидаи мо, интихоби тактикаи табобатро осонтар мегардонад. Барои муайян кардани афзалиятҳои иловагӣ ва норасоии ҷадвали пешгӯии мазкур тадқиқотҳои зиёдтар зарур ҳастанд, ки нақши онро дар услуби тафриқавии интихоби усулҳои самараноки табобати перитонити паҳнғаштаи нишон медиҳад. Ба ин мақсад мо тасмим гирифтём, ки дар оянда боз ҳам батафсилтар имконияти ба кор бурдани онро омӯзем.



## АДАБИЁТ

1. Алиев С.А., Алиев Э.С., Махмудов М.Г., Намазов А.Э. Интегральные системы оценки тяжести состояния больных и критерии прогнозирования исхода при абдоминальном сепсисе. // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2016. № 5. С. 3-11.
2. Здзитовецкий Д.Э., Борисов Р.Н. / Варианты хирургической тактики при распространенном гнойном перитоните // Сибирское медицинское обозрение. 2010. № 6 (66). С. 68-72.
3. Крылов Н.Н., Бабкин О.В., Бабкин Д.О. / Мангеймский индекс перитонита - критерий выбора оперативного вмешательства при перфоративной дуоденальной язве // Хирургия 2016 №7, С. 18-22. doi: 10.17116/hirurgia2016718-22
4. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Подачин П.В., Сергеева Н.А. / Критерии выбора эффективной тактики хирургического лечения распространенного перитонита // Анналы хирургии. 2013. № 2. С. 48-54.
5. Сандаков П.Я., Старикова А.И. / Обоснование показаний к релапаротомии и прогнозирование исходов при распространенном перитоните // Пермский медицинский журнал. 2013. Т. 30. № 4. С. 12-16.

## ШАРҲ ДАР АСОСИ МУРОЧИАТҲО, ТАШХИС ВА МУОЛИЧАИ ОМОСҲОИ МАЙНАИ САР

**М.Б. Сайфутдинова**

МД "Маркази илмии онкологиии чумхуриявӣ"-и ВТҲИА ҚТ

*Сайфутдинова Мунфи́за Бурхоновна*- роҳбари шӯбаи радиологии МД Маркази илмии онкологиии чумхуриявӣ Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Чумхурии Тоҷикистон, e-mail: [detochka1984@bk.ru](mailto:detochka1984@bk.ru). Тел. + 992 918 66 52 61.

**Хулоса.** Дар мақола яке аз масъалаҳои ниҳоят мураккаб ва ҳалношуда дар онкологияи муосир, яъне номияҳои бадсифати майнаи сар пешниҳод карда шудааст, ки бо усулҳои омӯрӣ усулҳо ва натиҷаҳои табобат дар муқоиса бо маълумотҳои донишмандони дигар кишварҳо мавриди баррасӣ қарор дод мешаванд.

Омилҳо ва сабабҳои пайдошавии номияҳои бадсифати майнаи сар, давраҳои мурочиати беморон ва хусусиятҳои протсессии ташхис ва табобати ин беморӣ қайд карда мешаванд.

**Вожаҳои калидӣ:** омоси майнаи сар, омомсҳои бадсифат, акулаамалҳои равонӣ, мурочиати беморон.

## ОБЗОР ОБРАЩАЕМОСТИ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

**М.Б. Сайфутдинова**

ГУ "Республиканский онкологический научный центр" МЗСЗН РТ

*Сайфутдинова Мунфи́за Бурхоновна*- руководитель радиологического отделения ГУ Республиканского онкологического научного центра Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, e-mail: [detochka1984@bk.ru](mailto:detochka1984@bk.ru). Тел. + 992 918 66 52 61.

В статье предлагается обзор одной из наиболее сложных и нерешенных проблем в современной онкологии, то есть злокаче-

ственные новообразования (ЗНО) головного мозга, статическими методами рассматриваются методы и результаты лечения, по



сравнению с данными из других стран. Отмечается факторы и причины развития опухоли головного мозга, периоды обращения больных и особенности процесса диагностики и лечения данной болезни.

*Saifutdinova M.B., assistant of the Department of onkoloji, Tajik State Medical University named by Abuali ibni Sino, detochka1984@bk.ru. tel. + 992 918 66 52 61.*

The article offers an overview of one of the most complex and unresolved problems in modern oncology, that is, malignant neoplasms (MNO) of the brain, using static methods, the treatment methods and results are considered, in comparison with data from other countries.

Муҳиммият. Мутахассисон омосҳои бадсифати (ОБ) майнаи сарро ба яке аз масъалаҳои душвортарин ва ҳалношудаи онкологияи муосир дохил мекунанд, ки тақрибан 6% ва аз рӯи маълумоти омори тиббӣ ҳатто 7,5%-и ҳамаи ҳодисаҳои ОБ-ро ташкил медиҳанд. Тадқиқотҳои Пажӯҳишгоҳи миллии саратоншиносӣ (ИМА) аз он далолат медиҳанд, ки теъдоди беморҳое, ки дар онҳо бори аввал ОБ ташхис шудааст, дар давраи байни солҳои 2005-2013 афзудааст - аз 16500 то 23130 нафар [1]. Нишондоди тахминии пайдоиши омоси бадсифат дар майнаи сар ва шуъбаҳои дигари аниқношудаи низоми асаб сари 100 ҳазор аҳолии Федератсияи Русия (С71, 72) соли 2010 5,11, соли 2011 -5,06 [2, 3] нафарро ташкил дод. Ҳамзамон бо таассуф бояд қайд намуд, ки дар маълумот доир ба ҳайати беморони гирифтор ба омосҳои бадсифат, ки дар қайди муассисаҳои онкологии ФР соли 2014 қарор доштанд [4, 5], ахбор доир ба омосҳои бадсифати майнаи сар ҷой надорад.

Мафҳуми "омоси майнаи сар" ташкилаҳои дохили косахонаи сарро муттаҳид месозад, ки ба бофтаҳо, пардаҳо, асабҳои косахонаи сар, рағҳо, бофтаҳои лимфатикӣ ва сохторҳои ғадудии майнаи сар осеб мерасонанд. Бинобар ин омосҳои майнаи сарро ба дохилимағзӣ ва берунимағзӣ чудо мекунанд [6-10]. Нишонаҳои зухурёбии омосҳоро метавон дар робита ба маҳалли ҷойгиршавӣ ва этиология чун манбаъдор ва

**Ключевые слова.** опухоли головного мозга, злокачественные новообразования, психические реакции, обращаемости больных.

The factors and causes of the development of a brain tumor, the nature of the deal of patients and the features of the process of diagnosis and treatment of this disease are noted.

**Key words:** brain tumors, malignant neoplasms, mental reactions, dealing of patient.

ҳам чун умумимайнагӣ тавсиф кард. Ба нишонаҳои бармаҳалли омоси майнаи сар дарди сар бо хусусиятҳои маҳаллӣ тааллуқ дорад. Дар бештари беморон ҷараёнҳои омосӣ сабаби пайдоиши сефалгияи диффузионӣ мешаванд, ки барояшон дарди хурӯчкунандаи васеъшаванда хос аст. Бо мурури калоншавии омос компрессия ба вуқӯъ меояд, ки сабаби варам ва ишемия аввал дар қитъаҳои ҳамшафат, дертар дар сохторҳои дури майнаи сар мешавад. Ҳангоми таъсири омос ба маркази қайангезӣ дар беморҳо қайкунии новобаста ба ғизохӯрӣ ба вучуд меояд.

Ба зухуроти бармаҳалли рушди омоси майнаи сар ҳамчунин ҳалалҳои ҳаракатии сенсориро дохил кардан мумкин аст, ки бо анизорефлексияи афзоишбандаи рефлексҳои рағупайии андомҳо, заъфи мушакҳо, ҳалалҳо дар эҳсосоти мушаку буғумҳо тавсиф мешаванд. Дар беморон ҳамчунин синдроми рағкашӣ мушоҳида мешавад.

Аксуламалҳои равонӣ ба инкишофи омосҳои майнаи сар низ ба маҳалли ҷойгиршавии онҳо вобастагӣ дорад: ҳангоми пайдошавии омосҳо дар қисмати пешонӣ ба беморон ифлостабиатӣ, апатия ё беташаббусӣ хос мешавад; вақти осебёбии базиси қисмати пешонигии майнаи сар беморон хушҳолӣ беасосро эҳсос мекунанд, дар ҳолати эйфория қарор доранд, аммо бо мурури калоншавии омос дар онҳо қаҳру ғазабнокӣ меафзояд; ҳалалҳои босира барои омосҳое



хосанд, ки дар сарҳади қисматҳои чакаи сар ва пешонӣ пайдо мешаванд. Ғайр аз ин, беморон суст шудани хотира, пайдо кардани мушкилиҳоро дар диққат ва қобилияти фикрронӣ қайд мекунанд. Ҳангоми муоинаи беморон сустшавии босира, ҳалал дар ҳаракати чашмон, фиреби ҳисси шомма, шунавой ва маза қайд гардиданд.

Алгоритми таъхис баҳодиҳӣ ба ҳолати беморро аз ҷониби невролог бо ҳадафи муайян кардани аломатҳои саршавии беморӣ фаро мегирад, ки имкон медиҳад маҳалли ҷойгиршавии омос муайян гардад. Офталмолог тезии биноӣ ва фарогирии ҳисси босираро меозмояд. Ба беморон Эхо-ЭГ, ЭЭГ гузаронда мешавад, аз рӯи нишондодҳо мумкин аст машварати отоневролог таъин гардад. Дар сурати гумонбарӣ аз мавҷудияти омоси майнаи сар ТК ва ё ТМР (МРТ) гузаронида мешаванд, то дидани омос, аз варами маҳаллии бофтаҳои серебрялӣ чудо кардани он, муайян кардани андозааш, аниқ намудани сатҳи паҳншавии чараёни омосӣ ва осебёбии бофтаҳои сарҳадӣ имкон фароҳам гардад.

Бино ба мурочиатҳо ба МД "Маркази илмии онкологии ҷумҳуриявӣ"-и ВТХИА ҚТ (Формаи 7) дар солҳои 2010-2015, теъдоди беморони гирифтор ба омоси бадсифати майнаи сар, ки бори аввал ошкор шудаанд, тағйирёбанда аст ва майл ба афзоиш

дорад (рас.1): соли 2010 - 43 (1,5% аз шумораи умумии беморони нав ошкоршуда), с. 2011 - 31 (1,0%), с. 2012 - 35 (1,2%), с. 2013 - 78 (2,5%), с. 2014 - 69 (2,3%), с. 2015 - 61 (2,0%).



Рас. 1. Теъдоди беморон, ки ба онҳо бори аввал таъхиси "саратони майнаи сар" гузошта шудааст, дар қиёс бо шумораи умумии ҳодисаҳои (дар асоси мурочиатҳо ба МД МИОҚ ВТХИА ҚТ дар с. 2010-2015)

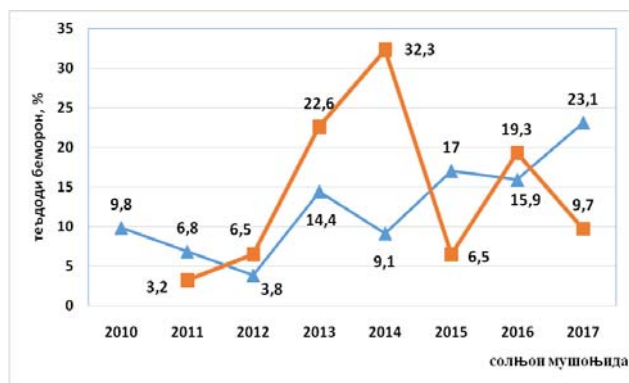
Мо таҳлили проспективӣ (гурӯҳи аз рӯи нишонаҳои муайян ҷудокардаи одамон (коғорта)-ро дар лаҳзаи ҷорӣ ташкил дода, минбаъд онҳоро мушоҳида мекунанд) ва ретроспективӣ (характеристикаи пурраи чараёни эпидемикӣ дар статика (сатҳ дар муддати вақти интиҳобшуда) ва динамика дар давраи гузашта) таъхисгузорӣ ва муолиҷаи калонсолон (n=264) ва кӯдакони (n=31) гирифтор ба саратони майнаи сарро доир намудем, ки ба МД МИОҚ ВТХИА ҚТ дар давраи байни солҳои 2010 - 2017 (ҷадв. 1, Расми 2) мурочиат кардаанд.

### Ҷадвали 1

#### Мурочиаткунии беморони гирифтор ба саратони майнаи сар ба МД МИОҚ ВТХИА ҚТ аз рӯи солҳо

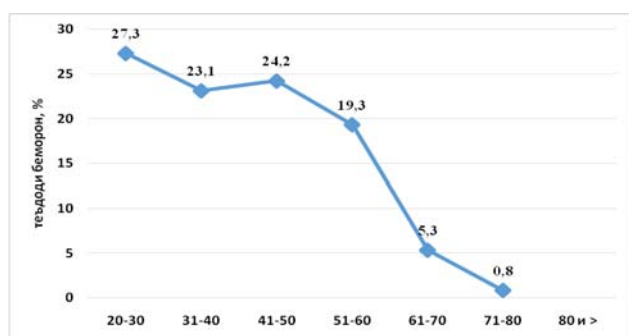
Син, сол	Солҳои мушоҳида								Ҳамагӣ
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Дети (n=31)									
1-5					2			1	3 (9,7)
6-10		1	2	4	4		3	1	15 (48,4)
11-15				3	4	2	3	1	13 (41,9)
16-18									
<b>Ҷамъ</b>	-	<b>1 (3,2)</b>	<b>2 (6,5)</b>	<b>7 (22,6)</b>	<b>10 (32,3)</b>	<b>2 (6,5)</b>	<b>6 (19,3)</b>	<b>3 (9,7)</b>	<b>31</b>
Калонсолон (n=264)									
20-30	10	6	3	9	9	14	11	10	72 (27,3)
31-40	7	5	1	8	4	10	9	17	61 (23,1)
41-50	6	6	2	11	5	10	10	14	64 (24,2)
51-60	2	1	3	8	6	8	9	14	51 (19,3)
61-70			1	2		3	1	6	14 (5,3)
71-80		-			-		2		2 (0,8)
80 ва >									
<b>Ҷамъ</b>	<b>26 (9,8)</b>	<b>18 (6,8)</b>	<b>10 (3,8)</b>	<b>38 (14,4)</b>	<b>24 (9,1)</b>	<b>45 (17,0)</b>	<b>42 (15,9)</b>	<b>61 (23,1)</b>	<b>264</b>





Рас. 2. Муроҷиаткунии беморони гирифтор ба саратони майнаи сар ба МД МИОҶ ВТҲИА ҶТ (с.2010-2017)

Мо муайян намудем, ки бештари беморони калонсоли таҳқиқшуда дар синни фаъолӣ ва қобили қор қарор доштанд (20-60-солаҳо) (Рас. 3)



Рас. 3. Тақсимбандии беморони калонсоли гирифтор ба саратони майнаи сар, ки ба МД МИОҶ ВТҲИА ҶТ муроҷиат карданд, аз рӯи синну сол, с. 2010-2017

Сарфи назар аз татбиқи технологияҳои баланд ва комёбиҳо дар соҳаи онкология, мутахассисон наметавонанд бо эътимод сабаби пайдоиши омосҳои бадсифатро шарҳ диҳанд [6-10], ҳарчанд ақида доранд, ки омилҳои мухталифи экологӣ, аз қабилҳои радиатсия, маводи гуногуни захрогин, ифлосшавии назарраси муҳити атроф метавонанд ба инкишофи омосҳои майнаи сар сабаб гарданд. Латбардории косахона ва майнаи сар низ метавонад омилҳои ангиолиз бошад. Омосҳои майнаи сар ҳамчунин баъди шуӯъдармонии омосҳои бадсифати маҳалли дигар ё дар шароити терапияи иммуносупрессивӣ ҳам пайдо мешуданд. Тахминан низ ҳафт, ки таъсири майдонҳои электромагнитии телефонҳои мобилӣ ё хатҳои баландшиддати интиқоли барқ ҳамчунин метавонад сабаби инкишофи беморӣ гардад. Махсусиятҳои иқлимӣ ҷуғрофии ҷумҳурӣ - нишондиҳандаҳои баланди радиатсияи ултрабунафши воридшаванда, зуду назаррас болою поин шудани ҳарорат, таъсири шароити мавзӯҳои баландқӯҳ дар баъзе минтақаҳо низ ба назар бояд гирифт. Қисми калони аҳолии деҳот дар маҳалҳои дурдаст зиндагӣ мекунад, ки ин монети дастрасӣ ба ёри тиббии баландсифат мегардад. Дар ҷадвали 2 тақсимшавии беморони гирифтори саратони майнаи сар дар минтақаҳои Тоҷикистон инъикос ёфтааст.

## Ҷадвали 2

### Минтақаҳои зисти беморони таҳқиқшудаи гирифтори саратони майнаи сар

Син, сол	Минтақаҳои ҷумҳурӣ					Ҷамағӣ
	Душанбе	Сугд	Хатлон	НТМ	ВМКБ	
Кӯдакон (n=31)						
1-5	1	1	1			3 (9,7)
6-10	2	3	7	3		15 (48,4)
11-15	3	3	2	5		13 (41,9)
16-18						
<b>Ҷамъ</b>	<b>6 (19,3)</b>	<b>7 (22,6)</b>	<b>10 (32,3)</b>	<b>8 (25,8)</b>		<b>31</b>
Калонсолон (n=264)						
20-30	12	14	25	20	1	72 (27,3)
31-40	9	19	14	18	1	61 (23,1)
41-50	11	14	16	20	3	64 (24,2)
51-60	8	13	14	16		51 (19,3)
61-70	4	2	3	5		14 (5,3)
71-80	1	-			1	2 (0,8)
80 и >						
<b>Ҷамъ</b>	<b>45 (17,0)</b>	<b>62 (23,5)</b>	<b>72 (27,3)</b>	<b>79 (29,9)</b>	<b>6 (2,3)</b>	<b>264</b>



Омосҳои майнаи сар ба ибтидоӣ (аз бофтаҳои майнаи сар шуруъ мегарданд) ва метастатикӣ тақсим мешаванд, ки ҳамчун оқибати диссеминатсияи гематогенӣ ё лимфогенӣ ҳуҷайраҳои омосӣ инкишоф меёбанд. Зимнан, омосҳои метастатикӣ нисбат ба ибтидоӣ бештар вомехӯранд. Бо ҳадафи тақсимбандии омосҳои майнаи сар таҳқиқоти гистологӣ доруҳо зеро микроскоп бо калонкунии 100, 200, 400-крат баргузор

гардид [6. 7]. Ҳангоми омӯзиши мутааллиқии гистологӣ осебҳои бадсифати майнаи сари калонсолон ва кӯдакон мо муайян намудем, ки теъдоди аз ҳама бешӣ онҳо (67,7% кӯдакон ва 52,3% калонсолон) ба астрцитоме бо дараҷаи баланди тафриқаи ҳуҷайраҳо, рушди камсуръат ва қобилияти табдилёбӣ ба бадсифат, ки хосӣ он аст, рост меомад. Таҳминан 1/3 ҳиссаи беморон (29,9%) дар синни ҷавонӣ (то 40-сола) қарор доштанд (ҷадв. 3).

### Ҷадвали 3

#### Сохтори гистологӣ омосҳои майнаи сар дар кӯдакон ва калонсолон

Син, сол	Сохтори гистологӣ омосҳо						Ҷамағӣ
	астрцитоме	глиобластома	медуллобластома	шваннома	менингиома	эпендимоме	
Кӯдакон (n=31)							
1-5	3 (9,7)						3
6-10	9 (29,0)		5 (16,1)		1		15
11-15	9 (29,0)	2 (6,5)	2 (6,5)				13
16-18							
<b>Ҷамъ</b>	<b>21 (67,7)</b>	<b>2 (6,5)</b>	<b>7 (22,6)</b>		<b>1 (3,2)</b>		<b>31</b>
Калонсолон (n=264)							
20-30	41 (15,5)	15	7		6	3	72
31-40	38 (14,4)	6	3	2	11	1	61
41-50	35 (13,3)	12	1		14	2	64
51-60	19 (7,2)	12	1		18	1	51
61-70	3	5			6		14
71-80	2						2
80 ва >							
<b>Ҷамъ</b>	<b>138 (52,3)</b>	<b>50 (18,9)</b>	<b>12 (4,5)</b>	<b>2 (0,8)</b>	<b>55 (20,8)</b>	<b>7 (2,6)</b>	<b>264</b>

Глиобластомаҳо дар калонсолон 18,9% ва дар кӯдакон 6,5%-и ҳодисаҳо ташкил мекарданд.

Омоси инвазивии ҷанинии майнача (медуллобластома) аксаран дар синни кӯдакӣ зуҳур мекард (22,6% дар муқобили 4,5% дар калонсолон). Ҷараёни метастаздиҳӣ тариқи роҳҳои ликворӣ ба амал меояд.

Дар таҳқиқоти мо омосҳои, ки аз ҳуҷайраҳои омосии эпендимоме иборатанд, ки аз девораҳои меъдачаҳо ва канали ҳароммағз (эпендимоме) бо суръати суст мерӯянд, дар 7 (2,6%) бемори калонсол пайдо карда шуданд. Дар 2 бемори синни 31-40-сола неврономаи асаби шунавоӣ (шваннома) ҷой дошт.

Омосҳои майнаи сар, ки аз пардаи майнаи сар инкишоф меёбанд, дар 55 (20,8%) бемор ташхис гардиданд, зимнан 16,5% аз онҳо ба гурӯҳи синнусолии 30-60-солагон

тааллуқ дошт. Тавре муҳақққон қайд мекунанд, ба менингиомаҳо рушди оҳиста хос аст, онҳо метавонанд муддати тӯлонӣ андозаашонро тағйир надиханд ва ягон хел аз худ дарак надиханд.

Сабабҳои сар задани осебҳои метастатикӣ (омосҳои дуҷумдараҷа) метавонанд чунин бошанд: саратони ғадуди шир, саратони рӯдаи ғафс, саратони гурда, саратони шуш, саркома ва ғ. Дар баъзе ҳолатҳо давраи байни инкишофи саратон ва пайдоиши омоси майнаи сар метавонад тӯлонӣ бошад; дар ҳолатҳои дигар омоси майнаи сар метавонад оқибати инкишофёбии саратон дар ягон узви дигар бошад.

Омосҳои майнаи сар ба муолиҷаи комплексӣ ниёз доранд, ки интиҳоби усулаш аз маҳалли ҷойгиршавӣ, сохтори гистологӣ ва андозаи омос вобастагӣ дорад. Унсуре анъанавии табобати омосҳои майнаи сар ама-

лиёти чарроҳӣ аст. Барои пешгирӣ намудан аз таъсири омози калоншаванда ба бофтаҳои майнаи сар, техника ва роҳи дастрасӣ ба омоз тариқи мудохилаи чарроҳӣ бояд тавре интихоб гарданд, ки ба функсияҳои майнаи сар зиёни камтарин расонанд.

Ҳамаи кӯдакони гирифтори саратони майнаи сар чарроҳӣ шуданд ва баъди он химиотерапияи адъювантӣ бо доруи Темодал гирифтанд. Дору ба зудӣ аз садди гематоэнцефалӣ гузашта, ба моеи ҳароммағз ворид мешавад. Концентратсияи максималии дору дар плазма ба ҳисоби миёна баъди 0,5-1,5 соати баъди истеъмол ба вуқӯ меояд. Давраи нимхориҷшавӣ аз плазма тахминан 1,8

соатро ташкил медиҳад. Роҳи асосии баровардани дору тавассути гурда аст. Баъди истеъмол дору ба зудӣ ҷаббида мешавад ва ҳамчунин зуд аз организм бо пешоб мебарояд. Сатҳи миёнаи хориҷшавӣ бо наҷосат дар 7 рӯз 0,8%-ро ташкил дод, ки ин аз пурра ҷаббида шудани дору гувоҳӣ медиҳад. Вояи бештарине, ки кӯдакон ва калонсолон нисбати он тобоваранд, баробар аст ва 1000 мг/м<sup>2</sup> барои як даври муолиҷа ташкил медиҳад.

Усулҳои муолиҷаи беморони калонсол аз омилҳои мисли синну сол, ҳолати умумии сӯхатӣ ва мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳ, инчунин аз андоза, мавзеи ҷойгиршавӣ ва навъи омоз вобастагӣ доранд [11] (ҷ. 4).

#### Ҷадвали 4

##### Гурӯҳбандии беморони калонсол аз рӯи усулҳои табобат

Синну сол	Усулҳои табобат						Ҳамагӣ
	Чарроҳӣ	Чарроҳӣ+ТГТ	Чарроҳӣ+ТГТ+ПХТ	ПХТ+ТГТ	ПХТ+симпт.	Симптома	
20-30	2	63	5		2		72
31-40	1	55	3	2			61
41-50	4	57	1			2	64
51-60	1	48	1		1		51
61-70	1	12	1				14
71-80				2			2
80 ва >							
Ҷамъ	9 (3,4)	235 (89,0)	11 (4,2)	4 (1,5)	3 (1,1)	2 (0,8)	264

Дар 246 аз 264 (93,2%) бемори таҳқиқшуда дар марҳилаи аввали табобати омехта ва комплекси майнаи сар мудохилаи чарроҳӣ истифода гардидааст, дар речаи монотерапия ин усул нисбати 3,4% беморон қорбурд шудааст.

Химиотерапия ва шуоъдармонӣ амалиёти чарроҳиро пурра мекарданд ӯ усули паллиативии табобат буданд. Агар ҳангоми таҳқиқи гистологии омози буридашуда мавҷудияти атипия тасдиқ меёфт, дар давраи баъди чарроҳӣ беморон мавриди шуоъдармонӣ қарор мегирифтанд. Натиҷабархшии шуоъдармонӣ аз ҳассосияти омози бадсифат нисбати таъсири шуоҳо, аз сифат ва иқтидори дастгоҳҳо, вояҳои дуруст интихобшуда ва нақшаи шуоъдармонӣ вобастагӣ дошт (Садырин, Антон Владимирович.

Особенности иммунного и вегетативного статуса у больных с опухолями головного мозга при лучевой терапии. Диссертация и автореферат к.м.н., Челябинск, 2008, 188 с.). Дар беморон бо омозҳои майнаи сар мавриди таъсири шуоҳо шуъбаи муайяни майна қарор дода мешавад. Бо назардошти андоза, амиқии ҷойгиршавӣ ва навъи омоз нақшаҳои инфиродии шуоъдармонӣ таҳия мегарданд. Шуоъдармонии беруна ҳар рӯз дар давоми якчанд ҳафта татбиқ мешавад. Брахиотерапия оморо аз дарун хароб карда, танҳо ба бофтаҳои омоз таъсир мерасонад.

Химиотерапия тавассути ситостатикҳо гузаронда мешавад, ки бо назардошти навъи гистологии омоз ва ҳассосияти инфиродӣ интихоб шудаанд.



## АДАБИЁТ

1. Опухоли головного мозга - Интэрнет-журнал "Онколог" - <http://www.onkolog-rf.ru/opuhol-golovnogo-mozga>
2. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность).- В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. - М.: ФГБУ "МНИОИ им. П.А. Герцена" Минздравсоцразвития России. - 2012. - 260 с.
3. Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность) - Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой - М.: ФГБУ "МНИОИ им. П.А. Герцена" Минздрава России. - 2013. - 289 с.
4. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 году. - Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - 2015. - 236 с.
5. Состояние онкологической помощи населению России в 2015 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой.- М.: МНИОИ им. П.А. Герцена. - 2016. -236 с.
6. Опухоль головного мозга - <http://www.onkolog-rf.ru/opuhol-golovnogo-mozga>;
7. Опухоль головного мозга: виды, первые симптомы и профилактика. - Аргументы и факты - 23.01.2014
8. Дану А. Опухоли головного мозга: симптомы, факторы риска, диагностика и лечение. <http://www.medpark.md/ru/article/>
9. Бадалян Л.О. Невропатология. - М.: Академия. - 2007. - С. 335-339. - 400 с.
10. Коновалов А.Н. Клиническая неврология. - М: Медицина. - 2002.
11. Методы лечения опухолей головного мозга <http://www.rusmedserv.com/brainsurgery/methods-treatment-tumours-brain/>

## ОСТЕОПОРОЗИ ХУДЗОДИ ЧАВОНОН

**М.З. Кариева, С.М.Мирзоева**

Кафедраи травматология, ортопедия ва ҶХС (мудири кафедра д.и.т., профессор А.А.Раззоков)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Кариева Мадина Зарифовна, аспиранти кафедраи травматология ва ортопедияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: [madinakarieva15@gmail.com](mailto:madinakarieva15@gmail.com), тел.: 985-66-62-77.*

*Мирзоева Соҳибдават, дотсенти кафедраи травматология ва ортопедияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: [Sohiba.mirzoevna@gmail.com](mailto:Sohiba.mirzoevna@gmail.com), тел.:93-600-06-58.*

Остеопорози худзоди чавонон бемории вазнини скелет дар кӯдакону чавонон ба шумор меравад. Дар клиникаи осебшиносӣ ва отопедии ММТ ҶТ дар шароити амбулаторӣ 120 картаи кӯдакони синни аз 3 то 14 солаи гирифтори остеопорози чавонон мавриди таҳлил қарор гирифт. Ташҳис остеопорози кӯдакон бо сабаби суст зоҳир шудани симптоматика хеле душвор аст ва дар асоси

маълумотҳои клиникӣ, рентгенологӣ ва биохимиявӣ, ҳангоми рад намудани манзараҳои ҳаммонанди остеопорози генезҳои дигар, ба роҳ монда мешавад. Танҳо ташҳиси саривақтӣ ва муолиҷаи мувофиқи ғайриҷарроҳиву ортопедӣ метавонад боиси устувор гардидани раванд ва баъдан сӯхат ёфтани гардад.

**Калимаҳои калидӣ:** остеопороз, чавонон, худзод, муолиҷаи остеопороз.





## ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ОСТЕОПОРОЗ

М.З. Кариева, С. Мирзоева

*Кариева Мадина Зарифовна, аспирантка кафедры травматологии и ортопедии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: madinakarieva15@gmail.com, тел.: 985-66-62-77.*

*Мирзоева Сохибдавлат, доцент кафедры травматологии и ортопедии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: Sohiba.mirzoevna@gmail.com, тел.: 93-600-06-58.*

Идиопатический ювенильный остеопороз является тяжелым заболеванием скелета детского и юношеского возраста. В клинике травматологии и ортопедии НМЦРТ анализированы в амбулаторных условиях карты 120 детей в возрасте от 3-х до 14 лет с ювенильным остеопорозом. Диагностика детского остеопороза достаточно осложнено из-за слабо выраженной симптоматики. Он устанавливается на основании клинических,

рентгенологических и биохимических данных при исключении сходных картин остеопороза других генезов. Только своевременно поставленный диагноз и адекватная консервативно-ортопедическая терапия могут привести к стабилизации процесса и последующему выздоровлению.

**Ключевые слова:** остеопороз, ювенильный, идиопатический, лечение остеопороза.

## DIAGNOSIS AND CONSERVATIVE TREATMENT OF CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP IN YOUNG CHILDREN

M. Z. Karieva, S. Mirzoeva

*Karieva Madina Zarifovna, postgraduate to chairs of traumatology and orthopedics Tajik state medical universities by the name of Abuali ibni Sino, E.mail: madinakarieva15@gmail.com, ph.: 985-66-62-77.*

*Mirzoeva Sohibdavlrat, docent to chairs of traumatology and orthopedics Tajik state medical universities by the name of Abuali ibni Sino, E.mail: Sohiba.mirzoevna@gmail.com, pn.: 93-600-06-58.*

Idiopathic Juvenile osteoporosis is the serious illness of the skeleton of children's and preadult age. In the traumatology and orthopedics clinic of NMCRT in out-patient conditions cards of 120 children aged from 3 till 14 years with juvenile osteoporosis are analyzed. Diagnostics of children's osteoporosis is rather complicated because of poorly marked symptomatology. It is

established on the basis of clinical, radiological and biochemical data at an exception of similar pictures of osteoporosis of other genesis. Only in due time made diagnosis and adequate conservative and orthopedic therapy can lead to stabilization of process and the subsequent recovery.

**Key worlds:** osteoporosis, Juvenile, idiopathic, treatment of osteoporosis.

**Мухиммият.** Остеопороз бемориест, ки бофтаҳои устухонро фаро гирифта, зимни он якбора гум шудани вазни устухон, коҳиш ёфтани зичии устухон, халалёби архитектура мушоҳида мешавад. Ин ҳолат боиси коҳишёбии устуворият ва афзудани хатари шикастани устухонҳоро ба миён меорад. Ин бемории скелет буда, боиси коҳиш ёфтани

устуворият, тақвият ёфтани шиканандагии он, халалёбии метаболизми бофтаҳои устухонӣ мегардид. Пештар бемории мазкурро сирф ба калонсолон нисбат меоданд. Ин бемории скелет буда, боиси коҳиш ёфтани устуворият мегардад. Аммо дар амалияти тиб ҳолатҳои дар кӯдакон ё наврасон инкишоф ёфтани беморӣ мушоҳида мешавад, ки саба-



би кохиш ёфтани зичии устухон ва зиёд шудани хатари шикастани он мегардад [2,3]. Фаъолнокии ҷисмонӣ ба таври самаранок ба шиддатнокии афзоиши коэффитсенти устухонҳо таъсир мерасонад. Як зумра таҳқиқотҳо зичии зиёди минералии бофтаҳои устухонро дар мавриди кӯдаконе ба қайд гирифтааст, ки дар муқоиса ба ҳамсолони таҳмили ҷисмонӣ надоштаи худ ба ягон навъи вариши серҳаракат машғуланд. Вале шиддатнокии аз ҳад зиёди ҷисмонӣ пеш аз давраи булуғ ё пас аз он, хусусан дар мавриди духтарҳо, метавонад ба ташаккули авҷи вазни устухонҳо таъсири манфӣ расонад.

Остеопорози ҷавонон бемори вазнини фарогири скелет ба шумор рафта, аксаран сутунмуҳра ва пойҳоро иллатнок мекунад. Бемории мазкур бори аввал аз ҷониби Catel (1954) ҳамчун бемории муҳраҳои "моҳимонанди" ҷавонон ва сипас бемориҳои ҳаммонанд аз ҷониби А.В.Жданова (1988) шарҳ дода шуданд. Бемории мазкур аксаран дар давраи балоғати ҷинсӣ ё пеш аз он инкишоф меёбад, аммо кӯдакони синни гуногун, новобаста аз ҷинсият, метавонанд ба ин бемории гирифтдор шаванд. Остеопорози ҷавонон шакли аҳёии беморӣ ба шумор рафта, дар кӯдакони солим дар давраи аз 7 то 13 солагӣ (пеш аз давраи балоғати ҷинсӣ) пайдо мешавад ва дар аксари ҳолатҳо пурра муолиҷашаванда мебошад [1,4]. Нармӣ ва кохиш ёфтани зичии бофтаҳои устухон дар мавриди кӯдакон бештар дар давраи наврасӣ, дар арафаи балоғат ба назар мерасад. Вале дар баъзе ҳолатҳо эҳтимол дорад, ки беморӣ пештар мушаххаса шавад [3,6].

**Мақсади таҳқиқот:** Омӯзиши хусусиятҳои ташхиси остеопорози ҷавонон дар мавриди кӯдакон, таҳияи тактикаи дурусти пешгирӣ, муолиҷаи остеопороз ва ба табибон пешниҳод намудани тавсияҳои зарурии амалӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар клиникаи осебшиносӣ ва ортопедии ММТ ҚТ дар шароити амбулаторӣ 120 картаи кӯдакони синни аз 3 то 14 солаи гирифтори остеопорози ҷавонон мавриди таҳқиқ қарор гирифт. Ҳангоми дар кӯдакон мавҷуд будани симптомҳои норухаткунанда ва омилҳои

хатар (тамоюли ирсӣ, фаъолияти ками ҷисмонӣ, ба таври нокифоя истеъмол кардани маҳсулоти ширӣ) таҳлили боихимиявии хуну пешоб ба хотири муайян кардани микдори калсий, фосфор ва дигар микроэлементҳо дар он гузаронида шуд. Ҳолати функционалии системаи пешобҳосилкунанда ва эндокринӣ муайян ва рентгенографияи сегментҳои синаву камарии сутунмуҳра, инчунин дар ҳолати зарурати денситометрияи бофтаҳои устухон гарданаи устухони рон гузаронида шуд.

**Натиҷаи таҳқиқот ва барасии онҳо.** Бо сабаби суст зоҳир шудани симптоматикаи остеопорози кӯдакон ташхиси он хеле душвор аст. Ташхис дар асоси маълумотҳои клиникӣ, рентгенологӣ ва биохимиявӣ дар ҳолати рад кардани манзараҳои ҳаммонанди остеопорози генезҳои дигар ба роҳ монда мешавад. Аломатҳои бемориро фақат дар натиҷаи назорати ҷиддии кӯдак ва бодикқат нигоҳ кардани расмҳои рентгенӣ дар ҳолати шикастагӣ шиноختан мумкин аст. Таҳлили мавод нишон дод, ки беморӣ ногаҳон дар устухон ва бугумҳои пой сар мешавад ва сабаб мегардад, ки бемор ба статсонари артрологӣ муроҷиат намояд. Сониян, дардҳои бошиддати сутунмуҳра илова мешавад, қад кашидан қатъ мешавад, бадан кӯтоох гардида, кузпушӣ ва лордозии камариву дорсалӣ пайдо мешавад. Роҳгардӣ ҳалал меёбад, мушакҳо заиф мешаванд, дар ҳолати зарбулати андак устухон мешиканад, деформатсияи пойҳо мувофиқи навъи рахитмонанд инкишоф меёбад. Маъмулан нишонаи аввалин остеопорози ҷавонон дарди қисми поёнии пушт (камар) мебошад. Дард хусусияти музминӣ дошта, пас аз муддати мадид дар ҳолати маҷбурӣ будан (нишаста, рост истода) ва таҳмили ғайриодии ҷисмонӣ шиддат мегирад. Синдроми дард метавонад ба рону пойҳо, бугумҳои зону, қисми соқу попанча паҳн гардида, бештар ба душворӣ роҳ гаштану лангиданро ҳамроҳ дорад. Дар кӯдакон симптомҳои зухурёфтаи возеҳи остеопороз вучуд надорад. Мумкин аст дард дар мавзеи сутунмуҳра, пойҳо, зуд хасташавӣ дар ҳолати муайяни нишаста ё рост истода мушоҳида гардад. Бо



мурури замон хисси дард доимиву бекароркунанда мегардад. Дар кӯдакон (зимни 22 ходиса) бе асос дар ҳолати набудани зарбулат шикастани устухон мушоҳида гардид. Чунин шикастагиҳоро худзод меноманд ва бештар дар кӯдакон устухонҳои танаи муҳраҳо (10 ходиса), устухони оринҷ (5) ва китф (4), сараки рон (дар мавриди 3 кӯдак) мешиканад. Маълумотҳо объективӣ нишон доданд, ки остеопорози кӯдакон аксаран бо чунин аломатҳо пайдо мешавад: афзоиши нисбатан суст дар муқоиса бо ҳамсолон; қафаси сина кӯтоҳ ва чалакмонанд калон шудаву қабурғаҳо ба таври уфуқӣ ҷойгир мешаванд, сари сина барҷаста, букригӣ дар қисми синагии сутунмуҳра, доирашаклии мавзеи сина зиёд мешавад, шикам барҷаста гардида, ба як тараф ҳам хӯрдани сутунмуҳра мушоҳида мешавад. Инчунин дар мавриди 15 бемор деформатсияи вирусии пойҳо бо маҳдудият бариш ба банди косу рон таҳқиқ гардид.

Таҳқиқи биохимиявии зардоби хун миқдори муътадили калсий ва ё каме зиёдтари он, фосфори ғайриорганикӣ, фосфотази ишқорро (дар 22 ходиса) нишон дод. Дар даври фаъоли беморӣ гиперкалсиемия ва гиперкалсиурия (дар мавриди 18 бемор) мушоҳида гардид. Маъмулан намунаи функционалии гурда ҳалал наёфта буд. Бемории узвҳои дарунӣ зоҳир нагардид. Дар рентгенограмма остеопорози зоҳиршудаи тамоми устухонҳои скелет бо тунук шудани манзараи болорӣ ва шикастагиҳои кампрессионии танаи муҳраҳо, дар тамоми фосилаи сутунмуҳра (муҳраҳои "моҳӣ"), мушоҳида мегардид. Дар ҷанбаи ташҳиси тафриқавӣ бемориҳои аввалии устухон ба монанди остеопорози сафарбаршуда, остеогенези таъхиратодаи номукамал, остеопороз ҳангоми бемории гурда ва бемории эндокринӣ мавриди тавачҷуҳ қарор дошт. Рад намудани бемориҳои мазкур остеопорози худзоди ҷавонро пеши назар меорад.

Дар аксари ҳолатҳои остеопорози худзоди ҷавон ғайриихтиёр, тавре пайдо шуда буд, дар синни булуғи бемор дар ягон шакл зоҳир нашуда нест мешавад. Бо вучуди ин, бемории ҷисмонӣ, бемориҳои ҳамбаста дар

мавриди кӯдакону наврасон ташҳиси барвақтиро тақозо менамояд. Ин чораҳо барои аз шикастану оқибатҳои тасодуфии он хифз намудани банди муҳраҳову дигар устухонҳои скелети беморони ба балоғат нарасида зарур аст.

Зимнан усулҳои ягонаи муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ ва ҷарроҳии остеопороз дар мавриди беморони хурдсол вучуд надорад. Ҳар ҳодиса ба таври инфиродӣ баррасӣ ва муолиҷаи махсус таъйин мешавад. Зимни ҳосил намудани авҷирии вазни устухон (ҳангоми муолиҷа ва пешгирии бемории остеопороз) фаъолнокии ҷисмонӣ сабаби асосӣ ба ҳисоб меравад. Дар марҳилаи шадид ғайр аз КМВ ва шиноварӣ муддати мадид пиёда гаштан дар ҳавои тоза (на камтар аз ду соат дар як рӯз) йога, рақс, аэробика бо син ва ҳолати ҷисмонӣ мувофиқ тавсия мешавад. Ҳамеша аз организм зиёдатӣро аз истеъмолнамуда камтар ба воситаи пешоб аз гурдаҳо ихроҷ мешавад.

Ҳангоми муолиҷа физиодармонӣ, сеансҳои муолиҷаи мануалӣ таъсири мусоид мерасонанд. Аз фаъолияти ҷисмонии хатарнок ва навъҳои экстремали варзиш парҳез кардан лозим аст. Дар ҳолати шикастагиҳои истифодаи муолиҷаи ёрирасон, асобағал, шина, корсетҳои саҳту чандирӣ зарур аст.

**Муолиҷа.** Агар муолиҷа оғоз шавад, остеопорози кӯдакон ба хубӣ ва пурра муолиҷа мешавад. Ҳангоми остеопороз раванди патологияи тағйирёбии устухонҳо хеле суст инкишоф меёбад ва танҳо дар асоси рентгенологӣ дар ҳоле ки талафоти калсий 50-70%-и ҳолати ибтидоӣ ташкил медиҳад, онро мушоҳида кардан имконпазир аст. Одатан муолиҷа бо таъхир оғоз меёбад, аз ин лиҳоз барқарор кардани скелети иллатнокшуда таҳти таъсири он тӯли соли дома меёбад ва зиёда аз он аз синни беморшуда вобастагӣ дорад. Ҳангоми беморшавӣ син ҳар қадар хурдтар бошад, даври муолиҷа ҳамон қадар тӯл мекашад. Дар аксари ҳолатҳо бофтаҳои устухон пас аз муолиҷаи мувофиқ пурра барқарор мешавад ва пас аз ба охир расидани марҳилаи шадид ҳалалёбии инкишоф низ ҷуброн мешавад. Мутаассифона дар баъзе ҳолатҳо остеопорози худзод муолиҷа намешавад, муолиҷаи ҳалалёбии андом ва ноус-



тувории муҳраҳо бенатиҷа меанҷомад, ки боиси маъюб гардидан мешавад.

Таҳлили мавод нишон дод, ки барои ғайримустақиман баргараф кардани сабабҳои остеопорози наврасон гурӯҳи зерини препаратҳои дорӯӣ ба кор бурда мешаванд:

1. Бештар қаббандаи бофтаи устухон. Ба онҳо шомиланд калситонинҳо (табӣӣ ва синтетикӣ) ва эстрогенҳо, ки ба даври кӯтоҳ таъйин карда мешаванд.

2. Ангезандаи устухонҳосилшавӣ. Онҳо гормонҳои рекомбинантии соматотропӣ ва стероидҳои анаболиро дар бар мегиранд.

3. Дар маҷмӯъ муътадилгардонандаи метаболизм. Дар байни онҳо витамини Д (дар шакли асл ё омехта бо калсий) ва остеогенон аҳамияти муҳим дорад.

Мо остеопорози худзои ҷавонро бо комплекси омехтаи витамини D2, намаки калсий, систратҳо, стереоидҳои анаболӣ, комплекси поливитаминҳо, тазриқи АТФ, витамини B6, физиодармонӣ, КМВ, масх, шинокунӣ муолиҷа намудем.

Варзиши муолиҷавӣ, ки барои кӯдаккон тавсия мешавад, бояд пас аз 3-4 моҳи оғози муолиҷаи комплексӣ шурӯъ шавад, зеро хатари инкишофи таҳрибшавии устухон зиёд аст. Дар ҳолати синдроми зухурёфтаи дард таъйин намудани препаратҳои беҳискунанда ё ба кор бурдани корсетҳои махсус мумкин аст.

Ҳамин тариқ, остеопорози худзои ҷавон бемории вазнини скелет барои кӯдаккон наврасон ба шумор меравад. Танҳо сари вақт гузоштани ташхис ва муолиҷаи мувофиқи ғайриҷарроҳию ортопедӣ мутавонад равандро ба ибро оварда, сабаби дар оянда солим гардидан бошад. Остеопороз барои кӯдаккон ҳанӯз маҳкум шудан нест, ин мушкилиро пурра баргараф кардан мумкин аст. Волидайн бояд ба пешгирӣ ва сари вақт зоҳир намудани симптомҳои еморӣ бо масъулият муносибат намоянд. Агар кӯдак аз даврони бачагиаш ба варзиш ва ғизои солим одат намояд, усутухонҳоро солиёни дароз сахту солим нигоҳ доштан мумкин аст.

## АДАБИЁТ

1. Белова Ю.С., Лабораторные исследования в ортопедии / Ю.С. Белова // Клиническая лабораторная диагностика.-2014.-№9.С. 133-134.
2. Важнова И. М., Некоторые патогенетические и клинико-терапевтические аспекты остеопороза у детей /И.М. Важнова, А.Г. Ильин, У.Н. Клачкова// Педиатрическая фармакология.-2011. Том 8.№6. С.30-35.
3. Кожевников В.В., Ультразвуковая доплерография тазобедренного сустава и коррекция выявленных нарушений у детей с дистрофическими изменениями головки бедренной кости / В.В. Кожевников [и др.] // Журнал клинической и экспериментальной ортопедии им. Г.А. Илизарова.-2015.-№1.С. 47-52.
4. Стрелкова И.Г., Новые аспекты взаимосвязи свободно-радикального окисления и тяжести патологического процесса при врожденном вывихе бедра и дегенеративно-дистрофических заболеваниях тазобедренного сустава у детей // И.Г. Стрелкова [и др.] // СТМ.-2012.№ 4.С.73-78.
5. Баранов А.А., Ювенильный ревматоидный артрит: Клин.реком. М., 2005. С. 35.
6. Корж Н.А., Вклад харьковской школы ортопедов-травматологов в становление и развитие специализированной помощи детям / Н.А. Корж [и др.] // Ортопедия, травматология и протезирование.-2012.-№ 4. С. 111-119.
7. Yeh F.J., A children who experience their first fracture at a young age have high rates of fracture /J.F. Yeh, A.M. Grant, S.M. Williams // Ibid.2006. Vol.17. Pp267.
8. Alexander J., The locking compression paediatric hip plat: technical guide and critical analysis / J. Alexander, A. Laurent, Z. Kai, S. Theddy // International Orthopaedics (SICOT). - 2012. - P. 2299-2306.
9. Murray Trevol., Close Reduction for Treatment of Developmental of the Hip in Children / Murray Trevol [ et al.] // J Or-thop.-2007,36(2).





## ТАБОБАТИ ЧАРРОҲИИ КИСТАҲОИ ЭХИНОКОККОЗИИ ОРИЗАДОРШУДАИ ЧИГАР

**З.А. Азиззода, К.М.Қурбонов, Қ.Р. Рузбойзода**

Кафедраи бемориҳои чарроҳии №1 (мудири кафедра д.и.т., профессор Ш.Қ.Назаров) - и  
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Азиззода Зубайдулло Абдулло, н.и.т., докторанти кафедраи бемориҳои чарроҳии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: azizov-med76@mail.ru, тел.: +992-987-21-71-77*

*Қурбонов Каримхон Муродович, академики АИТ Ҷумҳурии Тоҷикистон, д.и.т., профессори кафедраи бемориҳои чарроҳии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: istoil.qurbonov@inbox.ru, тел.: +992-907-90-67-27*

*Рузбойзода Қаҳрамон Рузбой, н.и.т., ассистенти кафедраи бемориҳои чарроҳии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: dr.hero85@mail.ru, тел.: +992-934-05-44-04*

**Муҳиммият.** Дар байни оризаҳои эхинококкози чигар аз ҳама бештар фассоднокшавии кистаи эхинококкозӣ дучор меояд, ки он дар 9,5-16% - и беморон мушоҳида карда мешавад. Оризаи дигари беморӣ ин зардпарвини механикии туфайлӣ (паразитӣ) ва холангити септикӣ ба шумор меравад, ки он дар 4,8-52% ба назар мерасад.

Ҳодисаҳои рахнашавии кистаҳои эхинококкозии чигарба ковокии шикам ва қафаси сина бо ташаккули перитонит ва плеврит дар 1-16% беморон мушоҳида карда мешавад. Оризаҳои баъдичарроҳӣ ва марговарии баъдичарроҳӣ дар ин гурӯҳи беморон баланд боқӣ монда, ба 8,1-22% баробар мебошад.

**Мақсади таҳқиқот:** Беҳтар намудани натиҷаи ташхис ва табобати чарроҳии кистаҳои эхинококкозии оризашудаи чигар.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Натиҷаи ташхису табобати 160 нафар беморон бо кистаҳои эхинококкозии оризашудаи чигар оварда шудааст. Фассоднокшавии кистаи эхинококкӣ дар 76 (47,6%) беморон, зардпарвини механикии туфайлӣ дар 53

(33,1%), холангити септикӣ дар 19 (11,9%), рахнашавии кистаҳои эхинококкозии чигар ба ковокии озоди шикам дар 7 (4,3%) ва ба ковокии қафаси сина дар 5 (3,1%) нафар беморон мушоҳида карда шудааст. Табобати чарроҳии беморон дар ду марҳила бо истифодаи технологияи каминвазивӣ гузаронида шудааст.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Табобати чарроҳии кистаҳои эхинококкозии оризашудаи чигар дар ду марҳила бо истифодаи технологияи каминвазивӣ имкон дод, ки фоизи оризаҳои баъдичарроҳӣ то 6,2% ва марговарӣ то 0,6% паст карда шавад.

**Хулоса.** Таҳқиқот нишон дод, ки табобати думарҳилагии кистаҳои эхинококкозии оризашудаи чигар бо истифодаи услубҳои каминвазивӣ имкон медиҳад, ки бо баргараф намудани нишонаҳои эндотоксемия ва гипербилирубинемия, чарроҳии радикалӣ дар марҳилаи қаноатбахш барои беморон гузаронида шавад.

**Калимаҳои калидӣ.** Эхинококкози чигар, фассоднокӣ, холангити туфайлӣ, зардпарвини механикии туфайлӣ, рахнашавии киста

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

**З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, Қ.Р. Рузбойзода**

Кафедра хирургических болезней №1 (зав. кафедрой - д.м.н., профессор Ш.Қ.Назаров)-и  
ТГМУ им. Абуали ибни Сино

*Азиззода Зубайдулло Абдулло, кандидат медицинских наук, докторанткафедры хирургических болезней №1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, E-mail: azizov-med76@mail.ru, тел.: +992-987-21-71-77*



**Курбонов Каримхон Муродович**, академик АМН Республики Таджикистан, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургических болезней №1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, E-mail: [ismoil.kurbonov@inbox.ru](mailto:ismoil.kurbonov@inbox.ru), тел.: +992-907-90-67-27

**Рузбойзода Кахрамон Рузбой**, к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней №1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, E-mail: [dr.hero85@mail.ru](mailto:dr.hero85@mail.ru), тел.: +992-934-05-44-04

**Актуальность.** Эхинококкоз печени (ЭП) являясь хроническим паразитарным заболеванием, сопровождается тяжелыми осложнениями, которые нередко требуют выполнения неотложных оперативных вмешательств. Среди urgentных осложнений эхинококкоза печени нагноение эхинококковых кист является наиболее распространенным и встречается в 9,5-16% наблюдений. Механическая паразитарная желтуха, встречающейся в 4,8-52% наблюдений нередко сопровождается септическим паразитарным холангитом. Редко встречающейся, но весьма тяжелым осложнением ЭП, требующее неотложного оперативного вмешательства, является прорыв эхинококковой кисты в свободную брюшную полость с развитием паразитарного гнойного перитонита, встречающейся в 1-16% случаев. Прорыв эхинококковых кист печени в грудную полость наблюдается 1-6% случаев.

**Материал и методы исследования.** В работе приведено опыт хирургического лечения 160 пациентов. Возраст больных составляло от 18 до 84 лет. Мужчин было 65 (40,6%) женщин 95 (59,3%). Нагноение эхинококковых кист печени наблюдалось у 76 (47,6%) больных. В 53 (33,1%) случаях у больных ЭП заболевание осложнилось механической паразитарной желтухой, а в 19 (11,9%) пара-

зитарным холангитом. Прорыв эхинококковых кист в свободную брюшную полость отмечалось у 7 (4,3%), в грудную полость у 5 (3,1%) больных. Лечение проводилось в двух этапов с применением миниинвазивных технологии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Предпочтение отдавали двухэтапным методам хирургического лечения. На первом этапе выполняли миниинвазивные вмешательства, таких как эхоконтралируемые пункционно-дренирующие вмешательства, эндоскопическую папиллосфинктеротомию и эндовидеохирургические вмешательства. На втором этапе выполнены различные вмешательства на кисте. Процент послеоперационных осложнений составила 6,2%, летальность 0,6%.

**Заключение.** Таким образом, двухэтапные методы лечения urgentных осложнений эхинококкоза печени с применением миниинвазивных технологий, позволяют снизить эндотоксемию, билирубинемия и выполнить патогенетически обоснованные методы хирургического лечения в благоприятных для больного условиях.

**Ключевые слова.** Эхинококкоз печени, нагноение, паразитарный холангит, механическая паразитарная желтуха, прорыв кисты.

## SURGICAL TREATMENT OF UNCOMPLICATED ECHINOCOCCAL LIVER CYSTS

Z.A.Azizoda, K.M.Kurbonov, K.R.Ruziboyzoda

The Department of Surgical Diseases №1 (the Head of Department-the Doctor of Medical Sciences, professor Sh.K.Nazarov) and Avicenna TSMU

**Azizzoda Zubaydullo Abdullo**, the Candidate of Medical Sciences, PhD student, Department of Surgical Diseases №1, Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: [azizov-med76@mail.ru](mailto:azizov-med76@mail.ru), tel.: +992-987-21-71-77



**Qurbonov Karimkhon Murodovich**, the Academician Academy of Medical Sciences of the Republic of Tajikistan, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Surgical Diseases №1, of Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: ismoil.qurbonov@inbox.ru, tel.: +992-907-90-67-27

**Ruziboyzoda Kahramon Ruziboy**, the Candidate of Medical Sciences, the assistant of the department of surgical diseases №1, Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: dr.hero85@mail.ru, tel.: +992-934-05-44-04

**Relevance.** Echinococcosis of the liver, being a chronic parasitic disease, is accompanied by severe complications, which often require emergency surgical interventions. Among urgent complications of liver echinococcosis, suppuration of echinococcal cysts is the most common and occurs in 9.5-16% of cases. Mechanical parasitic jaundice, occurring in 4.8-52% of cases, is often accompanied by septic parasitic cholangitis. A rare, but very serious complication of EP requiring urgent surgical intervention is a breakthrough of an echinococcal cyst in the free abdominal cavity with the development of parasitic purulent peritonitis, which occurs in 1-16% of cases. Breakthrough of echinococcal liver cysts in the chest cavity is observed in 1-6% of cases.

**Material and methods.** The paper presents the experience of surgical treatment of 160 patients. The age of patients ranged from 18 to 84 years. Men were 65 (40.6%) women 95 (59.3%). Suppuration of echinococcal liver cysts was observed in 76 (47.6%) patients. In 53 (33.1%) cases in patients with EP, the disease was complicated by mechanical parasitic jaundice,

and in 19 (11.9%) by parasitic cholangitis. Breakthrough of echinococcal cysts in the free abdominal cavity was observed in 7 (4.3%), in the chest cavity in 5 (3.1%) patients. The treatment was carried out in two stages using minimally invasive technology.

**Results and discussion.** Preference was given to two-stage methods of surgical treatment. At the first stage, minimally invasive interventions were performed, such as echo-controlled puncture-draining interventions, endoscopic papillosphincterotomy, and endovascular surgery. At the second stage, various interventions on the cyst were performed. The percentage of postoperative complications was 6.2%, mortality 0.6%.

**Conclusion.** Thus, two-stage methods of treating urgent complications of liver echinococcosis using minimally invasive technologies can reduce endotoxemia, bilirubine-mia and perform pathogenetically substantiated methods of surgical treatment in a patient-friendly environment.

**Key words.** Echinococcosis of the liver, suppuration, parasitic cholangitis, mechanical parasitic jaundice, cyst breakthrough.

**Муҳимият.** Эхинококкоз яке аз бемориҳои пахнӯфтаи чигар дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба шумор меравад [1,3,7]. Беморӣ муддати тӯлонӣ бе нишона гузашта, метавонад ба қисми зиёди чигар осеб расонад. Аксар вақт беморӣ дар ҳолатҳои саршавии оризаҳо ошкор карда мешавад ва он иҷроиши ҷарроҳии таъчириро талаб менамояд [2,4,6].

Дар байни оризаҳои эхинококкози чигар аз ҳама бештар фассаднокшавии кистаи эхинококкозӣ во меҳурад, ки дар 9,5-16% - и беморон мушоҳида карда мешавад. Сабаби фассаднокшавии кистаи эхинококкозӣ ин бо роҳи лимфогенӣ ва гематогенӣ сироятнокшавии он ва транслокатсияи микроор-

ганизмҳо ба воситаи роҳҳои талхагузар аз маҷрои ҳозима ба шумор меравад [1,2].

Оризаи дигари беморӣ ин зардпарвини механикӣ туфайлӣ (паразитӣ) ба шумор меравад, ки он дар 4,8-52% беморон мушоҳида карда мешавад. Зардпарвини механикӣ туфайлӣ дар аксар мавридҳо бо ҳолангити септикӣ туфайлӣ оризадор мешавад. Сабаби пайдошавии ин ориза рахнашавии кистаи эхинококкозӣ ва ба роҳҳои талхагузар ҷорӣ шудани муҳтавои он мебошад, ки боиси яку якбора вазниншавии ҳолати бемор мегардад [5].

Оризаи дигари кистаҳои эхинококкозии чигар ин рахнашавӣ ва ба ковокии шикам



ва ковокии қафаси сина рехтани муҳтавои онҳо ба шумор меравад, ки ин оризаҳо мутаносибан дар 1-16% ва 1,4-6% ҳолатҳо ба назар мерасанд. Рахнашавии кистаҳои эхинококкозӣ ба ковокиҳои шикам ва қафаси сина боиси сар задани оризаҳои вазнин ба монанди перитонити фассоднок, гидроторакс ва садмаи анафилаксия мегардад [2,4].

Барои табобати кистаҳои эхинококкозии ориздоршуда фоизнокии баланди оризаҳо ва марговарии пас аз ҷарроҳӣ хос мебошад, ки 8,1-22% - ро ташкил медиҳад [1,2,4,5].

**Мақсади таҳқиқот.** Беҳтар намудани натиҷаи ташхис ва табобати ҷарроҳии кистаҳои эхинококкозии ориздоршудаи ҷигар.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Натиҷаи ташхису табобати 160 нафар беморон бо кистаҳои эхинококкозии ориздоршудаи ҷигар, ки дар клиникаи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 табобат гирифтаанд, оварда шудааст. Синни беморон аз 18 то 84 соларо ташкил дод. Мардон 65 (40,6%) ва занон 95 (59,3%) - и беморонро ташкил додааст. Сохтори оризаҳо, ки беморон бо онҳо бистарӣ карда шудаанд дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

### Ҷадвали 1

#### Оризаҳои таъҷилии эхинококкозии ҷигар (n =160)

Сохтори оризаҳои таъҷилии эхинококкозии ҷигар	Шумора	%
Фассоднокшавии кистаи эхинококкозии ҷигар	76	47,6
Зардпарвини механикии туфайлӣ	53	33,1
Зардпарвини механикии туфайлии бо холангити септикий ориздоршуда	19	11,9
Рахнашавии кистаи эхинококкозии ҷигар ба ковокии шикам бо ташаккули перитонити паҳнффта	7	4,3
Рахнашавии кистаи эхинококкозии ҷигар ба ковокии қафаси сина бо ташаккули плеврити фассодӣ ва медиастит	5	3,1
<b>Ҳамагӣ</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Чӣ тавре ки аз ҷадвал бар меояд, аз ҳама бештар оризаи фасоднокшавии кистаи эхинококкозӣ дар 76 (47,6%) беморон муайян карда шудааст. Дар 53 (33,1%) ҳолатҳо беморӣ бо зардпарвини механикии туфайлӣ ва дар 19 (11,9%) бо холангити септикий туфайлӣ ориздор шудааст. Рахнашавии кистаҳои эхинококкозии ҷигар ба ковокии озоди шикам дар 7 (4,3%) нафар беморон ва ба ковокии қафаси сина дар 5 (3,1%) нафар беморон мушоҳида карда шудааст.

Барои ташхиси беморӣ ва оризаҳои он услубҳои объективии ташхис, ташхиси лабораторӣ, усулҳои шуоъӣ (УСД, ТК, ТМР), ҳамчунин услубҳои эндоскопӣ (ХПГРЭ, видеолапароскопия, дуоденоскопия) истифода карда шудааст.

Коркарди омории мавод ба воситаи пакети замиравии "Statistica 6.0" (StatSoft, Inc., USA) гузаронида шудааст. Бузургҳои шумораӣ ва ҳатогҳои стандартии он дар шакли нишондодҳои миёна, нишондодҳои шумораӣ дар шакли нишондодҳои мутлақ ва қисмҳои онҳо (P,%) тавсиф карда шуда-

анд. Баробаркунонии чуфти гурӯҳҳои шумораӣ бо U-маҳакҳои Манна-Уитни, сифатӣ -бо маҳакҳои ?2. Тафовутҳо ҳамчун аз ҷиҳати оморӣ аҳамиятдошта хангоми  $p < 0,05$  арзёбӣ карда шуданд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Дар 86% беморони гирифтори кистаҳои фасоднокшуда шикоятҳо ба монанди дардҳо бо ҳисси вазнинӣ дар минтақаи зерқабургаи рост ва дилбеҳезурӣ мушоҳида шудааст. Ҳароратбаландӣ дар 82% беморон, калоншавии ҳаҷми ҷигар дар 84,2% беморон ва зардшавии чашмон дар 47% беморон мушоҳида карда шудааст. Аз нишондодҳои ташхисгоҳӣ дар беморон бештар лейкоцитоз (то 12-149/л) дар 53,6% беморон, гипербилирубинемия (то  $48,3 \pm 1,2$  ммол/л) дар 20% ва ҳамчунин баландшавии миқдори молекулаҳои ҳаҷмашон миёна (МХМ) (то  $0,63 \pm 0,06$  чен.шартӣ) дар 63,6% беморон ба қайд гирифта шудааст.

Дар ташхиси фавқуссадоии беморон нишонаҳои хоси оризаи фасоднокшавии кистаҳои эхинококкозӣ: зичшавии муҳтавои

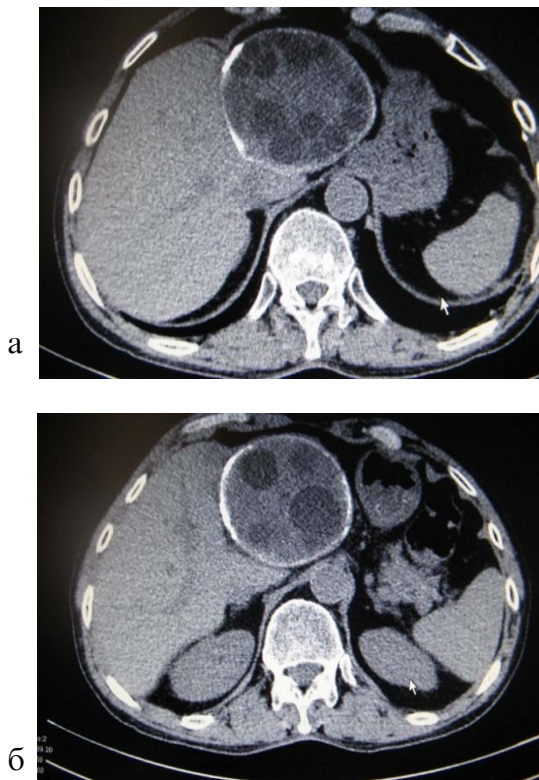


киста, нестшавии муназзамии тарҳи кистаҳо, нестшавии эхосадоҳои барои ҳубобчаҳои духтарӣ хосбуда мешоҳида карда мешаванд (Расми. 1).



Расми 1. УСД чигар. Кистаи фассаднокшудаи сегментҳои V, VI, VII, VIII чигар

Ҳангоми томографияи компютерӣ (n=28) нишонаҳои зерини кистаи фассаднокшуда муайян карда шуданд: гафшави-идевораҳои киста, ноҳамвории тарҳи кистаҳо, ҷудошавии қабатҳои киста ва якҷояшавии муҳтавои он (Расми 2).



Расми. 2. Томографияи компютери чигар (а, б). Кистаи эхинококкии ҳиссаи рости чигар бо нишонаҳои тағйирёбии баъдимаргии он.

Таботати ҷарроҳии кистаҳои эхинококки бо фассаднокӣ оризадоршудаи чигар бо назардошти ҷойгиршавӣ, андоза, шумора ва дараҷаи эндотоксемия гузаронида шуданд. Ҳангоми таботати беморон ба иҷроиши амалиёти ҷарроҳӣ дар ду марҳила афзалият дода шуд. Дар марҳилаи аввал мудохилаҳои сӯзанзанӣ-обиятқашкунонӣ дар зери назорати дастгоҳи ултрасадо гузаронида шуд. Марҳилаи дуюми ҷарроҳӣ танҳо пас аз пастшавии нишондодҳои эндотоксемия, гипербилирубинемия ва беҳтаршавии ҳолати умумии беморон иҷро карда шуданд (Расми. 3).



а



б

Расми 3. Сӯзанзании кистаи эхинококкозии чигар дар зери назорати ултрасадо. а) то сӯзанзанӣ б) баъди сӯзанзанӣ.

Дар марҳилаи дуюм ҷарроҳиҳои гуногун дар кистаи эхинококки гузаронида шуданд (Ҷадвали 2).

Оризаҳои баъдиҷарроҳӣ дар 8 нафар беморон мушоҳида карда шуданд, аз ҷумла фассадгирии ковокии боқимонда дар 4 нафар, талхарезӣ дар 3 нафар ва хунравӣ дар 1 нафар, ки бо усулҳои консервативӣ бартараф карда шуданд.

Услубҳои ҷарроҳии радикалӣ пас аз 1,5-2 моҳи мудохилаҳои каминвазивӣ дар 69 (43,1%) беморон иҷро карда шуданд.





## Чадвали 2

## Мудоҳилаҳои думарҳилагӣ ҳангоми кистаҳои фассоднокшудаи эхинококкии чигар (n = 76)

Номгӯи мудоҳила	Шумора	%
Сӯзанзанӣ ва обияткашқунонии киста дар зерӣ назорати УСД + резексия атипикӣ чигар	13	17,1
Сӯзанзанӣ ва обияткашқунонии киста дар зерӣ назорати УСД + перисистэктомия	27	35,6
Сӯзанзанӣ ва обияткашқунонии киста дар зерӣ назорати УСД + эхинококкэктомияи қушода бо истифодаи дастгоҳи миниассистент	36	47,3
Ҳамагӣ	76	100

Дар 7 (4,3%) нафар беморон мудоҳилаи каминвазивӣ боиси пурра сиҳат гаштани онҳо гашт. Зардпарвини механикӣ туфайлӣ (n = 53) ва холагити туфайлӣ (n = 19) дар 72 (45%) ҳолатҳо мушоҳида гардиданд. Иллатёбии дуоминарарачаи роҳҳои талхагузар дар 69 (43,1%) беморон мушоҳида карда шуданд. Танҳо дар 3 (1,8%) беморон иллати аввалиндарачаи девораи маҷрои умумӣ талхагузар мушоҳида карда шуд, ки ба тангшавии он ва зардпарвини механикӣ туфайлӣ оварда буд.

Дар беморони гирифтори зардпарвини механикӣ туфайлӣ ҳамчунин тағйиротҳо аз тарафи нишондодҳои таххисгоҳӣ ба мушоҳида расиданд, аз ҷумла баландшавии сатҳи билирубин аз 100 то 220 ммол/л, сатҳи ферментҳои ситолитикӣ - АлАТ ва АсАТ то  $1,42 \pm 0,20$  ммол/л ва  $1,39 \pm 0,18$  ммол/л мутаносибан ва фосфатазаи ишқорӣ аз  $584,14 \pm 6,6$  ЧБ то  $828 \pm 8,2$  ЧБ.

Дар бемороне, ки зардпарвини механикӣ туфайлӣ бо холагити туфайлӣ оризадор шуда буд дар 19 (11,8%) ҳолатҳо баданшавии микдори молекулаҳои ҳаҷмашон миёна то  $0,160 \pm 0,24$  чен. шартӣ, конъюгатҳои диенӣ то  $1,8 \pm 0,3$  чен. ва диалдегидималонӣ то  $4,5 \pm 0,41$  ммол/л мушоҳида карда шуд.

Таххиси фавқусадой дар 74% - и ҳолатҳо имкон дод, ки оризаҳои кистаҳои эхинококкозӣ

вобаста ба иллати роҳҳои талхабарор дар беморон ошқор карда шаванд.

Дар 25% - и ҳолатҳо барои таххиси зардпарвини механикӣ туфайлӣ ва холагити туфайлӣ холагангиопанкреатографияи эндоскопии ретроградӣ (ХПЭР) гузаронида шуд. Нишондодҳои барои гузаронидан ХПЭР дар 25 нафар беморон нишонаҳои клиникӣ ва таххисгоҳӣ холагити ва натиҷаҳои таххиси фавқусадой буд, ки аз аломатҳои иллати маҷрои талхагузар шаҳодат меоданд. Дар 22 ҳолат ба воситаи ХПЭР сабаби зардпарвини механикӣ туфайлӣ ва холагити туфайлӣ ошқор карда шуда, дар 18 ҳолат раҳнашавии бевоситаи кистаи эхинококкозӣ ба маҷрои талхагузар ошқор карда шуд. Дар 14 ҳолат папиллосфинктеротомияи эндоскопӣ (ПСТЭ) бо баргарафсозии элементҳои кистаи эхинококкозӣ ва обияткашқунонии назобилиарӣ иҷро карда шуд. Дар 2 ҳолат ҳангоми папиллосфинктеротомияи эндоскопӣ бо роҳи транспапилярӣ бо мақсади декомпенсатсияи маҷрои талхагузар обияткашқунонии назобилиарӣ гузаронида шуд.

Пас аз беҳтар гаштани ҳолати беморон дар марҳилаи дуоминарароҳҳои радикалӣ гузаронида шуданд. Дар 47 (29,3%) - и ҳолатҳо чарроҳҳои анъанавӣ гузаронида шуда, дар 25 (15,6%) беморон мудоҳилаҳои каминвазивӣ гузаронида шуданд (Чадвали 3).

## Чадвали 3.

## Амалиётҳои каминвазивӣ дар беморони гирифтори зардпарвини механикӣ туфайлӣ ва холагити туфайлӣ (n = 25).

Амалиётҳои каминвазивӣ	Шумора	%
ПСТЭ бо баргарафсозии транспапилярӣ элементҳои туфайлӣ, обияткашқунонии назобилиарӣ ковокии боқимонда + эхинококкэктомияи қушода	10	40
ПСТЭ бо баргарафсозии транспапилярӣ элементҳои туфайлӣ, обияткашқунонии назобилиарӣ ковокии боқимонда + резексия атипикӣ чигар	4	16
ПСТЭ бо баргарафсозии транспапилярӣ элементҳои туфайлӣ, обияткашқунонии назобилиарӣ минтақаи тангшудаи маҷрои талхагузар + гепатикоеноаноатомозбо усули Ру	2	8
Видеолапароскопия. Холагитотомия бо баргарафсозии элементҳои туфайлӣ ва обияткашқунонии трансхолагити ковокии боқимонда + перисистэктомия	7	28
Сӯзанзанӣ ва обияткашқунонии маҷрои умумӣ талхагузар + эхинококкэктомияи қушода	2	8
Ҳамагӣ	25	100



ПСТЭ бо бартаарафсозии элементҳои кистаи эхинококкози аз маҷрои талхагузар бо обияткашкунони ковокии боқимонда дар 14 (8,7%) беморон гузаронида шуд. Дар марҳилаи баъдичарроҳӣ 2 ориза дар шакли панкреатити баъдичарроҳӣ ба қайд гирифта шуд, ки бо усули консервативӣ табобат карда шуд. Дар як ҳолат марговарӣ мушоҳида карда шуд, ки сабабаш норасоии вазифаи чигар буд.

Дар 2 ҳолат ҳангоми тангшавии маҷрои талхагузар бо сабаби иллати аввалинда-раҷаи эхинококкозии маҷрои умумии талхагузар, обияткашкунони транспапилярии назобилиарии мавзеи тангшуда гузаронида шуд. Оризаҳои баъдичарроҳӣ мушоҳида нашуданд.

Дар 7 ҳолат барои табобати зардпарвини механикии туфайлӣ ( $n = 5$ ) ва холангити туфайлӣ ( $n = 2$ ) холедохотомияи видеолапароскопӣ бо гирифтани элементҳои туфайлӣ ва обияткашкунони трансхоledoхиалии ковокии боқимонда гузаронида шуд. Дар марҳилаи баъдичарроҳӣ дар 2 беморон ориза дар шакли фассодгирии захмҳои чарроҳӣ мушоҳида карда шуд, ки бо усули доругӣ табобат карда шуданд.

Дар ду ҳолат ҳангоми зардпарвини механикии туфайлӣ ва холангити паразитарӣ зери назорати сонографияи фавқусадой гирифтани элементҳои туфайлӣ ва обияткашкунони ковокии боқимонда бо роҳи трансхоledoхиалӣ гузаронида шуд.

Дар 5 ҳолат мудохилаҳои каминвазӣ боиси пурра сикҳатёбии беморон гашт ва дар онҳо зарурияти мудохилаи такрорӣ пайдо нашуд. Чарроҳӣҳои такрорӣ пас аз 1,5-2 моҳ дар 20 нафар беморон бо натиҷаҳои хуби баъдичарроҳӣ гузаронида шуд.

Рахнашавии кистаҳои эхинококкози ба ковокиҳои шикам ва қафаси сина яке аз оризаҳои вазнини беморӣ ба шумор рафта, бо нишонаҳои перитонит ва плеврити шадид инъикос гардиданд. Рахнашавии кистаи эхинококкози ба ковокии қафаси сина дар 5 ҳолат ва ба ковокии шикам дар 7 ҳолат му-

шоҳида гардид. Муайян карда шуд, ки омилҳои асосии рахнашавии кистаҳои эхинококкози ба ковокиҳои шикам ва қафаси сина синни ҷавонии бемор, бузургии ҳаҷми киста (зиёдтар аз 10 см.) ва ҷойгиршавии сатҳии он мебошад.

Рахнашавии кистаҳои эхинококкози ба ковокиҳои шикам ва қафаси сина аз руи нишонаҳои клиникӣ ва ташҳиси шуой ошкор карда шуданд. Ҳангоми ташҳиси рентгенӣ дар 5 нафар беморон гидропневмоторакс муайян карда шуд. Дар 3 нафар беморон эмпиемаи шушпарда ташҳис карда шуд.

Дар ин ҳолатҳо чарроҳӣ дар ду марҳила гузаронида шуда, дар марҳилаи аввал обияткашкунони ковокии шушпарда ва дар марҳилаи дуюм пас аз беҳтаршавии ҳолати беморон чарроҳӣ дар кистаи эхинококкози гузаронида шуд.

Рахнашавии кистаи эхинококкози ба ковокии шикам ба воситаи ташҳиси фавқусадой ва видеолапароскопия дар 7 нафар беморон муайян карда шуд. Табобати чарроҳии беморон бо назардошти марҳилаҳои перитонит ва дараҷаи вазнинии эндотоксемия гузаронида шуд. Ҳамин тариқ дар 5 нафар беморон бинобар мавҷудияти нишондодҳо, эхинококкэктомияи лапароскопӣ гузаронида шуд. Дар 2 нафар беморон эхинококкэктомияи кушодаи лапаротомӣ бо обияткашкунони ковокии боқимонда ва шикам гузаронида шуд. Дар марҳилаҳои баъдичарроҳӣ оризаҳо мушоҳида нашуданд.

**Хулоса.** Ҳамин тариқ, таҳқиқот нишон дод, ки табобати думарҳилагии кистаҳои эхинококкозии оризадоршудаи шикам бо истифодаи услубҳои каминвазӣ имкон медиҳад, ки бо бартаараф намудани нишонаҳои эндотоксемия ва гипербилирубинемиа, чарроҳӣҳои радикалӣ дар марҳилаи қаноатбахш барои беморон гузаронида шуда, бо ҳамин роҳ фоизи оризаҳо ва марговарӣ дар байни ин гурӯҳи беморон паст карда шавад.

## АДАБИЁТ

1. Амонов Ш.Ш., Прудков М.И., Гульмурадов Т.Г., Орлов О.Г. Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени из минидоступа// Известия Академии наук Республики Таджикистан. 2011. №4(177). С. 68-73.



2. Аничкин В.В., Мартынюк В.В. Лечение осложненных форм эхинококкоза печени в экстренной абдоминальной хирургии // Экстренная медицина. 2014. Т.9. №1. С. 62-70.
3. Даминова Н.М., Махмадов Ф.И. Осложнения после эхинококкэктомии печени // Здравоохранение Таджикистана. 2010. №2. С. 24-29.
4. Курачева Н.А., Ярошкина Т.Н., Толкаева М.В. и др. Дифференциальная ультразвуковая диагностика механических желтух при паразитарных поражениях печени. Бюллетень сибирской медицины. 2012. №6. С.135- 144.
5. Махмадов Ф.И., Даминова Н.М. Результаты хирургического лечения больных эхинококкозом печени, осложнённым обтурационной желтухой. Вестник Авиценны. 2010. №2. с.29-33.
6. Нишанов Ф.Н., Отакузиев А.З., Абдуллажонов Б.Р., Усмонов У.Д. Малоинвазивные методы хирургической коррекции осложненной остаточной полости после эхинококкэктомии из печени // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2013. Т. 8. №3. С.66-69.
7. Сангов Д.С., Назаров Ф.Н., Гульмурадов Т.Г. Видеоэндоскопическая хирургия эхинококкоза печени // Здравоохранение Таджикистана. 2013. №3. С.53-57.

## ИСТИФОДАИ ТЕХНОЛОГИЯИ БАЛАНД ДАР ТАБОБАТИ ЭХИНОКОККОЗИ ЧИГАР

**З.А. Азиззода, К.М. Қурбонов, Қ.Р. Рӯзибойзода**

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 (мудири кафедра д.и.т., профессор Ш.Қ.Назаров) - и  
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Азиззода Зубайдулло Абдулло, н.и.т., докторанти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1  
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: azizov-med76@mail.ru, тел.: +992-987-21-71-77*

*Қурбонов Каримхон Муродович, академики АИТ Ҷумҳурии Тоҷикистон, д.и.т., профессори  
кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail:  
istmoil.qurbonov@inbox.ru, тел.: +992-907-90-67-27*

*Рӯзибойзода Қахрамон Рӯзибой, н.и.т., ассистенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1  
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: dr.hero85@mail.ru, тел.: +992-934-05-44-04*

**Мухимият.** Солҳои охир дар адабиёт маълумотҳо оид ба истифодаи технологияи каминвазивӣ, аз ҷумла эхинококкэктомия бо усули эндовидеоҷарроҳӣ ва усули сӯзанзанӣ ва обияткашкунонии кистаҳои эхинококкозӣ дар зери назорати ултрасадо бештар ба мушоҳида мерасад. Гарчанде, ки самаранокии ин услубҳо муайян шуда бошад, ҳам то ҳол дар байни ҷарроҳон нишондодҳои амиқ барои истифодаи технологияи каминвазивӣ ҳангоми кистаҳои эхинококкозии чигар муайян карда нашудааст. Аз ин лиҳоз масъалаи ҷустуҷӯи нишондодҳо барои истифодаи технологияи каминвазивӣ ҳангоми шаклҳои гуногуни эхинококкози чигар муҳим боқӣ мемонад.

**Мақсади таҳқиқот:** Беҳтарсозии натиҷаи табобати беморони гирифтори эхинококкози чигар.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Натиҷаи ташхис ва табобати 37 нафар беморон бо кистаҳои эхинококкозии чигар оварда шудааст. Занҳо 17 (45,9%), мардон - 20 (54,1%) - ро ташкил додаанд. Синни беморон аз 24 то 83 соларо ташкил дод.

Вобаста аз шаклҳои беморӣ ду услуби ҷарроҳӣ истифода карда шудааст: 1) сӯзанзанӣ ва обияткашкунонии кистаҳои эхинококкози чигар дар зери назорати ултрасадо; 2) эхинококкэктомияи лапароскопӣ.

**Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Эхинококкэктомияи лапароскопӣ дар 23 (62,1%) беморон ва сӯзанзанӣ ва обияткашкунонии кистаҳои эхинококкози чигар дар зери на-



зорати ултрасадо дар 14 (37,9%) беморон ичро карда шудааст. Оризаҳои баъдичарроҳӣ дар 3 нафар беморон дар шакли носурҳои систобилиарӣ ва дар 2 нафар беморон дар шакли фассодгирии ковокии боқимонда мушоҳида гардидааст, ки бо роҳи консервативӣ таъбибат карда шуданд.

**Хулоса.** Усулҳои ҷарроҳии каминвазивӣ бо истифодаи технологияи баланд, бахусус

хангоми истифодабарии онҳо дар беморони пиронсол ва шаклҳои оризадоршудаи беморӣ боиси пастшавии фоизи оризаҳои баъдичарроҳӣ мегардад.

**Калимаҳои калидӣ:** технологияи баланд, эхинококкози ҷигар, мудохилаҳои каминвазивӣ, оризаҳо, эндовидеоҷарроҳӣ, мудохилаҳои сӯзанзанӣ-обияткашкунонӣ

## ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

**З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Рузбойзода**

Кафедра хирургических болезней №1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

*Азиззода Зубайдулло Абдулло, кандидат медицинских наук, докторант кафедры хирургических болезней №1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абу-али ибни Сино, E-mail: azizov-med76@mail.ru, тел.: +992-987-21-71-77*

*Курбонов Каримхон Муродович, академик АМН Республики Таджикистан, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургических болезней №1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абу-али ибни Сино, E-mail: istoil.qurbonov@inbox.ru, тел.: +992-907-90-67-27*

*Рузбойзода Кахрамон Рузбой, к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней №1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абу-али ибни Сино, E-mail: dr.hero85@mail.ru, тел.: +992-934-05-44-04*

**Актуальность.** Особенностью современного развития хирургического лечения эхинококкоза печени является внедрение миниинвазивной технологии, к числу которых относятся эхинококкэктомия эндовидеохирургическим способом и пункционные вмешательства под УЗ-контролем.

Тем не менее до сих пор среди хирургов нет четких показаний и противопоказаний к этим вмешательствам. Дальнейший поиск разработки показаний и эффективного применения миниинвазивных технологий в хирургическом лечении эхинококкоза печени остаётся актуальным вопросом.

**Цель:** Улучшение результатов лечения больных с эхинококкозом печени.

**Материал и методы:** приведены результаты обследования и лечения 37 больных с эхинококкозом печени. Женщины составили 17 (45,9%), мужчины - 20 (54,1%). Возраст больных варьировало от 24 до 83 лет.

В зависимости от особенностей клинической ситуации использовали 2 варианта лечебной тактики: 1) пунктирование и дренирование кистозной полости под УЗ-контролем; 2) вскрытие и обработка кистозной полости с помощью лапароскопической техники.

**Результаты:** лапароскопическая эхинококкэктомия выполнена 23 (62,1%), больным, пункция и дренирование эхинококковой кисты печени под УЗ-контролем 14 (37,9%) больным. Послеоперационные осложнения наблюдались у 3 больных в виде развития цистобилиарных свищей и в 2-х отмечены нагноения остаточных полостей.

**Заключение:** минимально инвазивные методы эхинококкэктомии с применением лапароскопической техники и чрескожное удаление эхинококковых кист под контролем ультразвука, является малотравматичными и альтернативой открытым хирурги-



ческим вмешательствам, способствующие снижению послеоперационных осложнений, особенно у лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями.

**Ключевые слова:** высокие технологии, эхинококкоз печени, миниинвазивные вмешательства, осложнение, эндовидеохирургия, пункционные вмешательства по УЗ контролем.

## THE APPLICATION OF HIGH TECHNOLOGY IN TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Z.A. Azizzoda, K.M. Qurbonov, K.R. Ruziboyzoda

The Department of Surgical Diseases №1 (the Head of Department-the Doctor of Medical Sciences, professor Sh.K.Nazarov) and ATSM

*Azizzoda Zubaydullo Abdullo, the Candidate of Medical Sciences, PhD student, Department of Surgical Diseases №1, Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: azizov-med76@mail.ru, tel.: +992-987-21-71-77*

*Qurbonov Karimkhon Murodovich, the Academician Academy of Medical Sciences of the Republic of Tajikistan, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Surgical Diseases №1, of Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: ismoil.qurbonov@inbox.ru, tel.: +992-907-90-67-27*

*Ruziboyzoda Kahramon Ruziboy, the Candidate of Medical Sciences, the assistant of the department of surgical diseases №1, Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: dr.hero85@mail.ru, tel.: +992-934-05-44-04*

**Relevance.** A feature of the modern development of surgical treatment of liver echinococcosis is the introduction of minimally invasive technology, which includes echinococcectomy by the end video surgical method and puncture interventions under ultrasound control.

Nevertheless, there are still no clear indications and contraindications for these interventions among surgeons. A further search for the development of indications and the effective use of minimally invasive technologies in the surgical treatment of liver echinococcosis remains an urgent issue.

**Purpose of the study:** Improving the results of treatment of patients with liver echinococcosis.

**Material and methods:** Results of examination and treatment of 37 patients with liver echinococcosis are presented. Women accounted for 17 (45,9%), men - 20 (54,1%). The age of patients ranged from 24 to 83 years. Depending on the clinical situation, 2 treatment

tactics were used: 1) puncture and drainage of the cystic cavity under ultrasound control; 2) opening and processing of the cystic cavity using laparoscopic techniques.

**Results and its discussion:** Laparoscopic echinococcectomy was performed in 23 (62,1%) patients, puncture and drainage of the echinococcal liver cyst under ultrasound control of 14 (37,9%) patients. Postoperative complications were observed in 3 patients in the form of the development of cystobiliary fistula and in 2 cases, suppuration of the residual cavities was noted.

**Conclusion:** Minimally invasive methods of echinococcectomy using laparoscopic techniques and transdermal removal of echinococcal cysts under ultrasound control are low-traumatic and an alternative to open surgical interventions, helping to reduce postoperative complications, especially in the elderly and senile with associated diseases.

**Key words:** liver echinococcosis, minimally invasive interventions, postoperative interventions.

**Мухимият.** Солҳои охир дар минтақаҳои эндемикӣ, аз ҷумла дар Ҷумҳурии Тоҷикистон сатҳи беморшавӣ бо бемории

эхинококкоз баланд боқӣ мемонад [2,4,9,10]. Усули ягонаи табобати радикалии эхинококкози ҷигар усули ҷарроҳӣ ба шумор ме-





равад. Дар замони ҳозира барои табобати эхинококкози чигар услубҳои ҷарроҳии каминвазивӣ васеътар истифода бурда шуда истодаанд. Аз ҷумла солҳои охир дар адабиёт маълумотҳо оиди истифодаи самараноки дастгоҳҳои эндовидеочарроҳӣ, ҷарроҳӣ бо истифодаи дастгоҳи мини-ассистент ва технологияи PAIR (Puncture, Aspiration, Injection, Re-aspiration - сӯзанзанӣ, кашидан, тазриқ, аз нав кашидан) дар зерин назорати ултрасадо бештар во хурда истодаанд [1,5,6,7,11,12].

Аммо то ҳол муаллифони барои истифодаи услубҳои каминвазивӣ нишондодҳои амиқро муайян накардаанд. То ҳол рӯйхати нишондодҳо ва зиднишондодҳо барои истифодаи ин ё он усули каминвазивӣ ҳангоми шаклҳои гуногуни беморӣ дар байни ҷарроҳон баҳснок боқӣ мондааст. Аз ин ру муайян намудани нишондодҳо ва зиднишондодҳо барои истифодаи услубҳои каминвазивӣ, истифодаи тозакунонии зиддифайли ковокии боқимонда ва бартарафсозии он ҳангоми истифодаи услубҳои каминвазивӣ масъалаи муҳим ба шумор меравад [3,8,10,13].

**Мақсади таҳқиқот:** Беҳтарсозии натиҷаи табобати беморони эхинококкози чигар дошта, бо истифодаи усулҳои каминвазивӣ.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо:** Дар шӯбаҳои ҷарроҳии Беморхонаи ёрии таъҷилии ш. Душанбе ва Маҷмаи тандурустии "Истиклол" дар давоми 10 соли охир услубҳои ҷарроҳии каминвазивӣ дар 37 нафар беморон гузаронида шудааст. Занон 17 (45,9%), мардон - 20 (54,1%) нафарро ташкил доданд. Синни беморон аз 24 то 83 соларо ташкил дод.

Дар беморон ду усули ҷарроҳии каминвазивӣ истифода карда шуд: 1) сӯзанзанӣ ва

обияткашкунонии ковокии кистаи эхинококкозӣ зерин назорати ултрасадо; 2) эхинококкэктомияи лапароскопӣ.

Барои ташҳиси эхинококкози чигар ултрасадо, ташҳиси рентгенӣ, томографияи компютерӣ, томографияи магнитӣ-резонансӣ ва усулҳои серологӣ истифода карда шуданд. Муносибати кистаи эхинококкозӣ ба рағҳои хунгард ва маҷрои талхгузар ба воситаи ташҳиси ултрасадо дар речаи картикунонии рангаи дуплексӣ муайян карда шуд. Сӯзанзани ташҳисӣ ва табобатии кистаҳои эхинококкозии чигар зерин назорати дастгоҳи махсуси ултрасадоӣ гузаронида шуд. Обияткашкунонии кистаҳо ба воситаи найчаҳои навъи pig tail гузаронида шуд. Ҳангоми интиҳоби беморон аз таснифоти тасвири ултрасадоии кистаҳои эхинококкозӣ, ки аз тарафи Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ (ТУТ) соли 2003 пешниҳод гардидааст истифода карда шуд [12].

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи он. Кистаҳои солитарӣ дар 24 нафар ва кистаҳои сершумор дар 13 нафар беморон муайян карда шуданд. Дар 10 нафар беморон бемориҳои ҳамрав ошкор карда шуд: бемории ишемиявии дил бо кардиосклерози баъдӣ-сактаӣ дар 6 нафар беморон, аритмияи ларзишнок дар 3 нафар ва зикки нафас дар 1 нафар бемор ошкор карда шуд. Мутобиқи таснифоти тасвири ултрасадоии кистаҳои эхинококкозӣ (ТУТ, 2003), навъи I дар 17 нафар беморон, навъи II дар 9 нафар, навъи III дар 7 ва навъи IV дар 4 нафар беморон муайян карда шуд.

Нишондод барои иҷроиши муҳокимаи каминвазивӣ андозаи хурди кистаҳои эхинококкозӣ ва мавҷудияти бемориҳои ҳамрав буд. Номгӯи ҷарроҳҳои каминвазивӣ дар ҷадвал оварда шудаанд.

#### Ҷадвал

#### Тақсими беморон аз рӯи хусусияти ҷарроҳии каминвазивии гузаронидашуда

Номгӯи муҳокима	Шумора	%
Эхинококкэктомияи лапароскопӣ	23	62,1
Сӯзанзанӣ ва обияткашкунонии кистаи эхинококкозӣ дар зерин назорати фавқсадо	14	37,9
Всего	37	100



Ҳангоми ҷарроҳиҳо принципҳои эхинококкэктомия, аз ҷумла ба пуррагӣ берун намудани муҳтавои киста, безараргардонӣ ва бартарафсозии ковокии боқимонда риоя карда шуд.

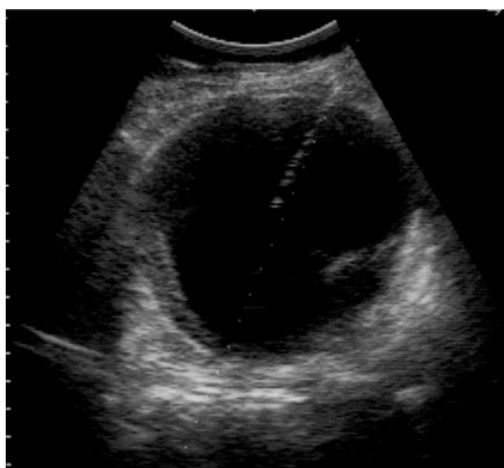
Эхинококкэктомияи видеолапароскопӣ дар 9 нафар беморон ҳангоми мавҷудияти ду кистаи эхинококкӣ ( $n=6$ ) ва кистаҳои барзиёд ( $n=3$ ) гузаронида шудааст. Дар 28 нафар беморон эхинококкэктомия лапароскопӣ ҳангоми мавҷудияти кистаҳои солитарӣ гузаронида шудааст.

Ҳангоми ҷарроҳии лапароскопии сараввал сӯзанзании кистаҳои эхинококкозии ҷигар гузаронида шуда, муҳтавои он кашада гирифта шуд. Баъдан бесироятгардонии ковокии боқимонда бо гирифтани пардаи хитинӣ гузаронида шуд. Барои санҷиши тозагии ковокии боқимонда аз элементҳои киста ва муайян намудани носурҳои талхай дар ҳама ҳолатҳо эндовидеолапароскопияи ковокии боқимонда гузаронида шуд. Носурҳои хурди талхай коагулятсия карда шуда,

ҳангоми коагулятсияи безътимод носурҳо бо пластинаи Тахокомб маҳкам карда шуданд. Дар як қатор ҳолатҳо бартарафсозии ковокии боқимонда ҳангоми эхинококкэктомияи лапароскопӣ бо роҳи абдоминализатсияи ковокии боқимонда бо оментопексия иҷро карда шуд.

Дар 14 ҳолат сӯзанзанӣ ва обияткашкунонии кистаи эхинококкозии ҷигар зеринзорати ултрасадо гузаронида шуд. Дар ин гурӯҳи беморон кистаҳои солитарӣ дар 10 нафар беморон ва сершумор дар 4 нафар беморон муайян карда шуданд. Пеш аз амалиёт дар беморон ташҳиси ултрасадо барои муайян намудани нуқтаи мувофиқи сӯзанзании киста гузаронида шуд. Бо мақсади паст намудани ҷоришавии муҳтавои киста, сӯзанзании он дар ҷойе гузаронида шуд, ки ғафсии паренхимаи ҷигар 2-3см-ро ташкил меод.

Дар ҳама 14 беморон муҳомилаҳои сӯзанзанӣ-обияткашкунонӣ гузаронида шуд (Расми 1).



Расми 1. Сӯзанзании кистаи эхинококкозии ҷигар дар зеринзорати ултрасадо.  
а) то б) баъд аз сӯзанзанӣ

Марҳилаи баъдичарроҳӣ дар беморон нисбатан сабук гузашт. Оризаҳо баъд аз иҷрои ҷарроҳиҳои каминвазивӣ дар 3 нафар беморон дар шакли носурҳои систобилиарӣ мушоҳида карда шуданд, ки бо роҳи консервативӣ таъбибат карда шуданд. Дар ду нафар беморон баъд аз иҷрои муҳомилаҳои сӯзанзанӣ-обияткашкунонӣ дар зеринзорати ултрасадо ғассоднокшавии ковокии боқимонда мушоҳида карда шуд, ки бо роҳи оби-

яткашкунонии такрорӣ таъбибат карда шуданд.

Ҳамаи беморон баъд аз иҷрои амалиётҳои каминвазивӣ бо мақсади пешгирии такрорёбии беморӣ таъбибати зиддитуфайлигӣ қабул намуданд. Таъбибати зиддитакрорёбии беморӣ бо истифодаи доругии албендазол бо ҳисоби 10мг/кг вазни бадан дар як шабонарӯз дар давоми 28 рӯз бо танаффуси 14 рӯза гузаронида шуд. Барои муай-



ян намудани ҳолати такрорёбии беморӣ дар муштарӣён муоинаи такрорӣи фавқусадӣ ва рентгенӣ гузаронида шуд. Ҳолатҳои такрорёбии беморӣ муайян карда нашуд.

#### Хулоса.

1. Усулҳои ҷарроҳии каминвазивӣ бо истифодаи технологияи баланд натиҷаи хуб медиҳанд ва метавонанд бомуваффақона услубҳои анъанавиро иваз намоянд;

2. Эндовидеоскопияи ташҳисии ковокии боқимонда дар вақти ҷарроҳӣ имкон меди-

ҳад, ки носурӯҳи талхай ва боқимондаи элементҳои кистаҳои эхинококкозӣ ошкор карда шаванд ва сари вақт бартараф карда шаванд.

3. Истифодаи ҷарроҳҳои каминавазивӣ хангоми кистаҳои оизадоршудаи эхинококкозӣ дар беморони гирифтори беморҳои ҳамрав имкон медиҳад, ки оризаҳои баъди-ҷарроҳӣ дар ин гурӯҳи беморон паст карда шаванд.

### АДАБИЁТ

1. Ахмедов РМ и др. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени. *Анналы хирургической гепатологии*. 2010;3:99-104.
2. Гульмурадов ТГ, Амонов ШШ, Прудков МИ, Сангов ДС. Минимально-инвазивная хирургия эхинококкоза печени. *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. 2015; 2:29-33
3. Даминова, НМ., Махмадов ФИ. Осложнения после эхинококкэктомии печени. *Здравоохранение Таджикистана*. 2010;2:24-29
4. Каримов ШИ. Роль малоинвазивных вмешательств в хирургии эхинококкоза. *Эндоскопическая хирургия*. 2008;4:8-12.
5. Мадаминов ЭМ. Результат малоинвазивного варианта эхинококкэктомии печени. *Наука, новые технологии и инновации*. 2015;1:111-112.
6. Меджидов РТ, Хамидов МА, Хамидов ТМ, Султанова РС. Аплатизация кист печени и селезенки малоинвазивным способом. *Эндоскопическая хирургия*. 2015;6:12-17.
7. Мукантаев ТЕ. Лапароскопическая эхинококкэктомия у пациентов с эхинококкозом печени. *Казанский медицинский журнал*. 2015;96 (2):138-143.
8. Нишанов ФН, Отакузиев АЗ, Абдуллажонов БР, Усмонов УД, Нишанов МФ. Малоинвазивные методы хирургической коррекции осложненной остаточной полости после эхинококкэктомии печени. *Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова*. 2013;8(3):66-69.
9. Сангов ДС., Назаров ФН, Гульмурадов ТГ. Видеоэндоскопическая хирургия эхинококкоза печени. *Здравоохранение Таджикистана*. 2013;3:53-57.
10. Хацко ВВ, Шаталов АД, Межаков СВ и др. Эндовидеохирургические операции при гидатидозном эхинококкозе печени. *Украинский журнал хирургии*. 2009;5:158-161.
11. Шамсиев АМ, Курбаниязов ЗБ, Саттаров ШХ. Применение малоинвазивных технологий при сочетанном и множественном эхинококкозе легких и печени. *Врач-аспирант*. 2011;46 (3.3):472-477.
12. WHO. Informal Working Group. International classification of ultrasound images in cystic echinococcosis for application in clinical and field epidemiological settings // *Acta Trop*. 2003. V. 85(2). P. 253-261.
13. Tomu? C, Zaharie F, Mocan L, Barto? D, Zaharie R. et.al. Minimal invasive treatment of abdominal multiorgan echinococcosis. *Int Surg*. 2013; 98(1):61-4.



## САРАТОНИ (ФАРЧ) ВУЛВА. ШАРҲ ДАР АСОСИ МУРОЧИАТҲО БА МД МИОЧ ВТ ҲИА ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

**М.Б. Сайфутдинова**

Муассисаи давлатии "Маркази илмии онкологии ҷумҳуриявӣ"-и ВТ ҲИА ҶТ  
(МД МИОЧ ВТ ҲИА ҶТ )

*Сайфутдинова М.Б.- ассистенти кафедраи онкологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, detochka1984@bk.ru. Тел. + 992 918 66 52 61.*

Тадқиқоти мазкур аслан таҳлили вазъи беморшавӣ ва натиҷабахшии муолиҷаи саратони вулва дар занони Тоҷикистон дар асоси муроҷиатҳо ба Маркази илмии онкологии ҷумҳуриявӣи ВТ ҲИА ҶТ тайи солҳои 2012-2016 мебошад. Аз 37 бемори таҳқиқшуда 36 нафар телегамматерапия гирифтанд, ба нақшаи табобати 8 нафари онҳо по-

лихимиотерапия илова гардид. Натиҷаҳои ҳосилшуда гувоҳи онанд, ки шуодармонӣ ва химиотерапияи неoadъювантӣ сифат ва давомнокии ҳаёти беморони гирифта ба саратони вулваро беҳбудӣ мебахшанд.

**Калимаҳои калидӣ:** саратони вулва, полихимиотерапияи неoadъювантӣ, шуодармонӣ.

## РАК ВУЛЬВЫ. ОБЗОР ПО ОБРАЩАЕМОСТИ В ГУ РОНЦ МЗ СЗН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

*Сайфутдинова М.Б.- ассистент каф. онкологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, detochka1984@bk.ru. Тел. + 992 918 66 52 61.*

Настоящее исследование представляет собой анализ заболеваемости и эффективности лечения рака вульвы у женщин Таджикистана по обращаемости в Республиканский онкологический научный центр МЗ СЗН РТ в 2012-2016 гг. Из 37 исследованных больных 36 пациенток получили телегамматерапию, у 8 из них схема лечения была до-

полнена полихимиотерапией. Полученные результаты свидетельствуют о том, что лучевая терапия и неoadъювантная химиотерапии улучшают качество и продолжительность жизни больных раком вульвы.

**Ключевые слова:** рак вульвы, неoadъювантная полихимиотерапия, лучевое лечение.

## VULVAR CANCER. OVERVIEW OF REFERENCE TO THE REPUBLICAN CANCER RESEARCH CENTER OF TAJIKISTAN

**M.B. Saifutdinova**

*Saifutdinova M.B., assistant of the Department of oncology, Tajik State Medical University named by Abuali ibni Sino, detochka1984@bk.ru. tel. + 992 918 66 52 61.*

The present study is an analysis of the incidence and efficiency of treatment of vulvar cancer in women in Tajikistan by referral to the Republican Cancer Research Center of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan in 2012-2016. From total amount of 37 patients studied, 36 women received telegammathe-

rapy, in 8 of them the treatment regimen was supplemented with polychemotherapy. The results proved that radiation therapy and neoadjuvant chemotherapy improve the quality and life duration of patients with vulvar cancer.

**Key words:** vulvar cancer, neoadjuvant chemotherapy, radiation therapy.



**Мубрамият.** Яке аз шаклҳои барои чашм аёни омосҳои бадсифат саратони вулва мебошад, аммо бо вучуди ин, беш аз нисфи беморони мубталои он барои ёрии тиббӣ бо шаклҳои паҳншудаи беморӣ мурочиат менамоянд [1].

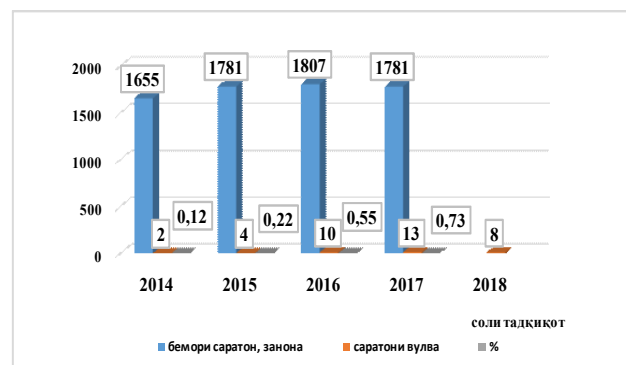
Қайд намудан лозим аст, ки маълумоти эътимодбахш дар хусуси теъдоди занони гирифтдор ба саратони вулва дар бисёр кишварҳо вучуд надорад, зеро омосҳои бадсифати ин маҳал дар якҷоягӣ бо варамҳои маҳбал ва дигар варамҳои камшумор чун як гурӯҳ баррасӣ мегарданд. Муҳаққиқон [2] ишора мекунад, ки саратони вулва дар сохтори гирифтдоршавӣ ба омосҳои бадсифати узвҳои таносули занона дар Русия ҳудуди 3-8%, дар ИМА тахминан 4% ва 0,6% аз ҳамаи ҳодисаҳои саратони занонро ташкил медиҳад. Синни беморони гирифтдор ба саратони вулва лоқи таваҷҷуҳи хоса аст. Саратони вулва бемории занони солхӯрда ва пиронсол аст: 80% саратони инвазивии вулва дар занони аз 55-сола калонтар ташхис мешавад, аз ин ҷумла 30% - дар синни аз 75-сола боло. Аммо замони охир муаллифон аз афзоиши саратони вулва дар занони ҷавон иттилоъ медиҳанд [3].

Гирифтдоршавиро ба омосҳои бадсифат дар Тоҷикистон таҳлил намуда, мутахасссон ба хулосае омадаанд, ки дарсади ташхиси патологияи мазкур дар марҳилаҳои паҳншуда ва кӯҳнашуда, аз ҷумла варамҳои беруна, баланд боқӣ мемонад. Мутаассифона, дар даҳсолаҳои охир дар ҷумҳурӣ таҳлили вазъи эпидемиологӣ доир намешуд ва ахбори оморӣ оид ба маҳалҳои мухталифи ҷойгиршавии омосҳои бадсифати узвҳои таносули занона вучуд надорад.

Муҳим будани масъалаи коҳишдиҳии беморшавӣ, ғавт ва бардоштани давомноқӣ ва сифати ҳаёти беморони аз омосҳои бадсифат азияткашандаро ба эътибор гирифта, бо Қарори Ҳукумати ҶТ онкология ба номгӯи самтҳои афзалиятноки тадқиқотҳои илмӣ дохил карда шудааст ("Стратегияи миллии тандурустии аҳоли барои солҳои 2010-2020, № 368 аз 2.08.2010) [4].

**Ҳадафи тадқиқот.** Таҳлил намудани беморшавӣ ва натиҷабархшии муолиҷаи саратони вулва дар занони Тоҷикистон дар асоси мурочиатҳо ба "Маркази илмии онкологии ҷумҳуриявӣ"-и ВТ ҲИА ҶТ дар солҳои 2012-2016.

**Мавод ва усули тадқиқот.** Тадқиқот ба таҳлили мурочиатҳои беморони гирифтори саратони вулва ба МД "Маркази илмии онкологии ҷумҳуриявӣ"-и ВТ ҲИА ҶТ дар солҳои 2012-2016 асос ёфтааст. Дар ин давра ташхиси "саратони вулва" ба 37 зани мурочиатнамуда гузошта шуда буд (рас. 1).



Рас. 1. Теъдоди занҳо бо саратони вулва бори аввал ошкоргардида (дар асоси мурочиатҳо ба МД МИОҶ ВТ ҲИА ҶТ дар с. 2012-2016) (n=37)

### Ҷадвали 1

**Тақсимбандии занҳое, ки аз саратони вулва азият мекашанд, аз рӯи синну сол (дар асоси мурочиатҳо ба МД МИОҶ ВТ ҲИА ҶТ дар с. 2012-2016) (n=37)**

Син, сол	С.2014.		С.2015.		С.2016.		С.2017.		С.2018.		Ҳамагӣ	
	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%
20-30												
31-40									1	2,7	1	2,7
41-50					2	5,4	2	5,4	2	5,4	6	16,2
51-60			1	2,7	3	8,1	2	5,4	1	2,7	7	18,9
61-70	2	5,4			2	5,4	5	13,5	1	2,7	10	27,0
71-80			2	5,4	3	8,1	4	10,8	2	5,4	11	29,7
81 ва калонтар			1	2,7					1	2,7	2	5,4
Ҳамагӣ	2	5,4	4	10,8	10	27,0	13	35,1	8	21,6	37	99,9





**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Ҳангоми омӯзиши синни беморон мо ба ҳулосае омадем, ки шумораи бештари беморон (56,7%) ба гурӯҳи синнусолии 61-80-солаҳо (ҷадв. 1) мансуб будаанд, ки ин ба натиҷаҳои бадас-товардаи муҳаққиқони дигар ихтилоф надорад [5].

Ҳангоми тақсимбандии беморони гирифтор ба саратони вулва аз рӯи

минтақаҳо (ҷадв.2) мо муқаррар наму-дем, ки 35,1% аз онҳо сокинони вилоя-ти Хатлон мебошанд, 27,0% занон дар навоҳии тобеи ҷумҳурӣ мезистанд, 24,3% беморон аз вилояти Суғд ома-данд ва 13,5% сокинони ш. Душанбе мебошанд. Тадқиқоти мо маълумотро дар бораи беморон аз ВМКБ дар бар намегирад.

### Ҷадвали 2

**Тақсимбандии беморони гирифтор ба саратони вулва мувофиқи минтақаҳои сукунат (n=37)**

Син, сол	Минтақаҳои зисти беморони гирифтор ба саратони вулва							
	Душанбе		Суғд		Хатлон		НТЧ	
	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%
20-30								
31-40	1	2,7						
41-50			2	5,4	3	8,1	1	2,7
51-60			2	5,4	4	10,8	2	5,4
61-70	3	8,1	3	8,1	3	8,1	1	2,7
71-80			2	5,4	3	8,1	5	13,5
81 ва калонтар	1	2,7					1	2,7
Ҳамагӣ	5	13,5	9	24,3	13	35,1	10	27,0

Ҳангоми омӯзиши сохтори гистоло-гии варамҳои вулва муҳаққиқон му-қаррар намуданд, ки дар 95% ҳолатҳо инҳо саратони пачақхучайра дар да-раҷаҳои гуногуни тафриқа будаанд [6, 7, 8]. Ҳангоми тадқиқи морфологии қитъаҳои осебёфтаи маҳбал дар бемо-

рони гирифтори саратони вулва, ки мавриди омӯзиши мо буданд, дар 73% ҳодисаҳо карсиномаи пачақхучайраи шохинашаванда - омози бадсифат, ки аз эпителии сатҳии узвҳои таносули беруна пайдо мешавад, собит шуда буд (табл. 3).

### Ҷадвали 3

**Сохтори гистологии саратони вулва дар беморони таҳқиқшуда (n=37)**

Син, сол	Сохтори гистологии варамҳои вулва				Ҳамагӣ	
	Карсиномаи пачақхучайраи шохинашаванда		Карсиномаи пачақхучайраи шохинашаванда			
	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%
20-30						
31-40	1	2,7			1	2,7
41-50	5	13,5	1	2,7	6	16,2
51-60	5	13,5	2	5,4	7	18,9
61-70	8	21,6	2	5,4	10	27,0
71-80	5	13,5	6	16,2	11	29,7
81 ва калонтар	2	5,4			2	5,4
Ҳамагӣ	26	70,3	11	29,7	37	99,9

Лозим ба қайд аст, ки дар 25 (61,0%) ҳолат рушди экзофитии варам, дар 7 (17,1%) бемор эндофитӣ мушоҳида гар-

дид. 9 (22,0%) зан аз гурӯҳи мавриди омӯ-зиш варамҳо бо хусусияти омехта дош-танд (табл. 4).



## Чадвали 4

## Шакли рушди варамҳои вулва дар беморони тадқиқшуда (n=37)

Син, сол	Шакли рушди варамҳои вулва						Ҳамагӣ	
	Эндوفитӣ		Экзофитӣ		Омехта		мутл.	%
	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%		
20-30								
31-40			1	2,7			1	2,7
41-50			4	10,8	2	5,4	6	16,2
51-60	1	2,7	4	10,8	1	2,7	6	16,2
61-70	1	2,7	5	13,5	4	10,8	10	27,0
71-80	2	5,4	6	16,2	4	10,8	12	32,4
81 ва калонтар					2	5,4	2	5,4
Ҳамагӣ	4	10,8	20	54,1	13	35,1	37	99,9

Дар беморони дорои ташҳиси "саратони вулва" ҳамчунин дараҷаи бадсифатии варам муайян карда шуд (табл. 5). Маълум

гардид, ки дар 2/3 беморони тадқиқшуда ба варамҳо дараҷаи баланди бадсифатӣ хос будааст (G-2).

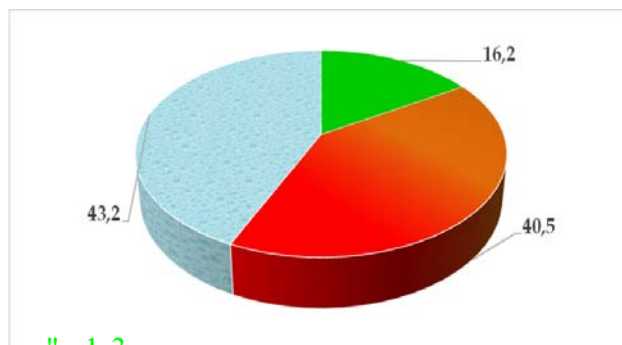
## Чадвали 5

## Дараҷаи тафриқии саратони вулва дар беморони тадқиқшуда (n=37)

Син, сол	Дараҷаи тафриқии саратони вулва				Ҳамагӣ	
	G-1		G-2		мутл.	%
	мутл.	%	мутл.	%		
20-30						
31-40	1	2,7			1	2,7
41-50	1	2,7	5	13,5	6	16,2
51-60	3	8,1	4	10,8	7	18,9
61-70	4	10,8	6	16,2	10	27,0
71-80	3	8,1	8	21,6	11	29,7
81 ва болотар			2	5,4	2	5,4
Ҳамагӣ	12	32,4	25	67,6	37	99,9

Гурӯҳи калони (50%) занҳои гирифтор ба омосҳои бадсифатро дар Тоҷикистон зиёд таваллудкардагон ташкил медиҳанд [9], яъне занҳое, ки дар анамнезашон 4 ва зиёда таваллуд доранд. Масъалаи ошкорсозии бармаҳалли омосҳои бадсифати низоми таносул доғ мебошад [10]. Дар тадқиқоти мо 83,7% беморони гирифтор ба саратони вулва ба гурӯҳи занҳои зиёд таваллудкарда таллуқ доштанд (Рас. 2, чадв. 6).

То айнаи замон масъалаи махсусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва сохтори морфологӣ омосҳои бадсифат дар занон баҳсталаб боқӣ мемонад [11]. Андозаҳои қайдшуда дар интиҳоби тактикаи табобати патологияи мавриди тадқиқ нақши ҳалкунанда доранд. Мо дар табобати беморони гирифтор ба саратони вулва, ки мавриди омӯзишамон қарор доштанд, санадҳоеро риоя мекардем, ки марказҳои саратонии пешгоми ИДМ



- " 1-3 таваллуд;
- " 4-6 таваллуд;
- " Зиёда аз 6 таваллуд.

Рас. 2. Таносуби беморони гирифтор ба саратони вулва (n=37)

таҳия намудаанд [12]:

-дар марҳилаи 0 бурриши васеъро дар ҳудуди бофтаҳои солими қабатҳои пӯстӣ ва зерпӯстӣ вулва, гемивулвэктомия ё вулвэктомияи сатҳӣ ба қор мебардем;



## Чадвали 6

**Таносуби беморони гирифтор ба саратони вулва, ки ба МД МИОҶ ВТ ҲИА ҶТ дар с.  
2012-2016 мурочиат намудаанд.**

Син, сол	Шумораи таваллудҳо дар беморони гирифтор ба саратони вулва (n=37)							
	1		2-3		4-6		боле 6	
	мулт.	%	мулт.	%	мулт.	%	мулт.	%
20-30								
31-40					1	2,7		
41-50			3	8,1	2	5,4	1	2,7
51-60					4	10,8	3	8,1
61-70	1	2,7	1	2,7	4	10,8	4	10,8
71-80	1	2,7			4	10,8	6	16,2
81 ва калонтар							2	5,4
Ҳамагӣ	2	5,4	4	10,8	15	40,5	16	43,2

- дар марҳилаи IA - гемивулвэктомияи радикалӣ, хангоми ҷойгиршавии марказӣ (дар маҳалли клитор) - вулвэктомияи радикалӣ;

- дар марҳилаи IB стадии - гемивулвэктомияи радикалӣ, хангоми ҷойгиршавии марказӣ (дар маҳалли клитор) - вулвэктомияи радикалӣ. Дар сурати гумонбарӣ аз мавҷудияти метастазаҳои регионарӣ, лимфаденэктомияи яктарафаи қадкашакию ронӣ дар тарафи осеб анҷом дода мешуд.

-дар марҳилаи II вулвэктомияи радикалӣ бо лимфаденэктомияи қадкашакию ронӣ гузаронда мешуд;

- дар марҳилаи IIIA (T3N0) - вулвэктомияи радикалӣ (бо буридани пешоброҳа, махбал) бо лимфаденэктомияи қадкашакию ронӣ. Пластикаи нукси ҷароҳатии вулва бо истифода аз пораи озоди пӯсти рон ё шикам анҷом дода мешуд. Беморон баъди ҷарроҳӣ шуоафканӣ (СОД 40-60 Гр) мегирифтанд; дар сурати ҷарроҳинашаванда будани варам, дар марҳилаи I шуоафкании қабл аз ҷарроҳӣ ба кор бурда мешуд (СОД 20-30 Гр).

-дар марҳилаи IIIB (T1-3N1) бе беморон вулвэктомияи радикалӣ (бо буридани пешоброҳа, махбал) бо лимфаденэктомияи қадкашакию ронӣ гузаронда мешуд; пластикаи нукси ҷароҳатии вулва бо истифода аз пораи озоди пӯсти рон ё шикам. Шуоафкании баъди ҷарроҳӣ пешбинӣ шудааст. Дар марҳилаи 1-и табобати варам ноқобили бурриш шуоафкании қабл аз ҷарроҳӣ истифода мешуд.

- дар марҳилаи IV (T1-3N1, 2) мо вулвэктомияи радикалӣ бо лимфаденэктомияи қадкашакию ронӣ ва тихигоҳӣ гузарондем.

Дар ҳолатҳои дигар гузарондани химиотерапия (сисплатин - 75 мг/м<sup>2</sup> дохилирагӣ, қатрагӣ дар рӯзи 1, фторурасил - 4 г/м<sup>2</sup> дохилирагӣ дар шакли инфузияи қатънашаванда дар давоми 96 соат) ва шуодармонии паллиативӣ пешбинӣ гардидааст.

Қариб ҳамаи беморони гирифтор ба саратони вулва, ки мо таҳқиқ кардем, ТГТ гирифтанд (n=36), аз онҳо 8 зан ТГТ ва ПХТ гирифтанд; як бемор аз сабаби пахншавии маҳаллии варам танҳо ПХТ гирифт (чадв. 7).

## Чадвали 7

**Намудҳои табобати саратони вулва дар беморони таҳқиқшуда (n=36\*)**

Синну сол	Намудҳои табобати саратони вулва дар беморони таҳқиқшуда			
	ТГТ		ПХТ	
	мулт.	%	мулт.	%
20-30				
31-40	1	2,7		
41-50	6	16,2	2	5,4
51-60	7	18,9	2	5,4
61-70	9	24,3	2	5,4
71-80	11	29,7	2	5,4
81 ва калонтар	2	5,4		
	36	97,2	8	21,6



Бо вучуди татбиқи технологияҳои навтарин ва комёбиҳои бадастомада дар муолиҷаи омосҳои бадсифати низоми таносули занон, нишондодҳои зиндамони беморони гирифтор ба саратони вулва, ки мустақиман ба паҳншудагии омос дар лаҳзаи ташхис ва тарзи муолиҷаи истифодашаванда вобастагӣ доранд, баланд боқӣ мемонанд. Тавре қаблан қайд мегардид, саратони вулва занҳои солхӯрдаро мубтало месозад, аз ин рӯ сабаби марги бисёри онҳо бемориҳои ҳамроҳ дар шароити мушоҳида нагардидани аломатҳои омос мебошад. Бино ба маълумоти тадқиқотгарон [13, 14], дар мавриди бемороне, ки такрорёбии маҳаллӣ доштанд, зиндамони умумии 5-сола дар ҳудуди аз 50 то 73%-ро ташкил меод. Тахминан 80% ҳамаи намудҳои саратони вулва ба ду соли аввали баъди табобати ибтидоӣ рост меомад [15]. Таъин намудани химиотерапияи неoadъювантӣ ба резорбсияи пурра (дар 6,25% ҳолатҳо) ва қисмии (81,25%) варам мусоидат мекунад, ки ба-

рои табобати комплекси беморон бо истифодаи ҳатмӣ аз мархилаи ҷарроҳӣ имкон фароҳам месозад [14].

Натиҷаҳои бадастомада доир ба зиндамони беморони гирифтор ба саратони вулва, ки ба Маркази илмии онкологии ҷумҳуриявии ВТ ҲИА ҚТ мурочиат намудаанд, ба натиҷаҳои тадқиқотгарон муҳолиф набуданд. Аз миқдори умумии бемороне, ки мо омӯхтем (n=37), 36 бемор телегамматерапия гирифт, ба нақшаи табобати 8 нафари онҳо полихимиотерапия илова гардид. Мутаассифона, миёни бемороне, ки танҳо телегамматерапия гирифтанд, дар шароити рушди бемории асосӣ дар давоми 1-1,5 сол марғҳо ба қайд гирифта шуданд, аммо дар гурӯҳи бемороне, ки телегамматерапия ва полихимиотерапия гирифтанд, тайи 28-36 ҳафта такроршавӣ ва метастазаҳо мушоҳида нашуданд. Ба ин тарик, гуфтан мумкин аст, ки гузарондани шуъдармонӣ ва химиотерапияи неoadъювантӣ ба сифат ва давомнокӣ ҳаёти беморони гирифтор ба саратони вулва таъсири мусбат мерасонад.

## АДАБИЁТ

1. Ciobanu V. Клинико-морфологические аспекты диагностики и лечения предшественников рака вульвы (лейкоплакии, крауроза и смешанной формы заболевания): дисс. д-ра мед. наук. - Кишинев, 2007. - 110 с.
2. Урманчиева А.Ф. Эпидемиология рака вульвы. Факторы риска и прогноза // Практическая онкология. - 2006. - Т. 7. - № 4 - С. 189-196.
3. Черенков В. Г., Александрова И.В., Петров А.Б., Егорова Е.С. Редкий случай рака вульвы у молодой женщины // Опухоли женской репродуктивной системы. -2013. - № 1-2. - С. 96-97.
4. Умарова С.Г., Зикирходжаев А. Д., Зикирходжаев Д. З. Эпидемиологические аспекты злокачественных новообразований органов репродуктивной системы у женщин в Таджикистане. - Душанбе: Оптима, 2013. - 120 с.
5. Неродо Е.А. Особенности клинического течения и прогноз рецидивов рака вульвы: дисс... канд. мед. наук. - Ростов-на-Дону, 2013. - 172 с.
6. Черенков В.Г., Александрова И.В., Шпенкова А.А. Рак вульвы: патогенетические варианты, диагностика, лечение, пластические операции // Опухоли женской репродуктивной системы. -2010. - № 4. - С. 78-82.
7. Ашрафян Л.А., Харченко Н.В., Киселев В.И. и др. Рак вульвы: этиопатогенетическая концепция. - М., 2006. - 192 с.
8. Пушкарев В.А., Мазитов И.М. Рак вульвы. // Медицинский вестник Башкортостана. - 2013. - Т. 8. - № 1. - С. 123-132.
9. Умарова С.Г. Злокачественные новообразования органов репродуктивной системы у многорожавших женщин Таджикистана: автореф. дис... д-ра мед. наук. - Душанбе, 2014. - 46 с.



10. Урманчиева, А.Ф. Рак шейки матки и беременность. -Практическая онкология: избранные лекции [Под ред. С.А. Тюляндина и В.М. Моисеенко]. - СПб, 2004. - С. 656-668.
11. Жаров А.В. Особенности клинического течения и хирургическое лечение больных раком вульвы: автор.дисс. канд. мед. наук - Челябинск, 1995. - 22 с.
12. <http://www.eurolab.ua/diseases/587/>
13. Sznurkowski J.J., Zawrocki A., Emerich J. Рак вульвы: современные подходы к лечению // Медічныаспектїздоров'я жинки. - 2011. - № 5 (45). - С. 65-70.
14. Фадеева Н.В. Оптимизация лечения местно-распространенного рака вульвы: дисс. канд. мед. наук - Уфа, 2006. - 116 с.
15. Woolderink JM, Bock GH, Hullu JA, et al. Patterns of frequency of recurrences of squamous cell carcinoma of the vulva //Gynecol.Oncol. - 2006. -V. 103. - P. 293-299.

## АҲАМИЯТИ СИСТЕМАИ ХУНИ КАЛЛИКРЕИНӢ-КИНИНӢ ҲАМЧУН ПРЕДИКТОРИ ИНФАРКТИ МИОКАРД

**М.Э. Раҷабзода, Ш.Ф. Одинаев, Х.Т. Файзуллоев**

МД "Маркази клиникӣи ҷумҳуриявӣи кардиологияи Ҷумҳурии Тоҷикистон"

*Раҷабзода М.Э.- н.и.т., директори МД "Маркази ҷумҳуриявӣи клиникӣи кардиологияи Ҷумҳурии Тоҷикистон", ш. Душанбе, тел +992918123737*

*Одинаев Ш.Ф - д.и.т., дотсент мудири кафедраи бемориҳои дарунии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, , e-mail: pppp@70mail.ru тел. 992 918610539;*

*Файзуллоев Х.Т.- н.и.т., муовини директори МД "Маркази ҷумҳуриявӣи клиникӣи кардиологияи Ҷумҳурии Тоҷикистон", ш. Душанбе, тел +992918698252*

Маводи асосии мақола таҳқиқоти 81 бемори гирифтори бемории ишемикии дил (БИД) буд, ки дар маркази кардиологияи ш. Душанбе таҳти таъбири статсионарӣ қарор доштанд. Гурӯҳи беморони дорои инфаркти миокард 40 нафарро ташкил дод, ки аз инҳо 22 бемор бо инфаркти майдалонаи беоризаи миокард, 8 нафар бо инфаркти калонлонаи миокард буданд. Гурӯҳи беморони дорои бемории ишемикии дил (БИД)-ро 37 нафар бо стенокардияи шадиди синфи II ва III -и функционалӣ ташкил кард. Синну соли миёнаи беморон 64,0±1.2 буд. Ҳолати СКК (системаи калликреинӣ-кининӣ)-и хун аз рӯи муҳтавои калликреин, прекаликреин, А1-антитрипсин, А-2 макроглобулин бо усули биологӣ баҳогузори карда шуд (Суrowикина М.С., 2005).

Таҳқиқоти СКК дар динамикаи таъбири статсионарӣ гузаронида шуд: хангоми дохил шудан дар шабонарӯзи 1-3; дар шабонарӯзи 15-уми дар статсионар будан.

Дар фаъолияти ҳаррӯзи табиби кардиолог таҳқиқи системаи кининии хун таҳлили заҳматталаб ва қимат маҳсуб мешавад, вале вай дар тактикаи муҳоҷибати беморони дорои шаклҳои дарозмуддат ва музмини стенокардия бо мақсади ташхиси токлиникӣи инфаркти миокард, ҳамчунин пешгирӣ намудани инфаркти миокард ва оризҳои он бо ёрии ислоҳи саривақтӣ ва муносиби СКК (системаи калликреинӣ-кининӣ)-и хун тарафҳои мусбати худро нишон додааст.

**Калимаҳои калидӣ:** бемории ишемикии дил (БИД), инфаркти миокард (ИМ), СКК (системаи калликреинӣ-кининӣ).





## ЗНАЧЕНИЕ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ КАК ПРЕДИКТОРА ИНФАРКТА МИОКАРДА

М.Э. Раджабзода, Ш.Ф. Одинаев, Х.Т. Файзуллоев

ГУ Республиканский клинический центр кардиологии Республики Таджикистан

Раджабзода М.Э.- к.м.н. Директор республиканского клинического центра кардиологии г. Душанбе, тел +992918123737

Одинаев Ш.Ф.- д.м.н. зав.кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуалиибни Сино, тел +992918610539

Файзуллоев Х.Т.- к.м.н. зам.директор республиканского клинического центра кардиологии г. Душанбе, тел +992918698252

Фактическим материалом исследований послужило обследование 81 больных ишемической болезнью сердца, проходивших стационарное лечение в кардиологическом центре г. Душанбе. Группу больных с инфарктом миокарда составили 40 пациентов, в числе которых находилось 22 пациентов с неосложнённым мелкоочаговым инфарктом миокарда, 8 с крупноочаговым инфарктом миокарда. Группу больных с ишемической болезнью сердца ИБС составили 37 пациентов со стенокардией напряжения II и III функционального класса. Средний возраст пациентов составил 64,0±1,2 года. Состояние ККС крови оценивали по содержанию калликреина, прекалликреина. А1-антитрипсина, А-2 макроглобулина биологическим методом (Суровикина М.С., 2005).

The actual material of the work was research of 81 patients with ischemic heart disease, who have taken hospital treatment in cardiologic center in Dushanbe. A group of patients with myocardial infarction were 40 patients, from which 22 patients were with uncomplicated small focal myocardial infarction, 8 patients with big focal myocardial infarction, 6 patients with complications of myocardial infarction such as pulmonary edema, cardiogenic and arrhythmic shock, collapse.

A group of patients with ischemic heart disease were 37 patients with angina pectoris II and III functional class. Average age of patients were 64,0±1,2 years.

The state of blood KKS (kallikreinkin system) was evaluated by the content of kallikrein, prekallikrein. A1-antitrypsin, A-2

Исследование ККС проводилось в динамике стационарного лечения: при поступлении на 1-3 сутки; и на 15 сутки пребывания в стационаре. В каждодневной практической деятельности врача кардиолога исследования кининовой системы крови представляется весьма трудоёмким и дорогостоящим анализом, но вполне оправдывает себя в тактике ведения пациентов с длительными и хроническими формами стенокардии с целью доклинической диагностики инфаркта миокарда, а также профилактики инфаркта миокарда и его осложнений с помощью своевременной и адекватной коррекции калликреин-кининовой системы крови.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, калликреин-кининовая система.

macroglobulin with biological method (Surovikin M.S., 2005). Study of KKS was carried out in the dynamics of hospital treatment: upon admission for 1-3 days: and in 15 days being in the hospital.

In daily practice of a cardiologist, examining the kinin system of the blood seems to be very time consuming and expensive analysis, but it justifies itself in the tactics of managing patients with prolonged and chronic forms of angina pectoris with the aim of preclinical diagnosis of myocardial infarction, as well as the prevention of myocardial infarction and its complications with the help of timely and adequate correction of Kallikreinkin system of the blood.

**Key words:** coronary heart disease, myocardial infarction, kallikrein-kinin system.



**Муҳимият.** Бемории дилу рағҳо чӣ дар кишвари мо ва чӣ дар аксари бештари ммолики дунё боиси сатҳи баланди маъюбшавӣ ва фавтият мегардад. Шакли аз ҷиҳати вазнинӣ ва пешгӯйӣ хеле нохуби бемории ишемикии дил (БИД) инфаркти миокард (ИМ) боқӣ мемонад, ки дар фавтияти он 25-30%-ро ташкил медиҳад (1,5). Дар фаъолияти табибон дар интихоби усул ва тактикаи табобати БИД назари принсипан мухталиф ёзид дида намешавад, аммо дар айни замон масъалаи пешгирӣ ва ташхиси токклиникии инфаркти миокард баҳснок ва камомӯхташуда боқӣ мемонад. Ҷанбаҳои ташхиси токклиникии пешинфарктӣ маънии омӯзиши системаҳои "дарккунии босуръати организм"-ро дорад, ки дар ин ҷо нақши муҳимро СКК (системаи калликреинӣ-кининӣ)-и хун мебозад. Дар ҳоли ҳозир хосиятҳои кининҳо- иштирок дар танзими гемодинамика, таъсири вазодилатирикунанда, кам кардани фишори системавии шрёнӣ, тезонидни маҷрои хуни канорӣ, микросиркулятсия, иртиботи зич ва бисёрфункционалӣ бо системаи лахтабандии хун ва фибринолиз, мубодилаи трансапилляр ва ғ. хеле хуб маълуманд [2,3,6].

**Мақсад.** Баҳо додан ба дараҷаи тағйироти нишондиҳандаҳои СКК-и хун дар беморони дорои шаклҳои мухталифи БИД.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Маводи асосии мақола таҳқиқоти 81 бемори гирифтори бемории ишемикии дил (БИД) буд, ки дар маркази кардиологияи ш. Душанбе таҳти табобати стационарӣ қарор доштанд. Гурӯҳи беморони дорои инфаркти миокард 40 нафарро ташкил дод, ки аз инҳо 22 бемор бо инфаркти майдалонаи беоризаи миокард, 8 нафар бо инфаркти калонлонаи миокард ва 6 нафар бо оризаҳои инфаркти миокард дар намуди варами шушҳо, шоки кардиогенӣ ва аритмӣ, коллапс буданд. Гурӯҳи беморони дорои бемории ишемикии дил (БИД)-ро 37 нафар бо стенокардияи шадиди синфи II ва III -и функционалӣ ташкил кард. Синну соли миёнаи беморон 64,0±1.2 буд. Ба сифати гурӯҳи назоратӣ 25 нафари тақрибан солими синну соли аз 25 то 47-сола таҳқиқ карда шуд.

Ташхиси БИД ва инфаркти миокард аз рӯи меъёрҳои ТУТ (Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ) (соли 1979) ва бо назардошти тағйироти ЭКГ гузошта шуд. Ҳолати СКК (системаи калликреинӣ-кининӣ)-и хун аз мухтавои калликреин, прекаликреин, А1-антитрипсин, А-2 макроглобулин бо усули био-логӣ баҳогузорӣ карда шуд (Суровикина М.С., 2005). Таҳқиқоти СКК дар динамикаи табобати стационарӣ гузаронида шуд: хангоми дохил шудан дар шабонарӯзи 1-3; дар шабонарӯзи 15-уми дар стационар будан. Таҳқиқоти беморони дорои стенокардия дар давраи байни хуруҷҳо сурат гирифт. Таҳқиқоти СКК-и хун дар лабораторияи биохимиявии ПИТ (Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии) тибби профилактикӣ анҷом пазируфт.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Дар беморони дорои стенокардия дар даври байни хуруҷҳо нишондиҳандаҳои КК, ПКК хеле кам баланд шудаанд ва мутаносибан  $14,38 \pm 0,32$  нмол/л;  $14,38 \pm 0,32$  нмол/л;  $44,3 \pm 1,7$  нмол/л. -ро ташкил доданд, ки аз нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ чандон баланд нест. Фаъолнокии ингибиторҳои КК А-1 антитрипсин ва А-2 макроглобулин низ аз гурӯҳи назоратӣ фарқияти эътимоднок надоштанд ва мутаносибан  $5,15 \pm 0,26$  ие/мл ва  $22,15 \pm 0,45$  ие/мл -ро ташкил доданд (ҷадвали 1).

Тағйиротҳои нисбатан возеҳ дар системаи кининии хуни беморони гирифтори ИМ ҳам дар шаклҳои майдалона ва ҳам калонлона ба қайд гирифта шуданд. Аз ҷумла, калоншвию дукарати КК ( $23,5 \pm 1,24$  нмол/л и  $28,34 \pm 1,32$  нмол/л) нисбат ба нишондиҳандаҳои назоратӣ ба назар расид. Сатҳи омилҳои кининҳосилкунанда (ПКК) дар инфаркти миокарди майдалона ва калонлона мутаносибан то  $25,61 \pm 0,4$  нмол/л и  $21,23 \pm 0,2$  нмол/мл. кам мешавад. Ҳамин гуна манзара нисбат ба ҳаҷми (зарфияти) ингибиторӣ ба мушоҳида мерасад, ки дар пастшавии А-1 антирипсин  $16,45 \pm 0,31$  ие/мл ва А2-макроглобулин  $3,3 \pm 0,12$  ие/мл зоҳир мегардад. Ҳолати ККС дар беморони дорои инфаркти миокарди ориздор диққатҷалбкунанда аст, дар онҳо мухтавои КК назар ба гурӯҳи назоратӣ 3 маротиба зиёд буда,  $32,74 \pm 1,2$  нмол/мл. -ро таш-



## Чадвали 1

## Нишондиҳандҳои системи калликреин-кинини хун дар беморони гирифтори БИД (шабонарӯзи 1-3 дар статсионар)

Гурӯҳҳо	Калликреин нмол/л	Прекаликреин нмол/л	Ј-1 Антрипсин ИЕ/мл	Ј-2 макроглобулин ИЕ/мл
Назоратӣ, n=25	13.75±0,23	45.1 ±1,03	22,75±0,67	5,08±0.11
БИД стенокардия n=37	14,38±0,32	44,3±1,7	22,15±0.45	5,15±0,26
Инфаркти миокард (майдалона) n=22	23,5±1,24*	25,61 ±0,4*	19,56±0,44*	4,1 ±0,15*
Инфаркти миокард (калонлона) n=12	28,34±1,32* P1<0,001	21,23±0,2* P1<0,001	16,45±0,31* P1<0,001	3,3±0.12* P1<0,001
Инфаркти миокард беориза n=6	3274±1,2* P1<0,001 P2>0.05	12,31±0,65* P1<0.001 P2<0.01	14,21±0.88* P1<0,001 P2<0.05	2,7±0.31* P1<0.001 P2<0,05

\*- эътимоднокӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ (<0,05)

P1 - эътимоднокӣ нисбат ба инфаркти миокард (майдалона)

P2 - эътимоднокӣ нисбат ба инфаркти миокард (калонлона)

кил медиҳад, дар заминаи пастшавии фаъоли ингибиторҳои КК 2 маротиба  $2,7 \pm 0,31$  ие/мл. Дар ин маврид ҳолати ККС дар шабонарӯзи якуми инфаркти миокардро ҳамчун "системаи кинини фаъоли хун" тавсиф кардан мумкин аст, ки дар ин хусус баланд шудани консентратсияи КК, баланд шудани хароҷоти ПКК ва паст шудани зарфияти ингибитории кининҳо гувоҳи медиҳанд, фаъолнокии максималӣ дар гурӯҳи беморони дорои инфаркти миокарди ориздор мушоҳида карда мешавад. Дар заминаи таъбири муносиби гузаронидашуда ҳолати ККС системаи хун дар динамика дар рӯзҳои 15-17-и беморӣ нишон дод, ки дараҷи фаъолнокии ККС хеле паст шудааст, ки ин махсусан дар беморони дорои инфаркти миокарди майдалона назаррас аст. Нишондиҳандҳои КК ба таври эътимоднок паст шуда,  $13,25 \pm 1,3$  нмол/мл.-ро ташкил додааст, сатҳи ПКК то  $42,83 \pm 0,8$  нмол/мл. баланд шуд. Фаъолнокии ингибитории кининҳо ба нишондиҳандаҳои назоратӣ мувофиқат кард. Дар динамика дар заминаи таъбири статсионарии гузаронидашуда дар беморони дорои БИД стенокардия ва инфаркти миокарди майдалона ҳолати ККС системаи хун то ҳадди нишондиҳандаҳои назоратӣ барқарор шуд (чадвали 2).

Динамикаи мусбат чи дар манзари клиникӣ ва чи дар нишондиҳандаҳои ККС дида шуд. Нишондиҳандҳои ККС дар беморони дорои инфаркти миокарди калонлона хеле

беҳтар гашт ва ба ифодҳои назоратӣ низдик шуд. Ҳамин тавр, консентратсияи КК дар шабонарӯзи 15-17-ум  $15,42 \pm 1,6$  нмол/мл.-ро ташкил дод. Консентратсияи ПКК ба ифодҳои назоратӣ баробар шуда, то  $46,1 \pm 0,4$  нмол/мл. расид. Нишондиҳандаҳои ингибитории зарфият низ дар доираи нишондиҳандаҳои назоратӣ қарор доштанд ва мутаносибан  $22,5 \pm 0,21$  и  $4,9 \pm 0,23$  ИЕ/мл. -ро ташкил доданд.

Таҳлили ҳолати ККС дар рӯзҳои 15-17-уми беморӣ нишон дод, ки дар ин вақт дар беморони гирифтори БИД бо инфаркти миокард, ки оризаҳои гуногун (шоки кардиогенӣ, варами шушҳо ва ғ.) доштанд, муътадилшавии ҳолати системаи кинини хун ба назар нарасид. Дар беморони дорои инфаркти миокард бо оризҳои ҳамроҳшуда муҳтавои КК баланд боқӣ мемонад ва  $30,45 \pm 1,3$  нмол/мл. аст. Муҳтавои омилҳои кининҳосилкунанда ПКК гарчанде баланд аст, дар муқоиса аз нафарони гурӯҳи назоратӣ 2 маротиба паст боқӣ монда,  $23,1 \pm 0,5$  нмол/мл аст. Фаъолнокии ингибиторҳои КК ба тағйирот дучор намешавад ва  $13,97 \pm 0,67$  ие/мл ва  $2,9 \pm 0,22^*$  ИЕ/мл -ро ташкил медиҳад. Дар манзараи клиникӣ ин беморон низ беҳтаршавии симптоматикаи клиникӣ дида нашуд, дар ҳолатҳои ҷудогона пешравии беморӣ дида шуд. Тасдиқи ин гуфтаҳо нишондиҳандаҳои ККС системаи хун ба ҳисоб мераванд.



### Нишондихандҳои системи калликреин-кинини хун дар беморони гирифтори БИД дар зминаи табоати статсионарӣ (шабонарӯзи 15-17 дар статсионар)

Гурӯҳҳо	Калликреин Нмол/л	Прекаликреин Нмол/л	Ј-1 Ангитрипсин	Ј-2 Макроглобулин ИЕ/мл
Назоратӣ, n=25	13,75±0,23	45,1±1,03	22,75±0,67	5,08±0,11
БИД стенокардия n=37	14,0±0,12	44,7±1,2	22,37±0,28	5,03±0,42
Инфаркти миокард (майдалона) n=22	13,25±1,3	42,83±0,8*	21,97±0,74	5,1±0,33
Инфаркти миокард (калонлона) n=12	15,42±1,6* P <sub>1</sub> <0,001	46,1 ±0,4 P <sub>1</sub> <0,001	22,5±0,21* P <sub>1</sub> <0,001	4,9±0,23 P <sub>1</sub> <0,001
Инфаркти миокард оризадор n=6	30,45±1,3* P <sub>1</sub> <0,001 P <sub>2</sub> >0,05	23,1±0,5* P <sub>1</sub> <0,001 P <sub>2</sub> <0,01	13,97±0,67* P <sub>1</sub> <0,001 P <sub>2</sub> <0,05	2,9±0,22* P <sub>1</sub> <0,001 P <sub>2</sub> <0,05

\* - эътимоднокӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ (<0,05)

P<sub>1</sub> - эътимоднокӣ нисбат ба инфаркти миокард (майдалона)

P<sub>2</sub> - эътимоднокӣ нисбат ба инфаркти миокард (калонлона)

Хеле барвақт, то саршавии инфаркти миокард бо стенокардия фаъолнокии баланди системаи калликреин-кининӣ ба қайд гирифта мешавад. Ин дар афзоиши КК, пастшавии компоненти кининҳосилкунанда ва пастшавии зарфияти ингибитории КК ба қайд гирифта шуд. Ин ҳолат имконият медиҳад, ки системаи калликреин-кинини хунро ба системаи "зуддаркунанда" -и тағйироти патогении организм одамон дохил кунанд, дараҷаи тағйироти таносуби кининҳо аз амикии осеб, дараҷаи ишемияи миокард ва мавҷудияти оризаҳо вобаста аст. Аз рӯйи натиҷаҳои таҳқиқоти мо ва маълумотҳои адабиётҳои табиби амалӣ бояд аз ҳолати кининогенези бузург, хеле паст шудани фаъолнокии ингибитории КК аз рӯзҳои авали беморӣ эҳтиёт кунад, чунки онҳо аломатҳои нохуби пешгӯйикунандаанд ва метавонанд, ки воситаи пайдо шудани гипотензияи устувор, шок ва дигар оризаҳо гарданд (2,4,6). Активатсияи ККС ҳангоми стенокардия, инфаркти миокардро ҳамчун аксулмали компенсатории организм шуморидан мумкин аст, ки ба танзими гемодинамика, микросиркулятсия, реологияи хун, мубодилаи трансапиллярӣ ва дигар функцияҳо равона карда шудаанд, аммо чунин ҳолати тӯлоии ККС, ки дар гурӯҳи беморони дорои шаклҳои оризадори инфаркти миокард дида мешаванд, дар ниҳояти кор ба шакли "музмин" мегузарад, ки инро махсусан дар беморони дорои

шаклҳои оризадори инфаркти миокард мушоҳида намудан мумкин аст. Дар ин маврид механизми универсалии фаъолият кардани системаи кинини хун ва иртиботи бисёртарафаи он бо функцияҳои физиологии организм вайрон мешавад, ки бояд ба таври чиддӣ ба тартиб дароварда шавад. Дар чунин ҳолат эҳтимоли вайроншавии системаи гемодинамика, маҷрои микросиркуляторӣ, мубодилаи трансапиллярӣ, тағйирёбии таносуби лахтабандӣ ва фибринолиз ва ташаккул ёфтани оризаҳои чиддӣ истисно нест. Таркиби мураккаби системаи кинини хун, ки имконият медиҳад метаболизм зуд дарк ва назорат карда шавад, аз ин сабаб вай дар тибби амалӣ мавриди истифода қарор дода шавад. Тағйироти компонентҳои ККС системаи хун (ташаккулёбии босуръат ва бузурги онҳо, зуд нест шудани онҳо) дар танзими биохимиявӣ метавонад, ки омил-предиктори инфаркти миокард бошад.

**Хулоса.** Дар фаъолияти ҳаррӯзаи табибон-кардиологҳои амалӣ таҳқиқоти системаи кинини хун таҳлили хеле заҳматталаб ва серхароҷот аст, вале вай дар тактикаи мураккаби беморони дорои шаклҳои дарозмуддат ва музмини стенокардия бо мақсади ташҳиси токлинкии инфаркти миокард, ҳамчунин пешгирӣ намудани инфаркти миокард ва оризҳои он бо ёрии ислоҳи саривақтӣ ва муносиби СКК (системаи калликреин-кининӣ)-и хун тарафҳои мусбати худро нишон додааст.



## АДАБИЁТ

1. Абрамкин Д.В., Явелов И.С. - Кардиология, 2004, т. 44, 3, с. 37.
2. Агдулина Э.И., Сридкина Л.П., Атфулин И.А. - Тез. Симп. "Влияние лазерного излучения на кровь". Киев, 1989, с. 52-53.
3. Винникова М.Г., Горст В.Р. - Крово - лимфообращение и иммунокомпитет. органы: сб науч. Статей. Волгоград, 1990, с. 47.
4. Крашутский В.В. - Автореф. докт. дисс. М., 1991, 46 с.
5. Пронив Л.Н. Автореф. канд. мед.наук. Киев, 1987, 26 с.
6. Суровикина М.С. - Геронтология и гериатрия. Альманах вып. 1, 2001, с. 17.
7. Суровикина М.С. - Бюлл. эксперим. биол. и медицины, 1981 т. 91, 2, с. 214-243.

## ХОЛАТИ ЧАВОБИ ИММУНӢ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ КАНДИДОЗИ ШУШӢО

**Н.З. Зоидбоева, Ш.Ф. Одинаев, Ф.И. Одинаев, Н.А. Садуллаева**

Кафедраи бемориҳои дарунии №1 (мудири кафедра д.и.т., дотсент Ш.Ф. Одинаев)-и МТД "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

*Зоидбоева Н.З - аспиранти кафедраи бемориҳои дарунии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, e-mail: zoidboeva90@mail. ru тел: 927667915,*

*Одинаев Ш.Ф - д.и.т., дотсент, мудири кафедраи бемориҳои дарунии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, e-mail: pppp@70mail.rutел. 992 918610539;*

*Одинаев Ф.И - ходими хизматнишондодаи илм ва техники ҚТ, д.и.т., профессори кафедраи бемориҳои дарунии № 1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино*

*Садуллаева Н.А - ассистенти кафедраи бемориҳои дарунии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино*

Дар мақола таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои асосии ҷавоби иммунӣ дар беморони гирифтори осебҳои микотикии шушҳо пешниҳод карда шудааст. Ба таҳқиқ 90 беморони дорои кандилози шушҳо бо тасдиқи баактериологии сироятнокшавии занбурӯғӣ фаро гирифта шуд. Барои муқоиса кардан 50 бемори дорои бемориҳои илтиҳобии шуш бе паразитарии занбурӯғӣ дар системаи бронху шушҳо таҳқиқ карда шуданд. Муҳофизати номаҳсус дар беморони дорои кандилози шушҳо бо баландшавии миқдори мутлақи нейтрофилҳо, шиддатнокии фагоситоз ва ҳамчун натиҷа авзудани миқдори фагоситарӣ зоҳир мегардад. Таркиби субпопулятсионии ҳуҷайраҳои мононуклеарии хуни канориро ҳангоми кандилози шушҳо паст шудани муҳтавои мутлақ ва фоизии лимфоситҳо, CD3+ и CD4+-ҳуҷайраҳо, ҳамчунин каме зиёд шудани миқдори CD20-лимфоситҳо ҳамроҳӣ мекунанд. Ин нишондиҳандаҳо аз кам шудани ҷавоби иммунологӣ гувоҳӣ медиҳанд, ки муҳлати

давомнокӣ ва вазнинии бемориро мевфзояд. Иммунодефитсита такроран рухдода дар заминаи сирояти кандилозӣ фаъолнокии CD95 ҳуҷайраро, ки дар апоптоз иштирок мекунад, қувват мебахшад, ин протсесси фавайт ыва деструксияи бофтаҳои шушҳоро метезонад. Натиҷаҳои ба даст овардашудаи таҳқиқот зарурати гузаронидани таҳқиқоти иммунологиву минбаъд ислоҳ кардани ихтилолҳои ошкорнамударо дар заминаи табобати комплекси маҳсусро ба миён меоварад.

**Мақсади таҳқиқот:** баҳо додан ба тағйироти иммунологие, ки ба осебҳои занбурӯғии шушҳо хос ҳастанд.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Мавриди таҳқиқ 90 бемори гирифтори шаклҳои музмини бемориҳои узвҳои нафаскашӣ бо осебҳои бактериологии паҳншавии занбурӯғӣ дар титри КОЕ 10<sup>3</sup> қарор гирифтанд, ин имконият медиҳанд, ки ин категорияи беморон ба гурӯҳи кандилози шушҳо (гурӯҳи 1-ум) дохил карда шаванд. Бо мақсади ба даст





овардани нишондиҳандаҳои нисбатан боэ-тимодноктар барои муқоиса 2 гурӯҳ (50 нафар) гирифтори шаклҳои шадид ва давомноки бемории илтиҳоби шушҳо бе сироятҳои занбурӯғӣ таҳқиқ шуд. Ба сифати нишондиҳандаҳои назоратӣ маълумотҳои клиникӣ-лабораторӣ ва нишондиҳандаҳои 20 нафар одамони солими гурӯҳи назоратӣ қабул карда шуд. Аз ҷумлаи 140 бемори таҳқиқшуда 111 нафар мард ва 39 нафар зан буданд; синну соли беморони таҳқиқшуда аз 22 то 62 соларо ташкил кард. Таҳқиқотҳои иммунологӣ муайян кардани нишондиҳандаҳои асосии ҷавоби иммуниро дар бар гирифта, таҳқиқоти нишондиҳандаҳои Т- ва В-иммунитетети ҳуҷайравӣ бо усули CD-типосозӣ ва истифода кардани антителиаи моноклоналии силсилаи ИКО "МедБиоСпектр", Москва роҳандозӣ гашт.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Дар кандидозии шушҳо дар заминаи патологияи музмини бронху шушҳо (бемориҳои заминавӣ) динамикаи пастшавии муҳтавои мутлақ ва фоизии лимфоситҳо, CD3+ ва CD4+-лимфоситҳо, ҳамчунин каме зиёд шудани миқдори CD20-лимфоситҳо ба мушоҳида мерасад. Ин

вазъият метавонад, ки аз пастшавии ҷавоби иммунологӣ ва афзоиши муҳлати давомнокии беморӣ, ҳамчунин вазнинии бемории асосӣ гувоҳӣ диҳад. Дар заминаи ин тағйирот маҳшавии звенои ҳуҷайравии иммунитет ба қайд гирифта мешавад, ки аз пастшавии ҳамаи синфҳои лимфоситҳо, лимфоситопения, камшавии миқдори муҳтавои субпопулятсия CD3 ва CD4 ҳуҷайраҳо шаҳодат медиҳанд. Бар иловаи ин иммунодефитсити пайдошуда фаъолнокии CD95 иштирокчиён дар апоптоз шиддат мегирад.

**Хулоса.** Ҳангоми муддати тӯлонӣ ҷараён доштани бемориҳои бронху шушҳо гузаронидани таҳлили микологӣ зарур аст. Ҳангоми афзоиши мусбати занбурӯғӣ дар титр зиёда аз КОЕ 10<sup>3</sup> гузаронидани таҳқиқоти иммунологӣ зарур аст. Паст шудани ҷавоби иммунӣ ва ҳолати иммунодефитситӣ, ки Ҳангоми кандидозии шушҳо инкишоф меёбад дар асоси истифода намудани табобати ислохкунандаи иммунитет дар табобати комплекси ҳамин гуна беморон ба роҳ монда мешавад.

**Калимаҳои калидӣ:** кандидозии шушҳо, ҷавоби иммунӣ.

## СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ С КАНДИДОЗОМ ЛЕГКИХ

**Н.З. Зоидбоева, Ш.Ф. Одинаев, Ф.И. Одинаев, Н.А. Садуллаева**

Кафедра внутренних болезней №1 (зав. кафедрой д.м.н., доцент Ш.Ф. Одинаев) Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино,

*Зоидбоева Н.З - заочный аспирант кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, e-mail: zoidboeva90@mail.ru тел: 927667915,*

*Одинаев Ш.Ф - зав. кафедрой внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., доцент. e-mail: pppp@70mail.ru тел. 992 918610539;*

*Одинаев Ф.И - заслуженный деятель науки и техники Республики Таджикистан, д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино*

*Садуллаева Н.А - ассистент кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино*

В работе представлен сравнительный анализ основных показателей иммунного ответа у пациентов с микотическим поражением лёгких. Обследовано 90 пациентов с кандидозом лёгких с бактериологическим подтверждением грибковой инфицированности. Для сравнения обследовано 50 паци-

ентов с воспалительными заболеваниями лёгких без грибкового паразитирования в бронхолёгочной системе. Неспецифическая защита у пациентов с кандидозом лёгких характеризуется повышением абсолютного количества нейтрофилов, интенсивности фагоцитоза и как следствие увеличением



фагоцитарного числа. Субпопуляционный состав мононуклеарных клеток периферической крови при кандидозе лёгких сопровождается снижением абсолютного и процентного содержания лимфоцитов, CD3+ и CD4+-клеток, а также незначительным повышением количества CD20-лимфоцитов. Данные показатели свидетельствуют о снижении иммунологического ответа, что увеличивает сроки продолжительности и тяжести заболевания. Вторично возникший иммунодефицит на фоне кандидозной инфекции усиливает активность CD95 клеток, участвующих в апоптозе, что ускоряет процесс гибели и деструкции лёгочной ткани. Полученные результаты исследования диктуют необходимость проведения иммунологических исследований с последующей коррекцией выявленных нарушений на фоне комплексной специфической терапии.

**Цель исследования:** оценить основные иммунологические изменения, характерные для грибкового поражения лёгких.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 90 пациентов с хроническими формами заболеваний органов дыхания с бактериологическим подтверждением грибковой обсеменённости в титре более КОЕ 10<sup>3</sup>, что позволяет отнести данную категорию пациентов к группе с кандидозом лёгких (1-ая группа). Для получения более достоверных показателей для сравнения обследована 2 группа (50 чел) с острыми и затяжными формами воспалительных заболеваний лёгких без наличия грибковой инфекции. В качестве контрольных показателей были использованы клиничко-лабораторные данные и показатели 20 практически здоровых лиц- контрольная группа. Из 140 обследованных пациентов было 111 мужчин и 39 женщин; возраст обследованных больных от

22 до 62 лет. Иммунологическое обследование включало определение основных показателей иммунного ответа и включала исследование показателей Т- и В-клеточного иммунитета методом CD-типирования, с использованием моноклональных антител серии ИКО "МедБиоспектр", Москва.

**Результаты и их обсуждение.** Что кандидоз лёгких на фоне хронической бронхолегочной патологии (фоновые заболевания) регистрируется динамика снижения абсолютного и процентного содержания лимфоцитов, CD3+ и CD4+-лимфоцитов, а также незначительного повышения количества CD20-лимфоцитов. Это обстоятельство может свидетельствовать о снижении иммунологического ответа и увеличении сроков продолжительности заболевания, а также тяжести основного заболевания. На фоне данных изменений регистрируется угнетения клеточного звена иммунитета, что выражается понижением всех классов лимфоцитов, лимфоцитопенией, понижением количественного содержания субпопуляций CD3 и CD4 клеток. Помимо этого возникший иммунодефицит усиливается активностью CD95 участвующих в апоптозе.

**Заключение.** При длительно протекающих бронхолегочных заболеваниях необходимо проведение микологического анализа. При положительном грибковом росте грибов в титре более КОЕ 10<sup>3</sup> целесообразно проведение иммунологических исследований. Снижение иммунного ответа и иммунодефицитное состояние, что развивается при кандидозе лёгких обосновывает применение иммунокорректирующей терапии в комплексном лечении таких пациентов.

**Ключевые слова:** кандидоз лёгких, иммунный ответ.

## THE STATE OF THE IMMUNE RESPONSE IN PATIENTS WITH PULMONARY CANDIDACIES

N.Z. Zoidboeva, Sh.F. Odinaev, F.I. Odinaev, N.A. Sadullaeva

Tajik State Medical University named by Abuali ibni Sino, Department of Internal Medicine №1

*Zoidboeva N.Z - correspondence graduate student Department of Internal Medicine №1 Tajik State Medical University named by Abuali ibni Sino, e-mail: zoidboeva90@mail.ru tel. 927667915,*



**Odinaev Sh.F.** Headchair of the Department of Internal Medicine №1, Tajik State Medical University named by Abuali ibni Sino, Doctor of the Medical Sciences, docent e-mail: nnnn@70mail.rutel. 992 918610539;

**Odinaev F.I.** - Honored Worker of Science and Technology of the RT, Doctor of the Medical Sciences, professor of the Department of Internal Medicine №1, Tajik State Medical University named by Abuali ibni Sino

**Sadullaeva N.A.** - assistant of the Department of Internal Medicine №1, Tajik State Medical University named by Abuali ibni Sino

The paper presents a comparative analysis of the main indicators of the immune response in patients with mycotic lung damage. 90 patients with pulmonary candidiasis with bacteriological confirmation of fungal infection were examined. For comparison, 50 patients with inflammatory lung diseases without fungal parasitization in the bronchopulmonary system were examined. Nonspecific protection in patients with pulmonary candidiasis is characterized by an increase in the absolute number of neutrophils, the intensity of phagocytosis and, as a consequence, an increase in phagocytic number. The subpopulation composition of peripheral blood mononuclear cells in lung candidiasis is accompanied by a decrease in the absolute and percentage of lymphocytes, CD3 + and CD4 + cells, as well as a slight increase in the number of CD20 lymphocytes. These indicators indicate a decrease in the immunological response, which increases the duration and severity of the disease. Secondary immunodeficiency caused by candida infection enhances the activity of CD95 cells involved in apoptosis, which accelerates the process of death and destruction of lung tissue. The obtained results of the study dictate the need for immunological studies with subsequent correction of the revealed violations against the background of complex specific therapy.

**Objective:** to evaluate the main immunological changes characteristic of fungal lung damage.

**Material and research methods.** 90 patients with chronic forms of respiratory diseases with bacteriological confirmation of fungal contamination in a titer of more than CFU 103 were examined, which makes it possible to classify this category of patients as a group with

lung candidiasis (group 1). To obtain more reliable indicators for comparison, we examined the 2nd group (50 people) with acute and protracted forms of inflammatory lung diseases without the presence of fungal infection. Clinical and laboratory data and indicators of 20 practically healthy individuals, the control group, were used as control indicators. Of the 140 patients examined, there were 111 men and 39 women; the age of the examined patients is from 22 to 62 years. Immunological examination included determination of the main indicators of the immune response and included the study of indicators of T- and B-cell immunity by CD typing using monoclonal antibodies of the ICB MedBioSpektr series, Moscow.

**Results and discussion:** that lung candidiasis against the background of chronic bronchopulmonary pathology (background diseases), the dynamics of a decrease in the absolute and percentage contents of lymphocytes, CD3 + and CD4 + lymphocytes, as well as a slight increase in the number of CD20 lymphocytes, are recorded. This circumstance may indicate a decrease in the immunological response and an increase in the duration of the disease, as well as the severity of the underlying disease. Against the background of these changes, oppression of the cellular immunity link is recorded, which is expressed by a decrease in all classes of lymphocytes, lymphocytopenia, and a decrease in the quantitative content of subpopulations of CD3 and CD4 cells. In addition, the resulting immunodeficiency is enhanced by the activity of CD95 involved in apoptosis.

**Conclusion:** With long-term bronchopulmonary diseases, mycological analysis is necessary. With a positive fungal growth of fungi in the titer of more than CFU 103, immunological studies are advisable. The decrease in the



immune response and the immunodeficiency state that develops with pulmonary candidiasis justifies the use of immunocorrective therapy in

**Мухимият.** Проблемаи осебҳои занбурӯгии системаи бронху шушҳо имрӯзҳо яке аз масъалаҳои актуалӣ ба шумор меравад, зеро микдори якҷояшавии сироятҳои микотикӣ бо дигар сироятҳо, алвеолитҳои алергӣ ва пайдошавии оризаҳои вазнин, ки боиси аздастдихии устувори қобилияти корӣ ва фавт мегарданд, босуръат идома дорад [5, 8]. Дар айни замон ба рӯйхати барангезандаҳои эҳтимолии микозҳо тақрибан 400 намуди занбурӯғҳо дохил карда шудаанд, дар ин ҳолат афзудани нақши занбурӯғҳо, ки қаблан аматогенӣ ба шумор мерафтанд, боло меравад. Бофти мураккаб ва якҷояшавии симптому синдромҳо ҳангоми микозҳо ҷудо кардани имптоматикаи клиника махсусро, ки тавассути сенсibiliзатсияи микогении организм ба вучуд омадаанд, мушкил мегардад [2, 3, 4].

Ақсуламали аввалини ҷавобии организм ба занбурӯғҳои воридшуда, тағйир ёфтани ҷавоби иммунӣ мебошад. Чунончи, функцияи Т-лимфоситҳо маънии доштани қобилияти васл кардани ҳуҷайраҳои занбурӯғ ва маҳвсозии афзоиш, инкишофи онҳоро дорад, ҳамчунин ба онҳо функцияи несткунӣ ва инактиватсияи ҳуҷайраҳои аз занбурӯғҳо сироятнокшуда таааллуқ дорад, ки онҳо таъсири фунгисидиро ба миён меоваранд [1, 2]. Субпопулятсияҳои гуногуни Т-лимфоситҳо метавонанд, ки функцияи системаи иммуниро ҳангоми кандидоз ба воситаи протсессҳои фагоситоз ва иртиботи мутақбила бо клонҳои Т-ҳуҷайраҳо хеле танзим кунанд. Аснои инкишофи сирояти кандидозӣ субпопулятсияҳои гуногуни Т-лимфоситҳо вазифаҳои мустақими худро дар несткунии занбурӯғҳо иҷро намуда, таъсири фунгисидиро ба миён оваранд. Муаллифон дар таҳқиқотҳои худ ба вобастагии мустақими активатсияи Т-лимфоситҳо аз дараҷаи протсесси кандидоз ишораҳо доранд [1, 6].

Дар ҳолати мавҷуд будани сирояти занбурӯғӣ дар системаи бронху шушҳо системаи иммунӣ аҳамияти махсус дорад, ки вай-

the complex treatment of such patients.

**Keywords:** pulmonary candidiasis, immune response.

ро, аз як тараф, ҳуди далели манифестатсияи клиникаи занбурӯғҳои патогенӣ муайян мекунанд ва аз тарафи дигар ҳамеша дар равиши мнқишофи он тағйир меёбад. Дар амалияи тиб, мо бо ихтилолҳои гуногуни статуси иммунӣ, асосан дар шакли норасоии дувумини иммунологӣ (иммунодефицити дуюмӣ) дучор мешавем, ки онҳо ҳангоми ҳама гуна бемориҳои сироятӣ, инчунин гайрсироятӣ (алвеолити алергӣ) низ дида мешаванд [6, 7].

**Мақсади таҳқиқот:** арзёбии тағйироти асосии иммунологӣ, ки барои осебҳои занбурӯғии шушҳо хос ҳастанд.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар давраи аз соли 2013 то 2019 140 бемор-сокинони Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки гирифтори бемориҳои узвҳои нафаскашӣ буданд, таҳқиқарда шуданд. Ҳамаи таҳқиқотшудагон ба гурӯҳҳои зерин ҷудо карда шуданд: гурӯҳи 1-ум 90% бо кандидози шушҳо ва зухуроти ночизи алергӣ; гурӯҳи 2-юм 50% бо шаклҳои шадид ва тўлкашидаи бемориҳои илтиҳобии шушҳо бе вучуд доштани сирояти занбурӯғӣ.

Ба ҳайси нишондиҳандаҳои назоратӣ маълумотҳои клиникӣ-лабораторӣ ва нишондиҳандаҳои 20 нафар шахсони тақрибан солими гурӯҳи назоратӣ истифода шуд. Дар байни беморони таҳқиқшудаи гурӯҳи 1 беморони дорои кандидози шушҳо дар заминаи патологияҳои гуногуни бронху шушҳо дида шуд: пневмонияи музмини номахсус, астмаи бронхиалӣ (шакли алергӣ-сироятӣ) бронхити музмини атрофӣ, бемориҳои музмини инсидодии шушҳо, алвеолити музмини пневмониявӣ ва ғ. Таъхиси кандидози шушҳо дар ин беморон тибқи маълумоти рентгенологӣ, томографияи компютерӣ, ҳамчунин таҳлили микологии балғам бо ба титрҳо ҷудо кардани занбурӯғҳо зиёда аз КОЕ-10<sup>3</sup> тасдиқ карда шуд. Азбаски ин титр тибқи стандартҳои байналмилалӣ ҳисоб ва протоколҳои таҳқиқотҳои охирин карда мешавад, вобаста аз ин мо ин





беморонро ба гурӯҳи аз занбурӯғ ва микробнокҳо сироятнокшуда дохил намудем. ташхиси беморони гурӯҳи 2-юм (шаклҳои шадид) асосан аз бронхити шадид, ангинаи катаралии шадид ва ларингит, пневмонияи шадид ва тӯлкашида бе тасдиқи клиникӣ-лаборатории вучуд доштани занбурӯғҳо дар балғам пешниҳод карда шуд. Аз 140 бемори таҳқиқшуда 111 нафар мард ва 39 нафар зан буданд; синну соли беморон аз 22 то 62 солро ташкил дод. Дар марҳалаи якум тибқи асноди меъёри тасдиқшуда идентификатсияи манзараи микробӣ ва занбурӯғии балғам гузаронида шуд.

Кишти якумини балғам бо усули микдорӣ дар муҳити саҳти ғизоӣ анҷом дода шуд: агар аз 5% хуни гӯсфанд, агари талхаву намак тибқи Чистович, Эндо, Сабуро, муҳити тигликолиевӣ. Идентификатсияи киштҳои тозаӣ чудокардашуда тибқи усулҳои маъмулӣ сурат гирифт. таҳқиқоти хун бо усули сифатӣ бо истифодаи дастгоҳи "Bactec" бо муҳити стандартӣ ғизоӣ ба он ҳамроҳкардашуда ("BactonDickinson", ИМА) гузаронида шуд. Таҳқиқоти иммунологӣ аз муайян кардани нишондиҳандаҳои асосии Т-ва В-иммунитети хучайравиро бо усули CD-типикунонӣ, бо истифодаи антителиҳои бисёрклоналии силсилаи ИКО "МедБиоСпектр", Москва дар бар гирифт. Арзёбии ҳолати функционалии звенои Т-хучайраи ҷавоби иммунии организм бо ёрии таҳлили таркиби субпопулятсионии хучайраҳои мононуклеарии хуни канорӣ гузаронида шуд, бо ин мақсад аз антителиҳои махсус ба антигенҳои сатҳии онҳо мавриди истифода қарор дода шуданд. Қоркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот мувофиқи принципҳои тиббии исботшуда сурат гирифт, ки тавассути дастурҳои дахлдори муосир мураттаб шудаанд (Котельников Г.П., 2000). Критерияҳои усули Стюдент, усулҳои ғайрипараметрии азнавсозии кунҷии Фишер ба қор бурда шуданд. Чунин параметрҳои омори тавсифӣ муайян карда шуданд: миқдори мушоҳидаҳо (n), ифодаҳои минималӣ ва максималии аломати омӯхташаванда, миёнаи арифметикӣ (M), ҳатои миёнаи миёнаи арифметикӣ (m), бузургиҳои нисбӣ (P,%).

Ифодаи аз ҷиҳати оморӣ эътимоднок ҳангоми  $p < 0,05$  ҳисобида шуд.

#### **Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.**

Таҳлили нишондиҳандаҳои хуни канорӣ дар беморони гирифтори кандидози шушҳо (гурӯҳи 1) нишон дод, ки муҳтавои миёнаи миқдори лейкоцитҳо дар хун ба самти тағйироти аз ҷиҳати оморӣ муҳим дорад, ба самти зиёдшавӣ  $9,2 \pm 1,1 \times 10^9$  -ро ташкил дод. Ин нишондоди лейкоцитҳои хун дар муқоиса аз нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ  $5,5 \pm 1,3 \times 10^9$  ( $p < 0,05$ ) ба таври эътимоднок баланд аст. муҳофизати номахсус, ки аз нейтрофилҳо иборат аст, аз ҷиҳати муҳтавои фозӣ ва миқдорӣ дар хун тағйир ёфтааст, ки ин бо баланд шудан дар беморони гирифтори кандидози шушҳо, дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ зоҳир шуда,  $68,2 \pm 1,4\%$  ва  $5,1 \pm 0,22$  ( $PP1 < 0,01$ ) -ро ташкил дод. Миқдори нейтрофилҳо дар шахсони гурӯҳи муқоисашаванда (гурӯҳи 2) нисбат ба гурӯҳи назоратӣ тағйироти аз ҷиҳати оморӣ муҳим надоштанд ва мутаносибан  $56,2 \pm 1,2\%$  ва  $3,7 \pm 0,5$ -ро ташкил доданд. Тағйироти омилҳои номахсуси муҳофизати фаъолнокии нейтрофилҳо дар беморони гурӯҳи муқоисашаванда майли возеҳу равшан ба камшавӣ доштанд ва ин дар беморони дорои кандидози шушҳо бештар буд. Ҳамин тавр, фаъолнокии фагоситози нейтрофилҳо дар одамони гурӯҳи 1-уми дорои кандидози шушҳо майли аз ҷиҳати оморӣ муҳимми камшавии фаъолнокии фагоситозро доранд, аммо бо дараҷаи камтар,  $55,2 \pm 1,62\%$  -ро ташкил дод. Динамикаи тағйирёбии пешниҳодшуда бо тағйироти баландшавии шиддатнокии фагоситоз (контрол- $1,3 \pm 0,02$ ) мувофиқат мекунад ва дар беморони дорои кандидози шушҳо  $1,6 \pm 0,34$  буд, ҳол он ки дар одамони гурӯҳи 2 ин нишондиҳанда тағйироти аз ҷиҳати оморӣ муҳим надорад ва  $1,3 \pm 0,42$ -ро ташкил дод. Дар беморони дорои кандидози шушҳо тамоюли қонунии бо баланд шудани шиддатнокии фагоситоз афзудани миқдори нейтрофилҳои фагоситарӣ ба қайд гирифта мешавад, ки дар гурӯҳи назоратӣ аз  $1,3 \pm 0,24$  то  $3,8 \pm 0,12$  дар гурӯҳи муқоисашаванда зиёд шудааст (ҷадвали 1).



**Чадвали 1. Фаъолнокии функционалии нейтрофилҳои хун дар беморони тахқиқшуда.**

Нишондиҳанда	Назоратӣ	Гурӯҳи 1	Гурӯҳи 2	P
Нейтрофилҳо % x10 <sup>9</sup>	55,5±1,22 3,5±0,41	68,2±1,42*** 5,1±0,22***	56,2±1,24** 3,7±0,56*	PP <sub>1</sub> <0,01
Фаъолнокии фагоситоз (%)	59,3±1,3	47,2±2,21***	55,2±1,62**	PP <sub>1</sub> <0,01
Шиддатнокии фагоситоз (в.ш)	1,3±0,02	1,6±0,34**	1,3±0,42	P>0,05
Микдори фагоситарӣ (в.ш.)	1,3±0,24	3,8±0,12***	1,4±0,14	P>0,05

Эзоҳ: P- тағйироти аз ҷиҳати оморӣ муҳим бо нишондиҳандаҳои назоратӣ \* P<0,05; \*\*P<0,01; \*\*\* P<0,001. P<sub>1</sub>- тағйироти аз ҷиҳати оморӣ муҳим дар байни гурӯҳҳои (РпоQ-критериям Кохреа, \* - аз рӯйи критерияи дақиқи Фишер).

Хамин тавр, натиҷаҳои ба даст овардашуда аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки мавҷудияти микдори мутлақи лимфоситҳо дар хуни канорӣ дар ҳамаи нафарони тахқиқшуда дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ ба тағйироти эътимоднок дучор намешавад. Аммо дар беморони гурӯҳи 1-и дорои кандидози шушҳо нишондиҳандаи фоизи лимфоситҳо ба таври эътимоднок паст аст ва 26,2±0,55%-ро ташкил медиҳад, ҳангоми ифодаҳои назоратӣ вай ба 31,8±0,77% баробар аст. Муҳтавои микдории шаклҳои болиғи лимфоситҳои хун, ки аз CD3+ ҳучайраҳо иборат аст, дорои хусусиятҳои дар гурӯҳи 2 паст шудани нишондиҳандаҳои фоизӣ ва мутлақ буда, мутаносибан 34,0±1,1% ва 0,75±0,16 x10<sup>9</sup>/л-ро ташкил кард, дар нишондиҳандаҳои назоратӣ 42,4±1,5% ва 1,1±0,2 x10<sup>9</sup>/л. буд.

Мувофиқи функсияи ситотикии лимфоситҳо гурӯҳи CD16 тахқиқ карда шуд. Аз рӯйи натиҷаҳои тахқиқот сатҳи максималии пастшавии онҳо дар гурӯҳи дуҷуми тахқиқшудагони дорои кандидози шушҳо ба қайд гирифта мешавад ва то 16,0±1,3% ва 0,44±0,1 x10<sup>9</sup>/л. мерасад. Танзимкунандаи асосӣ ва протесси несткунандаи барномавии ҳучайраҳои лимфоситҳои CD95+ ба ҳисоб мераванд. Сатҳи ин типии ҳучайраҳои ҳангоми кандидози шушҳо аз нишондиҳандаҳои назоратӣ 2 маротиба бештар буда, 14,3±0,6% и 0,24±0,04 x10<sup>9</sup>/л.-ро ташкил медиҳад. Қобилияти функционалии лимфоситҳо дар нишондиҳандаҳои CD25+ ҳучайраҳо ба таври айёни инъикос меёбанд. Микдори онҳо аз баланшавии онҳот дар гурӯҳи 2-юми беморони дорои беморихоии илтиҳобии шушҳо бе сироятнокшавии занбурӯғӣ ишора мекунанд, ки дар ин ҷо онҳо то ифодаи мак-

сималӣ мерасанд ва 17,2±1,1% и 0,97±0,06x10<sup>9</sup>/л.-ро ташкил медиҳанд. Баланд шудани нишондодҳоро ба гиперфаъолнокии системаи иммунӣ иртибот додан мумкин аст. Манзараи баръакс дар беморони гурӯҳи якуми дорои беморихоии тӯлонии музмини шушҳо ва кандидоз дида мешавад, дар ин ҷо ҳолати функционалии онҳо 8,3±0,8% ва 0,32±0,02x10<sup>9</sup>/л мебошад, ки аз нишондиҳандаҳои назоратӣ хеле паст аст. Вобаста аз фаъолнокии ҷавоби иммунӣ В-лимфоситарӣ нақши асосиро функсияи CD20+ лимфоситҳо мебозанд. Нишондиҳандаҳои микдории онҳо ҳам дар гурӯҳи 1 ва ҳам дар гурӯҳи 2 баланд аст. Дар гурӯҳи 1-ум онҳо ифодаи максималиро ба даст оварда, 12,3±0,6%, дар гурӯҳи 2- 11,2±1,1% -ро ташкил дод, ки аз қори пуршиддати функционалии системаи иммунӣ тахқиқшудагон дарак медиҳад (ҷадвали 2).

Тавре ки таркиби субпопулятсионии ҳучайраҳои моноклеарии хуни беморони дорои кандидози шушҳо нишон медиҳад, тағйирот дар Т-лимфоситҳо ба назар мерасад, ки онҳоро асосан CD3+-лимфоситҳо ташкил медиҳанд. Нишондиҳандаи онҳо ҳам аз ҷиҳати фоизӣ ва ҳам микдори мутлақ хеле паст аст, ки ин аз паст будани омилҳои ҷавоби иммунӣ дарак медиҳад. Муоинаҳои амалӣ нишон доданд, ки дараҷаи пастшавии онҳо аз бисёр ҷиҳат аз давомнокии беморӣ вобаста аст. Вазъияти ҷавоби иммунӣ дар гурӯҳи 2 бо кандидози шушҳо бо тағйирёбии CD4+-лимфоситҳо, яъне Т-синфҳои хелперӣ амиқтар мегардад. Вучуди микдорӣ ва фоизи онҳо низ аз давомнокии ва вазнинии беморӣ вобастагии мусолимадорӣ. Ҳангоми инвазияи занбурӯғӣ



## Чадвали 2. Спектри субпопулясионии лимфоситҳо дар беморони таҳқиқшуда

Нишондиҳандаҳо	Назорат	Гурӯҳи 1	Гурӯҳи 2	P
Лимфосит % x10 <sup>9</sup> /л	31,8±0,77 2,0±0,12	26,2±0,55** 1,9±0,22	31,3±0,88 1,9±0,17	P <sub>1</sub> <0,01 P <sub>1</sub> >0,05
CD3 % x10 <sup>9</sup> /л	42,4±1,5 1,1±0,2	34,0±1,1** 0,75±0,16	40,1±1,1** 0,97±1,2*	P <sub>1</sub> <0,01
CD4% x10 <sup>9</sup> /л	35,1±1,3 0,88±0,15	26,7±1,1** 0,68±0,22**	34,8±1,7 0,78±0,20*	P <sub>1</sub> <0,01 P <sub>1</sub> >0,05
CD8% x10 <sup>9</sup> /л	20,5±1,3 0,78±0,19	17,4±1,2*** 0,51±0,1**	20,7±1,3 0,73±0,5**	P <sub>1</sub> <0,01 P <sub>1</sub> >0,05
CD16% x10 <sup>9</sup> /л	22,5±1,5 0,65±0,19	16,0±1,3*** 0,44±0,1***	21,8±1,1 0,63±0,3	P <sub>1</sub> >0,01 P <sub>1</sub> >0,05
CD20% x10 <sup>9</sup> /л	7,5±0,5 0,14±0,03	12,3±0,6*** 0,32±0,02**	11,2±1,1** 0,37±0,06***	P <sub>1</sub> >0,05 P <sub>1</sub> >0,05
CD25% x10 <sup>9</sup> /л	13,5±0,5 0,44±0,04	8,3±0,8** 0,32±0,02*	17,2±1,1*** 0,97±0,06***	P <sub>1</sub> <0,01 P <sub>1</sub> <0,01
CD95% x10 <sup>9</sup> /л	7,7±0,5 0,17±0,02	14,3±0,6*** 0,24±0,04**	7,4±0,7 0,18±0,05	P <sub>1</sub> >0,05 P <sub>1</sub> >0,05

Эзоҳ: P- тағйироти аз ҷиҳати оморӣ муҳим бо нишондиҳандаҳои назоратӣ

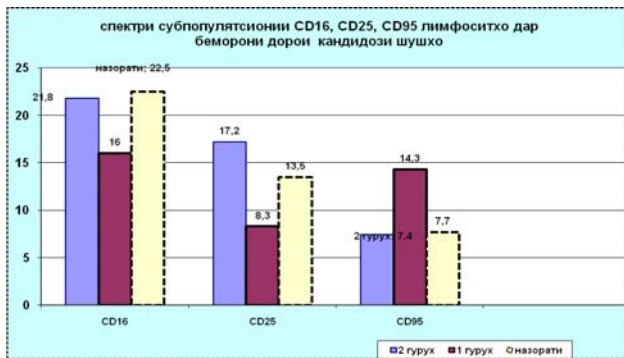
\* P<0,05; \*\*P<0,01; \*\*\* P<0,001. P<sub>1</sub>- тағйироти аз ҷиҳати оморӣ муҳим дар байни гурӯҳҳои (РпоQ-критериям Кохреа, \* - аз рӯйи критерияи дақиқи Фишер).

ва захролудшавии занбурӯғӣ звенои муҳими ҷавоби иммунӣ ба ҳосиятҳои ситотикӣ лимфоситҳо ва аз ҷумла киллерҳои табиӣ ба ҳисоб мераванд. NK ҳуҷайраҳо (natural killer cells - NK-cells) -ро лимфоситҳои гранулярӣ ташкил медиҳанд, ки онҳоро ҳамчун синфи мустақили лимфоситҳо баррасӣ намудан мумкин аст, онҳо қобилияти ситотикӣ зидди вирусҳои омосӣ ва захролудшуда, ҳамчунин бо агентҳои гуногуни токсикӣ захролудшудаи ҳуҷайраҳоро доранд. Онҳо ретсептор ва иммуноглобулин надоранд, балки дар сатҳи маркерҳои CD8+, CD16+ оварда мешаванд ва камшавии онҳо аз трансформатсияи ҳуҷайраҳо дар ҳуҷайраҳои омосӣ ва дигар ҳуҷайраҳои атипӣ дарак медиҳад.

Дар ин пажӯҳиш мо танҳо ба таҳқиқоти CD16+ ҳуҷайраҳо маҳдуд шудем, ки сатҳи онҳо дар беморони дорои кандидози шушҳо ба қадри мксималӣ паст шудааст. Пас, ин вазъият аз нуқтаи назари клиникӣ бояд ҳамчун омили нохуби пешгӯии беморӣ баҳо дода шавад, чунки трансформатсияи бофтаи шушҳо ва ҳуҷайраҳо таҳти таъсири моксикии занбурӯғҳо метавонад ташаккули просесси онкологӣ ва атипиро ба вучуд оварад. Чунин ҳолат, ҳамчунин бешубҳа боиси пешравии протсесс, бесамарии табобат, ташаккулёбии оризаҳои иловагӣ ниш гашта метавонад. Дар таҳқиқоти мо ҷавоби имму-

нологии В-лимфоситарӣ бо ҳуҷайраҳои CD20+ ифода шудааст, ки онҳо ба таври эътимоднок аз нишондиҳандаҳои назоратӣ тақрибан 2 маротиба баланд ҳастанд ва бо ҷараёни клиникӣ ва нишондиҳандаҳои лаборатории ҳарду гурӯҳ мувофиқат меку- нанд (p 0,001). Азбаски хангоми протсесҳои илтиҳобии этиологияшон гуногун фаъолнокӣ ва пролифератсияи В-лимфоситҳо мавҷуд аст, баландшавии ин типии ҳуҷайраҳо ро тахмин кардан мумкин аст. Дар реактивияти иммунологии организм Т-лимфоситҳои фаъолнокшуда бо ҳосилшавии антителаҳо нақши муҳим доранд. Аммо мувофиқи имаълумотҳои таҳқиқоти мо дар ин самт мо зиёдшавии CD25+ ро дар гурӯҳи беморони дорои бемориҳои шадиди шушҳо мушоҳида кардем, ҳол он ки дар гурӯҳи беморони дорои кандидози шушҳо манзараи баръакс, яъне камшавии онҳо ба мушоҳида мерасад (расми 1).

Таҳлили таркиби субпопулясионии ҳуҷайраҳои моноклеарии хуни периферии беморони таҳқиқшуда нишон дод, ки кандидози шушҳо дар заминаи бемориҳои музминӣ бронху шушҳо (бемориҳои заминавӣ динамикаи пастшавии муҳтавои мутлақ ва фоизии лимфоситҳо, CD3+ ва CD4+-лимфоситҳо, ҳамчунин каме афзудани миқдори CD20-лимфоситҳо ба қайд гирифта меша-



Расми 1. Спектри субпопулясионии лимфоситҳодар беморони дорои кандидози шушҳо.

вад. Ин вазъият метавонад, ки аз пастшавии ҷавоби иммунологӣ ва афзоиши муҳлатҳои давомнокии беморӣ, ҳамчунин вазниии бемории асосӣ дарак диҳад.

Натиҷаҳои нишондиҳандаи онҳо ва каме фаъолнокшавии фагоситарӣ дарак медиҳанд. Дар заминаи ин тағйирот маҳшавии звенои хучайравии иммунитет ба қайд гирифта мешавад, ки ибто павстшавии ҳама синфҳои лимфоситҳо, лимфоситопения, камшавии миқдори субпопулясияҳои CD3 ва CD4 хучайраҳо зоҳир мешавад. Бар иловаи ин иммунодефицити пайдошуда бо фаъолнокии CD95, ки дар апоптоз иштирок мекунад, пурзӯр мегардад.

Хулоса. Колонизатсияи занбурӯғҳои патогенӣ ва шартан патогенӣ дар бофтаҳои шушҳо дар заминаи бемориҳои музмини илтиҳобии шушҳо, омилҳои моилкунандаи муҳити берунӣ барои инкишоф ва фаъолнокшавии занбурӯғҳо бо пайдо шудани иммунодефицити такрорӣ шароити мусоид фароҳам сохта метавонанд. Ҳамчунин таъсири табобати дарозмуддати антибактериалӣ ва табобати стероидиро истисно набояд кард, вай низ то ҳадди муайян ҷавоби иммунологиро коҳиш медиҳад. Ин манзараи вазъияти иммунодефицитӣ, ки ҳагми кандидози шушҳо ба вучуд меояд, бо истифода намудани табобати иммуноислоҳсозӣ дар табобати комплекси ин беморон асоснок карда мешавад. Пажӯҳишро ҷамъбат карда, гуфтан мумкин аст, ки дар беморони таҳқиқшудаи мо омилҳои зиёде вучуд доранд, ки барои коҳиш ёфтани реактивияти иммунологии организм мусоида мекунад ва дар байни онҳо ин омилҳоро номбар кардан зарур аст: ғизои номукамал, стресси дуру дарози музмин, муҳити атрофи ифлос, табобати тӯлонии кортикостероидӣ, антибиотикотерапия, табобати номуносиб ва худтабобаткунӣ. Дар солҳои охир вобаст аз иншаклҳои музмини бемориҳои бронху шуш, монанди бемории бронхоэктазӣ, пневмонияи номахсуси музмин, ки таҳти ниқоби онҳо бештари вақтҳо кандидози шушҳо сурат гирифта, минбаъд ба деструксияи бофтаҳои шушҳо мепечад. Ҳангоми фаъолияти дурусти системаи иммунӣ мо тағйиротҳои махсуси иммунитетро бар зидди флораи занбурӯғӣ, аз ҷумла зидди аспергилл ва занбурӯғҳои насли Кандидаро пайдо накардем.

## АДАБИЁТ

1. Акимова В.Н. Экспрессия cd95 на лимфоцитах периферической крови при острых и хронических абдоминальных заболеваниях/В.Н. Акимова // Современные проблемы науки и образования.-2014.-№1.- С. 67-75
2. Ахапкина И.Г. Ростстимулирующие свойства экзопродуктов дрожжевых грибов в отношении культуры клеток эукариот /И.Г. Ахапкина //Успехи медицинской микологии.-2018.-Т 19.- С. 98-103
3. Буркутбаева Т.Н. Факторы патогенности плесневых грибов, выделенных от больных с грибковыми заболеваниями лор-органов /Т.Н. Буркутбаева, Л.К. Тастанбекова //Проблемы мед.микологии.- 2004.-Т. 6, № 2.-С.64-65.
4. Вохидов А.В. Характеристика клинического течения бронхолёгочной патологии ВИЧ инфицированных детей /А.В. Вохидов, Р.М. Нуров, Х.Б.Давлятов, Р.М. Абудурахимов // Здравоохранение Таджикистана.-2019.-№2.- С.26-31.
5. Елинов Е.П. Учебное пособие "Патогенные и условно-патогенные макро- и микромицеты как объекты царства грибов (Fungi), их характеристика с учетом требований международного кодекса ботанической номенклатуры" /Е.П. Елинов.-Санкт-Петербург.-2011.- 211 с.



6. Жулай Г. А. Анализ клеточного иммунитета при патологиях, сопровождающихся развитием иммунной супрессии / Г.А. Жулай, Е.К. Олейник // Труды Карельского научного центра Российской академии наук.-2014.-№, (5).-С.228-233.
7. Калинина Н.В. Диагностика аллергического бронхолегочного аспергиллёза у больных бронхиальной астмой / Н.В. Калинина, И.Д. Апульцина, СЛО. Власенко // Тезисы докладов II Всесоюзного конгресса по болезням органов дыхания,- Челябинск, 1991.-С. 131.
8. Маймерова Г.Ш. Современные представления о хронических неспецифических заболеваниях лёгких у детей / Г.Ш. маймерова// Здоровоохранение Таджикистана.-2016.-№4.-С. 74-78.

## МУНОСИБАТИ КОМПЛЕКСӢ БА АРЗӢБИИ ҲОЛАТИ СИСТЕМАИ КАРДИОВАСКУЛЯРӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ А РТРИТИ ПСОРИАЗӢ (АП)

**И.Ё. Одилзода, Ё.У. Саидов, Б.И. Саидзода, Х.Р. Махмудов**

Кафедраи пропедевтикаи бемориҳои дарунӣ (мудири кафедра д.и.т., Саидов Ё.У) ва дерматовенерология (мудири кафедра д.и.т., Мухаммадиева К.М)-и МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

*Одилзода Исмоил Ёкубҷон, унвонҷӯи кафедраи пропедевтикаи бемориҳои дарунии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.*

*Саидов Ёр Умарович, д.и.т., мудири кафедраи пропедевтикаи бемориҳои дарунии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.*

*Саидзода Бахромуддин Икром, н.и.т., дотсенти кафедраи дерматовенерологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.*

*Махмудов Хайём Рӯзиевич - н.и.т., муаллими кафедраи пропедевтикаи бемориҳои дарунии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.*

**Мақсади таҳқиқот.** Арзёбии комплекси клиникӣ-лабораторӣ ва инструметалии системаи кардиоваскулярӣ дар беморони АП.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Ба таҳқиқот 72 бемори (43 зан ва 29 мард, медианаи синусол - 49 сол) гирифтори фаъолнокии муътадил ва банди ПА ҳастанд (медианаи DAS 28-4,8) ва қаблан доруҳои базисии зиддиилтиҳобӣ қабул накардаанд, дохил карда шудаанд. Ҳамаи беморонро кардиолог таҳқиқ кардааст. Дар ҳамаи беморони таҳқиқшуда таҳлил ва арзёбии омилҳои анъанавӣ ва "бемор-вобаста"-и хатари инуишофи оризаҳои дилу рағҳо бо муайян кардани хатари умумии кардиоваскулярӣ мувофиқи шкалаи SCORE ва SCORE/EULAR гузаронида шуд, электро- ва эхокардиография, сканеркунии дуплексии шараёнҳои хоб бо мақсади чен кардани ғавсии комплеси интима медиа иҷро карда шуд ва ҳалқаҳои атеросклерозӣ, дар ҳамаи беморони таҳқиқшуда таҳқиқоти ҳолати спектри липидии хун гузаронида шуд.

**Натиҷаҳо.** Омилҳои хатари нисбатан паҳнёрфтаи пайдошавии оризаҳои дилу рағҳо гипертензияи шарёнӣ (48,3%) ва дисмепидемия (62,1%), вучуд доштани дув а ё зиёда омилҳои хатари анъанавӣ дар 57,9 пазиенти дорои АП ба ҳисоб мераванд. Зиёдшудани ғавсии комплекси интима-медиа (КИМ) дар 52,4%, ҳалқаҳои атеросклерозӣ дар 30,4%-и таҳқиқшудагон ба назар расид. Ҳангоми ҳисоб кардани сатҳи хатари умумии кардиоваскулярӣ аз рӯи шкалаи SCORE/EULAR фоизи беморони дорои АП дорои хатари баланди пайдошавии оризаҳои дилу рағҳо аз 26,2 то 40,1% баланд шуд. ЭХОКГ-и нисбатан зиёд дучоршаванда- тағйиротҳои инҳо буданд: гипертрофияи меъдачаи чап, дисфунксияи диастоликии меъдачаи чап, патологияҳои ноҷизи гемодинамикии клопанҳои дил, перикардити адгезивӣ ва тағйирёбии аорта, ки мутаносибан муайян карда шуданд: дар 27 (37,3%), 34 (43,5%), 28 (38,6%), 18 (24,8%)





ва 26 (35,8%) беморони таҳқиқшудаи дорои АП. Дар 28 бемори гирифтори АП зухуроти клиники бемории кардиоваскуляри ташхис карда шуданд: стенокардия - дар 16(22,2%), кардиосклерози пас аз инфаркти - 7 (9,6%), инфаркти миокард - 3(4,1%), ишумӣ 2(2,8%).

**Хулоса.** Дар беморони дорои ПА фаъол миқдори зиёди дучоршавӣ ва спектри васеи патологияи кардиоваскуляри ба мушоҳида мерасад, ки асоси пайдоиши онро таъсири

кумулятивӣ ва таъсиррасонии мутақобилаи мураккаби илтиҳоби системавӣ, омилҳои хатари анъанавӣ ва фармакотерапияи бемориҳо ташкил медиҳанд, ин хусусияти мултифактории ҷалб шудани КВС (синдроми кардиоваскуляри-СКВ)-ро дар маркази ихтилолҳои иммунопатологӣ хангоми АП пешбинӣ мекунад.

**Калимаҳои калидӣ:** артрити псориази, системаи кардиоваскуляри, хатари кардиоваскуляри, оризаҳои дилу рағҳо.

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД КОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

**И.Ё. Одилзода, Ё.У. Саидов, Б.И. Саидзода, Х.Р. Махмудов**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. кафедрой д.м.н., Саидов Ё.У.) дерматовенерологии (зав. кафедрой д.м.н., Мухаммадиева К.М) ГОУ "Таджикский государственный медицинский университет им Абуали ибни Сино"

*Одилзода Исмоил Ёкубджон, соискатель кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино.*

*Саидов Ёр Умарович, д.м.н., заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино.*

*Саидзода Бахромуддин Икром, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино.*

*Махмудов Хайём Рузубоевич, к.и.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино.*

**Цель исследования** - комплексная клинико-лабораторная и инструментальная оценка состояния кардиоваскулярной системы (КВС) у больных псориазическим артритом (ПсА)

**Материалы и методы.** В исследование включено 72 больных (43- женщины и 29-мужчины, медиана возраста - 49 лет) ПсА с умеренной и высокой активностью (медиана DAS28 - 4,8), ранее не получавших базисных противовоспалительных препаратов (БПВП). Все пациенты были осмотрены кардиологом. Всем обследованным пациентам проведен анализ и оценка традиционных и "болезнь-ассоциированных" факторов риска (ФР) развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) с определением суммарного кардиоваскулярного риска (КВР) по шкалам SCORE и SCORE/EULAR, выполнены электро- и эхокардиография (ЭКГ, ЭхоКГ), дуплексное сканирование сонных

артерий с целью измерения толщины комплекса интима-медиа (КИМ) и наличия атеросклеротических бляшек (АТБ), всем обследованным пациентам проведено исследование состояния липидного спектра крови.

**Результаты.** Наиболее распространенными ФР развития ССО являлись артериальная гипертензия (АГ) (48,3%) и дислипидемия (62,1%), наличие двух и более традиционных ФР отмечено у 57,9% пациентов с ПсА. Увеличение толщины КИМ определялось у 52,4%, АТБ - у 30,4% обследованных. При пересчете уровня суммарного кардиоваскулярного риска (КВР) по шкалам SCORE/EULAR процент больных ПсА с высоким риском развития ССО нарастал с 26,2 до 40,1%. Наиболее частыми ЭхоКГ-изменениями являлись: гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ), гемодинамически незначимая патология клапанов сердца, ад-





гезивный перикардит (АП) и изменения аорты, которые были выявлены соответственно: у 27 (37,3%), 34 (43,5%), 28 (38,6%), 18 (24,8%) и 26 (35,8%) обследованных пациентов с ПсА. У 28 пациентов с ПсА диагностированы клинические проявления кардиоваскулярной патологии (КВП): стенокардия - у 16 (22,2%), постинфарктный кардиосклероз - у 7 (9,6%), инфаркт миокарда (ИМ) - 3 (4,1%), инсульт - 2 (2,8%).

**Заключение.** У пациентов с активного ПсА наблюдается высокая частота встреча-

емости и широкий спектр КВП, в основе развития которых лежит кумулятивный эффект и сложное взаимовлияние системного воспаления, традиционных ФР и фармакотерапия заболевания, что предполагает мультифакторный характер вовлечения КВС в орбиту иммунопатологических нарушений при ПсА.

**Ключевые слова:** псориатический артрит, кардиоваскулярная система, кардиоваскулярный риск, сердечно-сосудистые осложнения

## COMPREHENSIVE APPROACH TO ASSESSMENT OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS

I.Yo. Odilzoda, Yo.U. Saidov, B.I. Saidzoda, Kh.R. Makhmudov

Department of propaedeutics of internal diseases, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

**Main objective.** Comprehensive clinical, laboratory and instrumental assessment of the cardiovascular system (CV) in patients with psoriatic arthritis (PsA).

**Materials and method.** The research included 72 patients (43 women and 29 men, median age - 49 ws years) PsA with the moderate and high activity (median DAS28 - 4,8) who had not previously received basic anti-inflammatory drugs. All patients were analyzed and evaluated based on traditional and "disease-associated" risk factors (RF) of cardiovascular complications (CVD) with determination of total cardiovascular risk (CVR) on the SCORE and SCORE/EULAR scales, electro-and echocardiography (ECG, Echocardiography), duplex scanning of carotid arteries to measure the thickness of the intima - media complex (CMM) and the presence of atherosclerotic plaques (ATB), and a study on the lipid spectrum of the blood was delivered.

**Results.** Arterial hypertension (AH) (48,3%) and dyslipidemia (62,1%) were the most common FR in the development of SSO, the presence of two or more traditional FR was noted in 57,9% of patients with PsA. The increase in the thickness of CMM was determined in 52,4%, ATB-in 30,4% of the

studied patients. When calculating the level of total CVR on the SCORE/EULAR scale, the percentage of PsA patients with high risk of SSR increased from 26,2 to 40,1%. The most frequent EchoCG changes were left ventricular hypertrophy (LVH), left ventricular diastolic dysfunction (LVD), hemodynamically insignificant heart valve pathology, adhesive pericarditis (AP), and aortic changes, which were revealed respectively in: 27 (37,3%), 34 (43,5%), 28 (38,6%), 18 (24,8%) and 26 (35,8%) studied patients with PsA. 28 patients with PsA were diagnosed with clinical manifestations of cardiovascular disease (CVP): angina - in 16 (22,2%), postinfarction cardiosclerosis - in 7 (9,6%), myocardial infarction (MI) - 3 (4,1%), stroke - 3 (2,8%).

**Conclusion.** Patients with active PsA have a high frequency of occurrence and a wide range of CVP, the development of which is based on the cumulative effect and complex interaction of systemic inflammation, traditional FR and pharmacotherapy of the disease, which suggests the multifactorial nature of the involvement of CVS in the orbit of immune - pathological disorders in PsA.

**Keywords:** arthritis, cardiovascular system, cardiovascular risk, cardiovascular complications.



Мубрамият. Артрити псориазӣ (АП) бемории музмини пешравандаи системавии иммунии илтиҳобӣ (аутоиммунӣ) мебошад, ки дорои хусусиятҳои осебҳои пешравандаи вазнини бугумҳои канорӣ, сутунмӯҳра ва ба орбитаи ихтилолҳои патологияи СКВ ва дигар узвҳои дарунӣ бозхуроти мултивариабелӣ, ҷараён ва пешгӯии он [1-3] ҳаст.

Дар ревматологияи амалии муосир хатари олии пайдошавии оризаҳои дилу рағҳо ва фавтияти кардиоваскулярӣ то 35-40% аз сатҳи популятсияи умумӣ ва ҳамин гунна беморони дорои диабетӣ қанди типии 2 баланд аст ва хусусияти аз тарафи умум қабулшуда АП ба ҳисоб меравад [4-6]. Маълумотҳои, ки солҳои охир ба дами оварда шудаанд, аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки сохтори фавтияти барзиёд ва пеш аз муҳлати инкишоф ва пешравии босуръати фавтияти беморони дорои АП вазни ҳолиси барзиёд ба оризаҳои дилу рағҳо рост меояд, ки бо рушди барвақту пешравии босуръати атеросклероз ва зиёд ҳамроҳ шудани ГШ (гипертензияи шарёнӣ) (ИМ, инсулт, марги ногаҳонии коронарӣ) [5-7] таъсир мерасонад.

Агар симптомҳои клиникаи ПРВ (бемории ишемикии дил, ихтилоли ритм ва гузаронандагӣ, норасоии музмини дил, миокардит, перикардит) танҳо дар 20-25%-и беморони дорои АП ба мушоҳида расад, пас басомади дучоршавии симптомҳои субклиникӣ (дисфунксияи эндотелӣ, афзудани резистентнокии системавии рағҳо, ғафсии КИМ (комплекси интема-меда), дисфунксияи диастоликии меъдачаи чап) 35-75% ҳолатҳоро ташкил медиҳад [5,7,8].

Дар адабиёти илмӣ муҳокимарониҳои бо ҳам зид оид ба сабабҳо ва механизмҳои инкишофи спектри васеи пайдошавии БКВ дар беморони дорои АП дида мешаванд. Ин гуногунии назарҳо, дар навбати аввал, ба масъалаи нақш ва саҳми омилҳои хатари анъанавӣ ва ба истилоҳ "беморӣ-вобаста" дар инкишоф ва пешравии оризаҳои дилу рағҳо ҳангоми АП дахлдоранд [6-8]. Дар ин самт муҳаққиқони зиёди муосир генези мултифактории континууми кардиоваскулярӣ ҳангоми ПА, ки спектри васеи механизмҳоро дар бар мегиранд, таъкид мекунанд, ки дар байни онҳо дар баробари ОХ анъана-

вии оризаҳои дилу рағҳо, нақши омилҳои "беморӣ-вобастагӣ", ки бо протсессҳои аутоиммунии музмин, истеъмоли дуру дароз ва бе назорати доруҳои зиддиилтиҳобӣ (пеш аз ҳама, доруҳои нитроидии зиддиилтиҳобӣ ва глюкокортикоидҳо -ГК) ихтилолҳои изтиробӣ депрессивӣ ва хеле муҳим - камэҳтиётӣ табибон нисбат ба ПКВ дар беморони АП-ро дар бар мегиранд [6,7,9].

Дар марҳалаи муосири рушди ревматология нуктаи назар барои он, ки протсесси музмини иммуниву илтиҳобӣ, ки асоси патогенези АП-ро ташкил медиҳад, омилҳои муҳими ОХ-и рушди АС ва оризаҳои дилу рағҳои ба он вобаста умумиэтирофшуда ба ҳисоб мераванд. Маълум аст, ки барои фаҳмидани нақш илтиҳоби системавӣ дар рушди ПКВ дар беморони дорои АП ва дигар бемориҳои аутоиммунӣ, пеш аз ҳама, АР ва сист.крас.-вас. аҳамияти амалиро консепсияи монандии механизмҳои патологияи илтиҳоби аутоиммунӣ ва оризаҳои дилу рағҳо доранд. Дар робита ба ин алоқаи зиёди мавҷудбуда дар бораи иртиботи мутақобилаи ассотсиативӣ байни гипермаҳсулоти медиафакторҳои илтиҳоб (омилҳои некрози омози алфа-ФНОа, интерлейкин - ИЛ-6, С-сафедаи реактивӣ ва ғ) ҳамчун симптомҳои субклиникӣ ва ҳам бо симптомҳои клиникаи ПКВ дар беморони дорои АР мавқеи илтиҳоби музмини аутоиммунӣ ҳамчун омилҳои хатари асосии инкишофи оризаҳои дилу рағҳоро мустақкам созад [3, 5, 7, 9]. Вобаста аз ин, аз ҷиҳати ҷанбаи илмӣ-амалии хеле муҳим ҳангоми ПА коморбидӣ ва ПКВ омӯзиши таъсири табобати фаъоли агрессивии зиддиилтиҳобӣ ба ҳолати СКВ пешниҳод карда шудааст, ки бешубҳаи аз зарурати таҷдиди назар кардани масъалаҳои ба табобат ва пешгирии ОДР (оризаҳои дилу рағҳо) ҳангоми бемориҳои аутоиммунӣ ба миён меояд [10].

Аммо, ба муҳим будани мушқилот нигоҳ накарда, ҳам дар ҷанбаи назариявӣ ва ҳам амалӣ, механизмҳои ҳақиқат сабабӣ-патогенӣ рушди ПКВ ҳангоми АП то охир омӯхта нашудаанд ва то ҳанӯз объекти омӯзиши интенсивии муҳаққиқони муосир боқӣ мемондаанд. Аз тарафи дигар, ба таҳқиқотҳои сершумори илмӣ муосир таҳқиқотҳои ба про-



блемаҳои ПКВ ҳангоми АП нигоҳ накрда, бештари муҳақиқон спектру хусусиятҳои ихтилолҳои субклиникии кардиоваскулярӣ дар беморони ин категорияи беморон ба қадри кофӣ пурра баррасӣ нашудааст. Ҳамаи ин масъалаҳои ба арзёбии объективии КВР дар шароити илтиҳоби музмин, ташхис, идентификатсиву профилактикаи ОДР дар беморони АП ба таври ҷиддӣ мураккаб месозанд.

**Мақсад** - арзёбии комплекси клиникӣ - лабораторӣ ва инструменталии ҳолати СКВ дар беморони ПА.

**Мавод ва усулҳо.** Ба таҳқиқоти 72 бемори дорои ташхиси АП ки тибқи меъёри CASPAR (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis) муқаррар карда шуда буданд ва дар МСШ №5 ш. Душанбе дар давраи солҳои 2012 -2019 таҳти тибобти статсионарӣ қарор доштанд, ворид гардиданд. карда шудаанд. Аз онҳо 28 (38,6%) мард ва 44 (61,4%) зан (синну соли миёна -  $49,6 \pm 4,8$  сол) ва 40 нафар (28 зан ва 12 мард) др гурӯҳи назоратӣ буданд (ҷадвали №1). Ҳамаи беморон тибқи стандарти тавсиянамудани сотсиатсияи ревматологҳои ФР, соли 2019 таҳқиқ шуданд [11].

### Ҷадвали № 1

#### Тавсифи умумии клиникӣ-иммунологии беморони гирифтори ПсА (n=72; Ме 25q;75q)

Нишондиҳанда	Ифода
Чинс, мард/ зан n (%)	28 (38,6)/ 44 (61,4)
Синну сол	49 [28;64]
Давомнокии беморӣ, сол	12 [4;18]
Марҳалаҳои рентгенологӣ (I, II, III, IV), %	5,3/22,4/68,3/3,9
Синфи функционалӣ (I, II, III, IV), %	11,2/56,9/29,1/2,7
DAS28, балл	4,8 [4,2;5,6]
IgM РФ +, n (%)	4 (5,5)
АЦПП +, n (%)	5 (6,9)
С –сфедаи реактивӣ, мг/л	16,5 [8,0;25,6]
ОНО-а, пг/мл	5,4 [4,6;5,8]
ИЛ-6, пг/мл	6,8 [6,2;7,8]
Дарачи фаъолнокӣ (I,II, III), %	16,7/33,4/49,9
Зухуроти системавӣ, n (%)	32 (44,4)

Дар байни беморони таҳқиқшудаи гирифтори ПсА: занҳо-44, мардҳо-28, медиана синну сол 49 [28;64] сола, медиана давомнокии беморӣ 12 [4;18] сол буд. Бештари беморони гирифтори ПсА (ҷадвали №1) аз лиҳози IgM РФ - 68 (94,5%) ва АЦПП - 67 (93,1). серонегативӣ буданд. 36 нафар аз 72 бемори гирифтори ПсА (49,9%) тибқи шохиси diseaseactivityscore (DAS28). дарҷаи III фаъолнокиро доштанд. Аксари бештари беморони гирифтори ПсА (68,2%) дорои синфҳои I ва II функционалӣ буданд. 32 нафар аз 72 (44,4%) беморони гирифтори ПсА зухуроти виссералии беморӣ ба мушоҳида расид.

Беморон то давраи ба таҳқиқот дохил карда шуданашон доруҳои зиддиилтиҳобии базавӣ нагирифтанд ва тақрибн ҳамаи беморони таҳқиқшудаи дорои артрити ревматоидӣ (РА) мунтазм ва тақрибан нзорти мах-

сус ба таври систематикӣ доруҳои зиддиилтиҳобии нестероидӣ ва ГК қабул карданд.

Дар ҳамаи беморони таҳқиқшуда таҳлил ва арзёбии омилҳои хатари (ОХ) анъанавии пайдошавии оризаҳои дилу рағҳо (ФШ, сигоркашӣ, вазни барзиёди бадан, ирсияти ПКВ (патологияи кардиоваскулярӣ), ДҚ, дислипидемия, гиподинамия) бо муайян кардани ХКВ-и умумӣ гузаронида шуд, ЭКГ, ЭхоКГ, сканиркунии дуплексии шарёнҳои хоб бо мақсади андоза кардани ғафсии КИМ ва вучуд доштани АТБ, таҳқиқоти вазъияти спектри липидии хун иҷро карда шуд.

Дар беморони таҳқиқшуда чунин ба параметрҳои морфофункционалии қисмҳои чапи дил баҳо дода шуд: андозаи ниҳии диастоликӣ (см), ҳаҷми ниҳии диастоликӣ (мл), ғафсии миёндевори байни меъдачаҳо (см), шохиси миокарди меъдачаи чап (г/м<sup>2</sup>),



таносуи  $Ve-mitr/Va-mitr$  в.ш., вкати сустии изоволумӣ (ВИР-IVRT, м/с). Вучуд доштани гипотрофияи меъдачаи чап ҳангоми мавҷуд будани ду аломати он- миёндевори байни меъдачаҳо д ва ғафсии миёндевори акибд = 11 мм ва бештар;

Таҳқиқоти лабораторӣ аз инҳо иборат буд: таҳлили клиникӣи хун ва пешоб, таҳқиқоти биохимиявӣи хун бо муайян кардани серомукоид, нишондиҳандаҳои мубодилаи липидӣ (холестерини умумӣ - ХСУ, триглицерид - ТГ, холестерини липопротеидҳои зичиашон кам - ХС ЛПЗК, шохиси атерогенӣ - ША), кислотаи пешоб, креатинин, билирубин, трансaminaз.

Концентратсияи С -реактивияти сафеда (мг/л) дар зардоби хун бо усули латекс-агглютинатсия мувофиқи дастурамали ширкати истехсолкунанда (ООО "Ольвекс Диагностикум", 193029, СПб., ФР) муайян карда шуд.

Муҳтвони зардоб дар хун ФНО-?, ИЛ-6 бо усули таҳлили саҳтфазаи иммуноферментӣ бо истифодаи тест системаи ЗАО "Вектор Бест" (ш. Новосибирск, ФР) мувофиқи дастурамалҳои замимакардашуда муайян карда шуд.

Стратификацияи ХКВ-и умумӣ тибқи шкалаи анъанвӣи SCORE, ҳамчунин бо истифодаи ислоҳи (зарбкунандаи 1,5) пешниҳоднамудаи кумитаи EULAR (хтари SCORE/EULAR) [7,18], ҳангоми вучуд доштани ин хусусиятҳои ноҳби пешгӯйикунандаи ПсА: давомнокии бемории ПсА зиёда аз 10 сол, фаъолнокии олии ПсА ва вучуд доштани зуҳуроти виссералии беморӣ.

Натиҷаҳо бо ёрии барномаи "Statistica-10" ширкати StatSoftInc. солҳои 1984-2012 ба таври оморӣ коркард шуданд. Натиҷаҳои ба даст овардашуда дар шакли ифодаҳои миёна (М) ± инхилофи стандартӣ (s) дар ҳолати муъта-

дил будани тақсимои тағйирёбанда ё медиан (Me) бо вусъати интерквантили 25-75 протсентил ([25Q;75Q]) ҳангоми тақсимкунӣ дар фарқият аз муътадил. Барои арзёбӣ кардани эътимоднокии фарқияти байни ифодаҳо Т - критерияи Студентро истифода кардем. Вобастагии коррелясионӣ бо усули Спирмен баҳогузорӣ карда шуд.

**Натиҷаҳо ва баррсии онҳо.** Дар байни беморони таҳқиқшуда ОХ нисбатан паҳнфӯта ФШ (4837% $p<0,01$ ) ва дислипидемия (62,1%;  $p<0,01$ ) ба ҳисоб мераванд. Паҳншавии зиёди ФШ дар таҳқиқоти мо бо фарзияи (гипотезаи) он ки ПсА метавонад ОХ мустақили пайдошавӣи ФШ, махсусан дар марҳалаҳои пешрафта ва дери беморӣ [5-7] бошад, тасдиқ карда мешавад.

Дар беморони таҳқиқшуда аз ибтидо бузургиҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимми ( $p<0,05$ ) муҳтавои ТГ, шохиси атерогенӣ ва паст шудани сатҳи ХСУ ЛПЗК (ҷадвали 2) муайян карда шуданд. Дар айни замон аз рӯи сатҳи ХСУ ва ХСУ ЛПЗК дар беморони таҳқиқшуда низ майл ба зиёдшавӣ ба мушоҳида расид, ки ба иттилооти муаллифони муосир мувофиқат мекунад [7,11,17]. Вобастагии мустақими коррелясионӣ байни фаъолнокии протсесси илтиҳоб тибқи шохиси DAS28 ва сатҳи ХСУ=0,34;  $p<0,05$ ) ва ША ( $r=0,29$ ;  $p<0,05$ ) ва байни сатҳи С-реактивияти сафеда, ИЛ 6 ва ХСУ ЛПЗК (мутаносибан:  $r=0,30$  ва  $r=0,34$ ;  $p<0,05$ ) - аз як тараф, ссотсиатсияи зичи ихтилоли мубодили липидҳо бо давомнокии истеъмоли ГК -аз тарфи дигар аз он гувоҳӣ медиҳад, ки ташаккули профили атерогенӣ мубодилаи липидҳо дар беморони дорои ПсА, пеш аз ҳама, ҳам натиҷаи илтиҳоби системавӣ ва ҳам фармакотерапияи беморӣ ба ҳисоб меравад [6-8,18].

## Ҷадвали 2

### Параметрҳои спектри липидии хун дар беморони гирифтори ПсА Дар муқоиса аз гурӯҳҳои контролӣ

Нишондиҳанда	П – юм гурӯҳ (n=72)	Гурӯҳи контролӣ (n=40)
ХСУ, ммол/л	6,0±1,3	4,52±0,2
ТГ, ммол/л	1,58±0,06*	0,48±0,03
ХСУ ЛПЗК, ммол/л	3,6±0,04	2,1±0,02
ХСУ ЛПЗК, ммол/л	0,71±0,03*	1,51±0,04
ША	3,8±0,05*	3,1±0,02

Эзоҳ: \* - фарқияти байни гурӯҳҳо эътимоднок ҳангоми  $p<0,05$ .





Ду ҷиёда ОХ анъанавии пайдошвию оризаҳои дилу рағҳо дар аксари бештари (57,9%) беморони гирифтори ПсА дида мешавад. дар ин маврид афзудани басомади АТБ ва симптомҳои клиникаи БКВ дар беморони гирифтори ПсА, ки 2 ва 3 ҷиёда ОХ анъанавии оризаҳои дилу рағҳо доштанд, ки тасдиқи худро дар пажӯҳишҳои муаллифони дигар пайдо кардаанд [7,11,13,17].

Аксари бештари беморон - 39 (54,1%), хатри ками (<1%) инкишофи оризаҳои илочнопазири кардиоваскуляриро дар 10 соли наздик мувофиқи шкалаи SCORE доштанд. Ҳангоми ҳисоб кардани хатари умумии кардиоваскуляри мувофиқи шкалаи SCORE/EULAR фоизи беморони гирифтори АР-ии дорои хатари олии пайдошавии оризҳои дилу рағҳо аз 26,4% то 40,2% афзуд. Дар маҷмӯъ тағйирёбии тақсмоти аз рӯи меъёрҳо бо назардошти ба истилоҳ "бемории ассотсиатсионӣ" ОХ боиси азнавсозии назарраси ХКВ дар беморони дорои ПсА-и фаъол гардид, ки зарурати ба ҳисоб гирифтани онҳоро қблан муаллифони дигр низ иттилоъ додаанд.

Нишондиҳандаҳои нисбатан баландтари гафсии КИМ (>0,9 мм дар 52,4%-и беморони дорои ПсА-и фаъол), ки афзудани он дар айни замон звенои муҳимтарин дар патогенези АС [7,10] ба ҳисоб меравад ва басомади зиёди дучоршавии АТБ дар шарёнҳои хоб(-КИМ > 1,2 мм - дар 30,4 %) тасдиқи худро дар пажӯҳиши мо низ пайдо кардаанд. Дар ин маврид таҳлили гузаронидашудаи корре-

лятсионӣ нишон дод, ки вучуд доштани алокаи зичи мутақобилаи байни консентртсияи СРС, омили некрози омос-а, Ил-6 ва ифодаи гафсии КИМ (мутаносибан:  $r=0,6$ ;  $r=0,4$ ;  $r=0,5$ ;  $p<0,05-0,01$ ) -ро нишон дод.

Натиҷаҳои ба дастовардаи мо ва маълумотҳои муаллифони дигар иштироки фаъоли илтиҳоб ва ихтилолҳои аутоиммуниро дар индуксияи АС-и барвақт дар беморони дорои шаклҳои фаъолнокиашон олии ПсА-ро нишон доданд [7,9,17,18].

Бо мақсади арзёбии нисбатан маъқули дараҷаи вазнинии ХКВ дар беморони дорои РА аксари муаллифон як қатор тағйиротҳои миокард, перикард ва дастгоҳи клапани дилро, ки аз ҷиҳати клиникаи симптомҳои манифесиро надоранд, фаъолна чуствуҷӯдоранд. Дар пажӯҳиши мо мувофиқи маълумоти ЭхоКГ дар 24,8% -и беморони дорои АР-и фаъолперикардити бемимтом, дар 35,8% - тағйироти аорта, дар 38,6% - патологияҳои ночизи гемодинамикии дил, дар 37,3% - ГМЧ ва дар 43,5%- ДДМЧ (дисфункцияи диастоликии меъдачаи чап) ташхис карда шуд.

Дар чараёни таҳлил ва арзёбии параметрҳои морфофункционалии қисмҳои чапи дили беморони дорои АР натиҷаҳои ба даст овардаи мо бо маълумотҳои дигар муаллифон мувофиқат мекунанд [5,8,17] ва аз азнавчозии назарраси сохторӣ-функционалии қисмҳои чапи дил, аз ҷумла калон шудани андозаи МЧ ва пешдиди чап ва зиёд шудани гафсии девораи МЧ ( $p<0,05-0,01$ ) (ҷадвали3).

### Ҷадвали №3

#### Параметрҳои морфофункционалии қисми чапи дил дар беморони гирифтори Пс

Нишондиҳандаҳо	Беморони дорои РА (n=72)	Гурӯҳи назоратӣ (n=40)
АНД (андозаи ниҳони диастоликӣ) см	5,1±0,06	4,32±0,04
ХНД (ҳаҷми ниҳони диастоликӣ), мл	136,6±13,6*	104,6±7,5
ОТ ДАМЧ (д), см	1,80±0,08**	1,32±0,03
ОТ ДБМ (д), см	1,68±0,04**	1,21±0,02
ШМММЧ, г/м <sup>2</sup>	132,2±9,4*	98,6±7,8
Е/А, в,ш.	0,91±0,03*	1,4±0,02
ВИР (IVRT), м/с	96,4±7,8*	65,1±1,04

Эзоҳ: \* -  $p<0,05$ ; \*\* -  $p<0,01$ .

Ин бо афзудани ШМММЧ ( $p<0,001$ ), ташаққул ёфтани ДДЛЖ (дар заминаи хифз кардани функцияи систоликии МЧ дар

қисми бештари беморон - 94,4%) бо навъи релаксатсияи суст, ки вучуд доштани он маркери нисбатан барвақт ва ҳассоси ному-





каммалии функционалии миокарди МЧ дар беморони шаклҳои фаъолнокияшон олии ПсА ҳамчун предиктори мустақили идоракунии мсса ва гипертрофияи миокард б хисоб миеравад [5,10,17].

Дар ин ҳолат иртиботи мутақобилаи аз ҷиҳати оморӣ муҳимми байни маркерҳои илтиҳоб (ИЛ-6, СРБ) ва ҳамин гуна параметрҳои функционалии ЛОС, монанди ОТС (мутаносибан:  $r=0,46$ ;  $p<0,01$  ва  $r=0,38$ ;  $p<0,05$ ), ОТ ЗСЛЖ (мутаносибан:  $r=0,52$ ;  $p<0,01$  и  $r=0,46$ ;  $p<0,01$ ), ОТ МЖП (мутаносибан:  $r=0,44$ ;  $p<0,01$  и  $r=0,36$ ;  $p<0,01$ ) муайян карда шуд, ки барои аз хусуси нақши объективии илтиҳоби музмин дар бозсозии сохторӣ- функционалии ЛОС дар беморони дорои ПсА-и фаъол сухан гуфтан имкон медиҳад [9,11,14,17].

Дар протсессии таҳқиқоти ҳамаҷониба ва арзёбии комплекси ҳолати КВС дар 28 (48,9%) беморони дорои ПсА зухуроти клиникии манифестии КВП (инсулт - дар 2 (2,8%), стенокардия - дар 16 (22,2%), ИМ - дар 3 (4,2%), кардиосклерози постинфарктӣ - дар 7 (9,7%) муайян карда шуд.

Беморони дорои ПсА бо ихтилолҳои кардиоваскулярӣ аз беморони дорои ПсА-и бе

бемориҳои кардиоваскулярӣ аз рӯи як қатор хусусиятҳои клиникӣ-иммунологии беморӣ фарқ мекард: давомнокии ПсА тӯлонӣ буд, фаъолнокии баланди беморӣ бо зухуроти сершумори виссералӣ дид мешуд, НПВП ва ГК-ро муддати тӯлонӣ ва бе назорат бидуни БПВП истеъмол мекарданд. Ин маълумотҳо бо маълумотҳои дигар муҳаққиқон мувофиқат мекунанд, ки дар онҳо низ нақши нохубт пешгӯйикунандаи "беморӣ -ассотсиативӣ" ОХ дар инкишофи ҳодисаҳои ҷиддии дилу рағҳо қайд карда шудааст [5,7,9,17].

Бо мақсади муносибати нисбатан асоснок кардан бар арзёбии нақши ОХ анъанавӣ дар пешравии Оризаҳои дилу рағҳо дар беморони дорои ПсА, беморони таҳқиқшуда ( $n=72$ ) вобста аз ОХ шартан ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: I - беморони дорои 1 ОХ ( $n=26$ ), II - беморони дорои 2 ва зиёд ОХ ( $n=46$ ) (ҷадвали 4).

Беморони гурӯҳи II аз рӯи синну сол калон буданд ва дар онҳо афзудани басомади дучоршавии ҷӣ симптомҳои субклиникии аз вучуд доштани ихтилолҳои кардиоваскулярӣ гувоҳидиҳанда ва ҷӣ бемориҳои кардиоваскулярӣ муқаррр карда шуд [5,7,14].

#### Ҷадвали 4

#### Симптомҳои субклиникӣ ва клиники КВП вобаста аз миқдори ОХ анъанавӣ дар беморони дорои ПсА ( $n=72$ )

Нишондиҳандаҳо	Гурӯҳи I (1 ОХ, $n=26$ )	Гурӯҳи II (> 2 ОХ, $n=46$ )
Синну сол	42,4±3,6	61,6±5,4*
Давомнокии ПсА, моҳ	<36	>36
Ғафсии КИМ, $n$ (%)	14 (18,4)	31 (40,6) *
АТБ, $n$ (%)	9 (11,8)	18 (23,6) *
ДДЛЖ, $n$ (%)	14 (18,4)	22 (28,8) *
ГМЧ, $n$ (%)	12 (15,7)	21 (27,5) *
ИБС, $n$ (%):	11 (14,4)	21 (27,5) *
Стенокардия пуршиддта	7 (9,2)	11 (14,4)
ИМ	1 (1,3)	3 (3,9)
ИМ дар анамнез	3 (3,9)	6 (7,8)
Инсулт	1 (1,3)	2 (2,6)

Эзоҳ: \* -  $p<0,05$ ; \*\* -  $p<0,01$ .

Ҳамин тавр, натиҷаҳои таҳқиқот ва маълумотҳои адабиётро ҷмъбааст намуда, гуфтан мумкин аст, ки асоси пайдошавии спектри васеи ихтилолҳои кардиоваскулярӣ дар беморони дорои ПсА -и фаъолро таъсири куммулятивӣ ва таъсири мутақобилаи му-

раккаби илтиҳоби системавии аутоиммунӣ, ОХ анъанавӣ ва "беморӣ-ассотсиативӣ" ва фармакотерапияи беморӣ ташкил медиҳанд, ки ин хангоми ПсА хусусияти серомили ҷалб шудани КВС дар маркази ихтилолҳои иммунопатологиро нишон медиҳад.



## АДАБИЁТ

1. Бадочкин В.В. Клиника и диагностика псориазического артрита / В кн. Бадочкин В.В. (и др.): под ред. В.В. Бадочкина. - М.: Изд. "Литтерра", 2012. - 587с.
2. Юсупова Л.А. Современное состояние проблемы псориазического артрита / Л.А. Юсупова, М.А. Филатова // Практическая медицина - 2013. - № 4 (73). - С. 24-28.
3. Псориазический артрит: клинические рекомендации по диагностике и лечению (Под ред. Т.В. Коротаева и др.). - М.: Изд. "ИМА-пресс", 2018. - 36 с.
4. Коротаева Т.В. Псориазический артрит: классификация, клиническая картина, диагностика, лечение / Т.В. Коротаева, Ю.Л. Карсакова // Научно-практическая ревматология. - 2018. - № 1 (56) - С. 60-69.
5. Кардиоваскулярная заболеваемость и смертность при анкилозирующем спондилите и псориазическом артрите - результаты одноцентрового четырехлетнего наблюдения / И.З. Гайдукова [и др.] // Практическая медицина. - 2015. - № 3 (88) - С. 123-129.
6. Особенности заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных тяжелыми и средне-тяжелыми формами псориаза / И.В. Баткаева [и др.] // Вестник РУДН. - 2018. - № 1 (22) - С. 92-101.
7. Распространенность традиционных кардиоваскулярных факторов риска, субклинического атеросклероза сонных артерий и коронарного кальциноза у пациентов с ранним псориазическим артритом (исследование РЕМАРКА) / Е.И. Маркелова [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2018. - № 2 (56) - С. 184-1188.
8. Карпова О.Г. Клинико-диагностическое значение канальцевой дисфункции как фактора риска кардиоваскулярной патологии у больных псориазическим артритом: автореф. дис. .... канд. мед. наук / Волгоград, 2013. - С. 24.
9. Гайдукова И.З. Клинико-диагностическое значение дисфункции эндотелия в развитии кардиоваскулярной патологии у больных псориазическим артритом: автореф. дис. .... канд. мед. наук / Саратов, 2016. - С. 25.
10. Насонов Е.Л. Сердечно-сосудистая патология при ревматических заболеваниях / Е.Л. Насонов, Т.В. Попкова, Д.С. Новикова // Терапевтический архив. - 2016. - № 5 - С. 4-12.
11. Янышева А.В. Псориазический артрит и риск развития кардиоваскулярной патологии / А.В. Янышева, В.В. Бадочкин // Сибирский медицинский журнал. - 2008. - №6. - С. 8-12.
12. Кардиоваскулярный риск и воспалительные поражения суставов / А.Р. Бабаева [и др.] // Вестник ВолгГМУ. - 2017. - № 1 (61) - С. 3-9.
13. Закирова НЭ., Закирова АН. Роль иммуновоспалительных реакций и дисфункции эндотелия в ремоделировании миокарда и прогрессировании ишемической болезни сердца. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2014;
14. Баткаева Н.В. Структура кардиоваскулярной патологии у больных с тяжелыми формами псориаза: данные ретроспективного анализа госпитального когорты / Н.В. Баткаева, Т.В. Коротаева, Э.А. Баткаев // Научно-практическая ревматология. - 2017. - 5 (55). - С. 493-499.
15. Стратегия "Лечение до достижения цели" при раннем псориазическом артрите / Т.В. Коротаева [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2016. - № 54 (приложение 2) - С. 71-75.
16. Насонов ЕЛ., Гордеев АВ., Голушко ЕА. Ревматические заболевания и мультиморбидность. Терапевтический архив. 2015; 5:4-9.5.
17. Герасимова ЕВ., Попкова ТВ., Новикова ДС. Проатерогенные нарушения обмена липидов и липопротеидов крови у больных ревматоидным артритом. Научно-практическая ревматология. 2017; 55 (3):311-20.
18. Аршинов АВ., Левшин НЮ., Маслова ИГ. Сердечно-сосудистые осложнения при системной красной волчанке: механизмы ускоренного развития атеросклероза, диагностика, возможности коррекции. Научно-практическая ревматология. 2017; 55 (3):304-10.



## БАРАСИИ МИНОРШ (MENARCHE) ДАРТ НАЗДИ ДУХТАРОНИ НАВЧАВОН Абдулҳаким Ҳикматӣ, Нилуфар Ҳикматӣ

*Абдулҳаким Ҳикматӣ, ассистенти факултаи тиббии, Донишгоҳи Балх, Афғонистон.  
Нилуфар Ҳикматӣ, ассистенти факултаи тиббии, Донишгоҳи Балх, Афғонистон.*

Дар мақолаи мазкур масъалаи пайдо шудани ҳайзбинӣ ва таъсири он ба занон баррасӣ шуда, синну соли пайдошавии он ба таври эҳсоия ё оморӣ баён шудааст. Муаллиф зикр мекунад, ки вобаста аз минтақаи ҷуғрофӣ замони пайдо шудани он гуногун аст.

Ҳамчунин муносибати занон ва духтарон

ба ин падида гуногун аст, яке онро оромона қабул мекунад, дигар аз вай танаффури дорад. Муаллиф таъкид мекунад, ки огоҳ намудани занон ва духтарон аз ин падида ва иттилоъ доштани онҳо мувофиқи мақсад аст.

**Калидвожаҳо:** минорш, синну сол, духтарони ҷавон.

## ИССЛЕДОВАНИЕ МЕНАРХЕ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА Абдулҳаким Ҳикмати, Нилуфар Ҳикмати

*Абдулҳаким Ҳикмати, ассистент медицинського факультета Балхского университета, Афганистан*

*Нилуфар Ҳикмати, ассистентка медицинського факультета Балхского университета, Афганистан*

В настоящей статье рассмотрен вопрос первого появления менструаций и их влияния на женщин, а также статистически определен возраст их возникновения. Автор упоминает, что в зависимости от географических зон время первого проявления месячных различается.

Различно также и отношение женщин и

девочек к этому явлению: одни воспринимают его спокойно, другие испытывают к нему отвращение. Автор подчеркивает, что информирование женщин и девочек об этом явлении и их осведомленность по нему является целесообразным.

**Ключевые слова:** менархе, возраст, девушки подросткового возраста.

## Pohanwal Doctor Abdul Hakim -Hikmati and Nilofer -Hikmati professor of Balkh University of Medical faculty

*Hakim.hekmati 456@gmail.com phon number 0798045390*

**Summary.** A view about the young girls menarche A Questionnaire survey of Knowledge attitude and belief Towards menarche in north part of Afghanistan of 240 School girls and patient and balkh medical college in School student in patient aged 10- 20 ayears . only 38.5

% felt comfortable about menarche and only 31.0 be lived that menstruation was a normal physiological process of life many 37.2 had not been in formed about menarache before its onset in 48. 2 % teachers and other relatives played a small role.

Одати моҳвор аввалин мусаммо (номида мешавад) ба (минорш) аст. Қарори гузоришоти тайидшуда дар синни 12-солагӣ дар баъзе ҳолатдар синну соли 9-солагӣ иттифоқ меафтад. Шоистагии рушди духтарон

дар мароихили баъд аз минорш маҳдуд мешавад. Синне, ки дар он аввалин қоидагӣ рух медиҳад ба унвони синни минорш дар назар гирифта мешавад. Шохиси хуби расидагии зан маҳсуб мешавад. Тасаввур бар ин



аст, ки занони муосир дар муқоиса бо занони адворгузашта зудтар минорш шуда ва равобити чинсиро оғоз мекунад.

Авомили муҳитӣ дар рушд ва булуғ муассиранд, беҳбуди истандордҳои зиндагӣ ва тағзияи модару кӯдакон баъд аз таваллуд нақшавӣ муҳимме дар афзоиши қад, вазн ва шурӯи зудтари қоидагӣ дорад. Мутолиоте, ки рӯйи дугонагиҳои яксон ва ғайри яксон анҷом шудааст, нишон медиҳад сини шурӯи қоидагӣ дар сурате, ки шароити муҳити комилан муносиб бошад. Ба василаи авомили ценетик танзим мешавад. Дар ҳаволии соли 1960 пруссаи қоҳиши синн барои минорш ва булуғ оғоз шуда, дар соли 1970 синни мутавассити тағйири садо дар писарбачаҳо 18 сол будааст, аммо ҳам акнун 13,5 солагӣ мебошад. Баррасии ахир нишон медиҳад, ки сини шурӯи қоидагӣ шояд ба иллати авомили номусоиди муҳитӣ болотар рафтааст. Робитаи байни аввалин қоидагӣ ва чаҳиши рушд нисбатан собит аст. Ба ин маънӣ, ки баъд аз гузашти аввалин қоидагӣ ҳадди аксар суръати рушд шурӯъ мешавад, бинобар ин, қабл аз шурӯи қоидагӣ суръати рушд кундтар буда, тӯли қомат зиёдтар аз 6 см сол нахоҳад буд. Маҳдудаи синни физиюлужик барои аввалин қоидагӣ дар Амрико 17, 9 солагӣ (7,9) ва синни мутавассити он 8,12 мебошад.

Муҳаққиқон Gunn ва Brooks дарёфтанд, ки духтарони синфи ҳаштум ва ҳафтум эътибори бисёр манфиро роҷеъ ба қоидагӣ доштанд. Ба таври мисол баъзе ақоид адами татобуқи физикӣ афзоиши ҳассосият ҷудоии фаъолиятро ба ҳайз замина мегузранд.

Вилиям Онсор таълимдиҳанда ва муҳаққиқ хиндӣ дарёфтааст: тарзи бархӯрди мусба ва мустабадро роҷеъ ба қоидагӣ дар байни теъдоди духтарон 12-9 ки аксарияти онҳо Premenarhe буданд, дарёфтааст, ки як теъдоди духтарон умуман қоидагиро пурраси нурмали зиндагӣ фикр мекарданд.

Бо вучуди он як савум ҳиссаи онҳо роҷеъ ба қоидагӣ чунин ақида доштанд. Қоидагии ҳамроҳ бо даст почагӣ (Embrassing) 28% озор ва азият 27% , танаффур ва инзичор дар 23% дарёфт шудааст.

Ин ақида қобили кантрул нест, баъзе (popular) қоидагиро таҳрим мекарданд, роҷеъ ба мавзӯи қоидагӣ бо духтарон таҳлили музокираи як мавзӯъ ҳатми аст, як теъдоди муҳаққиқи дар мутолиаи хеш роҷеъ ба минорш дарёфтанд тавлиди изтироб ҳодиса бархӯрди манфӣ омехта бо ҳолатҳои ҳаяҷонии фақуллода зиёд ва эҳсоси ҳарос ва баъзеҳо эҳсоси хушӣ ва ҳам теъдоде дастпochaгиро роппур медиҳанд.

Дар як мутолиа 95 хонум аз 23 кишвари бегона Logan дарёфтааст 98% хонумҳо шикоят аз адами маълумоти кофӣ дар бораи қоидагӣ доштанд.

Тамоми духтарон ба миқдори кофӣ домиши қаблӣ дар бораи эҳсоси маъмулӣ бидуни тадорук барои ҳодисаи ҳудашон (минорш) доштанд. Дар як мутолиа Recollections 97 хонуми донишгоҳӣ муҳаққиқ Pougang Каун дарёфт кардааст. Баъзе духтарон мехостанд бидонанд дар бораи физиюлушӣ ва ҳифзусеҳҳои қоидагӣ, ки дар таълими қоидагӣ ин амри мусаллам маъмулан шомил аст.

Барои рафъи эҳсоси тарс ва дасту почагӣ духтарон бо рӯйдоди минорш зарурат ба дониш ва маълумоти тиббӣ, чанбаи манфии рӯйдод қоидагии зарурат ба музокира дорад, ки дар суфориши тадорук дида шуд.

#### **Ҳадафи таҳқиқот.**

1. Дарёфти синни физиюлужии минорш дар Афғонистон.

2. Бархӯрди духтарони ҷавон дар аввали одати ? бо минорш аз назари равонӣ.

3. Иллати шурӯи зуди минорш нисбат ба адвори гузашта.

#### **Мавод ва методҳои таҳқиқ.**

Дар ин таҳқиқ 240 духтари ҷавон авсати синнашон 10-20- сола буданд, шомили таҳқиқ мебошанд. Ин таҳқиқ; 1- болои мутосаллимик, метсеи тачрибавии Мазори Шариф; 2- болои муҳассилини факултаи тиббии Балх анҷом шуда ва ба шакли саволнома дар байни онҳо бахш шуда ва баъдан чамъоварӣ шуда буд. Қаблан ба эшонтафҳим ва таълим дода шуда буд, ки ба саволот ҷавобот ироа фармоянд.

#### **Саволномаи шомили:**

1. Саволоти умумӣ (синни аввалии ода-тҳи моҳвор (минорш), иртифои қад, вазн ва режими ғизоӣ);



2. Маълумоти фомилӣ (оилавӣ) (теъдоди вулодат, савод, вазъият ва масруфияти падару модар, сатҳи иқтисодӣ ва ғ);

3. Мушоҳидаи минорш манбаи маълумот роҷеъ ба минорш, аввалин вақти шумоҳидаи минорш, эҳсос роҷеъ ба пруссаи ӯдоти моҳвар.

4. Кадом ашхос аввалин маълумотро бар эшон дар бораи минорш доданд, чӣ қадар вақт ин маълумотро гирифтанд. Ақсуламали иҷтимоии ҳайз дар ҷомеа чӣ гуна аст.

### Муруре ба литератур

Оғози минорш шурӯи давраҳои мурағаттаби қоидагӣ ҳоқӣ аз он бошад, ки тақомули табиии ҷинсӣ дар ҳоли тақмил шудан аст. Минорш ба таври мутаваҷҷиба 6-12- солагӣ бо инҳирофи меъёри 1-2 сол рӯй медиҳад. Доманаи синни оғози минорш дар ИМА имрӯз байни 9-16-солагӣ аст. Минорш зудрас ниёз ба баррасӣ дорад, сикли қоидагиро, ки ба таври марсум (расмӣ) ба се марҳила тақсим кардаанд, иборатанд аз: 1-марҳалаи фуликулор; 2- марҳалаи тухмагузорӣ; 3- марҳалаи ҷисми зард. Хунрезии қоидагиро ба таври марсум оғози давраи ҷадиди қоидагӣ медонанд (1-4).

Пухта шудани фуликул дар марҳалаи фуликулор оғоз шавад. Дар тайи марҳалаи фуликулор фуликулҳое, ки дар ҳоли тақомул ҳастанд, миқдори фазоянда аз истпадиюл аз авчи ифроси ҳудуди 12 соат пеш аз ифроси ногаҳонӣ (L.H) аст. Ба назр мерасад, ки тухмагузори муназале пас аз гузашти ҳудуди як сол аз аввалин қоидагӣ оғоз мешавад. Бар хилофи дар даврони булуғ хорич кардани гунодҳо аз бадан билфосила пас аз таваллуд то замони булуғ танҳо мӯҷиби афзоишанд, ки дар ифроси гунодтрофинҳо мегардад. Ин мавзӯъ нишон медиҳанд, ки ифроси гунодтрофинҳо дар давраи пеш аз булуғ тахти кантрули ҳурмунҳои генордӣ нест. Дар атфоли байни синни 7-10-солагӣ афзоиши охиста дар ифроси иструтан ва андрутан пеш аз афзоиши сареътари онҳо дар авоили навҷавонӣ рух медиҳад (2-4).

Синни шурӯи булуғ маъмулан мутағайир мебошад, дар Аврупо ва ИМА зиёдтар 175 сол аст, ки мутаваҷҷибаи синни булуғ дар ҳар даҳо 1-3 моҳ қоҳиш меёбад (3-10).

Дар ин авохир дар ИМА умуман булуғ дар духтарон ба йни синни 8-13 солагӣ дар писарон байни синни 9-14- солагӣ рух медиҳад.

Миқдори ДНЕА дар бадани задон дар ҳудуди синни 25-солагӣ бо ихадди ақсар мерасад, дар мардон ин иттифок дар ҳудуди синни 25-солагӣ ба ҳадди ақсар мерасад, ки пас сатуҳи ДНЕА ба оҳистагӣ қоҳиш ёфта дар синни пирӣ ба андак мерасад, ки афзоиши миқдори ДНЕА дар зан не? Аз афзоиш миқдори ДНЕА ва ношӣ аз афзоиши фаъолият инзим алфо 17 ҳойдроксилоз мебошад (1).

Булуғ дар навоҳии иртифоъоти боло, дар навоҳии рустой ва бачаҳо, ки вазни табиӣ доранд, дертар аст (2-12). Умдатарин омил дар синни булуғ валодат аст. Шохиси дигарӣ мисли маҳалли ҷуғрофиёвӣ тамос бо нур саломати духтар ва таҷзия аст. Авомили равон рӯйи занон; шурӯъ ва мизони пеш аз булуғ таъсирдор аст (3-11).

Авомили муҳитӣ дар шурӯи булуғ муасиранд. Беҳбудии стандардҳои зиндагӣ таҷзияи мода рва бача мо баъд аз таваллуд нақши муҳим дар афзоиши қад, вазн ва шурӯи зудрасии қоидагӣ дорад (4-9).

Маъмулан, 20-50%-и навҷавонон то 4-солагӣ баъд аз аввалин қоидагӣ тухмагузорӣ намекунанд (6-10).

Минорши зудрас бидуни вучуди соир алоими булуғи фавқулода нодир аст, дар мавориди ташхисҳои минорш баъд аз аввалин қоидагӣ рух медиҳад ин ҷараён маъмулан дар духтарони байни 8-14-солагӣ оғоз мешавад, дар зарфи се сол тақомул меёбад. Тартиби зуҳури хусусияти булуғ дар афроди мухталиф ба таври қобили тавачҷуҳ фарқ мекунад. Синни оғози булуғ мутағайир аст, тахти асари авомили ҷенетик, вазъияти иҷтимоӣ, иқтисодӣ, хифзуссиҳаи умумӣ қарор дорад.

Робитаи байни минорши модарон ва духтарон ва хоҳарон вучуд дорад (5-11).

Бидуни шак иллати пойин омадани синни булуғ дар атфоли кишварҳои тавсияёфта беҳбудии шароити тағзия ва хифзуссиҳа аст (1-3).

Ба таври мутаваҷҷиба мароҳили мутаволии булуғ шомили суръати рушди тақомул





сидияҳо (Adrenarche) ва минорш 4,5 сол тӯл мекашад.

(2-11), Синни шурӯи минорш нишондиҳандаи омодагии ҳомилагӣ аст. Шиносоии авомили муратабит ба он аз аҳамияти зиёде бархӯрдор аст. Синни минорши зудрас 8-10 сол аст. Иртиботи мусбат байни синни зудраси минор шва хатари фибруми раҳмӣ аст, шурӯи қоидагӣ ё минорш яке аз паёмдахои ҳоизи аҳамият дар мароҳили булуғи чинси муаннас маҳсуб мешавад. Таъсири авомиле монанди вазн таваччуҳи муҳаққиқеро чалб кардааст. Афзоиши вазн дар атфоли дучори чоқӣ (фарбеҳӣ)-имутавассити то 30% болои вазни табиӣ дида мешавад, ҳол он ки таъхири минорш дар атфоли дучори сӯи таҷзия шадид шоеъ аст.

**Баррасии мавзӯ.** Вақте ки муҳаққиқин аз Respondent-ҳо дар бораи эҳсоси онҳо рочеъ ба давраи қоидагӣ аввалин Menarche савол гардад, чунин бофтаҳо ҳосил мегардад.

Аксарияти духтарон (61,5%) дар бораи минорш эҳсоси манфӣ доштанд, инҳо аксарият синфи 9-и мактабро такмил карда буданд.

Бештарини мардум аз тариқи TV, радию, интернет, чароид (рӯзномаҳо), маҷаллотӣ тиббӣ дастрасӣ ба маълумотӣ дар бораи минорш пайдо кардаанд.

Шигифтовар он аст, ки таносуби аҳшори (қишрҳои) мухталифи духтарони чомеа 32,2% духтарони макотиб, ки дар бораи минорш эҳсоси манфӣ дошта, боқимонда эҳсоси мусбат доштаанд.

Оғози чавонӣ (puberty) вукӯи маросими аввалини одоти моҳвора (Menarche) дар аксарият фарҳанги кишварҳо як пруссаи маъмулӣ ва нурмал пиндошта мешавад.

**Натиҷа.** Дар як гузориш дар Ҳинд ҳудуди 160 ҳисса аз духтар -62,7% қабл аз асолати вукӯи минорш рочеъ ба он маълумот

доштанд, боқимонда 37,3% духтарон (80) нафар дар бораи минорш маълумот надоштанд.

Дар духтарони таҳти мутолиаи мо (ҷадвали №1) манобеи маълумоти азим 50% модарон, тавассути ҳамшираҳои калон 30% маълумот ироа шуда буд.

Муаллимон, хешовандони сомимӣ 15% ва дӯстони ғайри самимӣ, соир ҳамкорон афроди чомеа роли кӯчакеро 5% дар бораи минорш ироаи маълумот барояшон доштанд.

Таҳқиқи мо тафсили беҳтар (ҷадвали №2) камтар аз як бар ду ҳисса аз духтарон 45% дар бораи пешомади минорш маълумоти қаблӣ надоштанд. Зиёдтар аз нисфи духтарони таҳти таҳқиқи мо (55%) дар бораи пешомади минорш маълумоти қаблӣ доштанд. Як теъдод, яъне 16-15% миноршро аърози як маркази таҳдидкунандаи зиндагӣ фикр мекарданд.

Дар вақти аввалин моҳвора (ҷадвали 3) духтарон дар бораи минорш (25%) эҳсоси расвой ва наг мекарданд. 25% эҳсоси чунон фикр мекарданд, 30% эҳсоси хавфу тарс мекарданд. Аксарияти духтарон (25%) рочеъ ба пруссаи одати моҳвор ақида доштанд, ки одати моҳвор татҳири (покиза кардани) касофоти бадан аст.

Дар як гузориши муҳаққиқини ҳиндӣ омадааст, ки 42,2% духтарон дар бораи минорш рӯҳан мустаъид (шарафманд) ё омода набуданд. Дар вақти аввалин одоти моҳвор (28,30%) эҳсоси расвой ва наг мекарданд. Аксарияти духтарони таҳти баррасии мо (ҷадвали №4) 45% рочеъ ба пруссаи одати моҳвор ақида доштанд, ки одати моҳвор татҳири касофоти бадан аст. 30% эҳсос мекарданд, ки он як ҳодисаи физиюлужии бадан аст, 25% эҳсос мекарданд, ки одати моҳвор як чизи касиф аст.

### Ҷадвали 1. Манобеи маълумотӣ дар бораи минорш

№	Манобеи маълумотӣ дар бораи минорш	%
1	Модар	50%
2	Ҳамшираҳои калон	30%
3	Дӯстони самимӣ	15%
4	Дӯстони ғайрисамимӣ	5%
Маҷмӯъ		100%

**Чадвали 2. Огоҳӣ дар бораи минорш**

№	Огоҳӣ дар бораи минорш	%
1	Доштани маълумот дар бораи минорш қабл аз вуқӯи он	55%
2	Доштани маълумот дар бораи минорш баъд аз вуқӯи он	45%
Маҷмӯъ		100%

**Чадвали 3. Омодагии равонии духтарон дар бораи минорш**

№	Омодагии равонии духтарон дар бораи минорш	%
1	Духтарони рӯҳан омодаи минорш	35%
2	Эҳсоси расвой ва нанг	10%
3	Эҳсоси гуноҳ	25%
4	Эҳсоси хавфу тарс	30%
Маҷмӯъ		100%

**Чадвали 4. Эҳсоси духтарон дар бораи минорш**

№	Эҳсоси духтарон дар бораи минорш	%
1	Татҳири касофоти бадан	45%
2	Воқеаи физиолужик	30%
3	Одати моҳвор як чизи касиф	25%
Маҷмӯъ		100%

**Пешниҳодот:**

1. Барои духтарон тафҳим ва таълим гардад, ки пруссаи одати моҳвор як пруссаи нурмоли зиндагӣ аст;

2. Ҷанбаҳои озору азияти одати моҳвори занона як мавзӯи беасос, ки ин мавзӯро

духтарон худашон дарёфта наметавонанд, лизо бар эшон тафҳим гардад.

3. Нукоти барҷастаи таълимоти сикҳӣ дар бюораи минорш дар курикулуми макотиб ва пуҳантунҳо (донишгоҳҳо) гунҷонида шавад.

**Манбаъ**

- 1- Antreols - carpenter plum smith ceccil essentials of medicine 20016 12 th Edition .Page (476)
- 2- Broun wal - foucl - Isasper Hauer Lango jajnes. Harrison s (fifth Edition) Printable of internal medicine .2009 page (298-572)
- 3- Char les R.B. Bekman from W. ling whilom NOP Herbert (1998 10 th Edition Obstetric and Gynecology page (386-337)
- 4- Dale R. Dlcnnvhoo J B Lippin catt Fundamen eds of Agnecogy Obstetrks Second Edition 2009 page (42-43).
- 5- Klieg man jenson and Behrman Nelson text book of pe diatics page (5773-1688-1745-1746) - Year 2001.
- 6- Sir dugald Baird combined Textbook of Obstetrvcс and Gynecology Sevent Edition 2008 page (41).
- 7- Stanley G. clagton G. piker obstetrics by tenteacher thirteenth edition (2000) page 30
- 8- Roger P smith M.D. Gynecology in primary care page (383) 2007
- 9- Philips K. Bondy - L. Jack Faling Alvan R. Feinker Merck Manual Fifteen edition (page) 1681 - 2120- 1987.
- 10- William N. Kelley Text book of internal. Medicine third edition(247) 2007.
- 11- Watsons Joan Royle Mike Walsh Medical Surgical Nursing ant Related Physiology. Edition (2018) page (769).



## МАНЗАРАИ БАКТЕРИОЛОГИИ МИКРОФЛОРАИ ШУШҶО ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ ПНЕВМОНИЯИ МУЗМИНИ НОМАХСУС

**Н.З. Зоидбоева, З.М. Зоидбоев, Ш.Ф.Одинаев.**

Кафедраи бемориҳои дарунии №1 (мудири кафедра д.и.т., дотсент Ш.Ф.Одинаев)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

*Зоидбоева Н.З - аспиранти кафедраи бемориҳои дарунии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, e-mail: zoidboeva90@mail.ru тел: 927667915,*

*Зоидбоев З.М. - н.и.т., сартабиби санатория "Зумрад" (ш., г. Исфара). e-mail: zoidboeva90@mail.ru тел: 927667915,*

*Одинаев Ш.Ф - мудири кафедраи бемориҳои дарунии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, д.и.т., дотсент, e-mail: nnnn@70mail.ru тел. 992 918610539;*

Дар солҳои охир истифодаи васеи антибиотикҳои муосир боиси пайдо шудани штаммҳои устувор ва патоморфогенези муҳтавои бронхҳо гаштаанд. Ҳангоми омӯзиши 102-намунаҳои балғам зиёда аз 40 намуди микробҳо ҷудо карда шуданд, ки дучоршавандатарини онҳо инҳоянд: стафилококкҳо, стрептококкҳо, пневмококкҳо, нейссерихо, клебсиелла, қаламчаи рӯдаҳо, протеи.

Микроорганизмҳо дар балғам бештар дар якҷоягӣ бо флораҳои граммусбати коккӣ ва бартарӣ доштани он дучор мешаванд. Микрофлораи бронхҳо 3 маротиба бо занбурӯғҳои хамиртуруш насли кандида намоён гаштаанд. Назорати бактериологии хассосияти доруҳо ба як қатор антибиотикҳои бартаридошта дар табобати пневмонияи музмин таъсир расонид: сипрофлоксасин, пефлоксатсин, сефтриаксон, офлоксасин.

## БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ МИКРОФЛОРЫ ЛЁГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

**Н.З. Зоидбоева, Ш.Ф. Зоидбоев З.М., Одинаев Ш.Ф.**

Кафедра внутренних болезней №1 (зав. кафедрой д.м.н., доцент Одинаев Ш.Ф.) ТГМУ им. Абуали ибни Сино

*Зоидбоева Н.М. - заочный аспирант кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. тел.*

*Зоидбоев З.М. - к.м.н., главный врач санатория "Зумрад" (Республика Таджикистан, г. Исфара). Тел.*

*Одинаев Ш.Ф. - д.м.н., доцент зав. кафедрой внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино*

В последние годы широкое применение современных антибиотиков привело к появлению устойчивых штаммов и патоморфогенеза содержимого бронхов. При изучении 102-х образцов мокроты выделено более 40 видов микробов, наиболее часто встречающиеся из них: стафилококки, стрептококки, пневмококки, нейссерии, клебсиелла, кишечная палочка, протеи. Микроорганизмы в мокроте чаще обнаружива-

лись в ассоциациях и с преобладанием грамположительной кокковой флоры. Микрофлора бронхов в 3 раза чаще была представлена дрожжевыми грибами рода кандида. Бактериологический контроль за лекарственной чувствительностью выявил ряд приоритетных антибиотиков в терапии хронической пневмонии, среди которых: ципрофлоксацин, пефлоксацин, цефтриаксон, офлоксацин.



## BACTERIOLOGICAL LANDSCAPE OF MICROFLORA OF LUNGS AT PATIENTS WITH CHRONIC NONSPECIFIC PNEUMONIA

N.Z. Zoidboeva, Z.M. Zoidboev, Sh.F. Odinaev

Department of internal diseases № 1 (the head of the department - MD, associate professor Odinaev Sh. F) of Avicenna TSMU

*Zoidboeva N.Z.* - correspondence graduate student of the department of internal diseases № 1 of Avicenna TSMU, E-mail: zoidboeva90@mail.ru, ph. 927667915

*Zoidboev Z. M.* - c.m.s., PhD of the department of internal diseases № 1 of Avicenna TSMU, ph. 987777412

*Odinaev Sh.F.* - MD, associate professor, head of the department of internal diseases № 1 of Avicenna TSMU, E mail: nnnn70@mail.ru, ph. 918610539

In recent years a wide use of modern antibiotics led to emergence of resistant strains and a pathomorphogenesis contents of bronchial tubes. On studying 102 samples of sputum more than 40 types of microbes which are most often found from them are allocated: staphylococcus, streptococci, pneumococci, neissers, klebsiella, colibacilli, proteus. Microorganisms in sputum were found in

associations and with prevalence of gram-positive coccal flora more often. Microflora of bronchial tubes in 3 times more often was provided by yeast fungus of a sort candida. Bacteriological control of medicinal sensitivity revealed a number of priority antibiotics in therapy of a chronic pneumonia among which: ciprofloxacin, pefloxacin, ceftriaxone, ofloxacin.

**Мухимият.** Проблемаи пневмония дар замони муосир таваҷҷуҳи мутахассисонро аз он ҷиҳат ба худ ҷалб мекунад, ки вай ба таври васеъ паҳн шуда истодааст ва вазни холиси бемориҳои бронху шуш дар байни аҳолии курраи Замин афзоиш карда истодааст [1, 2]. Вай дар ҷумҳурии мо низ масъалаи хеле муҳим аст. Ба шароити мусоиди иқлимӣ нигоҳ накарда, бемориҳои бронху шуш дар сохтори беморшавии ҳам калонсолон ва ҳам кӯдакони кишвар яке аз ҷойҳои асосиро ишғол мекунад. Ғайр аз ин, истеъмоли васеи антибиотикҳо дар солҳои охир на танҳо боиси селексияи штаммҳои сершумори устувор, балки боиси шаклтағйирёбии микрофлора ва сохтори этиологии бемориҳои фасодӣ-илтиҳобии шушҳо мегардад [5-7].

Дарт робита аз ин аҳамияти таҳқиқотҳои микробиологӣ, ки ба ошкорсозии мансубияти намудии барангезанда ва муайян кардани хассосияти онҳо нисбат ба доруҳои мушаххаси антибактериалӣ равона карда шудаанд, афзудааст. Ин маълумотҳо на танҳо аҳамияти илмӣ, балки барои интиҳоб кардани схемаҳои объективӣ ва ратсионалии

ҳар як бемори алоҳида аҳамияти амалӣ низ доранд.

Таҳлили адабиёти илмӣ оид ба проблемаҳои этиологияи бемориҳои фасодӣ-илтиҳобии шушҳо нишон мендиҳад, ки аз хусуси микрофлораи лонаи илтиҳобӣ, асосан дар заминаи хусусиятҳои микрофлораи балғам ва луоб, ки ҳангоми бронхоскопия гирифта шудаанд, ҳулоса мебароранд [1, 3-4].

Зиёда аз 40 намуди микробҳои тасвир шудаанд, ки аз балғам ва бронхҳои беморони гирифтори пневмония хориҷ гаштаанд. Мухимтарини онҳо инҳоянд: стафилококк, стрептококк, пневмококк, нейссерии, клебсиелла, қаламчаи рӯдаҳо, протеи ва ғ. [1-5, 8,9]. Хусусиятҳои бемориҳои номаҳсуси шушҳо мавҷуд будани балғам ва муҳтавои бронхҳои беморони гирифтори якҷанд микробҳои организм, ҳамчунин ноустувории флораи микробҳо ба шумор мераванд.

**Мақсади таҳқиқот:** баҳо додан ба таркиби намудии балғам ва муҳтавои бронхҳои беморони дорои пневмонияи музмин.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқоти мутавозии балғам ва муҳтавои бронхҳои аз беморони гирифтори бемории пневмонияи



музмини номахсус гирифташуда гузаронида шуд. Ҳамагӣ 102 намунаи балғам ва хамин қадар маводи ҳангоми бронхоскопия гирифташуда омӯхта шуд.

Маводро дар ағари 5%-и хун кишт карданд. муҳити Эндо барои чудо кардани энтеробактерия, муҳити Сабуро барои ошкор намудани флораи занбурӯғӣ истифода карда шуд. Минбаъд хосиятҳои биохимиявӣ ва кишткунии онҳо омӯхта, киштҳои чудокардашуда идентификатсия шуданд [5, 8, 9].

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Дар ҷадвали 1 маълумотҳо аз хусуси аз балғам аз муҳтавои бронхҳо кишт кардани микроорганизмҳо ҳангоми кишткунии онҳо дар шароити аэробӣ оварда шудааст. Ҳангоми кишти балғам 224 кишти микроорганизмҳо ва ҳангоми кишти ҳаминт гуна миқдор аз бронхҳо 107 штамм чудо карда шудааст. Аз балғам назар ба муҳтавои бронхҳо бештар стафилококк (41,1% аз балғам ва 32,7% муҳтавои бронхҳо) аз миқдори

умумии киштҳои чудокардашуда чудо карда мешаванд.

Ҳангоми таҳқиқотҳои хусусиятҳои биологии 92 штамми стафилококки аз балғам чудо кардашуда, 35 штамми аз муҳтавои бронхҳо чудокардашуда мо рушди онҳоро дар муҳити ғизоӣ, хусусиятҳои морфологӣ, қобиляти коагулятсияи плазма, ферментатсияи манит, ба амалории гемолизро омӯхтем. Асоси муҳокимаи моро дар хусуси патогеният мо аксуламали плазмокоагулятсияро ба ҳайси устувортар ташкил дод.

Асоси таҳқиқотҳои моро штаммҳои стафилококки аз балғам ва муҳтавои бронхҳо (мутаносибан 43,4% и 321,4%) чудо кардашуда ба патогенӣ штаммҳои стрептококки ҳам аз балғам ва ҳам аз бронхҳо чудо кардашуда (мутаносибан 26,3% и 25,2%), аз ҷумла 9 штамми пневмококк аз балғам ва 3 штамм асноӣ бронхоскопия чудо кардашуда ташкил доданд.

#### Ҷадвали 1

#### Микрофлораи балғам ва муҳтавои бронхҳо, ки ҳангоми кишт кардан дар шароити аэробӣ ба даст оварда шудаанд (бо %)

№	Микроорганизмҳо	Муҳтавои бронхҳо		Балғам	
		Миқдори кишт (abs)	% аз миқдори умумии киштҳо	Миқдори кишт (abs)	% аз миқдори умумии киштҳо
1.	Стафилококк (аз ҷумла стафилококки патогенӣ)	35	32,7	92	41,1
		11	31,4	40	43,4
2.	Стрептококк (аз ҷумла пневмококк)	27	25,2	59	26,3
		3	2,8	9	8,3
3.	Сартсина	2	1,9	4	1,8
4.	Нейссерии	10	9,3	12	5,4
5.	Клебсиелла	1	0,9	4	1,8
6.	Қаламчаи рӯдаҳо	3	2,8	7	3,1
7.	Протей вулгарис	0	0	1	0,4
8.	Қаламчаи синегной	2	1,9	5	2,2
9.	Коринебактерия	21	19,6	20	8,9
10.	Занбурӯғҳои хамиртуруш	6	5,6	20	8,9
	Ҳамагӣ	102		102	
	Кишти чудошуда	107		224	
	Кишти стерилӣ	18		0	

Ғайр аз флораи коккӣ дар биосубстратҳои беморон флораи грамманфӣ (қаламчаи рӯдаҳо, протей, қаламчаи синегной ва ғ.) дида мешавад. Дар байни энтеробактерияҳо бартарӣ дорад: мутаносибан 7 штамм аз балғам (3,1%) ва 3 штамм аз муҳтавои бронхҳо (2,8%), клебсиелла 4 (1,8%) ва 1

(0,9%) штамм, қаламчаи синегной 5 (2,7%) ва 2 (1,9%) штамм. Дар як ҳолат аз балғам протей вулгарис чудо карда шуд.

Махсусан фарқияти калон дар миқдори киштҳои аз балғам чудокардашуда ва маводи аспириршуда аз из бронхҳо, нисбат ба занбурӯғҳои хамиртурушмонанди насли





кандида ба мушоҳида расид. Аз балғам онҳо назар ба аспиратҳои бронхҳо дар беморони пулмонологӣ 3 маротиба бештар буданд (20 кишти - 8,9% ва 6 аз маводи бронхҳо - 5,6%).

Ғоизи бештари ошкоркунӣ ба корине-бактерияҳо тааллуқ дорад, онҳо аз мухтавои бронхҳо 19,6% ҷудо мешаванд, ҳол он ки ғоизи ошкорсозии онҳо аз балғам 8,9% аст. киштиҳои аз бронхҳо гирифташуда дар 18 ҳолат стерилӣ буданд, дар кишти балғам кишти микроорганизмҳо ба 100% баробар буд. Микроорганизмҳо бо биосубстратҳои беморони гирифтори бемориҳои фасодии илтиҳобӣ чӣ монокултура ва чи дар ассотсиятсияҳо ба назар расид. Микрофлораи яқчинсаи балғам ва мухтавои бронхҳо дида мешаванд, мутаносибан 22% ва 34% -ро ташкил карданд. Микроорганизмҳо дар ассо-

сотсиятсияҳо бештар аз балғам ошкор карда шуданд, назар аз мухтавои бронхҳо. Дар ҳамаи ассотсиятсияҳо вучуд доштани флораи граммусбати коккӣ бо бартарӣ доштани ассотсиятсияи стафилококк ва стрептококк ба мушоҳида расид. Ҳассосияти микроорганизмҳои ҷудокардашуда нисбат ба 22 антибиотик омӯхташуд (ҷадвали 2). Қайд кардан мумкин аст, ки флораи коккӣ нисбат ба фузидин (99,2%), сефтриаксон (91,3%), сипрофлоксатсин (87,5%), сефлораксатсин (84,6%), офлораксатсин (88,0%), тобрамитсин (80,9%), линкомицитсин (75,9%), сефазолин (74,7%) ҳассосияти бештар дорад.

Ҳассосияти флораи граммусбат (энтеробактерия) нисбат ба сефтриаксон (100%), сипрофлоксасин (95,6%), сефлораксасин (91,3%), тетрасиклин (82,6%), тобрамитсин (78,2%) муайян карда шуд.

## Ҷадвали 2.

### Антибиограмма, микроорганизмҳои ҷудокардашуда

Номи антибиотикҳо	Микроорганизмҳо					
	Флораи коккӣ		Энтеробактерия		Коринебактерия	
	Миқ. ҳолатҳо	бо%	Миқ. ҳолатҳо	%	Миқ. ҳолатҳо	%
1. Сипрофлоксатсин	211	87,5	22	95,6	38	92,6
2. Сефлораксатсин	204	84,6	21	91,3	39	95,1
3. Сефазолин	180	74,7	17	73,9	31	75,6
4. Сефтриаксон	220	91,3	23	100,0	37	90,2
5. Офлораксатсин	212	88,0	22	95,6	39	95,1
6. Тобрамитсин	195	80,9	18	78,2	35	85,3
7. Фузидин	239	99,2	0	0	40	97,5
8. Эритромицитсин	157	65,1	0	0	38	92,7
9. Сумамед	160	66,4	2	8,7	31	75,6
10. Рулид	145	60,2	1	4,3	24	58,5
11. Оксатсиллин	170	70,5	0	0	28	68,3
12. Линкомицитсин	183	75,9	0	0	30	73,1
13. Докситсиклин	162	67,2	0	0	34	82,9
14. Карбенитсиклин	141	58,5	0	0	27	65,8
15. Тетратсиклин	113	46,9	19	82,6	21	51,2
16. Канамицитсин	57	23,6	14	60,8	7	17,0
17. Левомитсетин	136	56,4	17	73,8	21	51,2
18. Гентамицитсин	172	71,3	18	78,2	30	73,1
19. Полимиксин	0	0	2	8,7	0	0
20. Стрептомицитсин	179	74,2	16	69,5	28	68,3
21. Невиграмон	0	0	15	65,2	0	0
22. Фурадонин	145	60,2	10	43,4	25	60,9
Ҳамагӣ штаммҳои ҷудошуда:	241		23		41	

Коринебактерияҳо ҳассосият доштанд нисбат ба: фузидин (97,5%), сефлораксатсин (95,1%), офлораксатсин (95,1%), сефтриаксон (90,2%), сипрофлоксатсин (92,6%), докситсиклин (82,9%).

**Хулоса.** Маводҳои ба даст овардашуда имконият медиҳанд чунин хулоса барорем, ки дар таҳқиқотҳои бактериологии балғам ва мухтавои бронхҳо дар беморони гирифт-

тори бемориҳои музмини шушҳо флораи полимикробӣ бо бартарӣ доштани намуҳои грамусбати коккӣ (стафилококкҳо ва стрептококкҳо) чудо карда шудаанд. Омӯштани хосиятҳои стафилококкҳо ва стрептококкҳои аз балғам ва аз мухтавои бронхҳо чудокардашуда нишон дод, ки дар балғам бештар штаммҳои дучор мешаванд, ки дорои аломатҳои патогеният ҳастанд, назар ба он ки ин дар флораи кокки аз аспири бронхҳо гирифташуда дида мешавад. Микрофлораи балғам дар мукоиса аз мухтавои

бронхҳо дар беморони пулмонологӣ аз ҳисоби миқдори зиёди флораи қаламчаҳои грамусбат фаровон мебошад. Занбурӯғҳои хамиртуруш ва кандида аз балғам назар ба бронхҳо 3 маротиба бештар чудо карда шуд. Назорати бактериологии хусусиятҳо ва ҳассосияти доругии микроорганизмҳои чудокардашуда имконият медиҳанд он антибиотикҳои ошкор карда шаванд, ки онҳо нисбат ба инҳо ҳассосият доранд ва ба ин тартибтабобати нисбатан муносиб ва самаранок анҷом дода шавад.

### АДАБИЁТ

1. Акатов А.К. Стафилококки. - М: Медицина, 1983, с. 12-19.
2. Берги Дж. Краткий определитель бактерий. -М: Медицина, 1980, с. 23-34.
3. Манди Л., П. Лекье. Эпидемиологические и инфекционные болезни. М.: Medicine V.4. - 2003, с. 48-52.
4. Вишнякова Л. А., Фаустова М.Е., Сологуб Т.С. и др. Микробиологические и иммунологические методы диагностики инфекционного процесса при неспецифических заболеваниях легких. Методические рекомендации. М. 1990, с. 8-17.
5. "Тенденции смертности от болезней органов дыхания в центрально-азиатских республиках". Информационный бюллетень, 2000, № 5, с. 22.
6. Пушкарёв Н.В., Мамонова Н.С.- Распространение устойчивых к антибиотикам стафилококков у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями. Здоровоохранение Таджикистана, 1988, № 2, с. 83.
7. Кенджаева И.А. Видовой состав и биологические особенности госпитальных штаммов возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний. - /И.А. Кенджаева: автореф. канд. мед. наук, Душанбе, 2000, с. 13-15.
8. Сыромятникова Н.В. "Пульмонология" /Н.В. Сыромятникова Н.В., В.А. Гончарова/, М. Медицина, 1993, № 2, с. 30-36.
9. Саперов В.П. Хронические пневмонии. Чебоксары, 1996, с. 55-62.

### ТАРЗИ ГУЗАРИШИ КЛИНИКӢ ВА ТАБОБАТИ ЭШЕРИХИОЗИ ЭНТЕРОПАТОГЕНӢ ДАР КӢДАКОНИ ТО СИННИ 2-СОЛА

**Н.А. Раҳматов, С.А. Саидова, Ғ.Ҳ. Раҳимов**

Кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, беморхонаи клиникаи шаҳрии бемориҳои сироятии кӯдакони.

*Раҳматов Николай Александрович, н.и.т., профессори фаҳрии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел.: 919-05-17-05.*

*Саидова Саёҳат Абдуқодировна, мудири шӯъбаи паразитологияи беморхонаи клиникаи шаҳрии бемориҳои сироятии кӯдакони, тел.: 987-10-09-33.*

*Раҳимов Ғайбулло Ҳакимович, сартабиби беморхонаи клиникаи шаҳрии бемориҳои сироятии кӯдакони, тел.: 918-22-54-47.*

Ба сирояти эшерихиози энтеропаатогенӣ бештар кӯдакони яқсола гирифта мешаванд. Дар

рафти таҳқиқот муайян гардид, ки 6,0%-и сироятёфтагонро кӯдакони то 6-моҳа, 54,5% кӯдако-



ни то 1-сола ташкил намуданд. Дар ин синну сол кӯдаконе, ки ба ин сироят дучор гардиданд, аломатҳои камобии аёни бадан бештар ба назар расид. Камобии дараҷаи вазнин дар 12,1%, камобии дараҷаи муътадил 87,8% ҳолатҳо мушоҳида мешавад. Барои баргараф намудани ин аломатҳо маҳлулҳои зерин истифода бурда шуд. Аз рӯи дараҷаи камобшавии аёни бадан. (Вориди варид: маҳлули Рингер, глюкоза 5% ва ди-гарҳо). Вобаста аз ҳассосияти барангезандаҳо ба антибиотикҳо ба беморон мутобиқан анти-

биотикҳои лозима таъйин карда шуд, ки он дар муддати кӯтоҳ сабаби бозгашти аломатҳои ин сироят гашт. Бо мақсади барқарор намудани микрофлораи рӯдаҳо аз пробиотик лактофлор ва ферменти панкреатин, смекта ва синк низ истифода карда шуд. Пас аз бехтар шудани ҳолати саломатии кӯдакон рӯзҳои 7-8-ум 75,7% ва пас аз 10 рӯз 24,2% ба хона ҷавоб дода шуданд.

**Калимаҳои калидӣ:** эшерихиозҳо, кӯдакони синни то 2 сола, антибиотикҳо, гастроэнтероколит, кишти бактериологӣ.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ЭНТЕРОПАТОГЕННЫХ ЭШЕРИХИОЗОВ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 2-Х ЛЕТ ЖИЗНИ

Н.А. Рахматов, С.А. Саидова, Г.Х.Рахимов

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Городская клиническая больница детских инфекционных болезней г. Душанбе

*Рахматов Николай Александрович, к.м.н., почётный профессор Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, тел.: 919-05-17-05.*

*Саидова Саёҳат Абдуқодировна, заведующая отделением паразитологии детской городской клинической инфекционной больницы, тел: 987-10-09-33.*

*Рахимов Гайбулло Хакимович, главный врач детской городской клинической инфекционной больницы, тел.: 918-22-54-47.*

Эшерихиозная инфекция у детей раннего возраста протекала клинически преимущественно в средне - тяжелой и тяжелой форме с отчетливыми симптомами обезвоживания и интоксикации. При своевременном назначении этиотропной, регидратацион-

ной терапии, а также пребиотиков и ферментов нами получен хороший клинический эффект.

**Ключевые слова:** эшерихиозы, дети первых 2-х лет жизни, антибиотики, гастроэнтероколит, бактериологический посев.

## GOAL OF RESEARCH: STUDY OF THE NATURE OF CLINICAL COURSE AND EFFECTIVENESS OF THERAPY OF ENTEROPATHOGENIC ESCHERICHIOSIS IN CHILDREN OF THE FIRST 2 YEARS OF LIFE.

N. A. Rahmatov, S.A. Saidova, G. H. Rahimov

Department of children's infection diseases TSMU named after Avicenna  
Children's Infectious Clinical Hospital of Dushanbe

*Rahmatov Nikolay Aleksandrovich, honorary professor of ASMU, Chair of Children's Infectious Diseases. Tel: 919051705,*

*Saidova Sayohat Abdukodirovna, Head of Children's clinical hospital, e-mail: bkshbsk@mail.ru Tel:987100933,*

*Rahimov Ghaibullo Hakimovich, Head physician of Children's clinical hospital, e-mail: rahimov.dib@mail.ru Tel:918225447,*

Escherichiosis in children of early age proceeded clinically in moderate to severe form with distinct symptoms of dehydration and intoxication. With

the timely administration of etiotropic, rehydration therapy, as well as prebiotics and enzymes, we obtained a good clinical effect.



**Муҳимият.** Бемориҳои шадиди меъдаю рӯдаҳо дар байни кӯдакон баъд аз бемориҳои шадиди вирусии роҳҳои нафас дар ҷои дуом меистад. Эшерихиозҳо ин гурӯҳи калони бемориҳои шадиди сироятии меъдаю рӯда буда, бештар дар кӯдакони хурдсол мушоҳида карда мешаванд. Эшерихиозҳо аз руи барангезандаҳошон ба 4 гурӯҳ ҷудо мешаванд, гурӯҳи аввал эшерихиозҳои энтеропатогенӣ, ки онҳо микдоран 30-серовар дорад, энтероинвазивӣ 13 то серовар дорад. Энтеротоксигенӣ 18-то серовар дорад ва энтерогеморагӣ (0157:H7 ва 026:H11) мебошанд. Аслан барангезандаҳои ин беморӣ дар рӯда афзоиш ёфта, бо аломатҳои захролудшавӣ ва дарунравӣ зуҳур меёбад. Бештар дар байни кӯдакони хурдсол аксар вақт эшерихиозҳои энтеропатогенӣ паҳн гаштааст, ки сабабҳо ва роҳҳои сироятёбӣ онҳо хеле гуногун мебошад. Яке аз сабабҳои ба ин намуди эшерихиозҳо дучор гаштани кӯдакон ин риоя накардани беҳдошти шахсии модар ё шахсони парастори кӯдакон мебошад, сироятёбӣ тавассути бозичаҳо ва дигар ашёҳо низ қайд мешавад. Аз рӯи сироятёбии кӯдакони хурдсол бо ин гурӯҳ эшерихиозҳо бештар дар байни кӯдакони аз 3 моҳа то 12 моҳа ба назар мерасад. Кӯдакони гурӯҳи хатар бошад; кӯдакони норасид таваллудшуда ва инчунин он кӯдаконе, ки масъуният гардидааст, аз ҳисоби бемориҳои аз сар гузаронидаи онҳо зудтар сироят меёбанд. Беморӣ асосан дар ин синну сол бо роҳҳои тамосӣ-маишӣ ва инчунин бо воситаи маводи хӯрокаи паҳн мегардад. Ин гурӯҳ барангезандаҳо метавонанд вобаста аз шароити муҳити атроф ва фаслҳои сол дар байни дигар бемориҳои шадиди меъдаю рӯда хосияти паҳн шудан доранд.

**Мақсади тадқиқот.** Омӯзиши чараёни клиникӣ ва табобати сироятии эшерихиозҳои энтеропатогенӣ дар кӯдакони синни то 2 сола, ки дар беморхонаи клиникӣ сироятии кӯдакони (БКСК) бистарӣ буданд.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Барои тадқиқот мо 33 таърихи бемории кӯдакони то 2-сола, ки гирифтори гастроэнтероколити шадиди барангезандашон эшерихиозҳои энтеропатогенӣ, ки дар беморхонаи мазкур

дар моҳҳои июн - августи соли 2017 табобат гирифтаанд, фаро гирифта шуданд. Аз онҳо 81,8% беморшудагон сокинони шаҳр ва 18,2% аз деҳотанд. Аз он ҷумла 48,5% духтарон ва 51,5% писарон мебошанд. Синну соли кӯдакон 6%-и онҳо то синни 6-моҳа, 54,5% аз 7 моҳа то синни 1-сола ва боқимонда 39,5% то синни 2-соларо ташкил намудаанд. Дар байни ин гурӯҳ кӯдакон бо бемориҳои преморбидӣ ба монанди 33,3%-камхунӣ, 54,5% рахит ва 69,6% гипотрофияро ташкил карданд. Тамоми кӯдакони ба шӯъба воридгашта бо тадқиқотҳо фаро гирифташуда аз муоинаи клиникӣ ва озмоишгоҳи лабораторӣ гузаронида шуданд. Дар кишти бактериологии фазлаи ҳамаи онҳо сабзиши колонияҳои эшерихиозҳои энтеропатогенӣ ошкор карда шуд.

**Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии он.** Зимни таҳлили таърихи бемориҳои ин гурӯҳи кӯдакон муайян гардид, ки онҳо ба беморхона бо шикоятҳои хоси ин беморӣ ба монанди баландшавии ҳарорати бадан, беиштиҳои, бемадорӣ, инчикӣ, дилбеҳузурӣ, қайқунӣ, фазлаи моеъи луобдор ворид гардидаанд. Кӯдакони бо баландшавии ҳарорати бадан то 380С дар байни 42,4% ва 18,1% беморон аз 380 С боло ташкил дод. Инчунин аломатҳои захролудшавии бадан, ба монанди дилбеҳузурӣ, қайқунӣ дар ҳамаи кӯдакон, беҳолӣ дар 90,9%, инчикӣ дар 66,6% беморон қайд мешуд. Ҳамаи беморон ба фазлаи моеъи луобдор шикоят доштанд, ки аз он 27,2%-ранги зард, 63,6%-зарду сабз ва 9,0%-ранги сабз доштанд. Дар як шабонарӯз миқдори дарунравӣ 5-6 маротиба дар байни-36,3% беморон, 27,2% аз 7 то 10 маротиба ва 36,5% зиёда аз 10 маротиба қазои хочат мекарданд.

Маълум карда шуд, ки беҳдошти шахсӣ аз тарафи парасторон 78,7% риоя карда намешавад, зиёда аз 39,3% кӯдакон пистонак (сокса) мемаканд, фақат 6,0% кӯдакон шири модар, 54,5%-ғизои сунӣ ва 39,5%-ғизои омехта истеъмол мекунад. Ҳолати кӯдакон дар вақти воридот чунин баҳодихӣ карда мешуд: бе-ниҳоят вазнин -12,1% ва вазнин -87,8%. Дар рӯзҳои 1-3 юми беморӣ 84,8% кӯдакон ва баъд аз 4-умин рӯзи беморӣ 15,1% кӯдакон ба БКСК бистарӣ карда шуданд. Дар аксари бе-



морон аломатҳои камобии аёни бадан ба монанди ташнагӣ, чашмони фурурафта, хушкшавии пӯсти бадан ва луобпардаҳои лабу дахон қайд мешуд. Аз рӯи пешниҳоди ГУТ мо якчанд намуди камобшавии аёни баданро қайд менамоем. Се таснифи имконпазир дар камобшавии кӯдакони гирифтори гастроэнтероколити шадид гардида вучуд дорад: дар аввал камобшавии бадан бо аломатҳои мазкур имкони зухур дорад, беҳушӣ, чашмони фурурафта, кам об нӯшидан, дер ҳамвор шудани чини пӯст. Дарачаи дуҷум бошад, камобшавии муътадил, ки бо аломатҳои нисбатан камтар: пӯсти бадан ва луобпардаҳои лабу дахон хушк, ташнагӣ, чашмон фурурафта, ашк надорад, чини пӯсти бадан дар муҳлати 1-2 сония паҳн мешавад ва ҳолати набудани чунин аломатҳо камобии сабук дида мешавад. Дар чараёни тадқиқот дар байни беморон аломатҳои камобии вазнин дар 12,1%, камобшавии муътадил 87,8% ба назар мерасиданд. Аломатҳои захролудӣ низ дар ҳамаи беморон қайд карда мешуд. Камиштиҳои дар 33,3% ва тамоман беиштиҳои дар 63,6% мушоҳида шуд. Дар 84,8% кӯдакони бемор забон хушк буд. Дар вақти палмосидан шикам дар 66,6% дардмандӣ ва дар 12,1% дамиши шикам мушоҳида мешуд. Дар рафти озмоиши лабораторӣ дар таҳлили кишти бактериологии фазлаи ҳамаи кӯдакон колонияҳои эшерихиозҳои энтеропатогенӣ дарёфт карда шуд. Ҳассосияти ин барангезанда ба дискҳои антибиотикҳо чунин натиҷагӯзорӣ карда шуд: сефтриаксон-24,2%, гентамитсин-1,2%, эритромитсин-20,2%, сипрофлоксасин-27,2% ва ампитсиллин-7,2%. Бо мақсади бартараф кардани аломатҳои камобии аёни бадан ва захролудӣ тибқи нақшаҳои "А" ва "Б" муолиҷаи регидротатсионӣ-дахонӣ гузаронида шуд. Ба кӯдаконе, ки камобии муътадил доштанд, маҳлули регидротатсионӣ истифода шуд, аммо дар кӯдаконе, ки камобӣ зиёд доштанд, иловагӣ маҳлули дохиливаридӣ (Рингер, глюкоза 5%, ресорбилакт) гузаронида шуд. Дар рафти табобат биопрепаратҳои лактофлор ва ферментҳои панкреатин, синк ва смекта истифода карда шуд.

Тибқи нишондиҳандаҳои кишти бактериологӣ, ҳассосият ба дискҳои антибиотикҳои

истифодашуда дар рафти табобат чунин антибиотикҳо истифода бурда шуд: сефтриаксон-52,8%, гентамитсин-12,1%, сипрофлоксасин-18,1% ва ампитсиллин-6,0%. Дар 15,1% беморон кислотаи налидикс истифода карда шуд, ки натиҷаи хуб дод.

Дар натиҷаи табобат ҳолати саломатии ҳамаи кӯдакон беҳтар гардид. Аломатҳои камобии аёни бадан пурра бартараф шуда, ҳарорати бадан муътадил гардид. Миқдори фазла дар як шабонарӯз то 2-3 маротиба камтар ва рағи он муқарарӣ шуд. Пас аз беҳтар шудани ҳолати саломатии кӯдакон рӯзҳои 7 8-ум 75,7% ва пас аз 10 рӯз 24,2% беморон ба хона ҷавоб дода шуданд.

**Хулоса.** Сабаби асосии паҳн гардидани беморӣ дар байни кӯдакони хурдсол ин риоя накардани беҳдошти шахсӣ аз ҷониби шахсоне, ки нигоҳубини кӯдакро ба уҳда доранд-36,3%. Беморӣ дар байни кӯдакон бо роҳҳои тамосӣ-маишӣ-54,5% паҳн мегардад. Дар кӯдаконе, ки ғизои сунъӣ ва омехта истеъмол мекунанд-93,8% ва инчунин истифодаи пистонакҳо дар 39,3% ҳолат ба воридшавии барангезанда ба организм мусоидат менамоянд.

Ба сирояти эшерихиози энтеропатогенӣ бештар кӯдакони яксола гирифтор мешаванд. Дар рафти таҳқиқот муайян гардид, ки 6,0%-и сироятёфтагонро кӯдакони то 6-моҳа, 54,5% кӯдакони то 1-сола ташкил намуданд. Дар ин синну сол кӯдаконе, ки ба ин сироят дучор гардиданд, аломатҳои камобии аёни бадан бештар ба назар расид. Камобии дараҷаи вазнин дар 12,1%, камобии дараҷаи муътадил 87,8% ҳолатҳо мушоҳида мешавад. Барои бартараф намудани ин аломатҳо маҳлулҳои зерин истифода бурда шуд. Аз рӯи дараҷаи камобшавии аёни бадан. (Вориди варид: маҳлули Рингер, глюкоза 5% ва дигарҳо). Вобаста аз ҳассосияти барангезандаҳо ба антибиотикҳо ба беморон мутобиқан антибиотикҳои лозима таъйин карда шуд, ки он дар муддати кӯтоҳ сабаби бозгашти аломатҳои ин сироят гашт. Бо мақсади барқарор намудани микрофлораи рӯдаҳо аз пробиотик лактофлор ва ферменти панкреатин, смекта ва синк низ истифода карда шуд. Пас аз беҳтар шудани ҳолати саломатии кӯдакон рӯзҳои 7 8-ум 75,7% ва пас аз 10 рӯз 24,2% ба хона ҷавоб дода шуданд.





### АДАБИЁТ:

1. Учайкин В.Ф. "Руководство по инфекционным болезням у детей" ГЭОТАР-МЕД., М., 2002., с.402-410
2. Тимченко В.Н., Быстрякова Л.В. "Инфекционные болезни у детей" СПб: "СпецЛит", 2001., 257-272
3. Файзуллоев Н.Ф., Ходжаева Н.М. "Справочник семейного врача по детским инфекционным болезням" Душанбе. 2006. с.65-78
4. Воротинцева Н.В., Мазанкова В.И. "Острые кишечные инфекции у детей" ГЭОТАР-МЕД., М., 2002., с.132-158
5. Авчи зуҳал., Хосиятҳои клиникӣ ва эпидемиологии эшерихиозҳои энтеропатогенӣ дар кӯдакони хурдсол., саҳ 28-30

### КОНСЕПСИЯИ ПАСТКУНИИ ХАТАРИ ОСЕБИ РОҶҲОИ ТАЛҲАГУЗАР ДАР ВАҚТИ ХОЛЕСИСТЭКТОМИЯИ ЛАПОРАСКОПӢ

**Ҷ.М. Курбонов., Д.А. Мусоев., Ҷ.Ҷ. Курбонов.**

Кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографӣ (мудири кафедра н.и.т. дотсент Курбонов Ҷ.М.)-МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

*Курбонов Ҷурабек Муминович*- Мудири кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, *E/mail, kurbanov-tau@mail.Ru?Тел.: 93-903-29-39.*

*Мусоев Диловар Аскарлович*- ассистенти кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, *тел.: 918-85-23-58.*

*Курбонов Ҷонибек Ҷурабекович*- ординатори клиникӣ кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, *тел.: 988-55-30-30.*

Бо ворид гаштани холесистэктомияи лапораскопӣ дар табобати беморони гирифтори санги талхадон орезаҳои хусусии нав, ки танҳо ба ин усул дахл дорад аз 0,5-0,6 % ба назар мерасад, ки 3-4 маротиба бисёр дар қиёс бо амалиётҳои кушода дучор мегардад. Дар айни замон миқдори ин орезаҳо то 0,3-0,4% мебошад. Бо назардошти орезаҳои холесистэктомияи лапораскопӣ ва миқдоран зиёд гаштани тачҳизоти ҳозиразамон дар марказҳои ҷарроҳии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва феълан зиёд ба назаррасии орезаҳо муҳимияти қабули концеп-

сияи беҳатар ба миён меояд. Осеби роҳҳои талхагузар ин яке аз орезаҳои вазнин ба шуморафта барқарорсозии ҷунини орезаҳо аз тарафи ҷарроҳони ботачриба дар марказҳои калони хусусигардонидашуда баргузор мегардад.

Дар ин ҳолатҳо зарурияти амалиёти бисёр марҳилагӣ ва дарозмуддатӣ ба миён меояд. 1. табобати гаронарзиш 2. маъюбкунӣ беморон

**Калимаҳои калидӣ:** БСС, орезаҳои холесистӣ, эктомияи лапораскопӣ, қабули концепсияи беҳатар.

### КОНСЕПСИЯ МИНИМИЗАЦИИ РИСКА ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПОРАСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

**Д.М. Курбонов, Д.А. Мусоев, Д.Д. Курбонов**

Кафедра оперативная хирургия и топографическая анатомия (зав. кафедры к.м.н., доцент Д.М. Курбонов) ТГМУ имени Абуали ибни Сино

*Курбонов Джурабек Муминович*, зав. кафедры к.м.н., доцент Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, *E/mail kurbanov-tau@mail.ru, Тел.: 93-903-29-39.*



**Мусоев Диловар Аскарлович**, ассистент кафедры оперативная хирургия и топографическая анатомия Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино Тел.: 918-85-23-58.

**Курбонов Джонибек Джурабекович**, ординатор кафедры оперативная хирургия и топографическая анатомия Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино Тел.: 988-55-30-30.

Статистика повреждений желчных протоков при ЛХЭ

- С внедрением ЛХЭ число повреждений желчных протоков (ПЖП) при ЛХЭ составляло 0,5-0,6%, что в 2,5 раза больше в сравнении с "открытым" операциями.

- В настоящее время частота этого осложнения составляет до 0,3-0,4% - Более 750.000 лапароскопических холецистэктомий в год в США.- В среднем - до 2250 травм желчных протоков в год в США

Значимость проблемы

Травма желчных протоков тяжелейшее осложнение

- Выполнение реконструктивных операций опытными хирургами в

крупных специализированных центрах

- Необходимость множественных операций и длительного этапного лечения

- Высокая стоимость лечения

- Инвалидизация пациентов

- " Легкое" отношение хирургов к лапароскопической холецистэктомии-считается "операцией для обучающихся".

- Слишком(!) тяжелые последствия лечения доброкачественного заболевания

- Проведение исследований по опеределению частоты осложнения, факторов риска и путей его минимизации.

**Ключевые слова:** ЖКБ , ЛХЭ, минимизация риска повреждения желчных протоков.

## THE CONCEPT OF REDUCING THE COMPLICATION OF THE BILIARY TRACT WITH LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

J.M.Qurbonov., D.A. Musoev., J.J. Qurbonov

Department of operative surgery and topographic anatomy (head of department c.m.s. Qurbonov J.M.) DC Avicenna TSMU

**Qurbonov Jurabek Muminovich**, the head of department of operative surgery and topographic anatomy Avicenna TSMU, kurbanov-may@mail.Ru?Тел.: 93-903-29-39.

**Musoev Dilorav Askarovich**, ass.of department of operative surgery and topographic anatomy Avicenna TSMU, mobile : 918-85-23-58.

**Qurbonov Jonibe kJurabekovich**, clinical resident of department of operative surgery and topographic anatomy Avicenna TSMU. mobile 988-55-30-30

With the introduction of laparoscopic cholecystectomy for the treatment of patients with cholelithiasis, new types of complications from 0.5-0.6% appeared, which are 3-4 times more than the operations provided by the traditional method. At the moment, the percentage of these complicated is 0.3-0.4%. In view of the increased complication of laparoscopic surgery in the surgical centers of the Republic of Tajikistan, there is a need to

adopt a safety concept. Damage to the biliary tract is one of the most difficult complications which recovery is carried out by leading specialists in the field of surgery.

This requires a multi-stage operation and a long rehabilitation period.

- high cost of operation; - disability of the patient

**Key words:** cholelithiasis, the complications of laparoscopic cholecystectomy.



1. Моҳияти ин муаммо дар он аст, ки чарроҳон муносибати "сабук" мекунанд, ки гуё амалиёти ХЭЛ барои омӯзонидан бошад.

2. Беҳад нуқсонҳои вазнини табобат дар беморони БСС ва маъҷубӣ оварда мерасонад. Бинобар ин қабули ягонаи фарҳанги холесист-эктомияи лапораскопии беҳатар заруратро ба миён меоварад. Ташхиси комплексӣ бо истифодаи таҷҳизотҳои ҳозиразамон ба 69 беморони гирифтори осебҳои гуногун ҳаҷми роҳҳои талхагузари берун аз ҷигарӣ, ки дар МТТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино ва МТТ "Вароруд"-и ш. Турсунзода мавриди таҳлил қарор дода шуд. Истифодаи ташхиси саривактӣ бо технологияи ҳозиразамон ва усули баргарафсозии онҳо барои беҳтар кардани муолиҷаи беморон имкон медиҳад. Истифодаи концепсияи пасткунии хатари осеби роҳҳои талхагузар имкон медиҳад, ки осебҳои холесист-эктомияи лапораскопӣ кам карда шаванд.

**Мақсади таҳқиқот:** Беҳтаркунонии натиҷаҳои орезаҳои роҳҳои талхагузарӣ дохили чарроҳӣ ва пас аз чарроҳӣ тавассути саривактӣ ташхис ва табобат.

**Омилҳои хатари осеби роҳҳои талхагузар:**

- Нуқсони инкишофёфтаи роҳҳои талхагузар.

- Тағйироти илтиҳобии талхадон, сохтори пайвандаки гепатодуоденалӣ.

- Дигаргуншавии скампӣ ва склерозӣ

- Синдроми Миризӣ

- Дармонии санг дар ҳосилаи Гартман.

- Дармонии санг дар найи талхагузар.

**Чарроҳии "хатарнок"**

- Нодуруст ташхискунонии талхадон.

- Нодуруст чудосозии бофтаҳои атрофии мавзеи гарданаки талхадон.

- Норасогии биниш.

- Клипсгузори кӯр - кӯрона.

- Коагулятсия аз ҳад зиёд.

Дар 97 % -и ҳолатҳо бинобар сабаби қабули норасогии биниш боиси осеби роҳҳои талхагузар мегардад.

Танҳо 3% ба малака ва дониши чарроҳ вобастагӣ дорад.

**Истифодаи воридкунии беҳатар бо мақсади дақиқ кардани тасвири анатомии мавзеи гарданаки талхадон.**

- Истифодаи дохили чарроҳӣ, манъи лаҳзавии амалиёт.

- Пеш аз клипсгузорӣ ва буриши сохторҳои маҷроҳӣ, такроран дақиқунонӣ зарурат дорад.

- Мувофиқати ҳамаи аъзоҳои чарроҳон дар вақти чудосозии маҷроҳҳои анатомӣ.

- Ҳамзамон муайян намудани эҳтимолияти ғайримуқаррарӣ дар ҳама ҳолат.

- Муайян намудани ҳафи баланд ва қабули ирода ба усули анҷоми амалиёт.

- Истифодаи усулҳои ҳозиразамон ва роҳнамоӣ ҳангоми мушкilotи чудосозӣ ва мушкilotи муайян намуда.

- маслиҳати ҳатмии чарроҳи дуҷуми таҷрибадор.

**Истифодаи усулҳои ҳозиразамон ва роҳнамоии чарроҳӣ**

- Истифодаи ТУС-лапораскопӣ.

- Истифодаи интиҳобии дохили чарроҳӣ, холангиография бо мақсади пастсозии оризаҳо дар ҳолати мушкilotи анатомӣ.

- Дарёфт ва муайянсозии саривактӣ осеби маҷроҳҳои талхагузар.

- Машварат ва ёрии дуҷуми чарроҳ, яъне бо истилоҳи дигар "як сар хуб, ду сар беҳтар".

- Нигоҳ аз берун, аз тарафи чарроҳи таҷрибадор, ки аз аъзои бригада набуда.

- Қабули нигоҳи беруна

**Нуқтаи назари амалии пешгирии осеби маҷроҳҳои талхагузар.**

- Равшавии техникаи камераи иҷозати баланд бо кунҷи оптикӣ 30-40%.

- Кашиши болоии танаи талхадон ва кашиши латералии ҳосилаи Гартман нисбат ба маҷрои умумии талхагузар.

- Муайян намудани қисмати болоии маҷрои умумии талхагузар бе чудосозии бофтаҳои атроф.

- Чудосозии қатъии гарданаки талхадон ва пайвасти маҷрои талхадон бо маҷрои умумии талхагузар.

- Истифодаи ками қувватнокӣ 20-40 Вт дар вақти коагулятсия.

- Расидани баландӣ дидани беҳатар пеш аз буридани маҷрои талхадон.

- Дар ҳолатҳои мушкilotи анатомӣ истифодаи ТУС ва холангио-графияи дохили чарроҳӣ.



### **Нуқтаи назари калбакӣ дар вақти қабули амалиёт**

- Дар вақти кашиши талхадон бояд до-нист, ки маҷрои талхадон пеш аз маҷрои умумии чигар ҷойгир мебошад ва гузариши паралелӣ дорад.

- Бе кашиши латералии ҳиссаи Гартман дар вақти чудосозии сохтори секунҷаи Ка-ломачрои умумии талхагузар дар якҷоягии маҷрои талха- гузар мегузарад.

### **Омилҳои амалии пешгирии осебҳои маҷроҳои дар вақти номумкин будан ба марҳилаи беҳатар.**

Такроран баҳогузори кардан ба сохтори мавзеи ҷарроҳишаванда "нигоҳ аз тарафи дигар".

Давом додани чудосозӣ аз танаи ҷойгаҳи талхадон

Марҳила ба марҳила истифодаи чудосозӣ ва раҳнамоӣ дар вақти ҷарроҳӣ.

Қарор қабулкунии усулҳои рақобатпа-зир барои ба итмом расонидани амалиёт, ба монанди холесистэктомия аз қаъри, холесистэктомия субтоталӣ ва гузариш бо усули анъанавӣ.

### **Хулоса**

Пешгирии осеби маҷроҳои талхагузар бояд мақсади асосии амалиёт бошад, бинобар зарурати гирифтани талхадон

-Холесистэктомияи лапораскопӣ амалиёти осон ва вазнин мебошад,

бинобарин дар вақти амалиёт фарганҳи безарарро доро дошта бошад

-ХЭЛ бояд аз тарафи ҷарроҳони пуртаҷрибае, ки аз мактаби ҷарроҳии анъанавӣ гузашта бошанд, амалӣ карда шавад.

- Аз ҳама беҳтар амалиёти ҷарроҳии холесистэктомияи лапораскопӣ бе осеби роҳҳои талхагузар бо дигар усул ба анҷом расонида шавад.

## **АДАБИЁТ**

1. Конверсии при видеолaparоскопическойхолесистэктомии / П.А. Иванов [и др.] // Эн-доскопическая хирургия. - 2007. - №3,
2. Комбинированное повреждение желчных протоков и сосудов при холесистэктомии: особенности клинического течения и хирургической тактики / М.Е. Ничитайло [и др.] // Клиническая хирургия. - 2011.
3. Карпенкова В.И. Осложнения лапароскопическойхолесистэктомии / В.И. Карпенкова Ю.И. Галлингер // XII-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: Сб. тезисов. - М., 2008.
4. К вопросу лечения ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей / В.В. Рыбачков [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2012.
5. Диагностика и лечение ранних билиарных осложнений после холесистэктомии / Н.А. Кузнецов [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2011/
6. Даминова Н.М. Программные лапароскопические санации лечения распространенного послеоперационного желчного перитонита. / Н.М. Даминова, К.М. Курбонов // Хирургия -Москва, 2009
7. Гальперин Э.И. "Свежие" повреждения желчных протоков / Э.И. Гальперин, А.Ю. Чевочкин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2010.

### **"СИНДРОМИ ПИКВИК" ДАР ЗАНҲОИ 54-СОЛА: ҲОДОТҲОИ КЛИНИКӢ**

**С.Х. Асадуллоев, С.А. Бадалова, Н.А. Садуллоева, З.Б. Бобоходжаева, М.А. Норова**  
Кафедраи бемориҳои дарунии №1 (мудири кафедра д.и.т., Ш.Ф.Одинаев)-и МДТ "До-нишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", МСШ №11

*Асадуллоев Самад Ҳидоятович, д.и.т, профессори кафедраи бемориҳои дарунии №1, тел.: 907978016.*

*Бадалова Сайёра Ашуровна, н.и.т., дотенти кафедраи бемориҳои дарунии №1, тел.: 918831764.*



**Садуллоева Насиба Ахроровна**, ассистент кафедры бемориҳои дарунии №1, mail: 19.10@mail.ru, тел.: 918615561

**Бобоходжаева Замира Бадриддиновна**, ассистент кафедры бемориҳои дарунии №1, тел.: 918672737

**Норова Мадина Амоновна**, табиби оилавии МСШ №11, тел.: 917 16 26 68

Дар мақолаи мазкур ҳолатҳои тавсифи шудаанд, ки дар онҳо дар занҳои 54-сола дар заминаи фарбеҳӣ нафастангӣ ва дар натиҷаи он гиповентилятсия ба амал омадааст. Вазнинии бемории ин гурӯҳи беморонро ба инобат гирифта, таъобати саривақтӣ ва мақсадноки онҳо зарур аст,

зеро ин категорияи беморон беморони вазнин ба ҳисоб мераванд ва мумкин аст, ки дар заминаи он оризаҳо пайдо шаванд ва ба оқибати марговар оварда расонанд.

**Калимаҳои калидӣ:** гиповентилятсия, фарбеҳӣ, нафастангӣ.

### "ПИКВИКСКИЙ СИНДРОМ" У 54-ЛЕТНЕЙ ЖЕНЩИНЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

**С.Х. Асадуллоев, С.А. Бадалова, Н.А. Садуллоева, З.Б. Бобоходжаева, М.А. Норова**

Кафедра внутренних болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино и ГЦЗ №11

**Асадуллоев Самад Хидоятovich**, д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино, тел.: 907978016.

**Бадалова Сайёра Ашуровна**, к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино, тел.: 918831764.

**Садуллоева Насиба Ахроровна**, ассистент кафедры внутренних болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино, mail: 19.10@mail.ru, тел.: 918615561

**Бобоходжаева Замира Бадриддиновна**, ассистент кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибн Сино, тел.: 918672737

**Норова Мадина Амоновна**, семейный врач в ГЦЗ №11, тел.: 917162668

В статье описан случай, при котором у женщины 54 лет на фоне ожирения развилась одышка, с последующей гиповентиляцией. Учитывая тяжесть заболевания данных больных необходимо своевременно и целенаправленно лечить их, т.к. та-

кая категория больных считается тяжелой и на фоне этого могут развиваться осложнения и приводить к смертельному исходу.

**Ключевые слова:** гиповентиляция, ожирение, одышка

### "PICVIQ SYNDROME" OF 54-YEARS OLD WOMAN. CLINICAL CASE.

**S.H. Asadulloev, S.A. Badalova, N.A. Sadulloeva, Z.B. Bobokhodzhaeva, M.A. Norova**

Department of Internal Diseases №1 of Tajik State Medical University named after Avicenna, The City Health Center

**Asadulloev Samad Hidoyatovich**, professor of the Department of Internal Medicine No. 1 of the Tajik State Medical University named after Avicenna, tel.: 907978016.

**Badalova Sayora Ashurovna**, Ph.D., associate professor of the Department of Internal Medicine No. 1 of the Tajik State Medical University named after Avicenna, tel.: 918831764.

**Sadulloeva Nasiba Akhrorovna**, senior laboratory assistant of the Department of Internal Medicine No. 1 of the Tajik State Medical University named after Avicenna, E-mail: 19.10@mail.ru, tel.: 918615561





*Bobokhodjaeva Zamira Badriddinovna, assistant of the Department of Internal Medicine No. 1 of the Tajik State Medical University named after Avicenna, tel.:*

*Norova Madina Amonovna, family doctor in the City Health Center №11, tel.: 917162668*

The article describes the case in which 54 years old woman with obesity developed shortness of breath followed by hypoventilation. Considering the severity of the disease data patients need to be

**Мубрамӣ.** Заминаҳои паҳн гаштани синдроми Пиквик дар он аст, ки теъдоди торафт бештари одамони сайёра дар ҳазорсолаи нав аз фарбеҳӣ азият мекашанд. Ҳамчунин беморӣ кам ташхис мешавад, аз ин рӯ қисми бештари беморон ёрии лозимаи тиббӣ намегиранд.

Маълумоти дақиқи эпидемиологӣ дар хусуси паҳншавии синдроми фарбеҳӣ- гиповентилятсияро дар адабиёт пайдо накардем, аммо ба як қатор нишонаҳои бавосита, аз қабилӣ шумораи беморони дорой синдроми Пиквик дар байни беморони таҳқиқшаванда бо апноэи обструктивии хоб ва баъзеи дигар тақия намуда, ба хулосае омадан мумкин аст, ки шумораи умумии ин гуна беморон 1% аз миқдори умумии аҳолиро ташкил медиҳад. Аммо агар гурӯҳҳои ҷудоғонаи махсусро баррасӣ намоём, мебинем, ки вентилятсияи музмин дар сеяки беморони гирифтор ба фарбеҳии ифодаёфта инкишоф меёбад ва яке аз сабабҳои асосии гиперкапнияи музмин миёни беморони дар беморхона бистаришуда мебошад. Ин синдроми фарбеҳӣ-гиповентилятсияро ба масъалаи рӯзмарраи клиникавӣ табдил медиҳад.

Сабабҳои сатҳи баланди маргумир ҳангоми синдроми Пиквик аз нафас мондан дар хоб, тағйироти патологӣ дилу шушҳо мебошад ва метавонад бидуни табобат то ба 70% расад. Дар сурати то сатҳи кофӣ паст кардани вазн ва иҷро намудани ҳамаи тавсияҳо ояндабинӣ мусоид аст.

Беморӣ якчанд ном дорад, ки баробар истеъмом мешаванд: синдроми Ҷо, синдроми дилу шушии беморони гирифтор ба фарбеҳӣ, синдроми фарбеҳӣ-гиповентилятсия.

Бо вучуди он ки мувофиқи маълумоти ТУТ барои соли 2016 тақрибан 1,9 миллиард одам дар синни то 18-сола (беш аз чоряки аҳолии замин) вазни барзиёд доранд, син-

treated promptly and purposefully, because such the category of patients is considered severe and may develop complications and death.

**Keywords:** hypoventilation, obesity, dyspnea

дроми Пиквик на дар ҳар кадоми онҳо инкишоф меёбад. Ба ҳар минвол, "синдроми Пиквик" марговар аст ва ба оқибати фоҷеавӣ дар синни нисбатан ҷавон дар натиҷаи норасоии нафас мерасонад.

Боз як махсусияти он майли назарраси гендерии синдром сӯйи ҷинси мард мебошад. Ин ҷиҳат ҳодисаи ба Муассисаи давлатии Маркази шахрии клиникавии №2-и Душанбе бо "синдроми Пиквик" омадани беморро боз ҳам мароқовартар мегардонад.

Ҳодисаи клиникавӣ. Бемор А. З., 54-сола, бо шикоятҳои зерин оварда шуд: апноэи шабона, сатҳи баланди хоболудии рӯзона, сианозии рӯй ва андомҳои боло дар вақти хоб, дардҳои сари пагоҳирӯзӣ, нафасгардоншавӣ ҳангоми сарбории ҷисмонӣ, болоравии фишори шарёнӣ, сатҳи баланди хасташавӣ.

Аз анамнези бемор: дар давоми якчанд сол фишорбаландии шарёнӣ қайд мегардад, рақамҳои худуди аз 140/80 то 210/150 миллиметри сутуни симобӣ тағйир меёбанд. Бемор қаблан дар ягон ҷо муоина нашудааст, доруҳои гипотензивиро мунтазам истеъмом намекардааст, гоҳ-гоҳ Энап (5 мг) истеъмом мекард. Сабаби ба беморхона хобондани бемор апноэи шабона, хоболудии баланди рӯзона, сианозии рӯй ва андомҳои болои ҳангоми хоб, дардҳои сари пагоҳирӯзӣ буданд.

**Муоина.** Нишондиҳандаҳои бемор - қомати паст (155 см), гардани ғафси кӯтоҳ, 121 кг вазн - ба фарбеҳии баръало ифодаёфта мувофиқанд. Гиреҳҳои лимфатикӣ ламс намешаванд. Навъи абдоминалии фарбеҳӣ, сианозии рӯй ва андомҳои болои ҳангоми хоб, басомади нафас - 24-30 адад дар як дақиқа, сатуратсияи хун - 86%. Иттилоҳои пасти перкуссияи шушҳо ба сабаби қабати баланди насчи таҳтипӯстии равшанӣ қайд мешуд. Нафас дар шубаҳои поинӣ аз ҳисоби мавқеи



баланди диафрагма суст аст. Сарҳадҳои дил муайян карда намешаванд. Садоҳои дил гирифта, муназзам ҳастанд. Басомади кашиш-хӯриҳои дил - 86 маротиба дар як дақиқа. Фишори шарёнӣ (ФШ) - 140/90 мм сутуни симобӣ. Шикам барои ламс дастрас нест. Мустақилона пешоб мекунад.

Ҳангоми гузарондани ЭКГ назми синусшакл, гипертрофияи миокарди меъдачаи чап мушоҳида мегардад. Дар ЭхоКГ фраксияи партоб (ФП) - 60%. Гипертрофияи хурди меъдачаи чап. Васеъшавии меъдачаи рост, регургитатсия дар марҳ. II-III. Клапани трикуспидалий. Фишор дар меъдачаи рост - 80 мм с.с. (гипертензияи шуш). ТУС-и узвҳои даруни шикам аз сабаби вазни барзиёд ва ҳолати маҷбурии бадан иттилоънок нест. Дар ковокиҳои плевралӣ моеъ нест. Дар рентгенограммаи қафаси сина манзараи бронхити музмин ва кардиомегалия мушоҳида мегардид. Допплерографияи рағҳои гардан: атеросклерози шарёни умумии ҳоб то 40% аз чап. Ҳангоми таҳқиқи функсияи нафаси беруна (ФВД) манзараи норасоии нафаси мувофиқ ба навъи омехтаре мебинем.

Таҳлили клиникавии хун: афзоиши шумораи эритроцитҳо; болоравии гемоглобин. Таҳлили биохимиявии хун - гиперлипидемия, гиперхолестеринемия, баланд шудани фаъолияти лахтбандии хун (ММБ (МНО), протромбин).

Баъди муоинаи баргузоршуда ва машварати невропатолог, пульмонолог, кардиолог,

реаниматолог чунин ташхис гузошта шуд: фарбеҳшавии дараҷаи III, синдроми Пиквик. Бемории ҳамроҳ: бемории гипертонии дараҷаи II, хавфи 4. Оризаҳо: норасоии нафаси дараҷаи II-III. Дили шушӣ. Гипертензияи шушии дараҷаи II.

Таботати зайл мегирифт: оксигендармонӣ, доруҳои пешоброн, гипотензӣ, антиагрегантҳо, ингибиторҳои ФДЭ 5, гликозидҳои қалбӣ, ноотропҳо, анаболикҳо, статинҳо.

Пас аз андак беҳ шудани аҳвол, бемор бо хохиши хешовандон ва дар асоси имзои духтараш, дар рӯзи чоруми баъди бистаришавӣ бо тавсияҳои зерин ба хона ҷавоб дода шуд: мушоҳидаи кардиолог, парҳез бо маҳдудкунии равшанҳои ҳайвонот ва намак (то 3г/шабонарӯз); тақсими баробари сарбории ҷисмонӣ дар давоми рӯз (меҳнат, истирохат); Энап, 10 мг, рӯзе 1 қарат (назорати ФШ); оксигенатори дастии тиббӣ барои истифода дар хона.

**Хулоса.** Ҳангоми дучоршавӣ ба бемории мазкур дар таҷрибаи клиникавӣ ҳолати ингуна беморонро ҳамчун вазнин арзёбӣ кардан, ба нигоҳубину таботати онҳо бо таваччуҳи хоса муносибат намудан зарур аст, зеро хавфи оризаҳои вазнин ва марги нобахангом хеле қалон аст.

Ҳадафи мақолаи мо ошно кардани пиизишки амалкунанда бо ҳодисаи клиникавӣ ба хоҳири дуруст гузоштани ташхис буд.

## АДАБИЁТ

1. Masa J. F. et al. Efficacy of different treatment alternatives for obesity hypoventilation syndrome. Pickwick study // American journal of respiratory and critical care medicine. - 2015. - Т. 192. - №. 1. - P. 86-95;
2. Mokhlesi B. et al. Obesity-hypoventilation syndrome // Principles and practice of sleep medicine, 6th ed. Elsevier. - 2017. - P. 1189-1199;
3. Masa J. F. et al. Obesity hypoventilation syndrome // European Respiratory Review. - 2019. - Т. 28. - №. 151. - С. 187.
4. Круглякова Л. В. Парный случай синдрома Пиквика у женщин-медицинская казуистика // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. - 2019. - №. 72. - С. 80 - 84;
5. Габинский Я. Л. и др. Случай летального исхода от осложнений прогрессирующего синдрома Пиквика // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2018. - Т. 6. - №. 8. - С. 81-87.
6. Алексеева О. В. и др. Применение современных методов функциональной диагностики с целью подтверждения синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ сна у пациента с синдромом Пиквика // Медицинский алфавит. - 2017. - Т. 1. - №. 14. - С. 28-31.

**УСУЛҲОИ МУОЛИЧАИ АБСЕССИ ЧИГАР****(шарҳи адабиёт)****Фарзонаи Иброҳим, Назаров Ш.Қ., Али-Заде С.Ғ. Шамсуллозода Ш. Н.**

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

**Фарзонаи Иброҳим** - докторанти PhD кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1. Тел.: 550555599  
E-mail: napona1991@mail.ru

**Назаров Шохин Кувватович** - д.и.т., профессор, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1. Тел.: 935882636. E-mail: shohin67@mail.ru

**Али-Заде Сухроб Ғаффорович** - н.и.т. ассистенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1. Тел.: 928217755. E-mail: suhrob\_a@mail.ru

**Шамсуллозода Шерхон Нуралӣ** - аспиранти кафедраи ҷарроҳии умумии №2. Тел.: 918793030 E-mail: yftakov@mail.ru

Дар мақолаи мазкур ҷанбаҳои асосии усулҳои муосири ташхис ва табобати думмалҳои ҷигар баррасӣ шудааст. Ба ақидаи аксари бештари муаллифони имрӯза усулҳои асосии ташхиси думмалҳои (абсцессҳои) ҷигар ТУС (Таҳқиқоти ултрасадоӣ) ва томографии компютерӣ ба ҳисоб мераванд. Бо шарофати истифодаи ин усулҳо

протсесси ташхис хеле беҳтар гаштааст, дар байни беморони гирифтори думмали ҷигар вазни ҳолиси думмалҳои беориза меафзояд. Тактикаи табобати думмалҳои ҷигар аз бисёр ҷиҳатҳо аз шакл, миқдор, андоза, ҷойгиршавии думмалҳои ҷигар вобаста аст, назар ба ооризаҳо ва бемориҳои ҳамроҳшуда.

**МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ****(обзор литературы)****Фарзонаи Иброҳим, Назаров Ш.Қ., Али-Заде С.Ғ. Шамсуллозода Ш. Н.**

Кафедраи хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Фарзонаи Иброҳим** - докторант PhD кафедры хирургических болезней №1. Тел.: 550555599  
E-mail: napona1991@mail.ru

**Назаров Шохин Кувватович** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1. Тел.: 935882636. E-mail: shohin67@mail.ru

**Али-Заде Сухроб Ғаффорович** - к.м.н. ассистент кафедры хирургических болезней №1. Тел.: 928217755. E-mail: suhrob\_a@mail.ru

**Шамсуллозода Шерхон Нуралӣ**, аспирант кафедры обшей хирургии №2. Тел.: 918793030  
E-mail: yftakov@mail.ru

В данной обзорной статье приведены основные аспекты современных методов диагностики и лечения больных с абсцессами печени. По мнению большинства современных авторов, основными методами диагностики абсцессов печени являются УЗИ и компьютерная томография. Благодаря использованию этих методов диагностический процесс значительно оптимизировался, среди выявляемых больных с абсцессом печени возрастает удельный вес неосложненных абсцессов. Тактика лечения абсцессов печени зависит не столько от их формы, количества, размеров, локализации абсцессов печени, сколько от наличия осложнения и сопутствующей патологии.



## TREATMENT METHODS OF LIVER ABCESS

(literature review)

Farzonai Ibrohim, Nazarov Sh.K., Ali Zade S.G. SHamsullozoda Sh. N.

Department of Surgical Diseases №1 ATSMU

**Farzonai Ibrohim** - PhD candidate of the Department of Surgical Diseases No.1. Phone: 550555599  
E-mail: nanona1991@mail.ru

**Nazarov Shohin Kuvvatovich** - MD, professor, Head of the Department of Surgical Diseases №1.  
Phone: 935882636. E-mail: shohin67@mail.ru

**Ali-Zade Suhrob Gaffarovich** - candidate of medical sciences, assistant of the department of surgical diseases №1. Phone: 928217755. E-mail: suhrob\_a@mail.ru

**SHamsullozoda Sherkhon Nurali**- graduate student of the Department of General Surgery No. 2.  
Тел.: 918793030 E-mail: yftakov@mail.ru

This review article describes the main aspects of modern methods of diagnosis and treatment of patients with liver abscesses. According to most modern authors, the main methods for diagnosing liver abscesses are ultrasound and CT. Due to the use of these methods, the diagnostic process has been

significantly optimized; among the distinguished patients with liver abscesses increases. The tactics of treating a liver abscesses depends not so much on their shape, quantity, size, localization of liver abscesses, but on the presence of complications and associated pathologies.

**Муҳиммият.** Абсесси чигар (АЧ) - чамъшавии маҳдуди фасод дар паренхемии чигар бо ҷой доштани мавзеи обшавии литикии бофтаҳо дар марказ, ки дар натиҷаи воридшавии микрофлора ё паразитҳо ба амал меояд [1]. АЧ бемории вазнини полиэтиологӣ буда, басомади он дар бемористонҳои ҷарроҳӣ тамоюл ба афзуншавӣ дорад [2]. Ҳамасола аз шумори беморони мавзеи гепатобилиарӣ аз 0,5 то 2-3% бо иллатҳои фасодии чигар бистарӣ карда мешаванд. Тибқи нишондоди аксарияти муҳаққиқон [3-6], басомади фавт хангоми абсесҳои микробӣ зиёд буда, аз 20 то 30 %-ро ташкил медиҳад. Хангоми муолиҷаи АЧ амёбагӣ ва описторхозӣ таносубан 26 ва 15,5% фавт ба қайд гирифта шудааст. Басомади фавт хангоми АЧ бисёргона дар таносуби ягона зиёд буда, тибқи нишондоди бархе аз муаллифон аз 50-80% мебошад [6]. Аломатҳои клиникии иллатҳои фасодии чигар: дард дар зеркабқабургаи рост, баландшавии ҳарорати бадан, калоншавии андозаҳои чигар, аҳён-аҳён зардшавӣ (алалхусус хангоми абсесҳои калонҳаҷм), ҳамчунин аворизи тромбози варици воридии чигар ва ҳамчун натиҷаи гипертензияи порталӣ (астсит ва спленомегалия) мебошанд [1]. Равиши беало-

мати АЧ холангиогенӣ дар 30% ҳолатҳо ба мушоҳида мерасад. Дар марҳалаи ҳозира АЧ чунин тасниф карда мешаванд:

### Аз рӯи этиология:

- 1) холангиогенӣ - дар натиҷаи паҳн шудани сироят тавассути роҳҳои сафрогузар;
- 2) абсцесҳои чигар ҳамчун аворизи бемориҳои фасодии узвҳои дохилӣ;
- 3) абсесҳои пасазосебии чигар дар натиҷаи фасоднок шудани гематомаҳои дохиличигарӣ пас аз осеб;
- 4) абсесҳои чигар, ки аворизи сироятнокшавии паразитарии узв мебошанд (амебиаз, алвеококкоз, описторхоз ва ғайра);
- 5) абсесҳои чигар, ки дар натиҷаи бо роҳи гематогенӣ сироятнок шудани чигар хангоми сепсис ба амал меоянд;
- 6) абсесҳои криптогенӣ чигар, ки омилашон маълум нест.

Аз рӯи миқдор: ягона ва якчанддона.

Аз рӯи мавқеъ дар таносуби ҳиссаҳои чигар: абсесҳои ҳиссаи рост, ҳиссаи чап, ҳарду ҳисса.

Аз рӯи ҷойгиршавӣ дар таносуби сатҳи чигар: паренхематозӣ-субкапсулярӣ (бештар аз 50% ҳолатҳо), субкапсулярӣ, интрапаренхиматозӣ [7].



Омили бемориҳои фасодии чигар мухталиф мебошанд. Дар марҳалаи то истифодаи доруҳои антибактериалӣ бештар абсесҳои пилефлебителии чигар, ки омилашон намудҳои беструктиви аппендитсит буд, ба мушоҳида мерасиданд [8]. Соли 1926 г. Мақола оид ба АЧ пилефлебителикӣ дар бемори дивертикулити рӯдаи гафс ба таъб расидааст. Бинобар истифодаи мукаммали антибиотикҳо ва дастовардҳо дар муолиҷаи бемориҳои илтиҳобию фасодноки ковокии шикам басомади мубталошавӣ ба АЧ пилефлебителикӣ комилан паст карда шудааст [2].

Аз соли 1950 баландшавии басомади абсесҳои холангиогенӣ ба мушоҳида мерасад ва дар марҳалаи имрӯза онҳо гурӯҳи асосиро ташкил намуда, басомадашон аз 37 до 55% мебошад. Аз ҷумлаи омилҳои хавфи ин беморӣ тангшавии скаррии роҳҳои сафрогузар, ҳоледоходолитиаз ва ҷой доштани ҳоледоходуоденоанастомоз маҳсуб меёбанд [1]. Дар оғози асри XIX оид ба мавҷуд будани АЧ амёбавӣ ақида пешниҳод гардидааст. Соли 1890 бори аввал аз фасодхалта ва наҷосати як бемор амёба кишт карда шудааст. Абсесҳои чигари ҳамчун аворизи бемориҳои фасодии узвҳои даруна 30%-ро ташкил медиҳанд.

Дар марҳалаи ҳозира аз шумори онҳо аз ҳама паҳнғаштатаринашон АЧ паравезикалӣ ҳангоми холесиситити шадиди сангдор (12,1%) ба шумор меравад.

Абсесси пас аз осебии чигар- ҳолати ҷой доштани ковокии фасодӣ дар чигар бинобар иллатнокшавии осебӣ (7,3-15% фасоднокшавӣ) мебошад. Ташаккули абсесҳои пас аз осебии чигар аз иллатнокшавии сохторҳои рағӣ ва билиарии қишри он аз некрози билиарӣ мебошад [1]. 80-90% бемориҳои паразитарии сокинони мамолики Осиё, Африқо, Америкаи Ҷанубиро намуди амёбии АЧ ташкил медиҳад, ки аз хусусиятҳои эпидимиологӣ ва маданияи онҳо (баланд будани ҳарорати миёнаи солони иқлим, истеъмоли оби ноҷӯшонидаи нӯшидани, паст будани сатҳи зиндагӣ) вобаста мебошад [9, 10]. Сепсис ҳамчун омил АЧ 10% ташкил медиҳад ва дар 18% ҳолатҳо АЧ криптогенӣ ба мушоҳида мерасад [8]. Таърихи ташхис ва муолиҷаи АЧ

ҳиссаи муайяни чигар шартан ба 2 марҳала: якум-кушодан ва захбуркунӣ ва марҳалаи дуюм пунксия ва муолиҷаи абсесҳо дар зери назорати ташхиси ултрасадоӣ (ТУС) ё томографияи компютерӣ (ТК) бо истифодаи усули зерипӯстии тавассутичигарӣ тақсим намудан мумкин аст. То соли 1980 усули асосии муолиҷаи фасодхалтаҳои чигар кушода захбуркунии ковокии абсес тавассути амалиёти ҷарроҳӣ маҳсуб меёфт. Соли 1938 бори аввал дар амалияи ҷарроҳӣ гурӯҳи беморони мубталои АЧ, ки ба онҳо захбуркунии ковокии фасодхалта тавассути ҷарроҳӣ гузаронида шуда буд, ба қайд гирифта шудааст. Тадқиқот дар 47 нафар беморон гузаронида шуда, 67% онҳо комилан шифо ёфтаанд. Беморон, асосан, аз ҷаъолшавӣ ва аворизи протесси фасодӣ ва набудани муолиҷаи антибактериалӣ мефавтидан ва пайдо шудани муолиҷаи антибактериалӣ асоси муолиҷаи муосири АЧ-ро дар ҳамҷоягӣ бо захбуркунии ҷарроҳӣ ташкил дод [6, 11, 12].

Маълумоти нахустин оид ба муолиҷаи миниинвазивии АЧ соли 1953 аз ҷониби А. J. S. McFadzean ва ҳаммуалифон пешниҳод карда шудааст. Онҳо оид гуруҳи иборат аз 14 бемор, ки ба онҳо захбуркунии зерипӯстии АЧ гузаронида шудааст, маълумот пешниҳод намуданд. Дар ин гуруҳи беморон фавт ба мушоҳида намерасид. Новобаста ба ин, захбуркунии зерипӯстӣ танҳо пас аз соли 1980, ки маълумотҳои мукамал оид ба комилан ба роҳ мондани ин усул пешниҳод гардиданд, мавриди истифодаи умум қарор гирифт.

Ҷорӣ намудани усулҳои ТУС (ИМА солҳои 1960) ва ТК (солҳои 1970) на танҳо омил ташаккули ташхис ва муолиҷаи АЧ гардид, балки ин усулҳои маъмулро бинобар комилан истифода бурдани роҳҳои пӯшидаи як ва бисёрқатараи пунксия ва захбуркунии абсесҳо дар зери назорати ТУС ва КТ тағир дод [12]. Дар марҳалаи имрӯза пас аз гузоштани ташхиси АЧ муолиҷаи он бо комбинатсияи антибиотикҳо оғоз гардида, пас аз он коррексияи антибиотикҳо бо назардошти таъсирашон ба микрофлора гузаронида мешавад. Гоҳ-гоҳ барои муолиҷаи АЧ танҳо истифодаи консервативии





антибиотикҳо бе муолиҷаи ҷарроҳӣ басанда мебошад. Истифодаи ин усул ҳангоми андозаи то 30мм будани фасодхалта асоснок мебошад. Асосан, ин намуд абсесҳо холангиогенӣ буда, таъин намудани антибиотикҳо бо барқарор намудани гузариши роҳҳои сафрогузар муштарак истифода бурда мешавад [6].

Ҳангоми ташхисгузори абсесҳои амёбавӣ таъин намудани антибиотикҳои гурӯҳи имидазол (Метронидазол) ва инвазияи кирмӣ ҳамчунин ба муолиҷа Албендазол ё Мебендазол илова карда мешавад.

Ҳангоми ҷой доштани андозаи илтиҳобии бештар аз 30 мм амалиёти ҷарроҳӣ мувофиқи мақсад мебошад. Дар ин ҳолатҳо 2 гурӯҳи амалҳои ҷарроҳӣ: усулҳои зерипӯсти ва амалиётҳои ҷарроҳии кушода истифода бурда мешавад.

Дар марҳалаи ташаккули имрӯзаи муолиҷаи АҶ амалиётҳои миниинвазивӣ дар зерин назорати ТУС ва ТК усулҳои асосии муолиҷа маҳсуб меёбанд. Бартарияти ин усулҳо аз он иборат мебошад, ки онҳо нисбатан камосеб, беҳавф, барои беморони ҳароб қобили қабул ва бе зарурияти истифодаи беҳисгардонӣ сурат мегиранд. Истифодаи технологияҳои каминвазивӣ басомеди сироятнокшавии ковокии шикам, фасоднокшавии ҷароҳатро кам ва мубталошавӣ ба бемории скарӣ (часпиш) ва ғайраро кам менамояд [12, 13]. Усулҳои тавассутипӯстии муолиҷаи АҶ ҳангоми бартаррафкунии мавзеи нахустин (бартаррафкунии холесистити шадид, холангит ва ғ.) ва ҷой надоштани ҷавфҳо дар ковокӣ қобили қабул мебошанд. Пунксияҳо ҳангоми фасодхалтаҳои то 80 мм, захбуркунӣ то 120 мм самаранок мебошанд [3]. Ҳангоми гузаронидани пунксияи АҶ дар зерин назорати ТУС ё ТК бе захбуркунӣ аспириатсияи ковокии абсес ба амал оварда шуда, ковокии он бо маҳлули антисептик шуста мешавад. Пунксияи такрорӣ ҳангоми нигоҳ дошта шудани фасодхалтаҳо ва аломатҳои беморӣ пас аз 2-3 рӯз пас аз амал гузаронида мешавад [14]. Агар андозаи АҶ калонтар аз 80 мм бошад, пунксияи абсес бо захбуркунӣ амалӣ карда мешавад. Дар ин ҳолатҳо терезаи акустиқии беҳавф,

ки дар он рағҳои хунгузари калон ва роҳҳои сафрогузар нестанд, интиҳоб карда мешавад. Интиҳоби кӯтоҳ қобили қабул намебошад. Ҳангоми чуқур ҷойгиршавии фасодхалта дар ҷигар ва ҳамбастагии он бо сохторҳои муҳими анатомӣ (рағҳои калон) захбурҳои намуди "Pigtail" ("думи хук") истифода бурда мешавад. Асбоби "Pigtail" катетери тамизгардонидашудаи борику дароз буда, дар охираш намуди думи хукуро мегирад, ки аз ин ҷо чунин номгузорӣ карда шудааст [14]. Ба беморон ҳамарӯза ТУС барои назорати редуксияи абсес гузаронида мешавад. Ҳангоми захбуркунии абсес санатсияи ҳамарӯзаи он бо маҳлули антисептик ва антибиотик 1 маротиба дар шабонарӯз гузаронида мешавад. Ба меъёр даромадани ҳарорати бадан, таҳлилҳои клиникалии хун, набудани тарашшуҳот аз дренаж ва кашида шудани ковокии абсес нишондод барои гирифтани дренаж маҳсуб меёбад [2]. Давомнокии миёнаи захбуркунии АҶ  $15,1 \pm 5,4$  шабонарӯз мебошад [14]. Ҳангоми фасодхалтаҳои бештар аз 120 мм, ҷой доштани ҷавфҳо, иллатнокшавии ҳиссаи калон лапоратомия, сататсия ва захбуркунӣ гузаронида мешавад [3]. Ҳангоми ҷойгиршавии дар сатҳи вистсералии ҷигар буришҳои абдоминалии Фёдоров, Кохер ва лапоратомияи болоиюмиёнагӣ истифода бурда мешавад. Амалиёти ҷарроҳӣ бо аз пунксияи ковокии абсес, эвакуатсияи эксудат, кушодан ва санатсия бо маҳлули антисептик ва захбуркунӣ иборат мебошад. Дар давраи пас аз амалиёти ҷарроҳӣ шустани речавии ковокии он бо маҳлули антисептикҳо гузаронида мешавад [7].

Абсесҳои калони музмин бо пардаи ғафси чандир гурӯҳи маҳсусро ташкил медиҳанд, алалхусус агар онҳо аворизи дигар иллатҳои мавзегии ҷигар (алвеококкоз, эхинококкози ҷигар, омосҳои нексиришт ва бадсиришт) бошанд. Ҳангоми ин беморихо амалиёти ҷарроҳии резексияи радикалии ҷигар бо назардошти пешгирии ретседив гузаронида мешавад, лекин гузаронида ин қабил амалиёти ҷарроҳӣ на ҳама вақт имконпазир мебошад. Ҳангоми паҳн гардида ни протсесси патологӣ ба сохторҳои анато-



мии муҳим (сохторҳои даҳанаи чигар, *vena cava inferior* ва ғайра) бештар мавзеи патологӣ бурида шуда, безарар гардонидани мавзеи боқимонда мувофиқи мақсад мебошад.

Дар марҳалаи ҳозира бештар аз усулҳои зерин истифода бурда мешавад:

Электрокоагулятсия. Электрокоагулятор барои хориҷ намудани нерӯи басомадаш баланди электрикӣ хизмат мекунад ва ҳангоми расиши он якбора бухор шудани моеи дохилиҳуҷайравӣ дар ҷои расиши электрод бо бофта ба амал меояд [15]. Ҳамчунин, таъсири манфии электрокоагулятсия ҷой дорад, аз ҷумла скарӣ сӯхтагӣ (некроз), ки он метавонад ҷудо шуда омили хунравӣ ва сӯхтагии дохилӣ гардад (бинобар гузаштани барқ тавассути организм), пайдо шудани изи дурушт ва протсессии скарӣ дар давраи пас аз амалиёти ҷарроҳӣ [16].

Криодеструктсия. аз оғози асри ХХ криоҷарроҳӣ бомаром ба пеш меравад, ки дар он ба сифати хунуккунанда фреонҳо, кислотаи карбонати дурушт ва нитрогени моеъ истифода бурда мешавад. Дар ташаккули криоҷарроҳӣ хизмати профессор Б. И. Альперович ва ҳамкоронаш назаррас мебошад. Онҳо усули якбора ҷудо намудани бофтаҳо ва криотаъсирро пешниҳод намуданд. Б. И. Альперович ин дастгоҳро дар муддати 30 соли охир истифода бурда, тавассути он бештар аз 300 амалиёти ҷарроҳиро ҳангоми иллатҳои гуногуни чигар амалӣ намудааст [9, 10].

Деструкция зардобӣ. Зардоб омехтаи электронҳо, ионҳо ва ҳиссаҷаҳои нейтралӣ мебошад. Ҳарорати "зардоби гуногунвазн" ("зардоби хунуккардашуда") бинобар нерӯи ками ҳиссаҷаҳои фаъол камтар аз 45 °С мебошад. Самараи мусбӣ муолиҷавии он аз ҷой доштани O<sub>3</sub>, NO, HO, H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, оксигени атомарӣ ва ғ. иборат мебошад. Ҳиссаҷаҳои фаъоли зардоб бинобар оксидшавии пероксидии липидҳо хосияти бактерисидӣ доранд [17]. Натиҷаҳои назаррас аз муолиҷаи он ҳангоми муолиҷаи эмпиемаи плевра, бронхит ва плеврити омилаш сили ба қайд гирифта шулааст [18]. Ҳамчунин, самараи мусбӣ ҳангоми муолиҷаи захмҳои фасоднок

пас аз секвестрэктомия, остеомиелит ва ғ. ба мушоҳида мерасад.

"Зардоби гуногунвазн" ҳамчунин дар амалияи стоматология бо таъсири гемостатикӣ ва антибактериалӣ истифода бурда мешавад. Тибқи нишондоди бархе аз муаллифон [17, 19] "зардоби хунук" ба ҳуҷайраҳои омосӣ таъсир мерасонад ва *in vitro* ташаккули апоптоз қайд карда шудааст. Қобилияти беҳтаркунии барқароршавии "зардоби хунук" тавассути тамизкунии фаъол ва коагулятсияро низ бархе аз муаллифон қайд менамоянд [19]. Яке аз самараҳои мусбӣ "зардоби хунук" набудани скарӣ пас аз сӯхтан пас аз таъсир ба бофтаҳои гирду атроф мебошад, ки басомади аворизи пас аз амалиёти ҷарроҳиро кам намуда, ба ҷараёни регенерасия таъсири манфӣ намерасонад.

Ҳамин тариқ, муолиҷаи беморони АҚ мухталиф мебошад. Агар андозаи абсессҳо то 15-20 мм бошад, муолиҷаи консерватии онҳо бо антибиотикҳо қобили қабул мебошад. Ҳангоми андозаи то 80 мм пунксия дар зери назорати ТУС ва истифодаи муолиҷаи антибактериалӣ ва зиддиилтиҳобӣ мувофиқи мақсад мебошад. Ҳангоми фасодхалтаҳои андозаашон 80-120 мм пас аз гузаронидани пунксияи тавассутипӯстии абсесс гузоштани дренаж дар ковокии он барои санатсияи ҳамарӯза гузаронида мешавад.

Резексияи чигар ҳангоми абсессҳои зиёд дар як мавзеи анатомӣ, ҳамчунин абсессҳои, ки ҳамаи мавзеи анатомиро фаро гирифтаанд, гузаронида мешавад [20]. Ҳангоми ҷой доштани абсессҳои калонҳаҷм бо пардаи ғафси чандир, алалхусус агар онҳо аворизи дигар бемориҳои мавзеи (алвеококкоз, эхинококкози чигар, омосҳои несириш ва бадсиришт) ва имкон набудани гузаронидани резексияи радикалии чигар бинобар паҳн гардидани протсессии патологӣ ба сохторҳои муҳими анатомӣ бештар бурида мавзеи патологӣ ва безарар гардонидани мавзеи боқимонда бо мақсади девитализатсия мувофиқи мақсад мебошад.

Қобили қайд аст, ки ҳангоми интиҳоби муолиҷаи АҚ зидди ҳам гузоштани усулҳои каминвазивӣ ва ҷарроҳӣ қобили қабул нест, зеро ҳар яки он нишондоди худро дорад.



## Адабиёт

1. Bertel, Oh.K., Treatment of pyogenic hepatic abscesses. Surgical percutaneous drainage / Oh.K. Bertel, J.A. van Heerden, P.F. Sheedy // Arch.Surg. - 2016. - Vol.121, N 5. - P. 554-558.
2. Bessho, H. A case of splenic abscess due to chlamydia pneumoniae / H. Bessho, I. Ichihara, M. Takii // Diagn. Microbiol. Infect. Dis., 2011. - Apr. - 39(4).-p. 261-264.
3. Borovyi, I.M.. Acute destructive cholecystitis in elderly and senile patients complicated by subhepatic and subdiaphragmatic abscess / I.M. Borovyi, V.F. Denyshchuk, A.M. Sakovs'kyi // Klin. Khir.. 2016. - № 1. - p. 53-54.
4. Brolin, R.E. Limitations of percutaneous catheter drainage of abdominal abscesses / R.E. Brolin // Surg Gynecol Obstet., 2015. - T. 173, № 3. - P. 203-210.
5. Bruce, A.U. Complications of acute pancreatitis: helical CT evaluation / A.U. Bruce, A.C. Charlene, K.F. Elliot // Emergency Radiology. - 2015. - V. 6. - P. 113-120.
6. Coccidioidomycosis presenting as liver abscess / S. Thomas et al.. // Indian J. Gastroenterol., 2014. - May-Jun; 20(3). - p. 113-114.
7. Complications after pancreatoduodenectomy: imaging and imaging- guided mterventional procedures / D.A. Gervais, C Fernandez del Castillo, M.J. O'Neill, P.P. Hahn, R.R. Mueller // Radiographics, 2016. - May-Jun. -21(3).- p. 673-690.
8. Coll, D.M. Preoperative use of 3D volume rendering to demonstrate renal tumors and renal anatomy / D.M. Coll, R- Pozzi Vucelli, M. Sponza // Radiographics. - 2013. - № 20. - P. 431-438.
9. Dreimensionale (3D) Visualisierung der Leber zur Planung erweiterter Leberresektionen / K.J. Oldhafer et al.. // Der. Chirurg. - 2014. - № 3. - S. 233-238.
10. Dryzhak, V.I. Postopsubdiaphragmatic and subhepatic abscess in patients with stomach cancer / V.I. Dryzhak, M.I. Dombrovych, S.R. Babanly // Klin. Khir., 2014. - №5. - p.47-48.
11. Montravers, P. Microbiologic features of nonpostoperative nosocomial intra-abdominal infections / P. Montravers et al.. // Clin. Microbiol. Infect. - 2014. - V. 9, № 6. Abstr. - P. 141 1.
12. Nathens, A.B. Tertiary peritonitis: clinical features of a complex nosocomial infection / A.B. Nathens, O.D. Rotstein, J.C. Marshal // World J. Surg. - 2015. - Vol. 22. - P. 158-163.
13. Percutaneous catheter drainage of amoebic liver abscess / V.A Saraswat, D.K. Agarwal, S.S. Baija // Clin. Radiol., 2015. - Mar; 45(3). - P.- 187-189.
14. Percutaneous cystogastrostomy with a new catheter for drainage of pancreatic pseudocysts and fluid collections / R.P. Davies et al.. // Cardiovasc. Intervent. Radiol. - 2015. - V. 19, № 2. - P. 128-131.
15. Percutaneous evacuation of abdominal abscesses and fluid collection- aspiration or catheter drainage ? / T. Vehmas et al.. // Roentgenblatter. - 2016, Mar., 43 (3) -P.I 113-117.
16. Perspectives of virtual control of visceral surgery interventions in open MRI / F.P. Muller et al.. // Langenbeks Arch. Cyir. Suppl. Kongressbd. - 2014. - V. 115. - P. 1481-1484.
17. Ultrasonographic detection of abdominal abscess in two guinea pigs / A. Beregi, S. Zorn, V. Molnar, F. Biro // Acta Vet Hung., 2016. - 48(3). - p. 271-276.
18. Uomo, G. Nonsurgical treatment of acute necrotizing pancreatitis / G. Uomo, M. Visconti, G. Manes // Pancreas. - 2015. - V.12, N 2. - P. 142-148.
19. Use of ultravist to examine the gastrointestinal tract in patients with emergency abdominal pathology / E.A. Beresneva et al.j // Vestn. Rentgenol. Radiol., 2016. - May-Jun.-(3).-p. 51-52.



## ШИНОСОИИ МАВЗЎЪОТИ НАВЗУХУР ДАР ҲАВЗАИ ЖЕНЕТИК

Лино Нақшбандӣ

*Лино Нақшбандӣ- устоди факултаи тиббии Донишгоҳи Балх, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон linanaqshbandi485@gmail.com; тел. +93 (0) 796 443 605*

**Хулоса.** Женетик мавзӯии парокандаи муртабит бо танавуъ (гуногунӣ) ва таворис (ворис) дар мавҷудоти зинда аст. дар ин замона пажӯҳишҳои зиёде анҷом шудааст. Ҳадаф аз ин мутолиа шиносоии заминаҳои пажӯҳиши фаъоли ин ҳавза ва ҳудуди мавзӯоте аст, ки дар арсаи илмӣ, ки дар чанд соли ахир матраҳ шудааст.

**Равиши баррасӣ:** Ин пажӯҳиш бо рӯйкарди илмсанҷӣ ба мутолиаи таҳаввулоти мавзӯи ҳавзаи женетик пардохтааст. 79593 мақола марбут ба давраи замони пояи (1909-2004) 40 184 мақола марбут ба давраи 5-сола (2005-2009) ва 97512 мақола давраи 10-сола (2005-2014), дар ҳавзаи женетик бо истифода аз нармафзорҳои премап (PreMap), экзел (Excel) ва SPSS таҳлил шуд.

**Натоиҷ.** Раванди рушди мақолот дар ҳавзаи женетик дар бозаи замони пажӯҳиш дорои сайри суъудӣ (болоравӣ) буд. Додаҳои таволии (пайдарпайи) мулукулӣ бо фаровонии 2578, протономикс бо фаровонии 2544 ва эпидмиолужии мулукулӣ бо фаровонии

2481 дар рутбаи аввал то савум заминаҳои мавзӯии навзухур дар ин ҳавза қарор доштанд. Фаълтарин заминаи пажӯҳишӣ дар ин ҳавза шомили жнккаикс, пркткнумикс, вокуниши занҷирай пломераз (PRC) ва формокуженетик буд. Шохис дар бардорандагии нишондод, ки таҳаввул дар мавзӯот бисёр будааст ва рӯи мавзӯоти чаидид ба ҳавзаи женетик афзуда мешавад.

**Натиҷагирӣ.** Кашфи равобити мафҳумӣ миёни мадорики як ҳавзаи илмӣ фароянди печида аст. лизо натоиҷи ҳосил аз он низ эҳтиёҷ ба дарки амиқ дорад. Рӯйкардҳои каме дар мутолиоти илмӣ, агарҷӣ костихое дорад, ва наметавонад ҳамачониба таҳлили абъоди мухталифи мавзӯӣ бипардозанд, аммо бе қоида ҳам нест ва ба сиёсатгузрон ва барномарезон шинохти куллӣ медиҳад, то бо огоҳӣ аз вазъияти кунунӣ битавонанд воқеитар тасмим бигиранд ва қоромадтар амал кунанд.

**Вожаҳои калидӣ:** женетик, мавзӯоти ҳаста, мавзӯоти навзухур, илмсанҷӣ.

## ОЗНАКОМЛЕНИЕ С НОВЫМИ ТЕМАМИ В ОБЛАСТИ ГЕНЕТИКИ

*Лино Нақшбандӣ- преподаватель медицинского факультета Балхского университета, Исламская республика Афганистан linanaqshbandi485@gmail.com; тел. +93 (0) 796 443 605*

**Введение.** Генетика - это наука, связанная с изменчивостью и наследственностью в живых существах. По данной теме проведено множество исследований. Целью настоящей работы является общее знакомство с активными исследованиями в этой области и тематическими рамками, исследованными за несколько последних лет в данной сфере.

**Способ изложения.** Настоящее исследование посвящено изучению изменений тем по генетике на основе метода научного сопоставления. Было проанализировано 79593 статей, относящихся к периоду заложения основ (1909-2004), 40 184 - к 5-летнему пери-

оду (2005-2009) и 97512 статьи в области генетики, относящихся к 10-летнему периоду (2005-2014), с использованием программ "ПреМап" (PreMap), "Экзел" (Excel) и SPSS.

**Результаты.** Количество статей по генетике в период, который изучался в рамках исследования, показало тенденцию к увеличению. Темы молекулярной последовательности с работами по ней в количестве 2578 единиц, протономии с работами в количестве 2544, молекулярной эпидемиологии с работами в количестве 2481 единиц занимали первые три места среди новых тем по дисциплине. Наиболее часто используемыми



методами исследований в этой сфере были геномика, протеомика, цепные реакции полимераз (PCR) и фармакогенетика. Индекс показателей свидетельствует о том, что изменений в темах исследований было много и тенденция к увеличению числа тем сохраняется.

**Заключение.** Поиск понятийных связей между данными в одной научной области является делом довольно сложным, вследствие чего и результаты, полученные по вопросу, нуждаются в глубоком осмыслении.

Отдельные методы научных исследований, хотя и не лишены недостатков и не могут подвергаться всестороннему анализу различные тематические параметры, однако не лишены закономерностей и предоставляют возможность составителям политики и программ, основываясь на информации о текущей ситуации, ставить перед собой более реалистичные задачи и действовать эффективней.

**Ключевые слова:** генетика, тема ядра, новые темы, научное сопоставление.

## IDENTIFYING EMERGING TOPICS IN THE FIELD OF GENETICS: A SCIENTOMETRICS ANALYSIS

*Lina Naqshbandi -Teacher at Balkh University, Afghanistan Address: Area 3 Mazar\_e\_Sharif City Balkh Province Afghanistan, Email: linanaqshbandi485@gmail.com. Phone: +93 (0) 796 443 605*

### Abstract

**Introduction:** Genetics is a scattered subject of diversity and inheritance in living organisms. There has been a lot of research in this area. The purpose of this study was identifying the active research in this field and the range of topics that have been addressed in the field of science in the recent years.

**Methods:** The present study was conducted to study the genetic changes in the field of scientism. 79593 articles related to the basic period (2004-1909), 40184 articles for the period of 5 years (2009-2005) and 97512 articles of the 10 year period (2014-2005) in the field of genetics using PreMap software, Excel and

### SPSS.

**Results:** The growth trends of articles in the field of genetics in the study period was upward. Molecular sequence data with the frequency of 2578, proteomics with 2544, and molecular epidemiology with 2481 were ranked first to

third of the emerging thematic areas in this field. The most active research in this field included genomics, proteomics, polymerase chain reaction (PCR) and pharmacokinetics. The inclusive index showed that there has been a lot of development in the topics, and new topics are being added to genetic field day by day.

**Conclusion:** The discovery of conceptual relationships between the documents of a scientific domain is a complex process, so the results of this also need a deep understanding. The quantitative approaches to scientific studies, although they have shortcomings and cannot be immersive in analyzing different dimensions of the subject, are not useful either, and policy makers and planners with knowing the current situation can make a more realistic decision and act more effectively.

**Keywords:** Genetics, Core subjects, Emerging Topics, Scientometrics

**Муқаддима.** Илми женетик яке аз шохаҳои улуми зистӣ аст. Ба василаи қавонин ва мафҳуми мавҷуда дар ин илм метавонем ба ташобеҳ ё дар дохили як ҷомеаи ғиёҳӣ ва ё ҷомеаи ҷонварӣ ба вучуд омада аст. Илми женетик илми интиқоли иттилооти биюлужикӣ аз як сулул ба сулули дигар, аз волид ба навзод ва бинобар ин аз як насл ба насли баъд аст. Женетик бо чигунагии ин

интиқолот, ки мабнои ихтилолот ва ташобеҳоти мавҷуд дарт организмҳост, сару кор дорад (1).

Вижагиҳое назмири байни риштаи будан, иртибот танготанг бо биюшимӣ, омор, кишоварзӣ ва пизишкӣ, ниёзи донишмандони женетик бо таамул дар доманаи васеи аз мутуни илмӣ, иттиқои зиёди ҷанбаҳои мухталифи илми женетик ба осори қадимитар дар





замоне, ки тасеаи инқилобӣ дар бисёре аз улум вучуд дошт, ҳамчунон ҳассосияти мутахассисони женетик ба тавсеаи таърихии мафоҳими риштаи худ ва анҷоми ин масъулият устодон ва низ ваҳамияти мавзӯи женетик ва низ аҳамияти мавзӯи он ва густурдагияш мӯчиби зуҳури ҳавзаҳои мутолиотӣ дар ин ҷирфа шудааст. Дар ҳавзаҳои женетик пажӯҳишҳои зиёде анҷом шудааст ва тавлидоти илмӣ дар ин замина зиёд аст, валебаррасии мазӯоти ҳаста ва ҳавзаҳои навзухур ва ба таври кулӣ масъалаи пешбинӣ амри ҷадид ва нав маҳсуб мешавад ва дар баъзе кишварҳо то кунун пажӯҳиши мустақиле ва чомеъ нашудааст. Танҳо ба нудурат маворидеро метавон ёфт, ки дар канории пажӯҳиши худ ба таври мухтасар ба он ишора намудаанд, аз ҷумла: 1- мазӯоти диёбети навъи дувум тавассути Маликзода ва ҳамкорон; 2- дар пажӯҳиши дигарон дар ҳавзаи гармоиши ҷаҳонӣ мавзӯоти ҳаста иборат буданд аз "гозҳои гулхонаӣ, тағйири иқлим, тағйири доимӣ; 3-дар баррасии мавзӯоти ҳавзаҳои осебшиносии саратони қулун (колон) мавзӯоти асосии марбути ин ҳавзаҳои ташхис, дармон ӯва алоими саратони қулун ташхис дода шуд; пажӯҳише, ки дар ҳавзаҳои афсурдагӣ дар ду давраи мутафовит тавассути Макизода ва ҳамкорон анҷом шуд, ёфтаҳо нишон дода, ки 20%-и мавзӯоти давраи дувум ҷадид ҳастанд ва мавзӯоти "равоншиносӣ, дорудармонӣ, пойбандӣ ба дармон "ба унвони заминаи аслии мавзӯот муаррифӣ шудаанд" (5) ва ғайра.

Бо тавачҷуҳ бо мавроиди матруҳ, ин пажӯҳиш сайъ дорад бо истифода аз таҷзия ва таҳлили муҳтавоӣ рӯйкардии илмсанҷӣ ба баррасии мутуни мунташирёт дар пойгоҳи Medline, ки дар иртибот бо ҳавзаҳои мавзӯи женетик ҳаст, бипардозад ва ба шиносии мавзӯоти ҳаста, наздик ба ҳаста ва навзухур дар он ҳавза ноил шавад.

**Мақсади пажӯҳиш.** Шиносии мавзӯоти навзухур дар ҳавзаҳои женетик дар веб гох поб мад аст. Аҳдофи фаръӣ иборатанд аз: баррасии раванди рушди мавзӯот дар пажӯҳишҳои анҷомшуда дар ҳавзаҳои женетик, дар поб мад, огоҳӣ аз гироишҳои мавзӯӣ, тағйин мавзӯоти ҳаста ва пешбинии он

дар давраи 5-сола ва 10-сола, тағйини мизони шабоҳат ва тағйини шохисҳо дар дорандагии ҳам ҷаворӣ авзӯоти ҳавзаҳои женетик.

**Равиши баррасӣ.** Пажӯҳиши ҳозир аз навъи мутолиоти тавсифӣ-корбурдӣ бо рӯйкардии илмсанҷӣ аст ва чомеаи пажӯҳиш шомили мақолоти илмӣ ҳавзаҳои женетик дар се давраи замони пояи (1909-2004), давраи 5-сола (2005-2009) ва давраи 10-сола (2005-2014) дар арсаи байналмилалӣ аст, ки дар таърихи анҷоми ҷустуҷӯ (04/02/95) таҳти пӯшиши веб гох поб мад будааст.

Дар марҳалаи аввал бо ҷустуҷӯи иборати женетик Genetics дар се унвон мавзӯи Mesh ва маҳдуд намудани он ба мавзӯоти аслиаш Major Topics ва сипас бо интихоби гузинаи Journal Article аз мануи Article type.

Бо тавачҷуҳ ба ин ки додаҳои пажӯҳиш аз пойгоҳи поп мад, таҳти сарунвонҳои мавзӯи Mesh гирифта шудааст. Тавсифгарии мавриди баррасии истондор буда ва ниёзе ба аъмол тағйирот надоштаанд, аммо зикри ин нуқта зарур аст, ки бархе аз тавсифгарҳо дар мадорик такрор шуда ва ба истилоҳ дар листи калимоти ғайри зарурӣ ҳазф гардид ва тағйироти дигаре низ анҷом шуд, монанди калимоти дучузъие, ки бо хати тира аз якдигар ҷудо шуда буданд. Ба манзури як дастсозӣ ҳама табдил ба фосила шуданд, ба унвони мисол: шакли evidence-based medicine ба evidence based medicine табдил шуд.

Баъд аз тафқиқи (ҷудокунии) тавсифгарҳо ва тағйини фарофонии ҳар кадом мавзӯоти ҳаста пур кор бурдан бо истифода аз қоидаи Бердфурд шиносӣ шуд. Қоидаи Бердфурд тавзеҳи мавзӯии мақолаҳоро нишон медиҳад. Тибқи қоидаи Бердфурд мавзӯот ба се даста тақсим мешавад: ҳаста, наздик ба ҳаста, дур аз ҳаста. Ҳамчунин мавзӯоти навзухур мавзӯоте буданд, ки дар солҳои ахир мавриди тавачҷуҳи пажӯҳишгарон қарор гирифтанд ва фаровонии солонии онҳо боло рафтааст. Бо тавачҷуҳ бо ҳамин мавзӯи тавсифгарҳои рӯзонаде, ки умри онҳо кам ва мутаваҷҷуҳ фаровонии солонии онҳост, дар гурӯҳи мавзӯоти навзухур ҷой гирифтанд.



Ба таври хулоса барои ба даст овардани заминаҳои навзухур дар Экзел мароҳили зер барӯйдода анҷом шуд, то дар ниҳоят заминаҳои навзухур таҳсиш дода шуд.

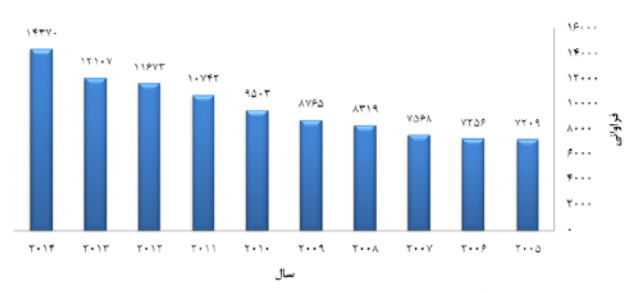
1. Мӯҳосибаи фаровонии ҳар заминаи мавзӯӣ;
2. Мӯҳосибаи фаровонии ахири ҳар заминаи мавзӯӣ (манзури фаровонии 5 соли ахир дар ҳар давра аст);
3. Мӯҳосибаи соли шурӯӣ ҳар заминаи мавзӯӣ;
4. Мӯҳосибаи соли поёнии ҳар заминаи мавзӯӣ;

5. Мӯҳосибаи умри муфиди ҳар заминаи мавзӯӣ (умри муфид аз кам кардани соли оғозин аз соли поёни ҳосил мешавад ва манзур аз уари муфид ин аст, ки ҳар мавзӯӣ чанд сол давом доштааст).

6. Мӯҳосибаи мутавассити истифодаи солонаи ҳар заминаи мавзӯӣ (мутавассити истифодаи солона аз тақсими фаровонӣ бар умри муфид ба даст меояд).

7. Шиносии мавзӯёти навзухур бар асоси формулнависӣ дар нармафзори экзел.

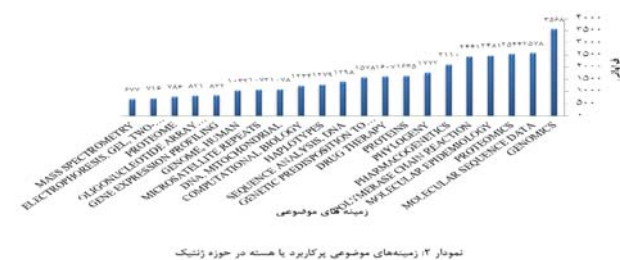
**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Натоиҷи таҳлил нишон дод, ки раванди рушди мақолот дар ҳавзаи женетик дар ВЕБ гоҳ поб мад дар фосилаи солҳои 2005-2014 дорои сайри суъудӣ будааст. Ба наҳве, ки теъдоди мақолот дар ин бозаи замони ба ҳудуди ду баробари худ расидааст (нумрадори 1).



Расми 1. Раванди рушди мақолот дар ҳавзаи женетик дар бозаи замони 2005-2014. Фаровонӣ аз 2 000 то 16 000

Дар идома бар асоси мӯҳосабаи додаҳои заминаҳои мавзӯии пуркорбурд ё ҳаста (мавзӯёте, ки ба лиҳози фаровонии истифода бар асоси қоидаи Бердфорд дар дастаи аввали аҳамият қарор дорад) дар ин ҳав-

заи шиносӣ ва дар намудори чанд маврид аз заминаҳои мавзӯӣ бо бештарин фаровонӣ намоиш дода шудааст (намудори 2).



Расми 2.. Заминаҳои мавзӯии пуркорбурд ё ҳаста дар ҳавзаи женетик. Фаровонӣ аз 5 00 то 4 000

Тавре ки аз расм маълум аст, мавзӯёти женомикс (илми мутолиаи женҳо ва амалкардашон) бо фаровонии 3567, додаҳои таволии мулукулӣ бо фаровонии 2578, протеомекс (PROTEOME) (илми мутолиаи протеом бо фаровонии 2544 пас аз он воқуниши захиравии полимероз (PCR) бо фаровонии 2441, формокуженетик бо фаровонии 2110 ва филуженӣ (PHYLOGENY), ё тақомули наҷодӣ бо фаровонии 1772, ба тартиб аз пуркорбурдтарин мавзӯёт ҳастанд.

Заминаҳои мавзӯии наздик ба ҳаста (мавзӯёте, ки ба лиҳози фаровонии истифода бар асоси қоидаи Бардфорд дар дастаи дувуми аҳамият қарор гирифтаанд), ки метавон онҳоро низ ҷузви мавзӯёти пуркорбурд ҳисобид, бар асоси бештарини фаровонӣ дар намудори 3 нишон дода шудааст.

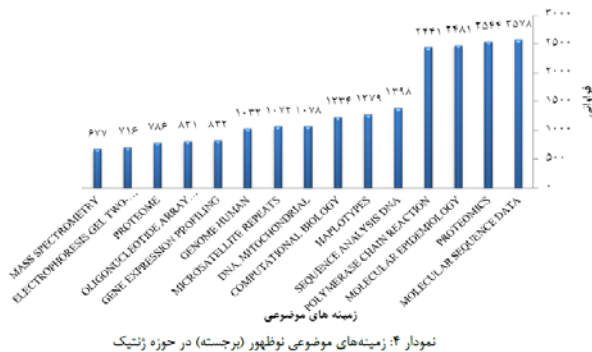


Расми 3. Заминаҳои мавзӯии наздик ба ҳаста дар ҳавзаи женетик.

Бар асоси расми фавқ заминаҳои мавзӯии наздик ба ҳаста шомили: истифодаи дармонӣ, неоплазми пистон, танзими баёни жен, таҷзия ва таҳлили DNA, полиморфизм, тарроҳии дору, омилҳои реверсӣ, техникҳо-

нуклеотидӣ, фармакокинетикӣ, иммунохи-  
стужӣ ва ғайра.

Дар идома заминаҳои мавзӯии навзухур  
дар ҳавзаи мақолоти муртабит ба женетик,  
бар асоси фаровонӣ оварда шудааст (наму-  
дори 4). Ин заминаҳо мавзӯоте буданд, ки  
фаровонии солана болоӣ дошта ва ахиран  
мавриди таваҷҷуҳи пажӯҳишгарон қарор  
гирифтанд ва ба назар мерасад бахши ум-  
дае аз пажӯҳишҳои ояндаи ин ҳавзаро ба худ  
ихтисос диҳанд.



Расми 4. Заминаҳои мавзӯии навзухур  
(барҷаста) дар ҳавзаи женетик.

Расми 4. Заминаҳои мавзӯии навзухур  
(барҷаста) дар ҳавзаи женетик.

Ҳамон гуна, ки дар расми 4 оварда шуда-  
аст, заминаҳои мавзӯии додаҳои таволии  
муликулӣ бо фаровонии 2481, 2544, 2578 дар  
рутбаи аввал то савум заминаҳои мавзӯии  
навзухур дар ин ҳавза қарор доранд. Ҳам-  
чунин заминаҳои мавзӯии воқуниш занчи-  
раи полимероз PCR таҷзия ва таҳлили та-  
волии DNA тақрори резмоҳвораи геноми  
башар, баёни жен, таҷзия ва таҳлили таво-  
лиҳои электронуклеотидӣ, протеом, электро-  
фарези гел ду баъдӣ ва тифсанҷӣ, ба тарти-  
би дигар заминаҳои навзухурро ташкил  
медихад.

Натиҷагирӣ. Бо таваҷҷуҳ ба натоиҷи ба да-  
стомада метавон гуфт: рӯйқардҳои камее дар  
мутолиоти илмӣ, бо таъваҷҷуҳ бо костихое,  
ки дорад, намтевонад ҳамачониба ба таҳлили  
абъоди мухталифи мавзӯӣ бипардозад.

Бар асоси мавриди фавақ метавон гуфт: бо  
таваҷҷуҳ бо аҳдофи илмсанҷӣ, ки иртиботи  
байни мавзӯётро нишон медиҳад, ин пажӯҳ-  
иш низ мунҷар ба шиносии иртибот ва мизо-  
ни қудрати итилоот дар ҳавзаи женетик шуд.

### References:

- 1- Mirmohammadimeybodi A, Mirlohi A. Genetics, history and branches, Library archives and copies Studies. The Mah book Science and Technology 2010; 134: 3-5. [Persian]
- 2- Makkizadeh F, Hazeri A, Keikhaee F. The Study of Thematic Structure of Documents related to the Treatment of Diabetes Mellitus, Type 2 in PubMed from 2005-2014. ModiriatiSalamat 2016; 19(64): 43-55. [Persian]
- 3- Dana M. Check semantic relationships among topics covered in Persian scientific evidence in the field of global warming. Master of Science thesis surveys, Faculty of Social Sciences, Yazd University 2015. [Persian]
- 4- Mokhtari M, Tavakolizadeh-Ravari M, Zalzadeh E, Baghbanian M. Predicting Basic Concepts of a Field, Based on the Factors of Oldness and Frequency Use of Subject Terms: A Case Study on Colon Cancer. Iranian J of Health Information Management 2016; 13(5): 354-359. [Persian]
- 5- Makkizadeh F, Hazeri A, Hosininasab SH, Soheili F. Thematic Analysis and Scientific Mapping of Papers related to Depression Therapy in PubMed. ModiriatiSalamat 2016; 19(65): 51-63. [Persian]
- 6- ZareFarashbandi F, Hovsepyan O, Askari G. Content analysis of cancer related nutritional information in Popular Iranian magazines. Payesh 2014; 14(1): 121- 130. [Persian]
- 7- Lee PC, Su HN. Quantitative mapping of scientific research-the case of electrical conducting polymer nanocomposite. Tech forecasting and social change 2010; 78(1): 132-151.
- 8- Zhi W, Ji G. Constructed wetlands, 1991- 2011: a review of research development, current trends, and future directions. Sci Total Environ 2012; 441: 19-27.
- 9- Chen C, Hu Z, Liu S, Tseng H. Emerging trends in regenerative medicine: a scientometric analysis in CiteSpace. Expert OpinBiolTher 2012; 12(5): 593-608.
- 10- Krampen G, Von Eye A, Schui G. Forecasting trends of development of psychology from a bibliometric perspective. Scientometrics 2011; 87(3): 687-694.



- 11- Small, H, Boyack, Kevin W, Klavans, R. Identifying emerging topics in science and technology. Res Policy 2014; 43(8): 1450-1467.
- 12- Ravikumar S, Agrahari A, Singh SN. Mapping the intellectual structure of Scientometrics: a cword analysis of the journal Scientometrics (2005-2010). Scientometrics 2015; 102(1): 929-955.
- 13- Qin J. Semantic similarities between a keyword database and a controlled vocabulary database: An investigation in the antibiotic resistance literature. J of the American Soc for InfSci 2000; 51(2): 166-180.
- 14- Price, D.J.D. Little science, big science. New York: Columbia University Press 1963; 314-316.
- 15- Tavakolizadeh Ravari M, Makkizadeh F, Abedi Khorasgani Z, Soheili F. Study co-authorship process and its relationship with Persian journal impact factor in the field of Iranian technical and engineering during the years 1380- 1389. Acad Librarianship and Inf Res 2015; 48(4): 583-603. [Persian]
- 16- Asadi M, saghafi S. A Study of co-authorship among the Iranian researchers in the field of engineering during 1990-2010. Iranian J of Eng Edu 2012; 14(55): 111-134. [Persian]
- 17- Papi Z, Nooshinfard F. Iranian researchers in the field of toxicology co-authorship of scientific information base from 1991 to 2011. Institute of Health Information Management 2014; 11 (1): 49-59. [Persian]
- 18- Dolani A, Haji-Mohammedan M, Rashidi A, Nazari H, Khosroshahi S, Motazakker M. Production of Urmia University of Medical Sciences based databases WOS, SCOPUS and PUB MED. Urmia Med J 2012; 23 (5): 531-538. [Persian]
- 19- Mokhtari M, Moradi M. Most articles published ISI nanotechnology Persia who limitations? Nanotechnology 2010; 9 (6): 10-16. [Persian]
- 20- Makkizadeh F, Hosaininasab SH, Zalzadeh E, Hazeri A. The Thematic Structure of Papers on Depression Treatment in PubMed from 2005 to 2014. Health In Manage 2016; 13(5): 347-53.
- 21- Hou, Q, Mao G, Zhao L, Du H. Mapping the scientific research on life cycle assessment: a bibliometric analysis. Int J Life Cycle Assess 2015; 20: 541-555.
- 22- Ericson PGP, Anderson CL, Britton T, Elzanowski A, Johansson Ulf S. Diversification of Neoaves: integration of molecular sequence data and fossils. Biology Letters 2006; 2: 543-547.
- 23- Palzkill T. Proteomics. Boston: Kluwer Academic Publishers, 2002: 211-230.
- 24- Samaj J, Thelen J. Plant proteomics. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York, 2007: 128-139.
- 25- Haghdoost A. Understanding the molecular epidemiology. J of Kerman Med Sci 2005; 15(1): 511-514. [Persian]
- 26- Dehbozorgi M. Gene polymorphisms CYP2C19\*3 in the ethnics iranians. Master's Thesis Biology Genetics. School of Life Sciences. University of Sistan and Baluchestan 2013. [Persian]
- 27- Wathiqzadeh Ansari H. Pharmacogenetics. Pharmacogenetics. Retrieved on 2016. [Persian].

**ТАЪСИРИ РАДИАТСИЯ БА РОҶИ ҲОЗИМА ДАР ИШТИРОКЧИЁНИ  
БАРТАРАФСОЗИИ САДАМАИ НАБ ЧЕРНОБИЛ  
И.А. Хамидов<sup>1</sup>, Одинаев Ш.Ф.<sup>2</sup>, Ш.Ҷ. Мӯминов<sup>1</sup>**

*И.А.Хамидов<sup>1</sup>-ассистенти кафедраи терапияи ДМТ, мудири шуъбаи бемориҳои касбии МКҶБК email:khamidov\_76@bk.ru, тел. 918742366*

*Одинаев Ш.Ф - мудири кафедраи бемориҳои дарунии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, д.и.т., дотсент, (тел. 992 918610539; e-mail: ppp@70mail.ru)*

*Ш. Ҷ. Мӯминов- ассистенти кафедраи терапияи ДМТ, email: sharaf\_dud@mail.ru*

Дар замони мо масъалаи актуалӣ дар ба саломатии инсон, аз ҷумла ба системаи соҳаи тиб таъсири Радиатсияи радиатсионӣ роҳи ҳозима шуда мондааст. Мо ҳаёти





хамарӯзаамон дучори радиатсия қарор до-рем. Инҳо нурҳои рентгенӣ, ташхисӣ, даст-гоҳҳои томографияи компютерӣ ва неру-гоҳҳои барқӣ, сканеркунӣ дар майдони хавой, сигоркашӣ, телефон, роутерҳо Wi-Fi ва ҳатто худи Замин мебошанд.

Ба Нерӯгоҳҳои атомии барқӣ (НАБ), мах-сусан садама дар НАБ-и Чернобил та-ваҷҷуҳи махсус зоҳир кардан лозим аст, ки дар бартарафсозии он зиёда аз 3500 нафар иштирок кардааст, ки дучори миқдори ни-ҳоят зиёди радиатсия шудаанд. Тақдир

минбаъда ва оқибатҳои таъсири радиатсия ба организми бисёре аз онҳо то ҳанӯз пур-ра омӯхта нашудааст. Аз Ҷумҳурии Тоҷи-кистон дар бартарафсозии ин садама тақ-рибан 3000 нафар фиристода шуда буд, ки дараҷаҳои гуногуни Радиатсияи радиатси-онӣ гирифта буданд.

**Калимаҳои калидӣ:** Радиатсияи радиат-сионӣ, Чернобил, НАБ, гамма- ва алфа- зар-рачаҳо, бемориҳои роҳи ҳозима, эрозия, реш, дӯхтани реш, эзофагогастроуденос-копия, деформатсияи хадшавӣ.

## ВЛИЯНИЕ РАДИАЦИИ НА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ У ЛИЦ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛКОЙ АЭС.

И.А. Хамидов<sup>1</sup>, Одинаев Ш.Ф.<sup>2</sup>, Ш.Ҷ. Мӯъминов<sup>1</sup>

*И.А. Хамидов- ассистент кафедры "Терапии" ТНУ зав.отделением профессиональной патологии РКЦПЗ email: khamidov\_76@bk.ru 918 74 23 66*

*Одинаев Ш.Ф - д.м.н., доцент, Заведующее кафедрой внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, e-mail: nnnn@70mail.rumtel. 992 918610539;*

*Ш.Дж. Муминов- ассистент кафедры "Терапии" ТНУ (зав.кафедра Солиев Ф.Г.) н.и.т., email: sharaf\_dud@mail.ru*

В наше время актуальной проблемой в области медицины стало влияние радиационного излучения на здоровье человека, в частности на систему желудочно-кишечного тракта. Мы постоянно подвергаемся облучению в повседневной жизни. Это и рентгеновские, диагностические, компьютерно-томографические аппараты и электростанции, сканеры в аэропортах, сигареты, телефоны, роутеры Wi-Fi и даже сама Земля. Особое внимание стоит уделить АЭС, в частности аварии на АЭС Чернобыля, в ликвидации которой участвовали более 3500

человек, который подвергшиеся большому количеству радиации. Дальнейшая судьба и последствия влияния радиации на организм многих из них так и не изучены до конца. Из Республики Таджикистан на ликвидацию этой аварии были отправлены около 3000 человек, которые получили различную степень радиационного облучения.

**Ключевые слова:** радиационное облучение, АЭС, Чернобыль, гамма- и альфа- частицы, заболевания желудочно-кишечного тракта, эрозия, язва, рубцовая деформация, эзофагогастроуденоскопия, ушивание язвы.

*I.A.Chamidov1- Headchair of the Department of Internal Medicine №1, Tajik State Medical University named by Abuali ibni Sino, email: khamidov\_76@bk.ru 918 74 23 66*

*Odinaev Sh.F. Headchair of the Department of Internal Medicine №1, Tajik State Medical University named by Abuali ibni Sino, Doctor of the Medical Sciences, docent tel. 992 918610539; e-mail: nnnn@70mail.ru*

*Sh.J. Muminov-Headchair of the Department of Internal Medicine №1, Tajik State Medical University named by Abuali ibni Sino, email: sharaf\_dud@mail.ru*

In our time, the urgent problem in the field of medicine has become the effect of radiation on human health, in particular on the

gastrointestinal tract system. We are constantly exposed in everyday life. This X-ray diagnostic, computed tomography and power plants,





scanners at airports, cigarettes, telephones, Wi-Fi routers and even the Earth itself. Particular attention should be paid to nuclear power plants, in particular the accident at the Chernobyl nuclear power plant, 3500 people who were exposed to a large amount of radiation participated in the liquidation of the accident at this station. The further fate and consequence of the effect of radiation on the body of many of

**Муҳиммият.** Дар Маркази ҷумҳуриявии клиникӣ бемориҳои касбӣ (МКЧБК) ҳамасола иштирокчиёни бартарафсозии садамаи НАБ Чернобил муоина ва табобат карда мешаванд. Дар маркази мо онҳо аз таҳқиқотҳои гуногуни инструменталӣ ва лабораторӣ барои муайян кардани оқибатҳои таъсири радиатсия ба вазъи саломатии онҳо анҷом дода мешавад.

Радиатсияи радиатсионӣ ин нурафканӣ аст, ки ҳангоми таъсиррасонии ионизатсияи мавод ва барангезиши ҳастаҳо ва молекулаҳои онҳо ба амал меояд [4]. Хусусияти асосии Радиатсияи ионизатсионӣ қобилияти олии дохилшавӣ ва иртиботи мутақобила доштан бо ҳастаҳои моддаҳо дар умқи объект, аз ҷумла дастгоҳи ДНК аст. Дар роҳи ҳозима эпителиоситҳо зудчудошаванда ба радиатсия ҳассосияти бештар доранд. Бета -, гамма- ва алфаррачаҳо ба даруни ҳуҷайраҳо дохил шуда як ё ду занҷири ДНК-ро пора мекунад. Аз ҳама хатарноктар порашавии риштаҳо мебошад. Ҳам ДНК-и духтарӣ ва ҳам модарӣ вайрон мешаванд ва барқароршавии конфигуратсияи ибтидоиро барқарор намудан ғайри имкон аст. Хромосомаҳои моро муҳофизаткунанда теломерҳо низ дучори таъсири Радиатсияи ионизатсионӣ мегарданд, дар натиҷа онҳо кӯтоҳ мешаванд ва ин ба хатари боз ҳам бештари пайдо шудани мутатсия ва нодуруст дӯхтани онҳо ҳангоми репаратсияи риштаҳои ДНК мегарданд. Дар чунин ҳолат имкониятҳои пайдо шудани якчанд варианти инкишофи ДНК мавҷуд аст. Яке аз ин вариантҳо пайваस्तшавии нӯгҳои гуногун бо ҳосилшавии абerrat-

them has not yet been fully studied. About 3000 people were sent from the Republic of Tajikistan to liquidate this accident, who received varying degrees of radiation exposure.

**Key words:** radiation exposure, Chernobyl nuclear power plant, gamma and alpha particles, diseases of the gastrointestinal tract, erosion, ulcer, cicatricial deformity, esophagogastroduodenoscopy, ulcer healing

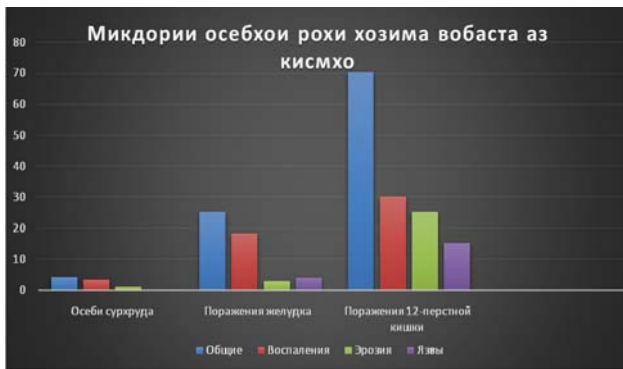
сияҳои мубодилавӣ (репаратсияи ғайриқонунӣ) ва ё аз даст додани як қисм хромосомаҳо мебошад, ки дар натиҷаи он порашавӣ кушода боқӣ мемонад (делетсияи (норасоии) терминалӣ). Дар сурати баланд будани дозаҳои радиатсия дастгоҳи ДНК пурра вайрон мешавад ва ин ба мавти ҳуҷайраҳо ва вайроншавии фаъолияти ҳуди узв оварда мерасонад [5].

**Мақсади таҳқиқот:** баҳо додан ба соҳтор, басомади ошкорсозии бемориҳои роҳи ҳозима дар иштирокчиёни бартарафсозии садамаи НАБ Чернобил.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Ба сифати маводи ин таҳқиқот маълумотҳои ҳангоми таҳқиқоти 270 беморӣ иштирокчиёни бартарафсозии садамаи НАБ Чернобил интихоб гардид, ки онҳо аз бемории роҳи ҳозима шикоят мекарданд ва дар статсионар дар давраи солҳои 2018-2019 таҳти муолиҷа қарор доштанд. Синну соли беморон аз 50 то 65-сола буда, мардҳо- 90,6% , занҳо -9,4% буданд, дар байни таҳқиқшудагон инчунин фарзандони иштирокчиёни бартарафсозии садамаи НАБ Чернобил низ буданд, ки дар онҳо патологияҳои гуногуни ирсӣ вучуд дошт. Дар ҳамаи беморон усулҳои стандартӣ таҳқиқот (таҳлили умумии хун, пешоб, эзофагогастроуденоскопия) бо истифода аз шкала, саволнома ва анкета гузаронида шуд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Осеби роҳи ҳозима дар 91,3 %-и беморон ба қайд гирифта шуд. Дар байни беморони дорои осеби роҳи ҳозима дар 70,6 %-и ҳолатҳо осеби рӯдаи 12-ангушта, дар 25,4% ҳолат осеби меъда ва дар 4,1% ҳолат осеби сурхрӯда ба қайд гирифта шуд.

## Расми 1



Дар байни осебҳои нисбатан зиёд дучоршавандаи рӯдаи 12-ангушта беморҳои эрозиявӣ (хадшавӣ) ва решҳо бартарӣ доранд, онҳо асосан дар қисмҳои болоии паҳлӯӣ, поёнии паҳлӯӣ ва девораи пеши рӯдаи 12-ангушта ҷойгир мебошанд.

Дар ду ҳолат дар вазъияти баъдичарроҳӣ (дӯхтани реш) осеби пиёзак дида шуд. Бемор аз дарди ноҳияи ғадуди зери меъда шикоят дошт, дард асосан шабона, ҳангоми гурусна будан, бо баланд шудани сатҳи туршӣ дар меъда, зардаҷӯшӣ, оруғзанӣ, дилбеҳузуршавӣ, қайкунӣ, қабзият ва ҷойивазкунии массаи ҷисми рӯдаи 12-ангушта пайдо мешуд, деформатсияи хадшавии девораи пеш ба назар расид. Ҳангоми гузаронидани муоинаи эндоскопӣ сохторҳои эрозиядор дар проексиямучи (култи) реш дида шуд.

Осеби меъда ба дефекти қисмҳои луобӣ дар қисмҳои антралӣ ва пилорӣи меъда дар шакли тағйироти эрозиявӣ-решӣ ба амал омадаанд.

**Хулоса**, тақрибан дар ҳамаи беморони иштирокчиёни бартарарфозии сдамаи НАБ Чернобил осеби роҳи ҳозима ба қайд гирифт



Расми 2. Бемор Мирзоев А. соли таваллуд 1962

Реш ва эрозияи музмини пиёзаки рӯдаи 12-ангушта



Расми 3. Бемор Рахмонов Т. соли таваллуд 1965

Реш ва эрозияи рӯдаи 12-ангушта

та шуд. Дар 70%-и ҳолатҳо осеби рӯдаи 12-ангушта сабаби он буд, ки ин аз хусусиятҳои патоморфологӣи ин қисми системаи ҳозима алоқамандӣ дошт. Дар ҳамаи беморон ихтилолҳои муътадил то ҳадди дағал мавҷуд буд.

## АДАБИЁТ

1. Бурковская В.А. Радиационные (лучевые) поражения кишечника // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. ? 2013. ? №. 3-4. ? С. 18-24.
2. Гребенюк А.Н., Стрелова О.Ю., Легеза В.И., Степанова Е.Н. Основы радиобиологии и радиационной медицины: Учебное пособие. ? СПб: ООО "Издательство ФОЛИАНТ", 2012. ? 232 с.
3. Доценко В.Н. К вопросу о секреторной, моторной и гемопозитической функции желудка у больных хронической лучевой болезнью //Радиация и риск (Бюллетень Национального радиационно-эпидемиологического регистра). ? 2000. ? №. S1.
4. Куценко С.А., Бутомон Н.В., Гребенюк А.Н. и др. Военная токсикология, радиобиология и медицинская защита: Учебник/ Под ред. С. А. Куценко. ? 2004.-528 с.:ил. 5. Hu B. et al.



The DNA-sensing AIM2 inflammasome controls radiation-induced cell death and tissue injury / Science. ? 2016. ? Т. 354. ? №. 6313. ? С. 765-768.

6. Somosy Z. et al. Morphological aspects of ionizing radiation response of small intestine // Micron. ? 2002. ? Т. 33. ? №. 2. ? С. 167-178

7. Ерстенюк Ю.Н., Цветкова Д.А. Влияние радиационного излучения на органы желудочно-кишечного тракта // Международный студенческий научный вестник. - 2018. - № 4-2.;

## ХУСУСИЯТҲОИ ҚИСМИ ПЛАЗМАВИИ ЛАХТАБАНДИИ ХУН ДАР КЎДАКОНИ ХУРДСОЛ БО ПНЕВМОНИЯИ БАКТЕРИАЛӢ

**М.Н. Чураев, Н. Б. Курбонов, А.Н. Мачнунов, А. О. Элмуродов**  
Кафедраи аллергология ва иммунология, МДТ ДТБКСТ.

*Чураев Мухаммед Наврузович, д.и.т., мудири кафедраи аллергология ва иммунологияи, МДТ ДТБКСТ. Чумхурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, х. Исмоили Сомонӣ, тел.: 935-45-45-22.*

*Курбонов Набиҷон Бобоматинович ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, тел. 918- 61- 35-57*

*Мачнунов Амрулло Назрихоҷаевич мудири шӯъбаи бемориҳои кардиоревматологии кӯдакони МД ММТ ҶТ "Шифобахш" тел. 900-08-49-00.*

*Элмуродов Абдуҷалил Одинаевич табиби маркази саломатӣ шаҳрии №1 тел 935 881103.*

Дар мақолаи мазкур муаллифон натиҷаи таҳқиқоти қисми плазмавии лахтабандии хунро дар 47 кӯдаки хурдсол бо илтиҳоби шушҳо овардаанд. Ҳамаи кӯдакони таҳқиқот шуда вобаста ба вазнинии раванди беморӣ ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Гурӯҳи якумро 28 кӯдаки гирифтори намуди вазнини пневмония ва гурӯҳи дуюмро 19 кӯдаки бемор бо раванди ниҳоят вазнини пневмония ташкил менамояд.

Дар коагулограмма муайян карда шуд, ки давомнокии вақти лахтабандии хун дар кӯдакони гурӯҳи якум начандон давомнок, вале дар кӯдакони гурӯҳи дуюм бошад вақти лахтабандии хун хело давомноктар буд,

нисбати гурӯҳи якум ва гурӯҳи аналогии назоратии солим. Бузургии ченаки миёнаи нишондодҳои индекси протромбин, дараҷаи тромботест, фибриноген дар беморони гурӯҳи якум қисман паст мебошад, вале нисбати гуруҳи назоратии солим дар беморони гурӯҳи дуюм баръало пастшавии ин нишондодҳо дида мешавад.

Ҳамин тавр, дар беморони гирифтори намуди вазнини илтиҳоби шушҳо қисман вайроншавии қисми плазмавии ҳолати лахтабандӣ ва дар беморони ниҳоят вазнин бошад ин ҳолат зиёдтар ба назар мерасад.

**Калимаҳои калидӣ:** гемостаз, қисми плазмавӣ, пневмония.

## ОСОБЕННОСТИ ПЛАЗМЕННОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

**М.Н. Джураев, Н.Б. Курбонов, М. А. Исмоилов,**  
Кафедра аллергология ва иммунология ГОУ ИПО в сфере ЗРТ

*Джураев Мухаммед Наврузович, д.м.н., зав. кафедры аллергологии и иммунологии ГОУ ИПО в СЗ РТ, г. Душанбе, пр. Исмоили Сомонӣ, тел. 935-45-45-52.*

*Курбанов Набиджон Бобоматинович, ассистент кафедры детских болезней №2 ДДТТ им. Абуали ибни Сино тел: 918-61-35-57.*

*Мачнунов Амрулло Назрихоҷаевич, заведующий отделением детской кардиоревматологии ГУ "Шифобахш" тел: 900-08-49-00.*

*Элмуродов Абдуҷалил Одинаевич врач городской центр здоровья №1 935-88103*



В данной работе приведены результаты исследования плазменного звена гемостаза у 47 детей раннего возраста с пневмонией. Все нами обследованные дети в зависимости от степени тяжести течения пневмонии были разделены на две группы. Первую группу составили 28 детей с тяжёлой формой, вторую группу составили 19 больных с очень тяжёлым течением пневмонического процесса.

В коагулограмме выявлено заметное удлинение времени свёртывания у больных первой группы и значительное удлинение у детей второй группы по сравнению с ана-

логичным показателем контрольной группы. Средние величины протромбинного индекса, степени тромботеста, фибриногена у больных первой группы и у детей второй группы оказались достоверно ниже, чем соответствующих показателей группы здоровых детей.

Таким образом, у больных с тяжёлой формой пневмонии отмечается умеренное, а у больных с очень тяжёлым течением пневмонического процесса отмечается выраженное нарушение плазменного звена системы гемостаза.

**Ключевые слова:** гемостаз, плазменное звено, пневмония.

## PECULIARITIES OF PLASMA LINK HEMOSTASIS IN CHILDREN OF EARLY AGE WITH PNEUMONIA

M.N. Juraev, N.B. Kurbonov, A.N. Magnunov

Department of Clinical Allergology, and Immunology, State Education "Institute of the postgraduate education in the sphere of Health of the Republic of Tajikistan".

*Juraev Muhammed Navruzovich, MD, Head of Department of Clinical Allergology, and Immunology, State Education "Institute of the postgraduate education in the sphere of Health of the Republic of Tajikistan" doctor of medical Sciences; Dushanbe, tel.: 935-45-45-22*

*Kurbanov Nabidzhon Bobomatovich, assistant of children diseases department №2 of the Avicenna TSMU. 918-61-35-57.*

*Majnunov Amrullo Nazrikhojaevich head of the child - cardiorheumatology 900-08-49-00*

*Elmurodov Abdujalil Odinaevich doctor of cities center of health №1 935-88-11-03*

This paper presents the results of a study of the plasma link of hemostasis in 47 young children with pneumonia. All of the children examined by us were divided into two groups, depending on the severity of the course of pneumonia. The first group consisted of 28 children with a severe form, the second group consisted of 19 patients children with a very severe pneumonic process.

The coagulogram revealed a noticeable lengthening of the coagulation time in patients of the first group and significant in children of

the second group in comparison with the same indicator in the control group. The average values of the prothrombin index, the degree of thrombotest, fibrinogen in patients of the first group and in children of the second group were significantly lower than the corresponding indices of the group of healthy children.

Thus, in patients with severe pneumonia, moderate is observed, and in patients with very severe pneumonia, there is a pronounced violation of the plasma link of hemostasis.

**Keyword:** hemostasis, plasma link, pneumonia.

**Муҳиммият.** Гемостаз ин яке аз звенои муҳимми марказии системаи лахташавии хун мебошад[1,3]. Тағйироти системаи лахташавии хун дар таҷрибаи педиаторон бештар ҳангоми илтиҳобёбии шушҳо(пневмония) дар кӯдакони синни бармаҳал дучор мешавад, ки ин ба вуқӯъ омадани ҳолати

фаврӣ ба монанди пайдошавии тромбҳои дохилирагӣ ва синдроми гемморагӣ оварда мерасонад[2,5,7]. Синдроми тромбогемморрагӣ ин яке аз оризаҳои бемориҳои системаи нафаскашӣ буда ва сабабҳои асосии фавти кӯдакони синни бармаҳал мегардад[1,2].





Ҳангоми пневмония вайроншавии вази-фаҳои асосии шуш ба монанди вази-фаи вен-тилятсионӣ, перфузионӣ ва дифузионӣ дида мешавад, ки ин ба параметрҳои гемостати-кии дохилии организм таъсири манфӣ ме-расонад [4,6,7]. Ҳамзамон бояд қайд намуд, ки як қатор параметрҳои гемостатикии си-стемаи гемостаз аз он ҷумла звенои плаз-мавӣ дар кӯдакони хурдсол то ҳол пурра омӯзиши худро наёфтааст.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши ҳолати плазмавии звенои гемостаз дар кӯдакони сини бармаҳал бо пневмонияи бактериалӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Зери назорат қарор дошт 47 кӯдаки сини бармаҳал бо пневмонияи чараёни вазнин ва ниҳоят вазнин, ки синни онҳо аз 40 рӯза то 10 мо-ҳаро ташкил меод. Кӯдакони муоинашуда 25(53,2%) нафар писарон ва 22(46,85) на-фарро духтарон ташкил менамуданд. Ҳамаи кӯдакони муоинашуда ба ду гурӯҳ чудо карда шуданд. Гурӯҳи якумро 28 кӯда-ки гирифтори пневмонияи чараёни вазнин бо НН-II дараҷа ва гурӯҳи дуюмро 19 кӯда-ки дорои пневмония чараёни ниҳоят ваз-нин НН-II-III дошта ташкил менамуданд. Гурӯҳи назоратиро 17 нафар кӯдаки ҳамин синну сол ташкил менамуданд.

Ба ҳамаи кӯдакони таҳқиқотшаванда таҳлили умумии клиникӣ (таҳлили умумии хун бо муайян намудани миқдори тромбо-ситҳо), коагулятсионӣ (вақти лахташавии хун тибқи Ли-Уайт, вақти хунравӣ бо усу-ли Дюке, дараҷаи тромботест, индекси про-тромбин, фибриноген, антитромбин-III, фаъолнокии фибринолитикии хун), тести паракоагулятсионӣ (этанолӣ) гузаронида шуд.

**Натиҷаи таҳқиқот ва баррасӣ:** Ҳолати ҳамаи беморон ҳангоми бистарикунонӣ вазнин ва ниҳоят вазнин баҳогузорӣ кар-да шуд, дар ҳамаи кӯдакон нафастангии баръало (ШН 66-88дар як дақ.) бақайд ги-рифта шуд. Норасогии нафас (НН) дар ҳама ҳолатҳо бо захролудшавии умумии бадан ва ҳароратбаландӣ (ҳарорати бадан дар мавзеи 38°C то 40.5°C), инчунин сафе-дии пӯсти бадан бо шакли марморӣ дида мешуд. Дар тамоми кӯдакони муоина шу-

даи бо пневмония кашишхӯрии мушакҳои байни қабурғаҳо ва сианози секунҷаи ла-бубинӣ дида мешавад.

Дар мавқеи илтиҳобёфтаи шуши 46 кӯдаки (83,5%) дорои пневмония хиро-сҳои майдаҳаҷми намнок шунида меша-вад. Қайд кардан лозим меояд, ки дар кӯдакони гурӯҳи якум бо пневмония, дар қатори симптомҳои интоксикасияи уму-мии бадан, ҳароратбаландӣ ( $t_0$  аз 38,6°C то 39,0°C), норасогии нафас (ШН 68-72 дар як дақ.), инчунин аломатҳои умумии клиникии вайроншавии микросиркуля-торӣ ба монанди сафедчашавии пӯсти бадан бо шакли марморӣ дошта дида мешавад.

Дар 12 (57,1%) нафар кӯдаки беморони гурӯҳи дуюм зоҳиршавии аломатҳои кли-никии пневмония бо тағйироти сиркулято-рии пӯст, хунравӣ аз ҷойҳои сӯзандорухо ва камшавии ҳаҷми шабонарӯзии диу-рез(58-74%) дида мешавад. Ғайр аз ин, дар 53,4% кӯдакон хунпартоӣ ба монанди қаҳва, инчунин начосати дегтемонанд дар 31,1% беморон ба қайд гирифта шуд.

Дар 8(37,5%) нафар кӯдакони ҳамин гурӯҳ ба ғайр аз симптомҳои ҷой дошта (захролудшавии умумии бадан ва норасо-гии нафас), тағйиротҳои сиркуляторӣ, оли-гурия (кам аз 50% диурези шабонарӯзи), доғҳои гемморрагӣ дар пӯст бештар дар қисми поини андомҳо дида мешавад. Дар ҳамаи кӯдакони ин гурӯҳ хунпартоӣ, начо-сати сиёҳча, хунрезии паҳншуда ҳатто ко-нъюнктивӣ дар чашми як кӯдак мушоҳида карда шуд.

Ҳангоми таҳқиқоти статуси системаи лахтабандии хун(ниг.ҷад) дар беморони гурӯҳи якум кӯтоҳшавии вақти лахтабан-дии хун тибқи Ли-Уайт ва пастшавии тром-ботест нисбати гурӯҳи монанди назоратӣ ( $P<0,05$ ) ҳақиқатан дида мешавад, аммо ди-гар нишондодҳо дар коагулограммаи ин гурӯҳ начандон фарқ менамуд, ғайр аз қис-ман пастшавии бузургии миёнаи антитром-бин-III нисбати гурӯҳи кӯдакони солим. Бояд қайд намуд, ки тести этанолӣ дар ҳамаи кӯдакони ин гурӯҳ мусбӣ баҳогузорӣ карда мешавад.





## Нишондоди миёнаи коагулограмма дар кӯдакон бо пневмонияи бактериалӣ

Гурӯҳҳо	Нишондодҳо	Назоратӣ	I гурӯҳ	II гурӯҳ
Вақти лахташавии хун (дақ.)		4,8 ± 0,19	4,1 ± 0,03*	9,6 ± 0,07*.**
Дараҷаи тромботеста (дараҷ.)		4,6 ± 0,04	4,1 ± 0,57	2,0 ± 0,04*.**
Шохиси протромбин (%)		87,6 ± 4,4	85,7 ± 3,6	141,3 ± 2,7*.**
Фибриноген (г/л.)		2,89 ± 0,16	1,77 ± 0,94*	1,17 ± 0,02*.**
Фаъолнокии фибринолитикӣ (дақ.)		213,8 ± 8,95	228,6 ± 7,3	165,9 ± 5,1*.**
Антитромбин III (мг%).		86,5 ± 3,4	78,3 ± 2,9	59,4 ± 1,8

Эзоҳ: \*Нишондоди омори нисбати гурӯҳи назоратӣ.

\*\* . Нисбати нишондоди гурӯҳи I .

Дар 13(62%) нафар беморони гурӯҳи дуум бо пневмонияи ниҳоят вазнин бо НН II-III дараҷа, нишондодҳои вақти лахтабандии хун ва тромботест фарқи начандон зиёд дорад нисбат ба гурӯҳи назоратӣ, лекин каме майл ба самти баландшавӣ дида мешавад. Ҳамзамон дар кӯдакони таҳқиқотшуда ин гурӯҳ пастшавии бузургии миёнаи тести тромбинӣ, индекси протромбинӣ, фибриноген ва антитромбин-III дар қиёс нисбат ба нишондодҳои гурӯҳи аналогии назоратӣ ( $p < 0,08$ ) ба қайд гирифта шуд.

Дар 9(42,9%) кӯдаки бемори гурӯҳи дуум бо пневмонияи ҷараёни ниҳоят вазнин дошта ҷой доштани баландшавии вақти лахташавии хун тибқи Ли-Уайт ( $p < 0,001$ ) нисбати чунин нишондодҳои гурӯҳи назоратӣ ҳақиқатан дида мешавад. Дар қатори ин нишондодҳо бузургии миёнаи тромботест ва индекси протромбинӣ, АТ-III, инчунин фибриноген дар зардобаи хуни ин гурӯҳ дар ҳақиқат паст ( $p < 0,001$ ) мебошад дар қиёс ба гурӯҳи назоратии солим. Ғайр аз ин, дар беморони гурӯҳи номбаршуда зиёдшавии фаъолнокии фибринолитикии плазмаи хун нисбат ба гурӯҳи назоратии солим ( $p < 0,01$ ) баръало мушоҳида карда мешавад.

Ҳамин тариқ, таҳқиқотҳои гузаронида шуда нишон медиҳад, ки дар беморони пневмонияи бо ҷараёни вазнин бештар фазаи аввали синдроми вайроншавии лахташавии хун бо зоҳиршавии гиперкоагулясия дида мешавад. Дар беморони пневмонияи ҷараёни ниҳоят вазнин дошта фазаҳои навбатӣ бо ҷараёнҳои патологӣ коагулопатӣ, тромбоцитопенӣ ва фаъолнокии ҷараёни фибринолитикӣ ба пайдошавии синдроми умумии гемморрагӣ баъдан оварда мерасонад.

**Хулоса:** 1. Дар кӯдакони синни хурдсол пневмонияи ҷараёни вазнин ва ниҳоят вазнин дошта ҳангоми зиёдшавии симптомҳои захролудӣ ва норасогии нафас ба вайроншавии мувозинати гемостаз ва бо пайдошавии симптомокомплекси намуди синдроми гемморрагӣ оварда мерасонад.

2. Дар кӯдакони бемории пневмонияи ҷараёни вазнин дошта зоҳиршавии фазаи аввали синдроми ВЛХ бо майли гиперкоагулятсия, аммо дар кӯдакони бемори бо пневмонияи ҷараёни ниҳоят вазнин дошта бошад, бештар ориза, ҳамчун коагулопатия, баъдан клиникӣ - параклиникӣ пайдошавии фаврии фибринолиз бо синдроми паҳншудаи гемморрагӣ дида мешавад.

## АДАБИЁТ

1. Баркаган З.С. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза. /Баркаган З.С. Мамот. А. П. -Ньюдиамед, 2008 г. 292 с.
2. Володина Н. Н. Неонатология. Национальное руководство /под ред. Н.Н. Володина. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2015. 410 с.
3. Долгов В. В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза/В.В Долгов, П.В. Свири. М-Тверь: ООО "издательство Триада". 2005. 227с
4. Заболотский И. Б. Диагностика и расстройства системы гемостаза/ И. Б. Заболотский С. В. Сиников, С. А. Шапошников -М. " Практическая медицина" 2008-134с.



5. Mikhalev, E.V. Ontogenetic peculiarities of hemostasis in newborn children / E.V. Mikhalev, G.P. Filippov, S.P. Ermolenko // Anestes. Reanimat. 2003. - Vol. 1. - P. 28 -30.
6. Самсыгина, А. Г. Пневмонии у детей / Г. А. Самсыгина. М. ГЭОТАР-Медиа, 2018. 7-160 с.
7. Шабалов Н.П. Детские болезни Т-1 / Н. П. Шабалов // - М 2013. 389с

## ТАЪСИРИ МУДОХИЛАИ ОМУЪЗИШИИ ИСЛОҲИ САБКИ ЗИНДАГӢ КОНТРОЛИ ФИШОРИ ХУН ДАР БЕМОРОНИ МУБТАЛО БА ПУРФИШОРИИ ХУН Мирвайс Баҳо

*Мирвайс Баҳо* - ассистенти Донишгоҳи тибби Балх, Афғонистон, *terwais baha@gmail.com.тел.* +93 (0) 731 088 888 +93 (0) 700 507 675

Имрӯз бемориҳои музмин, аз ҷумла фишори хуни болорав ба афзоиш аст ва ин беморӣ ба сабки зиндагонии афрод робитаи танготанг дорад, лизо мутолиаи ҳозир бо ҳадафм санчиши таъсири мудоҳилаи омӯзиши ислоҳи сабки зиндагӣ бар контроли фишори хун дар беморони мубтало ба гиперфишори хун анҷом шуд.

**Мавод ва равишҳо.** Пажӯҳиши ҳозир як мутолиаи ниматаҷрибавӣ буд, ки дар соли 2015 ба рӯйи 1210 нафар аз беморони мубтало ба гиперфишори хуни мурочиаткунанда ба хонаҳои беҳдошт иҷро гардид. Беморон ба сураи тасодуфӣ чанд марҳалаҳои дар ду гурӯҳи озмун озмун ( $n = 105$ ) ва контрол ( $n = 105$ ) қарор гирифтанд. Додаҳо бо истифода аз пуршиномаи сабки зиндагӣ истондорди (LSQ) дар

ду марҳалаи қабл ва ду моҳ пас аз мудоҳилаи омӯзиши гирдоварӣ гардид. Додаҳо бо истифода аз нармафзори SPSS-21 ва бо бақоргии озмунҳои squared таҳлил гардид.

**Ёфтаҳо.** Миёнгини нумароти мутағайриҳои варзиш, контроли вазн, тағзия ва саломати равонӣ пас аз мудоҳилаи омӯзиши дар гурӯҳи озмунафзоиш ёфта буд ( $p < 0/05$ ). Ҳамчунин мудоҳилаи омӯзиши таъсири маънидоре дар коҳиши фишори хуни афроди гурӯҳи озмун дар муқоиса бо гурӯҳи контрол доштааст ( $p < 0/05$ ).

**Натиҷагирӣ.** Мудоҳилаи омӯзиши ислоҳи сабки зиндагӣ дар иртиқои фаъолияти физикӣ, беҳбудии контроли вазн, тағзия ва беҳбудии саломати равонӣ дар беморони мубтало бар пурфишории хун муассир аст.

## ВЛИЯНИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА СОСТОЯНИЕ КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЕЙ

*Мирвайс Баҳо* - ассистент медицинского факультета Балхского университета, Афганистан, *terwais baha@gmail.com.тел.* +93 (0) 731 088 888 +93 (0) 700 507 675

Сегодня хронические заболевания, к которым относится и повышенное кровяное давление, имеют тенденцию к количественному увеличению. При этом данное заболевание тесно связано с образом жизни людей. В связи с этим в качестве темы для исследования нами было избрано изучение влияния образа жизни на контроль кровяного давления у больных, страдающих гипертонией.

**Материалы и способы.** Настоящая работа является полуопытным исследованием, проведенным в 2015 году на 1210 больных гипертонией, которые обратились в медицинские пункты. Больные методом случайной выборки были поделены на две группы: испытуемую ( $n = 105$ ) и контрольную ( $n = 105$ ). Данные на основании анкеты по образу жизни стандарта LSQ были собраны в два этапа: до и спустя два месяца после вмеша-



тельства. Результаты были проанализированы с использованием программного обеспечения SPSS-21 и применением тестов.

**Результаты.** Средние цифры после внедрения изменений, связанных со спортом, контролем веса, питания и психического здоровья в испытуемой группе выросли ( $p < 0/05$ ). Также исследовательское вмешательство имело выраженное влияние на сни-

жение кровяного давления у членов испытуемой группы в сравнении с контрольной группой ( $p < 0/05$ ).

**Заключение.** Исследовательское вмешательство по коррекции образа жизни путём увеличения физической активности, улучшения контроля веса, питания и психического состояния у больных, страдающих гипертонией, является эффективным.

## THE EFFECT OF EDUCATIONAL INTERVENTION OF LIFE STYLE MODIFICATION ON BLOOD PRESSURE CONTROL IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

*Merwais Baha* Teacher at Balkh University, Islamic Republic of Afghanistan Email: merwisebaha@gmail.com; Phone: +93(0)700507675 +93(0)731088888

*Address: Restrict3 Mazar-e-sharif, Balkh, Afghanistan*

### Abstract

**Background and Objectives:** Today, chronic diseases such as high blood pressure are increasing; this disease is closely associated with lifestyle. Therefore, the current study was conducted to assess the effect of lifestyle modifying educational intervention on blood pressure control in patients with hypertension.

**Materials and Methods:** This Quasi-experimental study was conducted on 210 patients with hypertension, referring to health centers, in 2015. Patients were assigned into two groups of intervention ( $n = 105$ ) and control ( $n = 105$ ) using random multi-stage sampling method. The data was collected using standard life style questionnaire (LSQ) in four dimensions of exercise, weight control, nutrition, and mental and spiritual health, before and two months after the educational intervention. Data

were analyzed in SPSS-21 using descriptive and inferential statistics, such as chi squared, paired-t test and independent t-test.

**Results:** The results showed that the mean scores of exercise, weight control, nutrition and mental health in the intervention group increased significantly after the intervention ( $P < 0.05$ ). However, the changes were not significant in the control group ( $P > 0.05$ ).

Also, the educational intervention had a significant effect on reducing blood pressure in the intervention group compared with the control group ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** According to the findings of the study, educational intervention is effective in promoting physical activity, improving weight management, nutrition and mental health in patients with hypertension. In addition, the results indicated that controlled blood pressure can be achieved by improving the lifestyle.

**Муҳиммияти мавзӯ.** Пурфишории хун далели 6%-и фавти афроди бузургсол ва савумин омили фавт (маргумир) дар чаҳон аст [1] ва ба унвони як мушкили беҳдоштӣ дар холи рушд дар чаҳон матраҳ аст. ба тавре ки 31% аз афроди бузургсол болои 18 сол дар Амрико мубтало ба пурфишории хун ҳастанд [2]. Тайи баррасии анҷомшуда дар Афғонистон низ шиюъи (пахншавии) пурфишории хун дар гурӯҳи синни 15 то 64- сола аз 6

то 24% гузориш шудааст [3]. Дар байни авомили хатари қобили таъдил (эътидол)-и эҷодкунандаи бемориҳои қалбӣ-буруқӣ (рғҳо), пурфишории хун мӯҷиби эҷоди 70% аз бори бемориҳои қалбӣ-буруқӣ (рғҳо)-ро дар минтақаи Осиё ва Уқёнусия аст [4]. Пурфишории хунро ба унвони фишори хуни систоликӣ бештар аз 140ммHg ва фишори хуни диасистоликӣ болотар аз 90ммHg таъриф мекунанд [5]. Коҳиши пурфишории хун боиси



коҳиши қобили таваҷҷуҳи марғумири ношӣ аз бемориҳои қалбӣ-ъурукӣ (ргҳо)-и мағзӣ хоҳад шуд [6]. Барои пешгирӣ ва контроли пурфишории хун сабки зиндагӣ таъкид шудааст [7]. Сабки зиндагӣ дарбаргирандаи рафторҳои монанди одатҳои ғизоӣ, ҳобу истироҳат, фаъолияти бваданӣ ва варзиш, контроли вазн, истеъмоли духониёт (ғизоӣ дудодашуда) ва алкул, эминсозӣ дар муқобили бемориҳо, созгорӣ бо стресс, тавоноии истифода аз ҳимоятҳои хонавода ва чома мебошад [8]. Яке аз роҳкориҳои аслии барои коҳиш ва ё таъдили пурфишории хун интихоби сабки зиндагии солим аст, ба тавре ки мутолиоти мурурӣ баёнгари ин аст, ки мобайни пурфишории хун ва интихоби навъи сабки зиндагӣ ва одотҳои иртибот вучуд дорад [9]. Бештари таҳқиқот дар заминаи таъдили сабки зиндагӣ баёнгари ин ҳастанд, ки таъдили сабки зиндагӣ на танҳо бар контроли авомили хатари пурфишории хун, балки бар соири авомили хатари бемориҳои қалбӣ-ъурукӣ (ргҳо) аз қабилҳои коҳиши вазн, коҳиши чарбиҳо ва коҳиши масрафи алкул ва диабет низ таъсиргузор аст [7,10 ], ҳарчанд, ки омили хоси болинӣ низ метавонанд дар эҷоди пурфишории хун таъсиргузор бошанд, аммо пурфишории хун дар иртибот бо сабки зиндагӣ аст [11]. Бо таваҷҷуҳ ба аҳамияти сабки зиндагӣ дар пешгирӣ ва контроли сабки зиндагӣ бо пурфишории хун дар беморони гирифтори бемории пурфишории хун муруҷиакунанда ба хонаҳои беҳдошт дар соли 2015 анҷом гирифтааст.

**Мавод ва равиши таҳқиқот.** Ин пажӯҳиш як мутолиаи мудохилаӣ аз навъи ниматаҷрибай мебошад, ки аз июни соли 2015 то сентябри соли 2016 дар беморони тахти пӯшиши хонаҳои беҳдошт сурат гирифтааст. Аз равиши намунагирии чандмарҳалаӣ барои интихоби беморон истифода шуд, бад-ин сурат, ки аз ҳар 5 марокази беҳдошти дармонии рустой, 2 хонаи беҳдошти (як хона беҳдошт ба унвони гурӯҳи мудохила ва як хонаи беҳдошт ба унвони гурӯҳи контрол, ҷамъан 10 - и хонаи беҳдошт) ба таври тосодуфӣ интихоб ва сипас афроди мавриди мутолиа бо рӯҷӯ ба парвандаи ҳоводаҳои беҳдоштӣ барои ширкат дар му-

толиа ба таври тосодуфӣ интихоб шуданд. Бо истифода аз нармафзори G. Power бо дар назар гирифтани асари андозаи 0/40 миёнгин ± инхиروфи меъёри гурӯҳи дуюм 3/3± 29/27, стхитминон 95%, тавони озмун 80% ва мизони резиш 10% барои ҳар гурӯҳ 105 нафар муҳосиба гардид.

Пас аз интихоби афрод ба сурати телефонӣ ва ё муруҷиат ба дарби манзил бо ҳар яки онҳо тамос гирифта шуда ва ва пас аз тавзеҳ дар бораи аҳдофи мутолиа тарғиб ба ширкат дар мутолиа шуданд. Пас аз ҳузури афроди интихобшуда дар хонаҳои беҳдошт ва касби ризоияти онҳо барои ширкат дар мутолиа, пурсишнома дар хонаҳои беҳдошт тақмил гардид. Наҳваи тақмили пурсишнома дар афроди бесавод ва камсавод ба сурати мусоҳибаи фардӣ буд. Меъёрҳои вуруд ба мутолиа ибтидоӣ буданд аз афроди болои 30 сол, ки дар ғерболғарии inscreening фишори хун ба унвони вуруд ба мутолиа ва ҳуруҷ аз мутолиа шомил будан ба ҳар навъ беморӣ дар замони мутолиа ва ғайбат (набудан) дар беш аз як ҷаласаи омӯзишӣ буд.

Иттилоот бо истифода аз пурсишномаи стандартии questionnaire (LSQ) ҷамъоварӣ гардид. Ин пурсишнома дар Афғонистон тавассути лаълӣ ва ҳамкорон эътиборсанҷӣ шуда ва равоӣ ва поёии он гузориш шудааст [17]. пурсишномаи (LSQ) шомили 3 бахш мебошад.

Доодаҳо бо истифода аз вироиши 21 нармафзори SPSS таҷзия ва таҳлил гардид. Нурмол (муътадил) будани доодаҳо бо истифода аз озмуни kolomgorov-smirnov мавриди баррасӣ қарор гирифт. Ҷамҷунин барои баррасӣ ҳамсон будани ду гурӯҳи озмун ва контроли қабл аз мудохилаи омӯзишӣ, мутағайирҳои ҷамъиятшинохтӣ ва абъоди (умқи) сабки зиндагӣ ба тартиб бо озмунҳои омории сквер - консерватор мустақил таҳлил шуданд. Ихтилоф байни миёнгини нумароти сабки зиндагӣ ва фишори хун дар пеши озмун ва 2 моҳ пас аз мудохила дар ҳар як гурӯҳҳо ва байни гурӯҳҳо низ ба тартиб бо истифода аз озмунҳои мустақил ва тайи завҷӣ таъйин шуданд. Сатҳи маънидор дар тамоми мароҳили таҳлили доодаҳо камтар аз 0,05 дар назар гирифта шуда.



### Чадвали №1. чузъиёти барномаи омӯзиши тарроҳишудаи ширкаткунандагони гурӯҳи омӯзишӣ

Чаласаи омӯзишӣ	Мухтавои омӯзиш	Равишҳои омӯзишӣ	Замон
Чаласаи 1	Ошноӣ бо ҳадафи омӯзиш, акҳамияти сабки зиндагии солим дар саломатии фард ва суханронӣ пешгирӣ аз бемориҳои музмин аз ҷумла пурфишории хун	Суханронӣ	60 дақ
Чаласаи 2	Афзоиши огоҳӣ ва беҳбуди нигариши афрод нисбат ба тағзияи солим ва аҳамияти он дар пешгирӣ ва контроли пурфишории хун	Суханронӣ, баҳси гурӯҳӣ, пурсишу посух	50 дақ
Чаласаи 3	Афзоиши огоҳӣ ва беҳбуди нигариши афрод нисбат ба фаъолияти физикӣ ва аҳамияти он дар пешгирӣ ва контроли пурфишории хун	Суханронӣ, баҳси гурӯҳӣ, пурсишу посух	50 дақ
Чаласаи 4	Беҳбуди саломати равонии афрод бо ироаи матолибе дар хусуси роҳҳои контролти стресс	Суханронӣ, баҳси гурӯҳӣ, пурсишу посух	50 дақ
Чаласаи 5	Беҳбуди саломати маънавии афрод бо ироаи матолибе дар хусуси таъсири фароизи динӣ ба саломати афрод	Суханронӣ, баҳси гурӯҳӣ, пурсишу посух	50 дақ

**Ёфтаҳо.** Миёнгии сини иштироккунандагон дар гурӯҳи озмун  $50/02 \pm 10/66$  ва дар гурӯҳи контрол  $53/65 \pm 12/78$  буд. Ёфтаҳои чадвали №2 нишон дода, ки иду гурӯҳи мавриди мутолиа аз назари мутағйиротҳои ҷамъиятшинохтӣ шомили гурӯҳҳои синӣ, ҷинсият ва сатҳи таҳсилот ҳамгун буданд ва аз назари омӯри ихтилофи маънидоре байни онҳо дида нашуд ( $p < 0/05$ ). Дар ҳарду гурӯҳ аксарияти афрод аз назари сатҳи таҳсилот бесавод ва ибтидоӣ буданд. Дар чадвали №3 равобитаи дарунигурӯҳӣ ва байнигурӯҳии афроди таҳти мутолиа қабл ва баъд аз мутолиаи омӯзиш дар хусуси абъоди сабки зиндагӣ нишон дода шудааст. Қабл аз мутолиаи омӯзишӣ ихтилофи маънидоре дар миёнгии нумароти абъоди сабки зиндагӣ байни ду гурӯҳи озмун ва контрол мушоҳида нашуд ( $p < 0/05$ ). Натоиҷи мутолиа нишон медиҳад, ки дар гурӯҳи озмун мутағйирҳои варзиш ва тандурустӣ ( $p < 0/001$ ), контроли вазн ва тағзия ( $p = 0/001$ ) ва саломати равонӣ ( $p = 0/019$ ) баъд аз мутолиаи омӯзишӣ нисбат ба қабл аз мутолиаи омӯзишӣ ба твари маънидор афзоиш ёфтааст. Аммо тағйироти анҷомшуда дар саломати маънавий маънидор набуд ( $p = 0/132$ ) ҳамчунин натоиҷи озмун тайи мустақилҳои аз он аст, ки пас аз мутолиаи омӯзишӣ миёнгии нумароти варзиш ва тандурустӣ ва ( $p = 0/002$ ). Контроли вазн ва тағзия ( $p = 0/004$ ) байни ду гурӯҳ ва ихтилофи маънидор дошта-

аст, валекин миёнгии нумароти саломати равонӣ ва саломати маънавий дорои ихтилофи маънидоре набуд ( $p < 0/05$ ).

Ёфтаҳои дигари мутолиа ин аст, ки тафовути маънидоре аз назари миёнгии фишори хуни ду гурӯҳи озмун пас аз мутолиаи омӯзишӣ ҳам дар фишори систоликӣ ва ҳам диастоликӣ коҳиш ёфта буд, ки ин коҳиш аз назари омӯри маънидор мебошад ( $p < 0/05$ ) (чадвали 4).

**Баҳс.** Ёфтаҳои пажӯҳиши ҳозир ҳокӣ аз он аст, ки мутолиаи омӯзиш боиси афзоиши варзиш, беҳбуди контроли вазн ва тағзия ва беҳбуди саломати равонӣ дар беморони мутолиа ба пурфишории хун гардид. Ҳамчунин натоиҷи нишон дод, ки бо беҳбуди сабки зиндагӣ метавон мизони фишори хуни беморонро коҳиш дод. Ин натоиҷ бо ёфтҳои мутолиоти шоиста ва ҳамкорон [16], CalvariaGolkar et al., Samii Sibeni et al. [19], Hosseini et al. [20], Bahrami Nejad et al. Babai beige et al., Cicolini et al. [24], Erik et al. [25], Nacihanoglu et al. [26], Nguyen et al. [27] мутобиқат дорад.

Натоиҷи мутолиа нишон медиҳад, ки дар гурӯҳи озмун мутағйирҳои варзиш ва контроли вазн ва тағзия баъд аз мутолиаи омӯзишӣ нисбат ба қабл аз мутолиаи омӯзишӣ ба таври маънидоре афзоиш ёфтааст. Мутолиаи Bahram Yenezhad ва ҳамкорон низ нишон дода, ки миёнгии фишори хун ва фаъолияти физикӣ баъд аз мутолиаи омӯзишӣ тафовути маънидоре доштааст [21].





**Чадвали 2: Муқоисаи мушахассоти чамбиятшинохтии гурӯҳи омӯзишӣ ( n - 105 ) ва гурӯҳи контролӣ қабл аз мудохилаи омӯзишӣ ( n - 105 )**

	гурӯҳи мудохила, тедод %	гурӯҳи контролӣ, тедод % Control	Сатҳи маънидорӣ
<b>Гурӯҳҳои синнӣ</b>			0/095
<b>39-30</b>	(22/9) 24	( 16/2) 17	
<b>49-30</b>	(23/8) 25	( 26/7) 28	
<b>59-50</b>	(28/6) 30	( 19 ) 20	
<b>60</b>	( 28/7) 26	(38/1) 40	
<b>Чинсӣ</b>			0/123
<b>Мард</b>	(30/5) 32	(39) 41	
<b>Зан</b>	(69/5) 73	(61) 64	
<b>Вазъияи таахул (оиладорӣ)</b>			0/139
<b>Мутаҳайл (мучаррад)</b>	(91/4) 96	( 85/7) 90	
<b>Ҳамсарфавтшуда</b>	(8/6) 9	(14/3) 15	
<b>Сатҳи таҳсилот</b>			0/321
<b>Бесавод</b>	(26/7) 28	(26/7) 28	
<b>Ибтидоӣ</b>	(46/7) 49	(36/2) 38	
<b>Сycle//сикл</b>	(10/5) 11	(12/4) 13	
<b>Diploma//диплум</b>	(11/4) 12	(13/3) 14	
<b>Донишгоҳӣ</b>	(4/7) 5	(11/4) 12	

**Чадвали 3: Муқоисаи миёнгии нумароти абъоди сабки зиндагии қабл ва пас аз мудохилаи омӯзишӣ ( n - 105 ) ва контролӣ ( n - 105 )**

Lifestyle Dimension	Before mean Intervention ± Deviation	After mean Intervention ± Deviation	Significantly level
<b>Варзиш ва тандурустӣ</b>			
Озмун	9/07 ± 3/59	10/35 ± 3/02	<0/001
Контролӣ	81/83 ± 3/70	8/86 ± 3/67	0/181
Сатҳи маънидорӣ	02/002		
<b>Контроли сатҳи вазн ва тағзия</b>			
Озмун	14/22 ± 3/59	16/18 ± 2/58	0/001
Контролӣ	14/60 ± 4/42	14/65 ± 4/44	0/096
Сатҳи маънидорӣ	0/004		
<b>Саломати равонӣ</b>			
Озмун	14/50 ± 4/06	14/62 ± 3/97	0/019
Контролӣ	14/46 ± 2/94	14/47 ± 4/17	0/320
Сатҳи маънидорӣ	0/752		
<b>Саломати маънавӣ</b>			
Озмун	15/01 ± 3/52	15/06 ± 3/51	0/132
Контролӣ	15/51 ± 2/73	15/56 ± 2/68	0/167
Сатҳи маънидорӣ	0/253		

Натоиҷи мутолиаи Henie' нишон медиҳад, ки рафторҳои мубтано ба сабки зиндагии солим ба вижа фаъолияти баданӣ, нақши таъйинкунандаҳое дар коҳиши стресс, изтироб ва афсурдагии беморони мубтало ба пурфишории хун доранд [28]. Рафтор ва сабкиҳои нодурусти зиндагӣ дар эҷоди бемориҳои қалбӣ-ъурукӣ (дилу рағҳо) беш аз шароити пизишкӣ ва истеъдодҳои генетик таъсир дорад [29]. Ва сабки зиндагии солим чузъи асосӣ дар пешгирӣ дар бемориҳои қалбӣ-ъурукӣ (дилу рағҳо) аст [30]. Таҳқиқоти охир нишон додаанд, ки шеваи зиндагӣ

метавонад дар эҷоди стресс, изтироб ва фишорҳои равонӣ ва ба дунболи он афзоиши фишори хун таъсиргузор бошад [31]. Ва бадеҳӣ аст, ки муаллафаҳои (таълишудаҳои) сабки зиндагӣ мунҷар ба пешгирӣ аз стрессҳои рӯзмарра, коҳиши афсурдагӣ ва афзоиши шолмонӣ хоҳад шуд [32]. Ҳамчунин сабки зиндагӣ конуни тамаркузи фаъолиятҳои омӯзиши беҳдошт ва иртиқои саломат низ буда ва яке аз аҳдофи муҳимми омӯзиши беҳдошт, тағйири рафторҳои афрод дар чихати эҷоди сабки зиндагии солим аст [33]. Дигар ёфтаҳои мутолиа баёнгарии он аст, ки



**адвали 4: Муқоисаи миёнгини фишори хун қабл ва пас аз мудохилаи омӯзишӣ дар ду гурӯҳи озмун ( n - 105 ) ва контрол ( n - 105 )**

	Қабл аз мудохила миёнгини ± инхирофи меъёр	Пас аз мудохила миёнгини ± инхирофи меъёр	Сатҳи маънидорӣ
<b>Фишори хуни систоликӣ</b>			<0/001
Озмун	130/26 ± 16/84	124/25 ± 14/52	
Контролӣ	132/51 ± 20/88	132/02 ± 19/18	0/319
Сатҳи маънидорӣ	0/001		
<b>Фишори хуни диастоликӣ</b>			
Озмун	80/72 ± 8/87	76/43 ± 7/59	<0/001
Контролӣ	82/44 ± 10/29	82/46 ± 10/53	0/319
Сатҳи маънидорӣ	<0/001		

миёнгини фишори хуни систоликӣ ва диастоликӣ дар гурӯҳи озмун пас аз мудохилаи омӯзишӣ ба таври маънидоре коҳиш ёфтааст. Ба иборате мудохилоти мутамарказ бар ислоҳи сабки зиндагии беморони мубтало ба пурфишории хун метавонад мунҷар ба иртиқои вазъиятти саломати онҳо шавад, чаро ки ислоҳи сабки зиндагӣ ба унвони яке аз муҳимтварин истротиҷҳои дармонӣ дар беморони мубтало ба пурфишории хун мебошад [33]. Мутолиаи Prasanna et al. нишон дод, ки тағйирот дар сабки зиндагӣ ва ислоҳи режимҳои ғизоӣ мунҷар ба коҳиши маънидори фишори хуни систоликӣ ва диастоликии беморони мубтало ба пурфишории хун гардид. Ин муҳаққиқин дарёфтанд, ки ислоҳи сабки зиндагии беморони мубтало ба пурфишории хун метавонад ба унвони аввалин хатти дармон ба дармони доруии афрод замима гардадва короии доруҳои зидди фишори хунро афзоиш дода, хатари беморихои ӯруқҳои куру-

нариро (коронариро) коҳиш диҳад [34]. Мутолиаи Simces et al низ нишон дод, ки ташхиси бамавқеъ ва ислоҳи сабки зиндагӣ аз қабилитағзияи солим, коҳиши масрафи намак, ва афзоиши фаъолияти физикӣ метавонад дар пешгирии фишори хун муфид бошад [35].

**Натиҷагирӣ.** Ёфтаҳои пажӯҳиш дар даркули нишондиҳандаи таъсири сабки зиндагӣ (ба виа варзиш, контроли вазн, тағзия) бар контроли фишори хун дар беморони мубтало ба пурфишории хун мебошад. Ин пажӯҳиш лузуми таваҷҷуҳ ва таъкид бар нақши омӯзиш бо ҳадафи контроли фишори хуни беморон бо сабки зиндагӣи муносиб ва одатҳои рафтори саҳеҳро нишон медиҳад. Бадехист, ки омӯзиш илова бар амалкарди беморон ва ҷилавгирӣ аз густариши бемории онон, метавонад мунҷар ба шаклгирии улғуҳои (olgu - тарҳи) рафтори саҳеҳ ва сабки зиндагии муносиб дар афроди чома гардад.

### References

1. Hemmelgarn BR, McAllister FA, Myers MG, McKay DW, Bolli P, Abbott C, et al. The 2005 Canadian Hypertension Education Program
2. Centers for Disease C, Prevention. Vital signs: prevalence, treatment, and control of hypertension--United States, 1999-2002 and 2005-2008.
3. Esteghamati A, Meysamie A, Khalilzadeh O, Rashidi A, Haghazali M, Asgari F, et al. Third national Surveillance of Risk Factors of Non-
4. Martiniuk AL, Lee CM, Lawes CM, Ueshima H, Suh I, Lam TH, et al. Hypertension: its prevalence and population-attributable fraction for mortality from cardiovascular disease in the Asia-Pacific region.
5. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention,
6. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, Prospective Studies C.
7. Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, et al.



8. Monahan F, Sands J, Neighbors M, Marek J, Green C. Phipps' medical-surgical nursing: health and illness perspectives. 8th ed. Louis: Mosby; 2007.
9. Smith RD. Hypertension: Pathophysiology, diagnosis, and management. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. New York: Raven Press, Ltd.; 1995.
10. Li G, Zhang P, Wang J, Gregg EW, Yang W, Gong Q, et al. The longterm effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China2008
11. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook JV 2006
12. Khatib OMN, El-Guindy MS. Clinical guidelines for the management of hypertension. Cairo World Health Organ East Mediterranean Region office. 2005.
13. Najjar L, Heydari A, Behnam Vashani HR. The relationship between lifestyle and essential hypertension in Sabzevar. 2004;11(2)
14. Faragzadeh Z, Kaheni S, Saadatjoo A. Relation between stress and hypertension and coping ways. J Birjand Univ Med Sci. 2005;12(1):2.
15. Baroogh N, Teimouri F, Saffari M, Hosseini Sadeh S, Mehran A. Hypertension and lifestyle in 24-65 year old people in Qazvin Kosar region2010;15(5).
16. Shayesteh H, Mansoriyan M, Mirzaie A, Sayehmiri K. [Survey of the Effect of Educational 2016;24(2):54-62.
17. Lali M, Abedi A, Kajbaf MB. Construction and Validation of the Lifestyle Questionnaire (LSQ). Psychol Res. 2012;15(1):64-80.
18. Kalthornia-Golkar M, Banijamali S, Bahrami H, Hatami HR, Ahadi H.2014;3(23):1-11.
19. Samiei Siboni F, Alimoradi Z, Sadegi T. [Impact of corrective life style educational program on controlling stress, 2013;19(6):1-9.
20. Hosseini F, Farshidi H, Aghamolaei T, Madani A, Ghanbarnejad A. 2014;2(1):17-27.
21. Hanifi N, Bahrami Nejad N, Moosavi Nasab N. J Qazvin Univ Med Sci Health Serv.2008;12(1):62-8.
22. Ferrara AL, Pacioni D, Di Fronzo V, Russo BF, Staiano L, 12016 PMID: 23126348
23. Babaee Beigi MA, Zibaenezhad MJ, Aghasadeghi K, Jokar A, Shekarforoush S, Khazraei H.
24. Cicolini G, Simonetti V, Comparcini D, Celiberti I, Di Nicola M, Capasso LM, 2013.10.010
25. Beune EJAJ, van Charante EPM, Beem L, Mohrs J, Agyemang CO, Ogedegbe G, 2014; 9(3): e90103.
26. Hacıhasanoglu R, Gozum S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, 2011;20(5-6):
27. Nguyen QN, Pham ST, Nguyen VL, Weinehall L, Wall S, Bonita R, et al.
28. Henje Blom E, Olsson EM, Serlachius E, Ericson M, Ingvar M. Heart rate variability (HRV) in adolescent females with anxiety disorders2010;99(4):
29. Rosengren A, Dotevall A, Eriksson H, Wilhelmsen L. Optimal risk factors in the population: 2001;22(2):
30. Pearson TA, Bazzarre TL, Daniels SR, Fair JM, Fortmann SP, Franklin BA, et al. American Heart Association Guide for Improving Cardiovascular Health at the Community Level A Statement for Public 2003;107(4):
31. Hamidizadeh S, Ahmadi F, Asghari M. STUDY EFFECT OF RELAXATION TECHNIQUE ON ANXIETY AND STRESS IN ELDERS WITH HYPERTENSION. J Shahrekord Univ Med Sci. 2006;8(2.45-51:)
32. Jafari M. [Effects of group discussion method of teaching healthy lifestyles, stress, anxiety and depression, clinical nurses working in hospitals Asadabad city]. 2009.
33. Huang N. Life style management of hypertension. Australian Prescribe. 2008;31(6):
34. Prasanna DG, Gopinath C, Reddy KY, Rajasekhar DG, Chandrakanth P, Sravanakumari S. 2015;6(12):
35. Simces ZL, Ross SE, Rabkin SW. Diagnosis of hypertension and lifestyle modifications for its management. BC Med J. 2012;54(8):392-8.
36. Bortolotto R, Santos R, Ikeda E, Giacchini F, Duenhas A, Loyola I.2016;34(2)
37. Abbasian L, Abbasi M, Shamsi Goshki E, Memarian Z. Study the scientific



## ОСТЕОАРТРИТИ АВВАЛИЯ: ЧАНБАҲОИ ЭТИОПАТОГЕНЕТИКӢ, ТАШХИСИ БАРВАҚТ, ИНДИКАТОРҲОИ ПЕШГӢӢИ НОХУБ, РОҲҲОИ ТАБОБАТ- ВАЗӢИ ИМРӢЗАИ МУШКИЛОТ

О.Р. Ризоева, Ё.У.Саидов, Д.А. Халилова, Г.Н. Каримова

Кафедраи пропедевтикаи бемориҳои дарунӣ (мудири кафедра д.и.т., Ё.У.Саидов)-и Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абӯлӣ ибни Сино

*Ризоева Ойтилло Рустамовна - унвонҷӯии кафедраи пропедевтикаи бемориҳои дарунии Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абӯлӣ ибни Сино*

*Саидов Ёр Умарович - д.и. т., мудири кафедраи пропедевтикаи бемориҳои дарунии Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абӯлӣ ибни Сино*

Мувофиқи нуктаи назари муосир остеоартрити аввалия (ОА) ҳамчун протесси системавӣ, на ҳамчун осебҳои маҳдуди тағояки буғумҳо, дар мақола паҳншавӣ, омилҳои хатари пайдошавии бемориҳои муҳимми тиббӣ иҷтимоӣ пешниҳод шуда, маълумотиҳои нави ба патогенези ОА дахлдор мавриди баррасӣ қарор гирифтааст ва ба хусусиятҳои серомили протесс ва саҳми назарраси осеби устухони субхондралӣ ва илтиҳоби музмини аутоиммунӣ таваҷҷуҳи махсус зоҳир қарда шудааст. Масъалаҳои ташхис, меъёрҳои тасниф, спектр ва басомади дучоршавии бемориҳои коморбидӣ ва табобати консервативии беморӣ дар шак-

ли алгоритми мултимодалӣ таҳлил ва баррасӣ шудаанд. Нишон дода шудааст, ки ба муваффақиятҳои дар самти масъалаҳои фундаменталии ОА, гетерогенияти механизмҳои патогенӣ ва зухуроти мураккаби клиникӣ-инструменталии беморӣ ба даст овардашуда нигоҳ нақарда, мураккабии ташхиси барвақт зарурати таҳқиқотҳои минбаъдаи ҳаллу фасл қардани масъалаҳои мавҷудбудаи мушкилоти ОА ва беҳтарсозии кулли дар маҷмӯъ стратегияи табобати бемориро тақозо мекунад.

**Калимаҳои калидӣ:** остеоартрити аввалия, омилҳои хатар, чанбаҳои патогенетикӣ, коморбидӣ, масъалаҳои табобат.

## ПЕРВИЧНЫЙ ОСТЕОАРТРИТ: ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, ИНДИКАТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА, ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ - СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

О.Р. Ризоева, Ё.У.Саидов

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. кафедрой д.м.н., Ё.У.Саидов) Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино,

*Ризоева Ойтилло Рустамовна, соискатель кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино*

*Саидов Ёр Умарович, д.м.н., заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино*

В соответствии с современным взглядом на первичный остеоартрит (ОА) как на системный процесс, а не изолированное поражение суставного хряща, в обзоре представлены распространенность, факторы риска развития и медико-социальное значение заболевания, рассмотрены новые данные, касающиеся патогенеза ОА, с акцентом на мультифакторный характер процесса и су-

щественный вклад поражения субхондральной кости (СХК) и хронического аутоиммунного воспаления. Освещены вопросы диагностики, классификационные критерии, спектр и частота встречаемости коморбидных заболеваний и консервативного лечения заболевания в виде поэтапного мултимодалного алгоритма. Показано, что, несмотря на достигнутые большие успехи в



фундаментальных вопросах ОА, гетерогенность патогенетических механизмов и клиническо-инструментальных проявлений заболевания, сложность ранней диагностики диктуют необходимость дальнейшего исследования, направленного на решение суще-

ствующих вопросов в проблеме ОА и кардинальное улучшение терапевтической стратегии заболевания в целом.

**Ключевые слова:** первичный остеоартрит, факторы риска, патогенетические аспекты, коморбидность, вопросы терапии.

## PRIMARY OSTEOARTHRITIS: ETIOPATHOGENETIC ASPECTS, EARLY DIAGNOSTICS, UNFAVORABLE FORECAST INDICATORS, APPROACHES TO THERAPY - THE PRESENT CONDITION OF THE PROBLEM

O.R. Rizoyeva, Yo.U. Saidov

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

*Rizoyeva Oytillo Rustamovna, applicant for the Department of Propaedeutics of Internal Diseases ATSMU*  
*Saidov Yor Umarovich, MD, Head of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases ATSMU*

In accordance with modern look the primary osteoarthritis (OA) as a systemic process, rather than an isolated lesion of the articular cartilage, the review presents the prevalence, risk factors for the development of medical and social significance of the disease, considered the new data concerning the pathogenesis of OA, with an emphasis on the multifactorial nature of the process and the significant contribution of lesions of the subchondral bone (SCC) and chronic autoimmune inflammation. Diagnostic issues highlighted, classification criteria, the range and frequency of occurrence of comorbid diseases and conservative treatment of the

disease in the form of a phased multimodal algorithm. It was shown that, despite the great successes achieved in the fundamental issues of OA, the heterogeneity of pathogenetic mechanisms and clinical and instrumental manifestations of the disease, the complexity of early diagnosis dictate the need for further research aimed at solving existing issues in the problem of OA and dramatically improving the therapeutic strategy of the disease as a whole.

**Key words:** primary osteoarthritis, risk factors, pathogenetic aspects, comorbidity, therapy issues.

**Мухимият.** ОА - гурӯҳи бемориҳои гетерогенӣ, ки этиологияи гуногун бо зухуроти монанди биологӣ, морфологӣ ва клиникӣ аст, ки асоси онро осеби ҳама ҷузъҳои буғумҳо, дар навбати аввал, тағояк ва устухони субхондриалӣ (УСХ), парди синовиалӣ, бандакҳо, капсула, мушакҳои наздибуғумӣ, ки ба пастшавии функционалии фаъолнокии бемор ва ноустувории вазъияти коморбидӣ оваранда мерасонанд, ташкил медиҳанд [1-4].

Ҳангоми ОА, дар навбати аввал буғумҳои борбардор (бағумҳои зону ва косурон) осеб мебинанд, ки сифати ҳаётро хеле бад ва қобилияти кори беморонро маҳдуд месозанд [5-8]. Гарчанде ОА бевосита ба пешгӯии ҳаётии бемор бевосита таъсир намерсонанд, аммо яке аз сабабҳои асосии

барвақт аз даст додани қобилияти кори мегардад, дар ин кор фақат аз бемориҳои ишемикии дил ақиб мемонад [9-11]. Мувофиқи маълумотҳои ҳисоботи экспертҳои ТУТ (Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ) оид ба оқибтҳои иҷтимоии бемориҳои музмини одамон, танҳо ОА -и буғумҳои зону дар миёни сабабҳои корношоямии занон ҷойи 4-ум ва дар байни мардон ҷойи 8-умро ишғол мекунад [3,9,10].

Тибқи тасаввуроти муосир асоси патогенез ва пешрвии ОА-ро иловакунии мураккаби дучонибаи омилҳои генетикӣ, иммунологӣ, биохимиявӣ ва механикӣ ташкил мекунад [1,4,11,12].

Солҳои охир дар фаҳмидани патогенези ОА-и аввалия тадричан трансформатсия ба





амал омад. Дар навбати аввал ин ба тағйироти тасаввурот дар хусуси нақши илтиҳоби музмин ва ихтилолҳои системавии метаболикӣ дар патогенези беморӣ дахл дорад. Дар ревматологияи муосир аллакай шубҳа нест, ки маҳз илтиҳоби пастшиддти музмин ("low-grade") ва ихтилолҳои системавии метаболикӣ, монанди чарбсорӣ ва диабети қанд омилҳои асосии пайдоиш ва пешравии ОА ҳастанд [13-17]. Дар ревматологияи муосир дар патогенези ОА ихтилолҳои системавии метаболикӣ, чарбсорӣ ва диабети қанд аҳамияти махсус доранд, ки тибқи тасаввуроти муосир метавонанд чараёни табиӣ аксуламалҳои маҳдуди илтиҳобиро дар буғум тағйир диҳанд, ки тавассути стресси механикӣ ба амал омадаанд, чунки синдроми метаболикӣ худ ба худ сарчашмаи доимии фаъолии илтиҳоб мебошад [6,11,18]. Механизмҳои патогенетикии иртиботи мутқобили чарбсорӣ ва ОА ба қадри нокифоя омӯхта шудаанд. Аммо муқаррар карда шудааст, ки моддаҳои фаъоли биологӣ (лептин, адипонектин, висфатин, апеллин ва ғ.), ки бофтаи чарбӣ ҳосил мекунанд, пеш аз ҳама адипонектинҳо қобилияти дастгирӣ намудани илтиҳоби музминро доранд [6,11,18]. Аз тарафи дигар, массаи бофтаи чарбӣ дар ҳолати гипоксия қарор дорад, адипоситҳо доимо дучори апоптоз гашта вайрон мешаванд, ки инро экспрессияи "гипоксия-генҳои ассотсиатсионӣ" - молекулаҳои танзимкунанда, ангиогенези стимулятсиякунанда ва фиброзу илтиҳоби дар нақши индукторҳои бақувват баромадкунанда ҳамроҳӣ мекунанд [3,10,11].

Маълумотҳои дар солҳои охир ба даст овардашуда аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки чарбсорӣ на танҳо бо вай якҷоя мешавад, балки ба пешравии он низ мусоидат мекунад [3,6,11]. Дар маводҳои таҳлили ба наздикӣ нашршуда нишон дода шудааст, ки хатари пайдошавии ОА -и буғумҳои зону ҳангоми афзудани шохиси массаи бадан дар ҳар як 5 воҳид 35% зиёд мешавад [3,6,10].

Дар замони муосир ОА -и аввалия (генуинӣ, идиопатикӣ) ва дувумӣ чудо кард мешавад. ОА -и аввалия дар буғумҳои қаблан тағйирнаёфта (беосеб) пайдо мешавад. Во-

баста аз миқдори буғумҳои осебдида инҳоро фарқ мекунанд: а) ОА -и аввалияи маҳдуд (<3 гурӯҳҳои гуногуни буғумҳо); б) ОА -и аввалияи паҳнёрта (> 3 гурӯҳҳои гуногуни буғумҳо). ОА -и дувумӣ натиҷаи бемориҳои қаблан мавҷудбудаи дастгоҳи таъҷуву ҳаракат аст [2,3,11,19].

Тибқи тасаввуротҳои муосир ОА -и аввалия дорои осебҳои вазнин ва бетанафус пешравандаи ҳама чузъҳои сохтори буғумҳост, ки инкишофи онҳоро ҳамкориҳои мутақобилаи мураккаби омилҳои сершумор муайян мекунанд ва ба ихтилолҳои глобалии сохтор ва функцияи буғум оварда мерасонад [1,3,11,14,16]. Дар ин ҷанба ОА -и аввалия патогенези серомил дорад, ки дорои омилҳои зиёди хатари аз тарафи умум эътирофшуда аст. Стратегияи муосири фармакотерапевтӣ, ҳамчунин муносибатҳо ба пешгириҳои аввалӣ ва дувумии беморӣ зарурати таҳлили ҷиддӣ ва арзёбии ҳамаи омилҳои хатари маълуми пайдоиш ва инкишофи ОА -и аввалияро талаб мекунад [20-23].

Омили хатари пайдошавӣ ва пешравии ОА-и аввалия чунин гурӯҳбандӣ карда мешавад: а) модификацияшуда (садама дар анамнез, фаъолнокии ҷисмонӣ, вазни барзиёд, табобати ивазкунандаи гормонӣ, сарбориҳои барзиёди варзишӣ ва касбӣ), ки метавонанд ислоҳ карда шаванд; б) модификациянашуда (синну сол, ҷинси зан, нуқсонҳои инкишоф, майлнокии ирсӣ), ки ислоҳнашавандаанд [10, 11, 24, 25].

Нишон дода шудааст, ки дар пайдошудан ва пешравии ОА, новобаста аз ҷойгиршавии протесси патологӣ омилҳои хатари ҳам модификасионӣ ва ҳам модификациянашаванда иштирок мекунанд [3,6]. Натиҷаҳои таҳқиқоти проспектикии 5-сола, ки дар базаи "Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқоти ревматологияи ба номи В.А. Насонова" (ФР) гузаронида шудаанд, аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки вазни барзиёди бадан, дарди пуршиддат, вучуд доштани синовит ва варами устухони калони рон мувофиқи маълумотҳои томографияи магнитӣ-резонансӣ (ТМР) предиктори асосии пешравии ОА-и аввалияи буғумҳои зону ба ҳисоб мераванд [3,6].



Бештари муҳаққиқон қайд мекунанд, ки гуногунии омилҳои хатар ва ё пешравии ОА-и аввалия, ҳамчунин якхела набудани маълумотҳо доир ба ин омилҳо, ки муҳаққиқони гуногун ба даст оварданд, аз зарурати таҳқиқотҳои минбаъда дар ин соҳа дарак медиҳанд [4, 10, 11, 26]. Ташхиси ОА-и барвакти бугуми зону. Имплементатсияи стратегияи фармакотерапевтии муосири ОА дар таҷрибаи амалии клиникӣ талаб мекунад, ки гузоштани ташхиси беморӣ дар давраҳои аввали беморӣ зарур аст, дар ин давра ҳанӯз симптомҳои типии рентгенологӣ вучуд надоранд, будани онҳо аз вучуд доштани тағйиротҳои дағалу ҷуброннашаванда дар ҷузъҳои сохтори бугум гувоҳӣ медиҳанд, ки ин ба марҳалаи торентгенологии беморӣ мувофиқат мекунад [11, 27, 28]. Дар айни замон бинобар набудани меъёрҳои таснифии аз тарафи умум қабулшуда ОА-и барвакт, он меъёрҳои перспективӣ ба ҳисоб мераванд, ки лоиҳаи онҳо аз тарафи гурӯҳи экспертҳои байналмилалӣ дар соли 2012 пешниҳод карда шуд [11, 28]. Дар ин лоиҳа зухуроти нисбатан иттилоъноки клиникӣ-инструменталии ОА дар ташхиси барвакти беморӣ ба ҳисоб мераванд: а) симптомҳои субъективии осеби бугуми зону; б) симптомҳои объективии осеби бугумҳо, ки табиб муайян месозад; в) сатҳи минималии аломатҳои рентгенологии беморӣ; г) маълумотҳои артроскопӣ, ТМР ва АСТ бугумҳои зону [11, 28].

ОА-и аввалия ва коморбидӣ. Дар ревматологияи муосир ОА-и аввалия ва дигар бемориҳои ревматикиву иммуниву илтиҳобӣ ҳамчун омили хатари пайдошавии бемориҳои вазнини музмини коморбидӣ баррасӣ карда мешаванд [18, 20, 21, 26, 29]. Қуллаи хуручи ОА-и аввалия маъмулан дар синну соли 50-солагӣ ба назар мерасад. Дар ревматологияи амалӣ тавачҷӯҳи бештари муҳаққиқон ба проблемаи ҳолатҳои коморбидӣ ва мултиморбидии ОА, аз як тараф, таъсири онҳо ба сифати ҳаёти беморон, ҷараён ва пешгӯии беморӣ, аз тарафи дигар, зарурат ба таҷдиди назар ва оптимизатсияи стратегияи табобат дар маҷмӯъи вобаста аст [6, 20, 24]. Маълумотҳои дар солҳои охир ба

даст овардашуда нишон медиҳанд, ки ҳамроҳони нисбатан паҳншудаи коморбидӣ дар ОА-и аввалия инҳо ба шумор мераванд: патологияи кардиоваскулярӣ, бештар бемории фишорбаландӣ, БИД, синдроми метаболикӣ, патологияи роҳи ҳозима ва узвҳои нафаскашӣ, бемории қанди типии 2 [10, 17, 24]. Муқаррар карда шудааст, ки дар байни патологияҳои коморбидӣ дар беморони дорои АР, нисбатан паҳншуда, пешгӯикунанда ва аз ҷиҳати иҷтимоӣ муҳим синдроми метаболикӣ ва ПКВ ба шумор мераванд [6, 11, 21, 20].

ОА-аввалия статуси беморӣ хатари олии кардиоваскулярӣ дорад. Муқаррар карда шудааст, ки дар сохтори ҷавбияти барзиёд ва пешазмуҳлатии беморони дорои ОА (то 45-50%) вазни зиёди ҳолис ба оризаҳои дилу рағҳо рост меояд, ки дар натиҷаи инкишофи босуръати атеросклероз ва пайвасташавии барзиёди БФ (бемории фишорбаландӣ) (инфаркти миокард, инсулт, марги нобахангоми коронарӣ) [6, 10, 20, 24].

Дар адабиёти илмӣ муҳокимаҳои гуногун ва ҳатто муҳолиф аз хусуси сабабҳо ва механизмҳои оризаҳои дилу рағҳо дар беморони ОА ба назар мерасанд. Ин гуногуни назарҳо, дар навбати аввал ба масъалаи нақш ва саҳми омилҳои хатари анъанавӣ дар рушди пешравии ПКВ ҳангоми ОА дахлдоранд. Тибқи маълумоти адабиёти омилҳои хатари анъанавӣ дар рушди оризаҳои дулу рағҳо саҳми калондоранд, аммо генези ПКВ-и сершумор дар ин категорияи беморон шарҳ дода нашудааст [6, 9, 20, 29]. Тахмин мекунанд, ки то дебути ОА ҷамъшавии тадриҷии омилҳои хатари анъанавӣ ба амал меояд ва баъди ин илтиҳоби музмини камшиддат ("Low-grade") ва ихтилолҳои системавии метаболикӣ барои рушди нумуи зухуроти клиникаи ПКВ ба амал меояд [6, 13, 14, 20, 21].

Табобати беморони дорои ОА вазифаи мураккаб мебошад ва комплекси ҷорабиниҳоеро дар бар мегирад, ки аз барномаҳои реабилитатсияи ҷисмониву табобати медицинализиро дар бар мегирад. Стратегияи муосири табобатии ОА-аввалия зарурати ҳаллу фасли вазифаҳои зеринро талаб ме-



кунад: а) пасткунии максималии шиддатнокии синдроми дард; б) суст шудани пешрави беморӣ; в) пешгирӣ намудани инкишофи деформатсияи буғумҳо ва маъюбшавии беморон; маҳв кардани илтиҳоб ва беҳтарсозии сифати ҳаёти беморон [3, 10,20, 25].

Мувофиқи тавсияҳои Ҷамъияти байналмилалӣ таҳқиқоти ОА (Osteoarthritis Research Society International - OARSI) ва Ҷамъияти аврупой оид ба ҷанбаи клиникӣ ва иқтисодии остеопороз ба остеоартрит (European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis - ESCEO) ва хулосаи муштараки мутахассисони пешбари Россия ва экспертҳои ESEO, бори аввал алгоритми марҳилавии мулти-модали муроқибати амалӣ ва табобати беморони дорой ОА буғумҳои зону ва косу рон пешниҳод карда шуд [23]. Тавсияҳои мазкур дар шакли ҷамъбастшуда (ҳамагӣ 25 тавсия) ба се гурӯҳ ҷудо карда шудаанд: тавсияҳо оид ба усулҳои ғайримедикаментозӣ (барномаҳои маърифатӣ, кам кардани вазни бадан, машқҳои ҷисмонӣ, ислоҳи ортопедӣ- истифода кардани пойафзоли ортопедӣ ва дигар маҳсулоти ортопедӣ), медицинаментозӣ ва ҷарроҳии табобат.

Дар айни замон доруҳои асосии медицинаментозӣ, ки дар табобати ОА аввалия ба кор бурда мешаванд, ба ду гурӯҳи асосӣ ҷудо мешаванд: а)симптом-модификатсияшуда доруҳои (доруҳои нестероидии зиддиилтиҳобӣ - ДНЗИ, парасетамол, аналгетикҳои опиоидӣ - трамадол, глюкокортикоидҳо, миорелаксантҳо); б) сохторӣ- модификатсияшуда (глюкозамин сулфат ва хондроитин сулфат, диасереин, препаратҳои кислотаи гиалуринонӣ, алфлутоп) [5,11,18,30-32].

Тавсияҳои OARSI ва ESCEO [18,23-25,] барои табобати медицинаментозии ОА аввалияи буғумҳои зону ва косу рон истифодаи марҳилавии ҷунин препаратҳои фармакотерапевтиро дар бар мегирад:

а) парасетамол ва курсҳои кӯтоҳмуддати трамадол; б) доруҳои нестероидии зиддиилтиҳобӣ - ДНЗИ, (неселективӣ ва селективӣ) - пероралӣ ва мавзӣ; в) глюкокортикоидҳо (кеналог, дипроспан, сертоспан) дохилибуғумӣ; г) препаратҳои кислотаи гиалуринонӣ (синвиск, ферматрон, гиалган, остенил, дюралан) дохилибуғумӣ; д) доруҳои сохторӣ-модификатсияшуда - глюкозамин сулфат ва хондроитин сулфат, асосан дар шакли омехта (артра, терафлекс) ва диасерин; е) лаважи артроскопӣ (шӯстани ковокии буғумҳои осебдида) ва ирригатсияи буғумҳо.

Дар ревматологияи амалии муосир бо мақсади баҳодиҳии объективии самаранокӣ табобати гузаронидашуда дар беморони гирифтори ОА аввалия аз шохисҳо ва саволномаҳои аз тарафи умум қабулшудаи байналмилалӣ ба таври васеъ истифода мекунад; шохисҳои WOMAC (Western Ontario and McMaster University - шохиси ҳолати буғумҳо дар се параметр: синдроми дард, қарахтӣ ва функцияи буғумҳо) ва Leguesne (шохиси баҳодиҳии вазнинии беморӣ), саволномаи НАQ (Health Assessment Questionery - шкалаи баҳодиҳии саломатӣ) ва анкетаи баҳодиҳии сифати ҳаёт [3,21].

Ҳамин тавр, маълумотҳои пешниҳоднамудаи мо аз як тараф аз порча-порча ва баҳсталаб будани саволҳои марбути ҷанбаҳои патогенетикии ОА, омилҳои хатарии инкишоф ва ташҳиси барвақти беморӣ ва мураккабии ташҳиси бемориҳои коморбидӣ ва мултиморбидӣ дарак медиҳад, аз тарафи дигар, зарурати оптимизатсияи тактикаи истифодаи ҳам доруҳои сохторӣ-модификатсияшуда ва ҳам доруҳои кислотаи гиалуринонӣ, инчунин баҳодиҳии муносиби самаранокӣ табобати гузаронидашударо нишон медиҳад, ки зарурати таҳқиқотҳои минбаъдаро тақозо мекунад.

## АДАБИЁТ

1. Зайцева Е.М. Патогенез остеоартроза и обоснование применения стронция ранелата / Е.М. Зайцева, Л.И. Алексеева, Е.Л. // Научно-практическая ревматология. - 2016. - №51 (6), С. 696-702.
2. Авдеева О.С. Фенотипы остеоартрита в различных возрастных группах / О.С. Авдеева, Е.А. Беляева // Научно-практическая ревматология. - 2018. - №56 (3, прил. 2). - С.5-6.



3. Алексеева Л.И. Остеоартрит: эпидемиология, классификация, факторы риска, диагностика, лечение / Л.И. Алексеева, Е.А. Таскина, Н.Г. Кашеварова // Современная ревматология. - 2019. - 13(2) - С. 9-11.
4. Ли́ла А.М. Современные подходы к фенотипированию остеоартрита / А.М. Ли́ла, Л.И. Алексеева, К.А. Тельшев // Современная ревматология. - 2019. - №13 (2). - С. 4-8.
5. Анализ влияния симптом-модифицирующих препаратов медленного действия на объем синовиальной жидкости в полости коленного сустава / С.М. Носков [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2018. - №56 (3, прил. 2). - С.57-58.
6. Остеоартрит коленных суставов и метаболический синдром: новые подходы к терапии / Л.И. Алексеева [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2018. - №56 (2). - С.157-163.
7. Кашеварова Н.Г. Ведущие факторы прогрессирования остеоартрита коленных суставов: влияние симптоматических препаратов замедленного действия на течение заболевания (5-летнее проспективное исследование) / Н.Г. Кашеварова [и др.] // Фарматека. - 2017. - №7 (340).- С. 40-455.
8. Беляева Е.А. Эффективность комплексной терапии с применением инъекционной формы хондроитина сульфата и гиалуроната натрия при остеоартрите коленного сустава / Е.А. Беляева, О.С. Авдеева // Терапевтический архив. - 2019. - № 91 (5). - С. 96-102.
9. Кабалык М.А. Распространенность остеоартрита в России: региональные аспекты динамики статистических показателей за 2011-2016 гг. / М.А. Кабалык // Научно-практическая ревматология. - 2018. - №56 (4). - С. 416-422.
10. Алексеева Л.И. Развитие проблемы остеоартрита в России / Л.И. Алексеева // Opinion Leader (Лидер мнений). - 2018. - №6 (14). - С.30-36.
11. Каратеев А.Е. Остеоартрит: современная клиническая концепция и некоторые перспективные терапевтические подходы / А.Е. Каратеев, А.М. Ли́ла // Научно-практическая ревматология. - 2018. - 56(1). - С. 70-81.
12. Алексеев Л.И. Ведение остеоартрита с коморбидностью в общей врачебной практике (клинические рекомендации) / Л.И. Алексеева, А.В. Наумов // Доктор ру. - 2017. - №134 (5). - С. 51-69.
13. Altobelli E. Synovial fluid and serum concentration of inflammatory markers in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and osteoarthritis: A Systematic Review / E. Altobelli, P.M. Angeletti, 14. Scanzello CR. Role of low-grade inflammation in osteoarthritis / C.R. Scanzello // Curr Opin Rheumatol. - 2017. - V. 29(1). - P. 79-85.
15. Low-grade inflammation as a key mediator of the pathogenesis of osteoarthritis / W.H. Robinson [et al.] // Nat Rev Rheumatol. - 2016. - V. 12(10). - P. 580-592.
16. Carla R. Scanzello. Role of low-grade inflammation in osteoarthritis / R. Carla Scanzello // Curr Opin Rheumatol. - 2017 Jan. - V/ - 29 (1). - P. 79-85.
17. Трифонова Е.П. Клинико-иммунологические особенности больных остеоартритом в сочетании с ожирением, метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2-го типа / Е.П. Трифонова, Е.В. Зонова, О.В. Сазонова // Сибирский медицинский журнал. - 2017. - №1. - С. 5-12.
18. Шарапова Е.П. Диациреин в лечении остеоартрита у больных с коморбидностью / Е.П. Шарапова, Л.И. Алексеева, А.М. Ли́ла // Современная ревматология. - 2018. - №12 (4). - С.54-58.
19. Анализ распространенности и факторов риска развития остеоартрита в популяции / О.О. Портянникова [и др.] // Современная ревматология. - 2019. - №13 (2). - С.105-111.
20. Ведение больных с остеоартритом и коморбидностью в общей врачебной практике (клинические рекомендации консенсуса экспертов Российской Федерации) / А.В. Наумов [и др.]. - М., 2015. - 44 с.
21. Оценка эффективности препарата Терафлекс в лечении начальных стадий остеоартри-





- та и его влияния на структуру и метаболизм хрящевой ткани / С.Н. Лунева [и др.] // Consilium Medicum. - 2018. - №20 (9). - С. 3-11.
22. Духанин А.С. Симптом-модифицирующие препараты замедленного действия в лечении остеоартрита: от молекулы к клиническому эффекту (взгляд фармаколога) / А.С. Духанин // Современная ревматология. - 2018. - №12 (2). - С.79-87.
23. Алгоритм лечения остеоартрита коленного сустава Европейского общества по клиническим и экономическим аспектам остеопороза и остеоартрита (ESCEO) применим в российской клинической практике: совместное заключение ведущих российских специалистов и экспертов ESCEO по остеоартриту / Л.Н. Денисов [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2016. - № 6 (54) - С. 641-653.
24. Наумов А.В. Применение глюкозамина сульфата у пациентов с остеоартритом и коморбидностью при наличии высокого риска осложнений, связанных с НПВП / А.В. Наумов, О.Н. Ткачева // Терапевтический архив. - 2018. - №5. - С. 81-87.
25. Остеоартрит - аспекты фармакотерапии / Л.Н. Денисов [и др.] // Современная ревматология. - 2018. - № 12(2). - С.97-102.
26. Courties A. Osteoarthritis and type 2 diabetes mellitus: What are the links? /A. Courties, J Sellam // Diabetes Res Clin Pract. - 2016. - V. 122. - P. 198-206.
27. МРТ-изменения в межфаланговых суставах при остеоартрите / Д.М. Кудинский [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2018. - №56 (3, прил. 2). - С.49-50.
28. Toward classification criteria for early osteoarthritis of the knee /F.P. Luyten [et al.] // Semin Arthritis Rheum. - 2017: Aug. 9. 39.
29. Насонов Е.Л. Ревматические заболевания и мультиморбидность / Е.Л. Насонов, А.В. Гордеев, Е.А. Голушко // Терапевтический архив. - 2015. - №5. - С.4-9.
30. Combined chondroitin sulfate and glucosamine for painful knee osteoarthritis: a multicentre, randomised, double-blind, non-inferiority trial versus celecoxib / M.C. Hochberg [et al.] // Ann. Rheum. Dis. - 2016. - № 75. - P. 37-44.
31. Аникин С.Г. Применение базисных противовоспалительных препаратов в терапии остеоартрита /С.Г. Аникин, Л.И. Алексеева, А.М. Лиля // Современная ревматология. - 2019. - 13( 2) - С. 90-95.
32. Изучение эффективности локальной инъекционной терапии препаратами гиалуроновой кислоты различной молекулярной массы у больных остеоартритом коленного сустава/ В.Е. Бялик [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2019. - № 57 (2) - С. 235-242.

## АЛОМАТҲОИ САРИРӢ ВА ВОГИРИИ БЕМОРИИ СУРҲАКОН ДАР БАЙНИ КАЛОНСОЛОН ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

**Э.Р. Раҳмонов, Ш.Қ. Матинов, А.А. Боймуродов, Қ.А. Хурсанов, А.Ф. Сайдалиев**  
Кафедраи бемориҳои сироятӣ (мудири кафедра д.и.т., профессор Э.Р.Раҳмонов)-и  
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

*Раҳмонов Эркин Раҳимович, мудири кафедраи бемориҳои сироятӣ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон бо номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail:erkin\_rahmonov@mail.ru Тел.: (+992) 937-85-35-35*

*Матинов Шарофиддин Қудбиддинович, дотсенти кафедраи бемориҳои сироятӣ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон бо номи Абӯалӣ ибни Сино, тел.: (+992) 918-17-79-05*

*Боймуродов Абдугаффор Авлиякулович, ассистенти кафедраи бемориҳои сироятӣ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон бо номи Абӯалӣ ибни Сино, тел.: (+992) 919-13-17-10*

*Хурсанов Қиям Амриевич, ассистенти кафедраи бемориҳои сироятӣ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон бо номи Абӯалӣ ибни Сино, тел.: (+992) 909-09-88-46*





**Сайдалиев Алӣ Файзалиевич**, табиби сироятшиноси беморхонаи клиникии шаҳрии беморихои сироятӣ ш. Душанбе, тел.: (+992) 937-54-87-77

Дар беморхонаи клиникии шаҳрии беморихои сироятӣ шаҳри Душанбе 37-бемори сурхакон бистари шуда табобат гирифтанд. Аз 37 беморе, ки бо ташхиси сурхакон намуди муқарари зери назорати мо қарор доштанд, аз онҳо-мардҳо 20 (55,1%), занҳо 17 (44,9%), нафарро ташкил намуданд, аз инҳо. истиқоматкунандагони шаҳр 30 (81,1%), деҳот 7 (18,9%) нафар буданд. Ба ҳисоби миёна синусоли беморон  $30,4 \pm 3,2$  солро дар бар мегирифт, аз ҳама бемори калонтарин 62-сол умр дошт. Дар ҳолати сабук 1 (2,7%), миёнаи вазнин 33

(89,2%), ҳолати вазнин 3 (8,1%), бистарӣ шуданд. Ҳамин тариқ бемории сурхакон, байни калонсолон дар шароити ҳозира бештар дида шуда, сабаби асоси дар он аст, ки ин беморони, ки дар хурдиашон гирифтори бемории сурхакон нашудаанд ва масуният надоштанд ҳамчунин аз он сабаб, ки дар вақташ эм нагузурданд, натиҷаҳои таҳқиқот нишон медиҳанд, ки аломатҳои сариӣ нисбат ба кӯдакон вазнинтар мегузаранд.

**Калимаҳои калидӣ:** сурхакон, калонсолон, аломатҳои сариӣ, вогири

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

**Э.Р. Раҳманов, Ш.К. Матинов, А.А. Боймуродов, К.А. Хурсанов, А.Ф. Сайдалиев**

Кафедра инфекционных болезней (зав. кафедрой - д.м.н., проф. Э.Р. Раҳманов)

ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Раҳманов Эркин Раҳимович** - заведующий кафедрой инфекционных болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E-mail: erkin\_rahmonov@mail.ru Тел.: (+992) 937-85-35-35

**Матинов Шарофиддин Кудбиддинович** - доцент кафедры инфекционных болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, тел.: (+992) 918-17-79-05

**Боймуродов Абдугаффор Авлиякулович** - ассистент кафедры инфекционных болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, тел.: (+992) 919-13-17-10

**Хурсанов Киям Амриевич** - ассистент кафедры инфекционных болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, тел.: (+992) 909-09-88-46

**Сайдалиев Али Файзалиевич** - врач - инфекционист городской клинической инфекционной больницы г. Душанбе. тел.: (+992) 937-54-87-77

Проведён клинико-эпидемиологическое обследование 37 взрослых больных с корью находящихся на стационарном лечении в городской клинической инфекционной больницы г. Душанбе. Из общего количества больных 20 (55,1%) составили мужчины, 17 (44,9%) - женщины, городских жителей было 30 (81,1%), сельских - 7 (18,9%). Возраст больных в среднем составил  $30,4 \pm 3,2$  года, самый взрослый больной был в возрасте 62 лет. Легкое течение болезни наблюдалось у 1 (2,7%) больного, средне-тяжелое течение - у 33 (89,2%)

больных, тяжелое, соответственно, у 3 (8,1%) больных. По эпидемиологическим данным выявлено, что все наблюдаемые больные не имели профилактических прививок от кори и в детском возрасте данное заболевание не перенесли. Контакт с больными корью отмечено у 14 (37,8%), отрицали - 23 (62,2%) больных. Заболевания у большинства больных 89,2% протекает в среднетяжелой форме всеми классическими симптомами кори.

**Ключевые слова:** корь, взрослые, клиника, эпидемиология.



## CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE COURSE OF MEASLES AMONG ADULTS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

E.R. Rakhmanov, Sh.K. Matinov, A.A. Boymurodov, K.A. Khursanov, A.F. Saidaliev

Department of Infectious Diseases (Head of Department - Ph.D., Prof. E.R. Rakhmanov)  
TSMU named after Abualiibni Sino

*Rakhmanov ErkinRakhimovich* - Head of the department of infectious diseases of the Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino, E-mail: erkin\_rahmonov@mail.ru Phone: (+992) 937-85-35-35

*Matinov Sharofiddin Kudbiddinovich* - Docent of the department of infectious diseases, Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino, tel.: (+992) 918-17-79-05

*Boimurodov Abdugaffor Avliyakulovich* - Assistant of the Department of Infectious Diseases of the Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino, tel.: (+992) 919-13-17-10

*Khursanov Kiyam Amrievich* - Assistant of the Department of Infectious Diseases of the Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino, tel.: (+992) 909-09-88-46

*Saydaliev Ali Fayzalievich* - infectious disease specialist of the city clinical infectious diseases hospitals in Dushanbe. Phone: (+992) 937-54-87-77

Clinical and epidemiological examination of 37 adult patients with measles in hospital treatment in the city clinical infectious diseases hospital in Dushanbe was carried out. Of the total number of patients, 20 (55.1%) were men, 17 (44.9%) were women, 30 were urban (81.1%), and 7 were rural (18.9%). The age of patients averaged  $30.4 \pm 3.2$  years, the most adult patient was 62 years old. A mild course of the disease was observed in 1 (2.7%) patient, a moderate to severe course was observed in 33 (89.2%)

patients, and severe, respectively, in 3 (8.1%) patients. According to epidemiological data, it was revealed that all the patients observed did not have preventive vaccinations against measles and did not suffer this disease in childhood. Contact with measles patients was noted in 14 (37.8%), and 23 (62.2%) patients were denied. Disease in most patients, 89.2%, occurs in moderate form with all the classic symptoms of measles.

**Key words:** measles, adults, clinic, epidemiology.

**Мухимият.** Сурхакон бемории шадиди вирусӣ буда, пеш аз ҳама бо ҳарорати баланди бадан, осеби қисми болои узвҳои роҳҳои нафас ва аз дамидагиҳои папулиезӣ сар мешавад. Вай дар байни бемориҳои сироятӣ шадиди кӯдакон ҷои аввалро мегирад. Ҳар сол дар ҷаҳон зиёда аз 65 млн. кӯдакон гирифтори ин беморӣ мешаванд, киқариб 3 млн-и онҳо мефавтанд. Сурхакон яке аз проблемаҳои муҳим ва душвори бисёр-мамлакатҳои Африқо, Осиё, Америкаи Лотинӣ ба ҳисоб меравад. Ин беморӣ ҳанӯз якчанд аср пеш аз милод маълум буд. Бори аввал олими тоҷик Ар-Розӣ дар асри X дар ин хусус маълумот дода буд, лек ҳамчун бемории ҷудоғонаи махсус тавсиф накарда буд. Маълумоти саҳеҳ оиди сурхакон танҳо дар нимаи дуюми асри XVII аз тарафи Т. Сиднэм ва Р. Мортон пешкаш шуда буд.

Аммо солҳои дароз сурхаконро аз маҳма-лак ва дигар бемориҳои дамидадор фарқ намекарданд. Ҳамчун бемории сироятӣ ҷудоғона сурхакон танҳо дар асри XVIII муайян карда шуд. Тадқиқотҳои зиёде оиди омӯзиши сурхакон, усули кишти вирус, ки соли 1954-ум аз тарафи Эндерсон ва Тебле пешкаш шуда буд, гузаронида шуданд.

Дар охириҳои солҳои 50-60-уми асри гузашта эмгузаронии зидди сурхакон пешниҳод карданд. Усули эмгузаронии ғайрифавол соли 1916-ум аз тарафи Деквитс пешниҳод шуд ва соли 1926-ум истифодаи он оғоз гардид. Оиди омӯзиши сурхакон аз он чумла, ташхис, табобат ва пешгирии вай олимони собиқ Иттиҳоди Шӯравӣ-Н.Ф.Филатов, А.И.Доброхотова М.Г.Данилевич, А.А.Сморозинцев, П.Г.Сергеев ва дигарон хизмати шоён кардаанд [1.3.4.].



Барангезиндаи сурхакон -вирус аз оилаи Paramyxoviridae, авлоди Morbilivirus мебошад. Ҳаҷми вирион 120-250 нм буда аз дигар парамиксовирусҳо бо надоштани нейромидаза фарқ мекунад. Вирус қобилияти гемаглютининӣ, гемолитикӣ ва симпластҳои силнамоиро доро мебошад. Вирусҳои сурхакон дар шароити беруна устувор нест, дар ҳарорати хона баъди 3-4 соат нобуд гашта, ҳосиятҳои патогенияшро, баъди якчанд дақиқа гум мекунад, аз таъсири нурҳои офтоб ва ултрабунафш зуд нобуд мегардад. Дар лӯобҳои хушкшуда, дар ҳарорати 12-150С вирус метавонад якчанд рӯз зинда монад. Вирусҳои сурхаконро мумкин аз хун ва лӯоби ҳалқу бинии шахси бемор дар давраи пеш аз касали ва рӯзҳои аввали давраи бусуротӣ ёфтани мумкин аст.

Сироятёбӣ аз бемории сурхакон ниҳоят зиёд буда, индекси сироятёбӣ баробари 96-98%-ро ташкил мекунад. Бемории сурхакон ҳар 2-3 сол авҷ мегирад. Аз рӯзи 3-юми баромадани бусурот сар карда, микдори вирус дар хун кам мегардад, дар рӯзи 5-ум бошад, алақай дар хун дида намешавад. Аз ин хотир баъди рӯзи 6-7 барои атрофиён бемор беҳавф мебошад. Дар ҳолатҳои сабук, миёнаи вазнин, ки беориза ҳастанд, беморонро дар хона табобат кардан мумкин аст. Баъди гузаронидани бемори масунияти устувор боқӣ мемонад. Бемороне, ки масуниятшон паст мебошад, монанди бемории омосдошта, ВМНО-сироят, чараёни беморӣ вазнин мегузарад [1.2.3].

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши аломатҳои воғирӣ, сарирӣ, ташхис ва табобати бемории сурхакон байни калонсолон, дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Мавод ва усули таҳқиқот.** Дар беморхонаи клиникаи шаҳрии бемориҳои сироятӣ шаҳри Душанбе соли 2017-ум 37-бемори сурхакон бистари шуда табобат гирифтанд. Ташхис дар ҳама ҳолатҳо дар асоси аломатҳои сарирӣ, воғирӣ, озмоишгоҳӣ гузошта шуда буд. Таҳлили вирусологӣ барои сурхакон дар озмоишгоҳи МД "Пажӯишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон" гузаронида шуда буд, ки дар ҳамаи беморон Jg-M натиҷаашон мусбат буд, ки ин бори дигар

дар бораи тасдиқи ташхиси аниқӣ бемори гувоҳӣ медиҳад.

**Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии он.** Аз 37 беморе, ки бо ташхиси сурхакон намуди муқарари зерин назорати мо қарор доштанд, аз онҳо-мардҳо 20 (55,1%), занҳо 17 (44,9%), нафарро ташкил намуданд, аз инҳо сокинони шаҳр 30 (81,1%), деҳот 7 (18,9%) нафар буданд. Ба ҳисоби миёна синну соли беморон  $30,4 \pm 3,2$  солро дар бар мегирифт, аз ҳама бемори калонсолтарин 62-сол умр дошт. Дар ҳолати сабук 1 (2,7%), миёнаи вазнин 33 (89,2%), ҳолати вазнин 3 (8,1%), бистарӣ шуданд.

Агар собиқаи воғирӣ ба назар гирем, аз ин беморон 14 нафарашон бо бемории сурхакон дар тамос будастанд ва дар 23 нафар роҳи сироятёбӣ номаълум монд. Аломатҳои сарирӣ бошад дар ҳамаи беморон ҳароратбаландӣ, дарди сар, сулфайи хушк, сурхии сулбияи чашмон, обшорӣи чашмон, дамидаҳо аввал дар сар, баъдан рӯй, гардан ва рӯзи дуҷум дар қафаси сина, рӯзи сеҷум дар шикам ва қисми поёни бадан сар шуданд. Қариб дар ҳамаи беморон конъюнктивит дида мешуд, рӯшноитарсӣ бошад, дар 19 нафар (51,3%), бронхити шадид, 17 нафар (45,9%), фазлаи тунук 8 нафар (21,6%), стоматит. 4 нафар (10,1%), дар як нафар бемор бошад, панкреатити шадид мушоҳида шуд. Аломати Белский-Филатов-Коплик танҳо дар 3 (8,1%) бемор вохурда шуд, зеро ки аксарияти маризон баъди 3-4 рӯзи пайдо шудани дамидаҳои беморӣ ба беморхона муҷриат карданд, аз ин хотир аломати Белский-Филатов-Коплик дида намешуд. Ҳарорати беморон ба ҳисоби миёна дар  $2,9 \pm 0,3$  рӯз ба меъёр омаданд. Таҳлилҳои озмоишгоҳӣ бошад, ҳисоби миёнаи нишондодҳои чунинанд: Гемоглобин- $114,8 \pm 3,2$ , эритроцит- $3,24 \pm 1,1$ , лейкоцит- $7,5 \pm 1,8$ , СТЭ- $13,8 \pm 3$ .

Мисол аз таърихи беморӣ. Бемор Ш.Г. 28-сола, зан сокинони шаҳри Душанбе. Аз собиқаи воғирӣ маълум шуд, ки бемор дар мактаби миёна муаллима шуда кор мекардааст ва якчанд талаба гирифтори бемории сурхакон шудааст, аз ин рӯ дар тамос будааст. Дар рӯзи 4-уми беморӣ ворида беморхона шуд, бо шикоятҳои беҳолӣ, бемадорӣ, дарди сар



, ҳароратбаландӣ то 38-39°C, дамидаҳои папулезӣ аввал дар сар, рӯй баъдан дар гардан, қафаси сина ва қисми поёни бадан, равшанитарсӣ, сурхии сулбияи чашмон, обшорӣ чашмон. Ҳагоми муоина кардан ҳолати бемор миёнаи вазнин бахуш, ба саволҳо пурра ҷавоб медиҳад, аломати менингиали манфӣ дар тамоми сатҳи баданаш дамидаҳо папулезӣ, баромадааст, сулбияи чашмон суп-сурх, обшорӣ аз чашмон дида мешавад, аз равшани чашмонашро паноҳ мекунад, системаи ҳаракату таъягоҳ бе осеб, лимфагадудҳои канори калон нест, лабон хушк, забон намнок сафед гулӯяш сурх, бодомакҳояш каме калон сурх, тоза, дар шушҳояш нафаскашии дурушт шунида мешавад. Садои дил шунаво, муътадил фишори хун 100/60 мм. сут. симобӣ, набз 80-84 зарба дар як дақиқа миёнаи пур, шикам мулоим бедард чигар ва сипурч палмосида намешавад, аломати латкубии камарҳо аз ҳарду тараф мусбат, пешобкуни озод тез-тез рангаш муқарарӣ. Таҳлилҳои озмоишгоҳӣ чунин аст: Нв-116.0., Эр-3,57, НР-0,87, тромбосит-203ҳаз., лейкоцит-10,8, эозинофил-1%, СТЭ-12мм/с, вараҷаи хун-манфӣ, таҳлили вирусологии хун барои сурхакон Jg-M-мусбат, таҳлили пешоб-сафеда-0,066%, лейкоцитҳо-то.43-44, д.м.б., луоб бо микдори зиёд, такроран дар меъёр, таҳлили фазла бетағйир.

Аломатҳои беморӣ, воғирӣ, шикоят ва таҳлилҳои озмоишгоҳиро ба назар гирифта чунин таъхис гузошта шуд: Сурхакон, намуди муқарарӣ ҷараёни миёнаи вазнин, бо оризаи конъюктивит. Ҳамрадиғ. Ҳуручи пиелонефрити музмин. Бемор табобат карда шуд, бо маҳлули 5%-декстроза+ 5%-витами С, параситамол даҳонӣ, маҳлули 20%-сулфасил натрий, ки ба чашмонаш ҷаконда мешуд, сефтраксон 1г х 2бор доҳили мушак, баъди табобат бо ҳолати қаноатбахш ба ҳона ҷавоб дода шуд.

Табобати беморон бошад, бо речаи бистарӣ, нӯшондани шарбатҳои сервитами, калсий глюконат (ҳаб), кислотаи аскарбинӣ (ҳаб), мукалтин (ҳаб), бемороне, ки ориза доштанд, антибиотик ҳамроҳ карда шуд, аммо маризоне, ки конъюктивит доштанд тоза кардани чашмон бо оби ширгарм, маҳлули 20%-сулфасил натрий ба чашмонашон ҷаконда мешуд.

**Хулоса.** Беморӣ сурхакон дар байни калонсолон дар шароити ҳозира бештар дида шуда, сабаби асосӣ дар он аст, ки ин беморон дар хурдсолиашон гирифтори беморӣ сурхакон нашудаанд ва масуният надоштанд, ҳамчунин аз он сабаб, ки дар вақташ эм нагузарониданд, натиҷаҳои таҳқиқот нишон медиҳанд, ки аломатҳои сарирӣ нисбат ба кӯдакон вазнинтар мегузаранд.

## АДАБИЁТ

1. Раҳмонов Э.Р. Бемориҳои сироятӣ. "Китоби дарсӣ". - Душанбе. - 2017. - С.171-183.
2. Раҳматов Н.А., Асоев А.К., Саидмурадова Г.М. "Бемориҳои сироти кӯдакон". - "Китоби дарсӣ". - Душанбе. - 2009. - С. 14-23.
3. Хмилевская С.А. Воздушно-капельные инфекции. Полный справочник инфекциониста. - М. - Изд-во. - Эксмо. - 2004. - С.214-221.
4. Пакровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология. - Москва. - Изд-во. - ГЭОТАР-Медиа. - 2013. - С. 651-660.
5. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. Инфекционные болезни у детей. - М. - 2013. - С.158-169.



## БАРРАСИИ АҲАМИЯТИ ҲАЁТИИ ВУЛОДАТИ ВОЖИНОЛ ДАР МУҚОИСА БО ВУЛОДАТИ СИЗОРИҶОН ДАР СИҲАТИ ТИФЛ ВА МОДАР

Абдулҳаким Ҳикматӣ, Нилуфар Ҳикматӣ

*Абдулҳаким Ҳикматӣ* - устоди факултаи тиббии Донишгоҳи Балх, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.

*Нилуфар Ҳикматӣ* - устоди факултаи тиббии Донишгоҳи Балх, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.

**Муқаддима.** Имрӯзҳо бо рушди рӯзафзуни арқоми (микдори) анҷоми амали сизориюни (амалиёти қайсарӣ) ба унвони як текнулужии ғайризарурии тиббӣ мувоҷиҳ ҳастем. Аммо дар воқеъ мо ғофил аз онем, ки анҷоми амали сизориюни басте натоҷиҷ ва авоқибии музир барои мода рва навзодаш мебошад, ки бо анҷом вулодати вожинол (вагиналӣ) ба унвони як шеваи суннатӣ барои таваллуди навзод метавонад бурузи ин аворизро коҳиш дод. Аммо равиши вулодати вожинол аз ҷойгоҳи матлуб ва пешини худ бархӯрдор намебошад, ки иллати ин амр бояд мавриди шиносӣ қарор гирад, то роҳкорҳои муносиб ироа гардад.

**Равиши таҳқиқ.** Ин таҳқиқоти тавсифӣ-таҳлилӣ аст. Намунаҳо бар асоси равиши намунагирии тасодуфӣ дар дастрас ба теъдоди 100 нафар интиҳоб шуданд. Таҳқиқот байни солҳои 1393 -1395х. (2014-2016м.) анҷом шуд. Дар ин мутолиа аз пурсишномаи баррасии иттилооти демографикӣ ва саво-

бики вулодат (таърихи валолат) ва пурсишномаи баррасии дидгоҳи занони ҳомила дар робита бо иллати муассир дар интиҳоби равиши вулодат истифода шудааст.

Аз дидгоҳи воҳидҳои мавриди мутолиа ба тартиби алавият тарс аз дарди валолат, эҳтимоли осеб ба саломатии ҷанин, эҳсоси изтироб ва нигаронӣ, ба вучуд омадани порагӣ дар андоми таносулӣ, тағйир дар равобити ҷинсӣ, вучуди ноқофии нарс (ҳамшираи тиббӣ) ва пасрастор, пофишории ҳамсар, тавсияи табиб, беиттилоӣ дар интиҳоби равиши валдода муассир будааст.

**Натиҷагирӣ.** Бо таваҷҷуҳ ба маҷмӯи иллати шиносоишуда, мантиқӣ ба назар мерасад, ки бо истифода аз равишҳои мухталифи таскини дард, минҷумла валолат дар об, ироаи мушовара, ҳимоятҳои равонӣ ва отифӣ битавон гомҳои муассирро дар ҷиҳати афзоиши тамоили занони ҳомила нисбат ба валолати вожиналбардошт.

**Вожаҳои калидӣ:** дидгоҳ, ҳомила, валолат.

## ОБЗОР ВЛИЯНИЯ ВАГИНАЛЬНЫХ РОДОВ В СРАВНЕНИИ С КЕСАРЕВЫМИ РОДАМИ НА ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Абдулҳаким Ҳикмати, Нилуфар Ҳикмати

*Абдулҳаким Ҳикмати* - преподаватель медицинского факультета Балхского университета, Исламская Республика Афганистан

*Нилуфар Ҳикмати* - преподаватель медицинского факультета Балхского университета, Исламская Республика Афганистан

**Введение.** В наши дни мы сталкиваемся с каждодневным учащением применения такого необязательного медицинского метода, как кесарево сечение. В реальности мы забываем, что кесарево сечение приводит к множеству вредных последствий и осложнений для матери и ребенка, которые можно уменьшить, если применять традиционный

вагинальный способ родов. Однако вагинальный способ сегодня не занимает полагающегося ему и занимаемого им прежде места, причины чего должны быть изучены с целью последующей выработки соответствующих путей решения.

**Способ исследования.** Настоящее исследование является описательно-аналитичес-





ким. Примеры подобраны методом случайной выборки, количество участников - 100 человек. Исследование было проведено в период между 2014-2016 годами (1393-1395 годы хиджры). В работе были использованы опросные листы с демографической информацией, истории родов, анкеты по выявлению мнения беременных женщин о значимых причинах выбора способа родов.

С точки зрения рассматриваемых причин, в порядке от наиболее к наименее упоминаемым, были названы: страх перед болью от родов, вероятность нанесения вреда плоду, чувство тревоги и опасения, вероятность возникновения разрывов в репродук-

тивных органах, изменения в половых отношениях, недостаточное количество медсестёр и санитарок, настояние супруга, рекомендации врачей, недостаточная информированность о выборе способа родов.

**Заключение.** С учётом комплекса названных причин представляется логичным, что в случае применения различных способов, уменьшающих болевые ощущения, в том числе родов в воде, предоставления консультаций, методов психологической защиты и должного обращения можно добиться значительных шагов в склонении женщин к вагинальному способу родов.

**Ключевые слова:** точка зрения, роженица, роды.

## POHANWAL DOCTOR ABDUL HAKIM -HIKMATI AND NILOFER -HIKMATI PROFESSOR OF BALKH UNIVERSITY OF MEDICAL FACULT

*Hakim.hekmati 456@gmail.com phon number 0798045390*

### Abstract

**Introduction:** Nowadays, with the growing number of cultivars, cesarean delivery is an unnecessary medical treatment, but in fact we are unaware that the cesarean section has many consequences and harmful consequences for its mother and her baby, which is due to the vaginal delivery as a The traditional way of infant birth can be to reduce the incidence of these complications. However, the vaginal delivery method does not have its own desirable position and its cause should be identified in order to provide appropriate solutions.

**Research method:** This research is a descriptive-analytical research. Samples were selected on the basis of random sampling method for 100 people. Between 2014 and 2015. In this study, a demographic questionnaire and maternity records questionnaire and pregnant

women's viewpoints regarding the causes for choosing the method of delivery were used.

**Results:** From the viewpoint of the studied units, priority was given to fear of reproductive pain, the possibility of injury to the fetus, anxiety and anxiety, genital fractures, changes in sexual relations, inadequate nurses and nurses, Spouse insistence, physician's advice, lack of knowledge about the unfortunate consequences of cesarean section, and other experiences, were among the factors that were effective in choosing the method of delivery.

**Conclusion:** Considering the total number of identified causes, it seems reasonable to use effective methods to increase the inclining of pregnant women using different methods of pain relief, such as birth in water, counseling, psychological and emotional support. Compared to vaginal birth.

Кумитаи созмони сиҳии ҷаҳонӣ барои коҳиш додани мизони марғу мири занон ҳавзаҳоеро барои ироаи иқдомоти аввалия мушаххас намудааст, ки яке аз онҳо хифозат аз занон дар баробари бакоргирии текнулуҷии ғайризарурии тиббӣ аст (1). Ин дар ҳолат, ки имрӯза дар ҳар сол аз ҳар 10 зани амриқой як зан собиқай анҷоми сизориюн-

ро дорад (2). Дар кишвари Итолиё низ афзоиши ранҷи сизориюн дар тайи 20 соли ахир аз 11% ба 33% будааст (3). Дар кишвари мо (Афғонистон) низ сизориюн равани сареъеро дар пеш гирифтааст, ба тавре ки таҳқиқот нишон додаст, дар соли 1379 (с. 2001) 35%-и кули валодатҳоро амали сизориюн ба худ ихтисос додаст, ки ин мизон



дар шифохонаҳои давлатӣ бештар аз шифохонаҳои хусусӣ будааст. Дар соли 1381 (с.2003) ҳудуди 36% ва соли 1382 (с.2004) ҳудуди 33% будааст, ки аз мизони истондорди пешниҳодшудаи Созмони сиҳии ҷаҳонӣ (5-15%) бештар аст. Дарвоқе афзоиши сизориюниҳои ғайризарурӣ ва коҳиши валодати табиӣ дар байни занони ҳомила ҳокӣ аз амалкарди номуносиби нозоми саломатӣ мебошад, зеро метавон шиюъи валодати табиӣ ва сизориюни дар занони ҳомилаи як кишвар яке аз шохисҳои баррасии вазифаи барномаҳои саломатии модарон ба шумор меояд (14).

Амали сизориюни дорои аворизи бисёре барои модар мебошад, ки аз он ҷумла ба шиюъи антон (уфунат), зиёд будани хунрезӣ, коҳиши фаъолиятҳои миёӣ (рӯдаҳо), мушкилоти танаффусӣ (нафаскашӣ), ҳассосият ба адвияҷоти анестезӣ, афзоиши бурузи ҳомилагиинобаҷо, пласентои сари роҳӣ дар ҳомилагҳои баъдӣ, афзоиши замони бистарӣ дар шифохона (2, баробар бештар аз замони бистарии валодати табиӣ) ва афзоиши марғи модарон ишора намуд ва дар навзодон сабаби афзоиши марғ метавонад шавад (6). Бо таваҷҷуҳ бо ин аворизи зикршуда ва афзоиши шиюъи сизориюни дар ҷаҳон лозим аст, ки иқдомоти асосӣ дар ҷиҳати афзоиши валодати табиӣ сурат гирад.

**Рабиши таҳқиқ.** Ин таҳқиқоти тавсифӣ-таҳлилӣ аст, ки дар шифохонаи сафаҳоти шимоли кишвар дар байни солҳои 1393 - 1395х. (2014-2016м.) анҷом шудааст. Арқоми маҷмӯи дар ин мақола занони ҳомила буданд, ки ба шифохонаҳои вулодии сафаҳоти шимоли кишвар мурочиа карда буданд ва дар семоҳаи авали ҳомилагӣ қарор доштанд ва бар асоси рабиши намунагирии тасодуфӣ дар дастрас ба теъдоди 100 нафар интихоб шуданд. Пурсишномаи аввал шомили саволоти марбут ба иттилооти демографӣ

Дар ин мутолиа аз ду пурсишнома истифода шудааст. и аррасии иттилооти демографӣ ва савобиқи вулодат (таърихи валодат) ва пурсишномаи дувум марбут ба баррасии дидгоҳи занони ҳомила дар робита бо илалӣ муассир дар интихоби рабиши вуло-

дат будааст, ки дар ин пурсишнома 10 илал бар асоси маҷмӯи мутолеоте, ки бар рӯи соир таҳқиқот анҷом шуда, дар кишварҳои хориҷ аз кишвар ва дар дохили кишвар буда, ҷамъоварӣ шудааст.

**Мавод ва метуди таҳқиқ.** Ин таҳқиқоти тавсифӣ- таҳлилӣ аст, ки дар шифохонаи сафаҳоти шимоли кишвар дар байни солҳои 1393 -1395х. (2014-2016м.) анҷом шудааст. Намунаҳои ин таҳқиқ занони ҳомила буданд, ки дар семоҳаи ахири ҳомилагӣ қарор доштанд ва бар асоси рабиши намунагирии тасодуфӣ дар дастрас ба теъдоди 100 нафар ӯам аз занони ҳомила интихоб шуданд.

Барои ин мутолиа аз ду пурсишнома истифода шудааст. Пурсишномаи аввал шомили саволоти марбут ба баррасии иттилооти демографӣ ва савобиқи вулодат (таърихи валодат) ва пурсишномаи дувум марбут ба баррасии дидгоҳи занони ҳомила дар робита бо илалӣ муассир дар интихоби рабиши вулодат аст. Дар ин пурсишнома 10 илалат зикр шудааст ва ин илал бар асоси маҷмӯи мутолеоте, ки бар рӯи соир таҳқиқот анҷомшуда дар кишварҳои хориҷ ва дохили кишвар шуда буд, ҷамъоварӣ шуд ва дар муқобили ҳар кадом аз илал бар асоси миқёси лайкрати 5 гузинаи интихобӣ аз комилан муҳолиф то комилан мувофиқам қарор дода шуда буд. Моён барои риояи усули ахлоқии таҳқиқ қабл аз тақмили пурсишномаҳо аз намунаҳои мавриди таҳқиқ касбириҳоят намуда ва ба онҳо итминон додаем, киназароти шахсии онон дарт робита бо авомили муассир дар интихоби рабиши валодаташон ба унвони ёфтаҳои маҳрамонаи ин таҳқиқ маҳсуб мешавад.

**Арзишмандии таҳқиқ.** Дар заминаи аҳамияти ҳаётии валодати вочинал то ҳол дар кишвар таҳқиқ сурат нагирифтааст, биноан мо тасмим гирифтём, ки доир ба ин масъала андешаҳои худро иброз намоем ва ҷиҳати беҳтар гаштани сӯҳати равонӣ ва ҷисмонии атофолу модар тавсияҳои монро пешниҳод кунем.

**Ҳадафи таҳқиқ.** Ҳадафи таҳқиқоти мазкур афзоиши нерӯи башарӣ ва беҳбудии кайфияти зиндагӣ ва фоктурҳое, ки дар ин нерӯ даҳолат доранд, мебошад.



Атфол бо яке аз ду роҳ (сизориюн ё валодати табиӣ) метавонанд вориди ин ҷаҳон шаванд, зани ҳомила ҳам метавонад валодати табиӣ ё валодат бо амали изориюн дошта бошанд, аммо ҳадафи ниҳой ин аст, ки бо ҳаёли роҳат як навзоди солим мутаваллид шавад, дар бархе маворид сизориюн ба далоили тиббӣ, ки валодати табиӣ хатарнок бошад, барномарезӣ мешавад.

Агарчи сизориюн ба таври куллӣ масун (маҳфуз) дар назар гирифта мешавад, аммо вай дорои хатароти изофӣ дар муқоиса бо валодати табиӣ аст, зеро он як ҷарроҳии бузург аст ва шомили боз кардани батни зани ҳомила ва дар овардани тифл аз раҳими (бачадон) ӯ аст.

Аз он ҷо, ки сазорини модарон дар бори аввал мунҷар ба такрори сазорин дар ҳомилагӣ оянда мешавад, ба таври куллӣ, валодати табиӣ беҳтарин аст ва дар ИМА аз ҳар се навзод ду нафар бо валодати табиӣ ба дунё меоянд.

Рафтан ба утоқи валодат ва доштани як валодати табиӣ як фароянди тӯлонӣ аст, ки метавонад барои модар кори физикии ҳастакунанда ва саҳт бошад аммо яке аз мазоёи валодати табиӣ кӯтоҳ кардани замони иқомат дар шифохона ва бозёбӣ дар муқоиса бо сазорин аст (10-11). Тӯли бистарӣ шудан дар шифохона барои як зан пас аз як валодати табиӣ байни 24-48 соат аст ва як зан мумкин аст шифохонаро зудтар аз мулллати замони муҷоз тарк намояд, заноне, ки валодати вожинол (вагиналӣ) доранд, аз як амали ҷарроҳии бузург, хатароти муртаибт бо он, монанди хунрезии шадид, қарҳа, антон (уфунат), аксуламал ба анестезӣ ва дарди тӯлонӣ дур мешаванд (12-13).

Дар тӯли як валодати табиӣ хатари кашиш ва порагии ҷилд (пӯст) ва насҷ (бофта) -и атрофии маҳбал, дар ҳоле ки ҷанин аз маҷрои валодат ҳаракат мекунад, вучуд дорад, агар кашиш ва порагӣ шадид бошад, як зан мумкин аст ниёз ба баҳия дошта боша два ё ин метавонад сабаби заъф ва ё садама ба азалот (мушакҳо) пелвис, ки вазифаи идрор ва мадфуъро кантрул кунад.

Бархе мутолиот нишон доданд, ки заноне, ки валодати табиӣ доштанд, бештар

мушкилот бо амъо (рӯдаҳо) ё беихтиёрии идрор нисбат ба занони сазиринӣ доштаанд, онҳо ҳамчунин мумкин аст, бештар мустаъд ибтило ба нишоти идрор ҳангоми сурфа, атса ва ё ханда бошанд (14-15).

Дар тӯли валодати табиӣ азалоте, ки дар фароянд даргир ҳастанд, ба моеи мавҷуд дар рияҳои (шушҳои) навзод Фишор ворид карда ва сабаби хуруҷи моеъ аз рияҳои навзод мешавад.

Ин ба нафъи навзод аст, зеро боис мешавад, ки навзодон дар ҳангоми таваллуд камтар аз мушкилоти танаффусӣ (нафаскашӣ) ранҷ бибаранд, навзодони мутаваллтдшуда аз тариқи вожин низ як дозаи аввалияи боктерияҳои хуб аз тариқи коноли таваллуди модар дарёфт мекунанд, ки мумкин аст системаи муофияти бадани навзодро афзоиш ва аз амъои онҳо муҳофизат кунад, агар як зан валодати тӯлонӣ дошта ва ё дар сурате, ки тифл барои валодати табиӣ дуруст бошад, тифл мумкин аст дар тӯли фароянди таваллуди худ дорои як ҷилди сари осебдида ва ё дучори шикастани устухони тарқува (қулфак) шавад (16-17).

Зане, ки сазорин мешавад, дар муқоиса бо як зан, ки дорои як валодати табиӣ дошта ба таври маъмул ду то ҷаҳор рӯз ба таври мутавассит дар шифохона боқӣ мемонад. доштани сазориюн ҳамчунин хатари шикояти физикии, монанди дард дар маҳалли бурриш ва дарди тӯлонимуддатро афзоиш медиҳад (20).

Дар сазориюн хатари афзоиши хатари аз даст додани хун ва хатари антон (сироят) аст, зеро амъо (рӯдаҳо) ва масона (пешбодон) дар тӯли амалиёт маҷрӯҳ ва ё мумкин аст як лахтаи хун ташкил медиҳанд.

Занон бо эҳтимоли се баробар бештар дар валодати сизориюн нисбат ба валодати табиӣ, умдатан бо лахташавии хун, антон ва аворизашон аз анестезӣ ғавт мекунанд.

Навзодони мутаваллидшуда бо амали сизориюн бо эҳтимоли бештаре ба мушкилоти танаффусӣ (нафаскашӣ) дар ҳангоми таваллуд ва ҳатто ҳангоми туфулият, монанди астмо гирифтӣ мешаванд, онҳо ҳамчунин мумкин аст, дар маърази хатари бештаре барои таваллуди мурда бошанд (20).



Онҳо ҳамчунин мумкин аст ҳангоми бурриши раҳим ба навзод бирасад. Бархе аз мутолиот низ нишон додаанд, ки далоиле, ки ханӯз мушаххас нест, навзодоне сазориюн дар маърази хатари бештаре барои чоқӣ дар туфулдият ва ҳатто бузургсолӣ ҳастанд (4,70).

**Муноқиша ва натиҷагирӣ.** Бо таваҷҷуҳ ба натоиҷи ба дастомада далоили аслии муассир дар интиҳоби равиши валодат тавассути занони ҳомила ба тартиби алавият, тарс аз дарди валодат, эҳтимоли осеб ба саломатии чанин, эҳсосии изтироб ва нигаронии зиёд дар робита бо фароянди валодати табиӣ, ба вучуд омадани порагӣ дар андоми таносулӣ, тағйир дар равобити чинсӣ баъд аз валодати табиӣ, адами вучуди нарс (ҳамшираи тиббӣ) ва қобила (акушер) ба теъдоди кофӣ дар бахши валодат барои ироаи муроқибатҳои лозим, пофишории ҳамсар, тавсияи табиб, бима (суғурта) будан барои пардохти ҳазинаи (маблағи) сазориюн, таҷриботи дигарон мебошад.

**Натоиҷи таҳқиқот.** Бештарин фоизи муруҷиакунандагон дар ин мутолиа (45%) дар гурупи сини 20-25 сол қарор доштанд ва авсати сини намунаи мо 27 сол буд. Аз назари сатҳи таҳсилот аксари воҳидҳои мавриди таҳқиқ аз таҳқиқоти роҳнамо (35%), бархӯрдор буданд. 87%-и онон хонадор буданд. Аз назари вазъияти иқтисодӣ намунаи мо се мизон дар назар гирифта шуда буд: 1-даромади моҳона камтар аз 200 доллар ё муодили 14 000 афғонӣ ба унвони сатҳи поин, даромади байн 10 000- 17 000 афғонӣ ба унвони сатҳи мутавассит, даромади боло 20000 афғонӣ сатҳи худ бар назар гирифта шуда буд. Аз назари савобиқи (собиқаи) ывалодат 60% собиқаи валожатт надоштанд ва барои аввалин бор ба марҳилаи охири ҳомилагӣ расида ва барои валодат муруҷиат кардаанд, 40% намунаҳо собиқаи вало-

дат (мултипар) доштанд, ки аз ин теъдод 28%-и намунаҳо таҷрибаи валодати вожинол ва 12% собиқаи амали созириюн, 50% собиқаи таҷрибаи марги навзод дар ҳангоми таваллуд, 8,8% собиқаи иқоматро доштанд.

Воҳидҳои мавриди мутолиа бо илали зер ба унвони авомили муассир дар интиҳоби равиши валодат комилан мувофиқ буданд ва ба хоҳири вучуди ин авомил валодат ба равиши сизориюнро ба валодати табиӣ тарҷеҳ медоданд: 1-тарс аз дарди валодат -50%; 2-эҳтимоли осеб ба саломатии чанин - 48%; 3-эҳсосии изтироб ва нигаронии зиёд дар робита бо фароянди валодати табиӣ - 45%; 4- ба вучуд омадани порагӣ дар андоми таносулӣ-40%; 5- тағйир дар равобити чинсӣ баъд аз валодати табиӣ-35%; адами вучуди нарс ва қобила ба теъдоди кофӣ дар бахши валодат барои ироаи муроқибатҳои лозим -30%; 7-пофишории ҳамсар -25%; 8- тавсияи табиб-22%; 9- тарс аз пардохти ҳазинаи сизориюн-17%; 10- назар ба пофишории дигарон.

**Натоиҷи ниҳой.** Ба хоҳири ҷалби ризои чинсӣ шавҳари хонумҳо сизориюнро тарҷеҳ медиҳанд. Теъдоде ҳам ба асари пофишории мард ба сизориюн рӯй меоваранд. Муқовиматит тифл бо валодати табиӣ болотар аз муқовимати тифл бо сизориюн аст. Тарс аз дарди валодат бо сизориюн рӯй меоваранд, тарс аз дарди валодат, дар валодатҳои баъдӣ коҳиш меёбад. Сизориюн чоқиро ба тифл ба ҳамроҳ дорад.

#### **Пешниҳод:**

- мусикидармониро чихати коҳиши дардҳои валодат мешниҳод менамоем;
- валодатҳои вожинол прусаи нурмол ва валодат буда, то ҳадди имкон аз ин митуд коргирифта шавад;
- валодати сизориюн иститбобе, ки дорад, сурат гирад, на ин ки аз рӯйи ҳавасу коҳиши дардҳои валодат.

## **АДАБИЁТ**

- 1-Carter FA, Frampton CM, Mulder RT. Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. Psychosom Med 2006 Mar;68(2):321-30.
- 2-. Clement S.Psychological aspects of caesarean section. Best Pract Res ClinObstetGynaecol 2001 Feb;15(1):109-26



- 3-Durik AM, Hyde JS, Clark R. Sequelae of cesarean and vaginal deliveries: psychosocial outcomes for mothers and infants. *Dev Psychol* 2000 Mar;36(2):251-60. Durik AM, Hyde JS, Clark R. Sequelae of cesarean and vaginal deliveries: psychosocial outcomes for mothers and infants. *Dev Psychol* 2000 Mar;36(2):251-60.
- 5-Dolatian M МРАНЫМ. Relationship between type of delivery with postpartum depression. *Fertility and Infertility Journal* 1385;7(3):260-8.
6. Golmohammadi F MMPRG. Pregnant women request effect on the rate of elective cesarean. *Payesh* 1382;2(2):133-9
7. Garel M, Lelong N, Marchand A, Kaminski M. Maternal consequences of cesarean delivery. Results of a 4-year follow-up. *J GynecolObstetBiolReprod (Paris)* 1990;19(1):83
8. Hormozinezhad M. Simple and multiple relationships of self-esteem, social anxiety and perfectionism with assertiveness. Ahwaz: ShahidChamran University; 2000.
9. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Psychiatry* 1959;95:426-36. Kavyani H, Mossavi A. *Psychological Scales and Interviews*. Tehran, Iran: Sana Publications; 2001.
10. Hadizadeh F BNTJ. Comparison of depression after emergency cesarean section and vaginal delivery in nullipara pregnant women in 22 Bahman Gonabad hospital (1382). *Journal of Kermansha University of Medical Sciences* 2005 Mar 15;8(4):21-30.
- 12-. Kamranpour SB, Shakiba M. Relationship between cesarean delivery and postpartum depression. *Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility* 15[1], 56-62. 4-15-2012
- 13.Loto OM, Adewuya AO, Ajenifuja OK, Orji EO, Ayandiran EO, Owolabi AT, et al. Cesarean section in relation to self-esteem and parenting among new mothers in southwestern Nigeria. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89(1):35-8.
14. Loto OM, Adewuya AO, Ajenifuja OK, Orji EO, Owolabi AT, Ogunniyi SO. The effect of caesarean section on self-esteem amongst primiparous women in South -Western Nigeria: a case-control study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2009 Sep;22(9):765-9
- 15-. Lobel M, DeLuca RS. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *SocSci Med* 2007 Jun;64(11):2272-84.
- 16-. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh postnatal depression scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry* 7[11], 65-71. 2007.
- 17-. MohammadiTabar S КАММ. Tendencies of nulliparous women to choose the type of delivery. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 1388;11(3):54-9
- 18 .NikPour M AZMNESKS. Relationship between type of delivery and postpartum depression. *The Journal of Fundamental of Mental Health* 14[1], 46-56. 10-5-2012.
19. Taghavi SMR. Validity of General Health Questionnaire. *Journal of Psychology* 5[4], 381-398. 3-15-2002.
- 20-Sharifi K SZAHSM. Relationship between type of delivery with postpartum depression. *Feyz* 1387;12(1):50-5.

## **СИРОЯТИ СИТОМЕГАЛОВИРУСИИ ПАЙДОШУДА ДАР КҶДАКОН ДАР ТАҶРИБАИ ТАБИБИ ОИЛАВИ**

**З.Р. Раҳматуллоева<sup>1</sup>, З.К. Умарова<sup>1</sup> М.Ҷ. Ёдгорова<sup>1</sup>, З.Г. Хоҷаева<sup>2</sup>**

Кафедраи тибби оилавии №2 (мудири кафедра, н.и.т., досент Ёдгорова М.Ҷ.) ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино<sup>1</sup>, Институти ботаника, физиология ва генетикаи растании АИ ҶТ. (роҳбар н.и.к. Қурбонбекова Ш.Ш.)<sup>2</sup>

*Раҳматуллоева Зухраҳон Раҳматуллоевна, ассистенти кафедраи тибби оилавии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: zuhra-54@inbox.ru, тел.: 919137505*

*Умарова Зарифа Қосимовна, профессори кафедраи тибби оилавии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел.: 91985880.*





**Ёдгорова Майрамбӣ Чумахоновна**, н.и.т. дотсет мудири кафедраи тибби оилавии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: uti\_70@mail.ru, тел.: 915083073.

**Хоҷаева Зарина Галимҷоновна**, аспиранти институти ботаника, физиология ва генетикаи растани АИ ҚТ, тел.: 901039126.

Дар мақола сохтори бемории 89 кӯдакони бемори синну соли аз 1 то 5 солаи бо ситомегаловируси пайдошуда. Аломатҳои клиникӣ буданд: дар 16 (17,8%) кӯдакон бо мононуклеази сироятии этиологияаш ситомегаловирусӣ, бемориҳои шадиди роҳи нафас ва ба он монанд бемориҳо - дар 12 (13,4%) кӯдакон, кӯдакони зуд-зуд беморшаванда - дар 16 (17,8%), бронхит - дар 12 (13,4%) кӯдакон, пневмонияи интерстициалӣ - дар 8 (8,9%) кӯдакон, дар 4 (4,4%) кӯдакони бемории гепатит, энтероколит дар 7 (7,8%) кӯдакон, венстрикулит - дар 2 (2,24%) кӯдакон, кардитҳо дар 3 (3,7%) кӯдакон, анемияи бонорасогии оҳан дар 9 (10,1%) кӯдакони бемор дида

мешуд. Дар таҳлили умумии хун: лейкоцитоз, паст гаштани сатҳи гемоглобин, баланд гаштани суръати такшоншавии эритроцитҳо (СТЭ). Дар таҳлили биохимии хун: гипербилирубинемия, зиёд гаштани трансаминезаҳо. Дар таҳлили серологӣ бо усули ТИФ (таҳлили иммуноферменти) дар ҳамаи кӯдакони бемор иммуноглобулин (Ig G) дар сатҳи аз 1:400 то 1:800 муайян шудааст.

Вобаста ба ин дида баромадани оиди ташхиси занон ба ситомегаловирус - ҳангоми ба нақшагирии ҳомиладорӣ ва дар давраи ҳомиладорӣ муҳим мебошад.

**Калимаҳои калидӣ:** сирояти ситомегаловирусӣ, кӯдак.

## ПРИОБРЕТЕННАЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙВ ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

**З. Р. Рахматуллоева, З. К Умарова, М.Дж. Ёдгорова, З. Г. Ходжаева**

Кафедра семейной медицины №2 (заведующая кафедрой, к.м.н, доцент Ёдгорова М.Дж.), ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Институт ботаники, физиологии и генетики растений АН РТ (руководитель к.с.н. Курбонбекова Ш.Ш.)

**Рахматуллоева Зухрагон Рахматуллоевна**, ассистент кафедры семейной медицины №2, Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: zuhra-54@inbox.ru, тел.: 919137505.

**Умарова Зарифа Касимовна**, профессор кафедры семейной медицины №2, Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, тел.: 91985880.

**Ёдгорова Майрамбӣ Дҷумахоновна**, зав. кафедрой семейной медицины №2 к.м.н., доцент, Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: uti\_70@mail.ru, тел.: 915083073.

**Ходжаева Зарина Галимҷановна**, аспирантка Института ботаники, физиологии и генетики растений АН РТ, тел.: 901039126.

Проведено структура заболевания 89 больных детей с ЦМВИ приобретенной формы у детей с хроническим иммунодефицитом в возрасте от 1 года до 5 лет. Клинические проявления были: инфекционный мононуклеоз ЦМВ этиологии у 16 (17,8%), ОРЗ подобные заболевания - у 12 (13,4%), ЧБД - 16 (17,8%), бронхит - у 12 (13,4%), интерстициальная пневмония - у 8 (8,9%), у 4 (4,4%) больных детей гепатит, энтероколит

у 7 (7,8%) детей, венстрикулит - у 2 (2,24%) детей, кардиты у 3 (3,7%) детей, анемия железододефицитная у 9 (10,1%) больных детей. В анализе крови: лейкоцитоз, снижения гемоглобина, увеличения СОЭ. В биохимическом анализе крови: гипербилирубинемия, увеличение трансаминаз. При серологическом обследовании методом ИФА выявлено у всех больных детей иммуноглобулин от 1:400 до 1:800.



В связи с этим необходим рассмотрен вопрос об обследовании женщин на ЦМВ - при планировании беременности и в периоде

беременности.

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

## CITOMEGALOVIRUS FOUND IN CHILDREN IN A FAMILY DOCTOR EXPERIENCE.

**Z.R. Rahmatulloeva, Z.K. Umarova, M.J. Yodgorova, Z.G. Khojaeva**

Family medicine department №2 (Head of the Department - Ph.D., associate professor Yodgorova M.J.) of Avicenna TSMU, Institute of botany, physiology and genetics plant of AS RT

*Rahmatulloeva Zuhrahon Rahmatulloevna, assistant of family medicine department №2, of Avicenna Tajik state medical university, E. mail: zuhra-54@inbox.ru, tel.: 919137505.*

*Umarova Zarifa Kosimovna, professor of family medicine department №2 of Avicenna Tajik state medical university, tel.: 91985888*

*Yodgorova Mayrambi Jumakhonovna, head of family medicine department №2, c.m.s. associate professor of Avicenna Tajik state medical university, E. mail: ymi 70@mail.ru, tel.: 915083073.*

*Khojaeva Zarina Galimjonovna, post-graduate student of institute of botany, physiology and genetics plant of AS RT, tel.: 901039126.*

The survey was carried out: the structure of 89 children under the age of 1 through 5 years of age. Clinical symptoms were: 16 (17.8%) children with anxiety disorders, acute respiratory infections, and the like - 12 (13.4%) children, frequently infected children - 16 (17, 8 (8%), bronchitis - 12 (13.4%) children, pneumonia - 8 (8.9%) children, 4 (4,4%) infant hepatitis, infections in 7 (7.8% children, ventriculitis - 2 (2,24%) children, 3 (3,7%) carcinoma of children, nine healthy children with anemia in 9 (10.1%). Blood analysis: lipopria, lipoprotein, decreased

levels of hemoglobin, increased cholesterol levels (STE). In the diagnosis of blood: hyperbubulinemia, increased transgenic infections. Vitamin D deficiency is diagnosed with TIF in all children with immunoglobulin (IgG) at a level of 1: 400 to 1: 800.

In this regard, it is important to consider the questionnaire on women's diagnosis in the case of complications - during pregnancy and during pregnancy.

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

**Муҳимият.** Ба сирояти ситомегаловируси (ССМВ) пайдошуда организми кӯдак дар муассисаҳои томактабӣ ва мактабӣ гирифтор мешаванд. Азбаски вирус бо роҳи ҳавоӣ-қатрагӣ мегузарад, он метавонад ба организми ҳамаи кӯдакони дар як хучра буда ворид гардад [2,4,6]. Сирояти ситомегаловирус дар кӯдаконе, ки дар сини томактабӣ пайдо гаштааст ба ҳалалёбии инкишофи системаҳои организм мусоидат намекунад ва инкишофи умумии кӯдакро суст намегардонад. Аммо ҳангоми паст гаштани масуният, метавонад бо нишонаҳои беморҳои шамол хурдани зуд-зуд, ба варами гирехҳои лимфатикӣ, димок, ҳарорати баланди бадан вонамуд гардад [2,4].

Агар кӯдак норасоии масунияти музмин дошта бошад, организми ӯ зуд-зуд ба сироятҳо дучор мегардад. Ҳамзамон оризаҳои беморӣҳо дар бисёр системаҳои организм - дилу - рағҳо, асаб, ҳозима, узвҳои таносул ва роҳи пешоб ҷойгир мешаванд [1,5,7]. Ба пайдоиши оризаҳои бисёртар кӯдакони синну соли аз 1 сола то 5 сола гирифтори норасоии масуният дучор мешаванд. Самаранокии табобат дар дараҷаи баланд аз ҳолати табиӣ муҳофизатнокии масунияти кӯдак вобастагӣ дорад, азбаски дорувориҳо фақат ба баргараф намудани пахншавӣ ва барангехтани вирус имкон медиҳанд [3,4,6].

Агар кӯдак ба ғайр аз ситомегаловирус боз беморҳои саратонӣ ё лейкемия дошта



бошад, симптоматикаи он боз ҳам равшантар намоён гашта, табобати он боз ҳам мушқилтар ва давомноктар мегардад. Усули асосии пешгирӣ мустаҳкам намудани системаи масунияти кӯдак мебошад [2,3,7].

Мақсади тадқиқот: Омӯхтани баъзе хусусиятҳои сирояти ситомегаловируси пайдошудаи кӯдакон дар таҷрибаи табиби оилавӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар зери назорати мо 89 кӯдакони синну соли аз 1 сола то 5 сола гирифтори сирояти ситомегаловируси пайдошуда, дар Муассисаи давлатӣ, Маркази саломатии шаҳрии №12 (МД МСШ №12) ва Муассисаи кӯдакони томактабии №17 "Олуча" буданд. Чорабиниҳои таҳқиқоти гузаронида шуда: ҷамъи шикоятҳо, анамнези акушер-гинекологӣ ва патологияи экстрагениталии модар дар давоми ҳомиладорӣ. Таҳқиқоти объективии кӯдакон гузаронида шудааст: таҳлили умумии хун (ТУХ), пешоб, таҳлили фазла барои дарёфт намудани гича. Бо усули таҳлилии иммуноферментӣ (ТИФ) антителиҳои ситомегаловируси (СМВ) иммуноглобулини G (IgG) муқаррар карда шуданд, тадқиқотҳо дар пажӯҳишгоҳи илмию тадқиқотии тибби профилактикӣ назди ВТ ва ХИА РТ гузаронида шуданд. Машварати мутахассисони маҳдуд аз рӯи нишондод. Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо. Дар кӯдакони бемор хусусияти тасвири клиники, оҳиста-оҳиста пайдошавии беморӣ, бо ҳарорати баланди мавҷшакли намуди нодуруст, баландтар аз 38,50С, беҳолӣ, хоболудӣ, паст гаштани иштиҳо, артралгия, миалгия, тез-тез гирифтोर шудан ба бемориҳои шадиди роҳҳои нафас.

Мононуклеози сироятии этиологияш ситомегаловирусӣ - дар 16 (17,8%) кӯдакон, бемориҳои шадиди роҳҳои нафас ва ба он монанд бемориҳои ситомегаловирусӣ - дар 12 (13,4%) кӯдакони бемор, кӯдакони зуд-зуд беморшаанда - дар 16 (17,8%), бронхит - дар 12 (13,4%) кӯдакон, пневмонияи интерстиционалӣ - дар 8 (8,9%) кӯдакон, дар 4 (4,4%) кӯдакон бо бемории гепатит, энтероколит дар 7 (7,8%) кӯдакон, вентрикулит - дар 2 (2,24%) кӯдакон, кардитҳо дар 3 (3,7%) кӯдакон, камхуни бо норасоии оҳан дар 9 (10,1%) кӯдакони бемор дида мешавад.

Дар таҳлили умумии хуни кӯдакон лейкопения, ҳангоми ҳамроҳ шудани флораи бактериялӣ лейкоцитоз дида мешуд, миқдори эритроцитҳо ва гемоглобин паст гашта, миқдори гранулоситҳои нейтрофилӣ ва мононуклеарҳои атопикӣ зиёд дида мешуд. Аммо дар кӯдакони бо таъхиси камхунии дараҷаи I ва II бо этиологияи ситомегаловирусӣ нишондоди хуни "сурх" (эр. 2-3,5x10<sup>9</sup>/л), гемоглобин (Hb 80-90 г/л).

Дар таҳлили биохимиявии хун дида мешавад: гипербилирубинемия, зиёд гаштани трансминазаҳо.

Дар таъхиси серологӣ бо усули ТИФ антителиҳои СМВ IgG дар ҳамаи кӯдакони дар зери назорат буда дар ҳудуди аз 1:400 то 1:800, индекси авиднокӣ 45% муайян карда шудааст.

Табобати ғайридоруворигӣ гузаронида шудааст: реҷаи бистарӣ дар давраи ҳароратбаландӣ. Хуроки синусолии каллорияаш баланд (синамаконӣ барои кӯдакони синни то 2-сола, ҳангоми ширдиҳии сунъӣ маводҳои ширии туруш - ҷурғоти хонагӣ) ва нӯшидани оби зиёд.

Табобати доруворигӣ: маводҳои зидди-вирусӣ - интерферон ва индукторҳои синтези интерферон.

Имуноглобулини махсуси антиситомегаловирусӣ - ситотек (цитотек) 2 мл/кг-и вазни кудак 1 маротиба дар як шабонарӯз дар давоми 5 рӯз.

Ба ҳамаи кӯдакони бемор бо ССМВ аз тарафи табибони сироятшинос, гематолог, табиби дил ва рағҳо машварат гузаронида шуд. Аз тарафи табиби оилавӣ кудакони бемор бо ССМВ дар фаъолияти ҳаёт пайдошуда ба назорати диспансери гирифтанд.

Хулоса. Беморони гирифтори ССМВ дар фаъолияти ҳаёт пайдошуда, ки зарурияти чорабиниҳои пешгирикунанда дар марказҳои саломатии шаҳри ва деҳот, муассисаҳои томактабии кӯдакони бояд гузаронида шаванд.

Таъхисгузарониҳои хатмии занон ба СМВ - ҳангоми банақшагирии ҳомиладорӣ ва ҳангоми давраи ҳомиладорӣ муҳим мебошад.

Маҳдуд намудани тамос бо беморон ва дорандагони сирояти ситомегаловирусӣ.



## АДАБИЁТ

1. Крючко Д.С. Кардиальные проявления цитомегаловирусной инфекции у новорожденных. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2006. - №4. - С. 15-19.
2. Германенко И. Г. Цитомегаловирусная инфекция: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение / Германенко И. Г., Кудин А. П. / Минск.: "Зималетто", 2009. С 4 - 7, 11- 17.
3. Леготина Н.С., Львова И.И., Дерюшева А.В. Способ оценки эффективности терапии хронической цитомегаловирусной инфекции у детей: Пат. № 2566074 Российская Федерация, МПК G01N33/53; опублик. 20.10.2015, БИ № 29.
4. Кочкина С. С., Ситникова Е.П. Цитомегаловирусная инфекция у детей. Детские инфекции. 2016; С. 39-44.
5. Ходак Л. А. Цитомегаловирусный гепатит у детей /Л. А. Ходак, В. И. Браилко, Н. Г. Дейнека// Здоровье ребенка. 2018. С. 95-99.
6. Samedi VM, Skappak C, Jantzie L, et al. Comparison of presentation, course, and outcome of congenital and acquired cyto -megalovirus infection in twins. AJP Rep. 2016 Mar;6(1):e1-5. doi: 10.1055/s-0035-1563387.
7. Min CY, Song JY, Jeong SJ. Characteristics and prognosis of hepatic cytomegalovirus infection in children: 10 years of experience at a university hospital in Korea. Korean J Pediatr. 2017 Aug;60(8):261-265. doi: 3345/kjp.2017.60.8.261.

## ДУРНАМОИ ИМПЛАНТАТСИЯИ КОХЛЕАРӢ ДАР ТОЧИКИСТОН

Ч. И. Холматов<sup>1</sup>, В.Е. Кузовков<sup>2</sup>, А.А. Махаммадиев<sup>1</sup>, М.Д. Шоев<sup>1</sup>

Кафедраи оториноларингология ба номи Ю.Б. Исҳоқӣ (мудири кафедра н.и.т., дотсент М.И. Маҳмудназаров)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон<sup>1</sup> Пажӯҳишгоҳи илмӣ-тадқиқотии гӯшу гулӯ ва бинии Санкт-Петербург<sup>2</sup>

*Холматов Ҷамол Исроилович - д.и.т., профессори кафедраи оториноларингологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино e-mail: kholmatorji@mail.ru, тел.: +992 98 104 1634.*

*Кузовков Владислав Евгеньевич - д.и.т., дотсенти Пажӯҳишгоҳи илмӣ-тадқиқотии гӯшу гулӯ ва бинии Санкт-Петербург e-mail: v\_kuzavkov@mail.ru тел.: +7 921 916 50 48*

*Махаммадиев Абдухолиқ Абдумачидович - н.и.т., ассистенти кафедраи оториноларингологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, e-mail: abdeuholik.mahamadiev@mail.ru, тел.: 93-585-65-45.*

*Шоев Манучеҳр Давроншоевич - докторанти PhD-и кафедраи оториноларингологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, e-mail: shoevmd@mail.ru, тел.: 93-400-47-57.*

Дар мақола таҳлили пешакии чорикунӣ ва расонидани ёрии тиббии технологияи баланддошта дар Ҷумҳурии Тоҷикистон- имплантатсияи кохлеарии беморон бо гушвазнинии дараҷаи вазнин ва қарию гунгии мутлақ оварда шудааст. Имплантанти кохлеарӣ имконияти шуниданро таъмин менамояд, аммо қабули садоҳои муҳити атроф ва фаҳмонидани нутқӣ ҷараёни вазнинтари муҳим мебошад, ки дар системаи марказии асаб мегузарад. Ба бемор баъди ҷарроҳӣ барои фарқ карда тавонистани садоҳо, ҷудо намудани аломатҳои муҳим дар ин садоҳо, дарк

кардани калимаҳои алоҳида ва нутқи раван, фаҳмидани мақсади сӯхбат, ҷудо кардани садо аз гуввос ва ғайраро меомӯзонанд. Баъди пайваст кардани имплант беморон таҳти назорати доимии сурдолог ва аудиолог қарор гирифта, курси реабилитатсияи нутқу шунавоиро бо сурдопедагог ва логопед мегузаранд. Ҳамин тариқ, истифода бурдани маҷмӯи тадқиқи клиникаию аудиологии мувофиқ ба омода кардани беморони бо гушвазнинии дараҷаи вазнин ва қарию мутлақ, инчунин якумин маротиба гузаронида ни ҷарроҳӣ тавассути технологияи муосир





дар гӯши беморон - имплантатсияи кохлеарӣ дар шароити Тоҷикистон натиҷаи мусобиби функционалиро нишон дод.

**Калмаҳои калидӣ:** имплантатсияи кохлеарӣ, пастшунавоӣ, гунгӣ ва карии мутлак

## ПЕРСПЕКТИВЫ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В ТАДЖИКИСТАНЕ

**Дж. И. Холматов<sup>1</sup>, В.Е. Кузовков<sup>2</sup>, А.А. Махамадиев<sup>1</sup>, М.Д. Шоев<sup>1</sup>**

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б.Исхаки (заведующий кафедрой к.м.н.доцент Махмудназаров М.И.)-и ТГМУ имени Абуали ибни Сино, г.Душанбе Республики Таджикистан, Научно-исследовательский институт уха, горла и носа Санкт-Петербурга<sup>2</sup>.

*Холматов Джамол Исроилович - д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино e-mail: kholmatorji@mail.ru, тел.: +992 98 104 1634.*

*Кузавков Владислав Евгеньевич - д.м.н., доцент Научно-исследовательский институт уха, горла и носа Санкт-Петербурга e-mail: v\_kuzavkov@mail.ru тел.: +7 921 916 50 48*

*Махамадиев Абдухолик Абдумаджидович - к.м.н., ассистент кафедры оториноларингологии Таджикского государственного медицинского Университета имени Абуали ибни Сино, e-mail: abdeuholik.mahamadiev@mail.ru, тел.: 93-585-65-45.*

*Шоев Манучехр Давроншоевич - докторант PhD кафедры оториноларингологии Таджикского государственного медицинского Университета имени Абуали ибни Сино, e-mail: shoevmd@mail.ru, тел.: 93-400-47-57.*

В статье представлен предварительный анализ внедрения и предоставления высокотехнологичной медицинской помощи в Республике Таджикистан - кохлеарной имплантации пациентов с тугоухостью тяжелой степени и абсолютной глухотой и немотой. Кохлеарные имплантаты обеспечивают слух, но восприятие окружающей среды и интерпретация речи являются наиболее важными процессами, происходящими в центральной нервной системе. Пациента научат, как различать звуки после операции, как различать существенные признаки в этих звуках, как понимать определенные слова и речь, понимать цель разговора, отличать звук от шума и так далее. После импланта-

ции пациенты находятся под постоянным наблюдением сурдолога и аудиолога и проходят курс речевой и слуховой реабилитации с сурдопедагогом и логопедом. Таким образом, использование комбинации соответствующих клинических и аудиовизуальных исследований для обучения пациентов с тугоухостью тяжелой степени и абсолютной глухотой, а также впервые проведение операций на ухе больных с использованием современных технологий - кохлеарной имплантации в условиях Таджикистана показало положительный функциональный эффект.

**Ключевые слова:** кохлеарная имплантация, тугоухость, немота и абсолютная глухота.

## PROSPECTS OF COCHLEAR IMPLANTATION IN TAJIKISTAN

**J.I. Holmatov<sup>1</sup>, V.E.Kuzovkov<sup>2</sup>, A.A.Mahmadiev<sup>1</sup>, M.D.Shoev<sup>1</sup>**

Department of Otorhinolaryngology named after Y.B. Iskhaki

(Head of the Department Ph.D. Associate Professor Makhmudnazarov M.I.) - and TSMU named after Abuali ibni Sino, Dushanbe Republic of Tajikistan<sup>1</sup>, Research Institute of Ear, Throat and Nose St. Petersburg<sup>2</sup>.

*Kholmatorov Dzhamol Isroilovich - doctor of medical sciences, Professor of the department of Otorhinolaryngology, TSMU named after Abuali ibni Sino e-mail: kholmatorji@mail.ru, tel.: +992 98 104 1634.*





**Kuzavkov Vladislav Evgenievich** - doctor of medical sciences Docent Research Institute of the Ear, Throat and Nose of St. Petersburg e-mail: v\_kuzavkov@mail.ru tel: +7 921 916 50 48

**Makhamadiev Abdukholik Abdumadzhidovich** - candidate of medical sciences, assistant of the department of otorhinolaryngology of the Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino, e-mail: abdeuholik.mahamadiev@mail.ru, tel.: 93-585-65-45.

**Shoev Manuchehr Davronshoyevich** - PhD doctoral student, department of Otorhinolaryngology, Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino, e-mail: shoevmd@mail.ru, tel.: 93-400-47-57.

The article presents a preliminary analysis of the introduction and provision of high-tech medical care in the Republic of Tajikistan - cochlear implantation of patients with severe hearing loss and absolute deafness and dumbness. Cochlear implants provide hearing, but environmental perception and speech interpretation are the most important processes occurring in the central nervous system. The patient will be taught how to distinguish sounds after surgery, how to distinguish essential features in these sounds, how to understand certain words and speech, understand the purpose of the conversation, distinguish sound

**Муҳиммият.** Имплантатсияи кохлеарӣ (ИК) айни замон усули ягонаи самарабахши реабилитатсияи ашхосоне мебошад, ки аз пастшунавоии сенсоневралии дараҷаи баланди ношунавоӣ азият мекашанд (1, 3, 4, 8, 12). Дар адабиёти муосир масъалаи усулҳои ҷарроҳии хангоми ИК дар ашхосе, ки дар гӯши миёна намудҳои гуногуни ҷарроҳӣ гузаронидаанд, ба таври васеъ матраҳ шудааст. (5, 7, 9, 11, 13, 16). Аммо миёни муаллифон ақидаи ягона оиди масъалаҳои зерин вучуд надорад. ИК бояд дар як ду ва ё бисёрзинагӣ гузаронида шавад. Оё мастоидопластика ва реконструксияи девораи қафои гузаргоҳи берунаи сома хангоми ҷой доштани ковокӣ баъди ҷарроҳии радикалӣ (ҶР) гузаронидан мумкин аст. Алоқаи фаъоли электродро бо муҳити атроф чи гуна инкор кардан мумкин (10, 14, 15).

ИК - ин ҷарроҳиест, ки ба намудҳои кӯмаки тиббии баландтехнологӣ дохил мешавад ва пеш аз ҳама шунавоии аҳоли - аз ҷумла кӯдакони хурдсол, яъне басуханнадаромада (аз навзод то сесола)-ро барқарор месозад (2,4,11). Ҷарроҳии ИК ба бемороне кӯмак мерасонад, ки дастгоҳи ретсептории анали-

from noise, and so on. After implantation, patients are constantly monitored by a surdologist and audiologist and undergo a speech and auditory rehabilitation course with an sign teacher and speech therapist. Thus, the use of a combination of appropriate clinical and audiovisual studies to educate patients with severe hearing loss and absolute deafness, as well as for the first time performing operations on the patients' ears using modern technologies - cochlear implantation in Tajikistan, showed a positive functional effect.

**Keywords:** cochlear implantation, hearing loss, dumbness and absolute deafness.

затори шунавоиашон зарар дида асту, аммо фаъолияти функционалии асаби сома ва дигар қисматҳои роҳҳои сома то маркази шунавоии қишрҳои мағзи сар осеб наёфтаанд. Дар муқоиса бо дастгоҳҳои шунавоӣ, ки танҳо садоро баланд мекунанд, электроди импланти кохлеарӣ қисматҳои корношоёми дастгоҳи ретсептории ҳалзунро убур карда, хабарро мустақиман ба асаби сома мерасонад. Истифодаи клиникаи имплантатҳои кохлеарӣ дар солҳои 70-80-и асри ХХ дар заминаи фаъолияти тадқиқотчиён W. House, G. Clark, M. Goicolea, M. Paparella ва дигарон оғоз шудааст. Дар соли 2004 шумораи истифодабарандагони импланти кохлеарӣ 80000 нафарро ташкил дода, ин адад то рафт зиёд шуда истодааст (1.3.5.14).

Ҷунин намуди ёрии тиббии баландтехнологӣ бо иштироки ҳайати дастаҷамъонаи мутахассисон: оториноларинголог, сурдолог, аудиолог, отоневролог, сурдопедагог, психолог, инженер-барномасоз, кормандони иҷтимоӣ ва дигарон амалӣ гардонидани мешавад. Солҳои охир ИК дар зиёда аз 80 давлати дунё ҳамчун усули ягонаи ҷарроҳӣ барои реабилитатсияи аҳоли бо гарангу-



шии сенсонвралӣ истифода бурда мешавад. Боиси ифтихор аст, ки Ҷумҳурии Тоҷикистон ба қатори ин давлатҳо дохил аст. Дар солҳои 2013-2014 6 имплантатсияи кохлеарӣ гузаронида шуд.

**Мақсади тадқиқот:** Таҳлили пешакии чорикунӣ ва расонидани ёрии тиббии технологияи баланддошта дар Ҷумҳурии Тоҷикистон- имплантатсияи кохлеарии беморон бо гушвазнинии дараҷаи вазнин ва каррию гунгии мутлақ.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот:** Ба намуди мавод баёни худи ситемаи имплантатсияи кохлеарӣ, ҷанбаҳои акустикии он ва маълумотҳои бемороне, ки ҷарроҳии имплантатсияи кохлеарӣ гузаронидаанд, пешниҳод гардид. Нишондод барои гузаронидани имплантатсияи кохлеарӣ дараҷаи баланди па-стшунавоӣ ва карие, ки ба нуқсони дастгоҳи ретсептории шунавоӣ ва набудани роҳи дигари реабилитатсияи нутку шунавоӣ мебошад.

Дар ин сурат ҷарроҳӣ ба нафароне гузаронида мешавад, ки дар онҳо танҳо дастгоҳи ретсептории ҳалзун нуқсон дорад, чуноне ки барои кори имплантат фаъолияти дурусти асаби сомеа зарур аст. Дастгоҳҳои шунавоӣ барои қабули садо дар чунин беморон ёри намерасонад. Барои интиҳоби беморон ба ИК маҷмуи тадқиқотҳои субъективӣ ва объективии аудиологие, ки аз ҷониби мо коркард шуда аст (Холматов Ҷ.И Махаммадиев А.А 2013- Олмон ) бо томографияи компютерии шоҳаи пистоншакл гузаронида шуд. Табиист, ки дар худи бемор бояд барои амали ҷарроҳӣ зидди нишондод набошад. Системаи имплантатсияи кохлеарӣ аз ду қисм иборат аст: қисми дохилии имплантшаванда- бевосита имплант ва қисми беруни- протсессори нутқӣ.

Аз рӯи кори худ импланти кохлеарӣ садоро ба монанди дигар дастгоҳҳои шунавоӣ баланд намекунад. Таъсири он бо нумӯи бевоситаи торҳои ҳиссиётии асаби сомеа, ки дар ҳалзун (қисмати гӯши дохила, ки ба қабули садо ҷавобгар аст) ҷойгиранд алоқамандӣ дорад. Садо ба воситаи микрофон қабул шуда, ба садои электрикӣ табдил меёбад. Ин садоҳо ба протсессори нутқӣ

расида ба пакети махсуси импульсо табдил меёбанд. Пакет ин импульсо ба воситаи пӯст ба мавҷҳои радиоӣ ба имплантат мерасонад. Баъди як моҳи ҷарроҳӣ протсессори нутқӣ ба имплантати кохлеарӣ пайваस्त шуда, ва аввалин маротиба протсессори нутқӣ ҷур карда мешавад. Аз ҳамин лаҳза бемор аввалин бор садоҳои муҳити атрофро мешунавад. Протсессори нутқӣ баъди пайваस्त кардан барои самараи максималӣ бахшидан ба истифодабаранда ҷур карда мешавад. Ҷуркунии дастгоҳ аз ҷониби духтур-аудиолог гузаронида мешавад, ки он ба мукамал намудани ҳиссиёти шунавоии бемор равона гардидааст. Баъди ҷарроҳӣ роҳи асосии реабилитатсияи нутку садо барои ҳамаи беморон инкишоф додани қабули садоҳо бо ёрии импланти ва дурусти кардани нутқи гуфтугӯӣ мебошад. Имплантати кохлеарӣ имконияти шуниданро таъмин менамояд, аммо қабули садоҳои муҳити атроф ва фаҳмонидани нутқӣ ҷараёни вазинтари муҳим мебошад, ки дар системаи марказии асаб мегузарад.

Ба бемор баъди ҷарроҳӣ омӯзонидани фарқ карда тавонистани садоҳо, ҷудо намудани аломатҳои муҳим дар ин садоҳо, дарк кардани калимаҳои алоҳида ва нутқи раво, фаҳмидани мақсади сӯҳбат, ҷудо кардани садо аз ғуввос ва ғайраро меомӯзонанд.

Сипас, машғулиятҳои систематикӣ бо ҳамроҳии сурдопедагог (мутахассисе, ки барои ташкил кардани нутқи дурусти кӯдак мусоидат мекунад) бо мақсади инкишофи қабули шунавоӣ ва нутқи гуфтугӯӣ оғоз мегардад. Сурдопедагог ба кӯдак истифода бурдани ҳиссиёти шунавоии пайдошударо меомӯзонад.

Қайд кардан зарур аст, ки ҷараёни асосии реабилитатсия дар шароити хона аз ҷониби волидон низ бояд таъмин карда шавад.

Муддатнокии гузаронидани ҷарроҳии имплантатсияи кохлеарӣ дар меъёр 1-1,5 соатро ташкил медиҳад, дар сурате, ки агар дар бемор ягон хусусияти анатомӣ ва беморӣҳои гӯши миёна вучуд набошад. Ҷарроҳӣ таҳти беҳисгардонии умумӣ гузаронида мешавад. Пеш аз ҷарроҳӣ мӯи



ноҳияи чаккаю фарқисарии бемор тарошида мешавад. Дар устухони чакка барои имплант ҷой омода месозанд. Ба тирезаи мудаввари ҳалзун электроди фаъол (қисми мураккаби ҷарроҳӣ) ворид карда мешавад. Имплант ва электрод мустақкам карда мешавад. Пеш аз дӯхтани захми ҷарроҳӣ дар сар - дар раванди ҷарроҳӣ (интраоператсионӣ) фаъолияти имплант ва электрод бо ёрии тестгузарони компютерӣ (телеметрия) аз рӯи тамоми ҷанбаҳои зудии нутқсанчида мешавад.

#### **Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он.**

Айни замон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон 35 ҷарроҳии имплантатсияи кохлеарӣ гузаронида шудааст. Аввалин маротиба ин намууди ҷарроҳӣ 17.08. соли 2013 дар ду бемор амалӣ карда шудааст: бемор Иброҳимов Билол 2010 с.т., шикоятҳо аз суханони волидон ба қарб ва гунгии кӯдак. Аз анамнези бемориаш маълум аст, ки аз вақти таваллуд ин қониб шунавоӣ вучуд надорад. Натиҷаи тадқиқи компютери шунавоӣ (ТАШ-и кӯтоҳлатентӣ) ҳангоми стимулятсияи садоӣ бо 90 дБ набудани ҳиссиёти шунавоиро аз ҳарду тараф нишон дод (рас.1). Дар асоси муоинаи комплекси клиникаю аудиологӣ чунин ташхис гузошта шуд: Неврити кохлеарии дутарафа, кариин мутлақ, сустинкишофёбии дуюминдараҷаи нутқ.

Баъди ҷарроҳии гузаронидашуда - имплантатсияи кохлеарӣ дар гӯши рост, барқарорсозии динамики баъдиҷарроҳӣ ҳармоҳа, ки дар бар мегирад: пайваст қардан ва ҷӯрсозии ботартиби ҷараёни нутқ, гузаронидани таботати комплекси "зиддиасабӣ" ва машғулиятҳои махсус бо сурдопедогог дар кӯдак ҳиссиёти шунавоӣ пайдо гардид, ӯ ба овоз вокуниш намуд ва вақтҳои охиралимаҳои чудогонаро талаффуз намудан гирифт, ки худ аз бехтаршавии дарроқҳои шунавоӣ дарак медиҳад (Рас.2 Шакли зоҳирии бемор баъди ҷарроҳӣ).

Бемор Муҳаммадиев Шухрат 1970 с.т. бо шикоятҳои пастшунавоӣ ва вайроншавии нутқ мурочиат намуд. Бо атрофиён тариқи хаттӣ суҳбат мекард. Аз анамнези беморӣ муайян гардид, ки аз овони кӯдакӣ ҳангоми гузаронидани отити музмини миёнаи фасод-

ноки дутарафа бо оризаи менингити фасодноки отогенӣ шунавоӣ вучуд надорад. Ҷиҳати бемории асосӣ маълум гардид, ки бо тартиби таъҷилӣ дар ҳар як гӯшаш алоҳида ду маротиба ҷарроҳӣ (ҷарроҳии радикалӣ - умумиковокӣ бо қушодани чуқурҷаи мобайнии косахонаи сар) гузаронидааст. Баъдан, пастшунавоии сенсоневралӣ бо вайроншавии нутқ рушд мегирад. Пас аз 22 сол баъди гузаронидани ҷарроҳии радикалӣ дар гӯш бемор бо шикоятҳои дар боло зикршуда ба мо мурочиат намуд.

Натиҷаҳои муоинаи пурраи аудиологӣ ва тадқиқи компютери шунавоӣ (ТАШ-и кӯтоҳлатентӣ) ҳангоми ангиеси садоӣ дар сатҳи 90 дБ набудани ҳиссиёти шунавоиро аз ҳарду тараф нишон дод). Дар асоси маҷмӯи тадқиқи клиникӣ - аудиологӣ чунин ташхис гузошта шуд: Неврити кохлеарии дутарафа, кариин мутлақ, инкишофи вайроншавии нутқ. Баъди гузаронидани ҷарроҳӣ - имплантатсияи кохлеарӣ дар гӯши чап ҳангоми реабилитатсияи баъдиҷарроҳии мунтазами ҳармоҳа дар бемор ҳиссиёти шунавоӣ пайдо гардида, хуб мешунавид ва нутқро мефаҳмид. Қайд қардан зарур аст, ки дарки нутқ баъди ҷарроҳӣ пайдо шуд ва сол ба сол бехтар гардид. (Рас. 2).

Баъди пайваст қардани имплант беморон таҳти назорати доимии сурдолог ва аудиолог қарор гирифта, курси реабилитатсияи нутқу шунавоиро бо сурдопедогог ва логопед мегузаранд.

**Хулоса.** Ҳамин тариқ, истифода бурдани маҷмӯи тадқиқи клиникаю аудиологӣ мувофиқ ба омода қардани беморони бо гӯшвазнинии дараҷаи вазнин ва кариин мутлақ, инчунин якумин маротиба гузаронидани ҷарроҳӣ тавассути технологияи муосир дар гӯши беморон - имплантатсияи кохлеарӣ дар шароити Тоҷикистон натиҷаи мусбӣ функционалӣро нишон дод. Пас аз пайваст қардани протсессори нутқӣ беморон аввалин бор мешунаванд, аммо барои қабули пурраи шунавоӣ, пеш аз ҳама мустақилона сухан гуфтан онҳо бояд муддати якҷанд сол курси пурраи махсуси рӯхию педагогӣ ва омӯзиши сурдологию логопедиро гуза-



ранд. Дар баробари таҷдиди ёрии сурдо-лоҷӣ, барқарорсозии шунавоӣ, педиатрӣ, сурдопедагогӣ ва дигар хизматрасониҳои ёридиҳанда, инчунин дар Ҷумҳурии Тоҷикистон кӯмаки тиббӣ тавассути техно-

логияҳои муосир барои кӯдакони синни бармаҳал, ки дорои эйтилолияти вайроншавии шунавоӣ ва нутқи модарзод ва ё ин ки дар давоми ҳаёт пайдошуда доранд, ба роҳ монда шудааст.

#### Адвбиёт:

1. Бибиқов Н.Г. Успехи и перспективы кохлеарной имплантации. Альманах клинической медицины № 12 / 2006. С. 142.
2. Диагностика и коррекция нарушений слуховой функции у детей первого года жизни / Под ред. Г.А. Таварткиладзе и Н.Д. Шматко. М.: Экзамен, 2005. - С. 245.
3. Кацина В.С., Медведева И.Б. Кохлеарная имплантация - новейшие достижения и разработки. Вятский Медицинский Вестник № 2 / 2008. С. 72-75.
4. Королева И. В. Кохлеарная имплантация - новое направление реабилитации глухих детей / И.В. Королева, В.И. Пудов, О.С. Жукова // Дефектология. 2001. - №1. - С. 17-26.
5. Кочетов Д.М., Григорьев Ю.И. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи населению в федеральном оториноларингологическом центре. Вестник новых медицинских технологий № 2 / том XIX / 2012. С. 375-379.
6. Кузовков В.Е. Кохлеарная имплантация у лиц, перенесших ранее оперативные вмешательства по поводу хронического гнойного среднего отита / В.Е. Кузовков, Ю.К. Янов, О.А. Пацнина // Российская оториноларингология. - 2009. - №2. - С.108-115.
7. Кузовков В.Е. Современные хирургические подходы к проведению кохлеарной имплантации : автореф. дис. ... д-ра.мед. наук / В.Е. Кузовков. - СПб, 2011. - 34с.
8. Таварткиладзе Г.А. Кохлеарная имплантация -М., 2000. - 51 с.
9. Таварткиладзе Г.А. Белянцева И.А. Фроленков Г.И. и др. Показания к кохлеарной имплантации // Методические рекомендации N95/209. - М.: 1995. - 24 с.
10. Тарасова Н.В. Слухоречевая реабилитация пациентов с кохлеарными имплантами / Н.В. Тарасова // XVII съезд оторинолар. России: материалы (тезисы), г. Нижний Новгород. СПб.: Б.и., 2006. - С. 6566.
11. Щербакова Е.В. Оптимизация отбора кандидатов на кохлеарную имплантацию. Автореф. дисс. ...к.м.н. СПб. 2009. Стр.24.
12. Щербакова Е.В. Кохлеарная имплантация (состояние и перспективы) / Ю.К. Янов, В.П. Ситников, И.В. Королева, В.И. Пудов, М.В. Левина, Е.В. Щербакова // XVII съезд оторинолар. России: материалы (тезисы), г. Нижний Новгород. - СПб., 2006. - С. 76-77.
13. Cochlear implantation and management of chronic suppurative otitis media: single stage procedure? // S. Basavaraj, M. Shanks, N. Sivaji et al. / Eur Arch Otorhinolaryngol. - 2005. - Vol. 262, №10/ P. - 852 - 855.
14. Craig M. How I do it/short communication: the middle temporal artery flap for coverage of an exposed cochlear implant cable in the mastoid cavity // M. Craig, J. Lavy / Cochlear Implants Int. - 2006. - Vol. 7, №4. - P. 214 - 218.
15. El-Kashlan H.K. External auditory canal closure in cochlear implant surgery // H.K. El-Kashlan, H.A. Arts, S.A. Telian / Otol Neurotol. - 2003. - Vol. 24, №3. - P/ 404 - 408.
16. Incesulu A. Cochlear implantation in chronic otitis media // A. Incesulu, S. Kocaturk, M. Vural / J Laryngol Otol. - 2004. - Vol. 118, №1. - P. 3 - 7.



## ТАВСИФИ ЭПИДИМИОЛОГИИ ПАРКИНСОНИЗМ ДАР МИНТАҚАҲОИ ГУНОГУНИ ТОҶИКИСТОН.

**Н.М.Нажмидинова, Ш.Д.Урунова**

Кафедраи варзиши муолиҷавӣ ва тибби шарқ, ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

*Нажмидинова Мавлюда Нажмидиновна -д.и.т. профессор мудири кафедраи Варзиши муолиҷавӣ ва тибби Шарқ, Донишгоҳи давлати тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино  
E.mail. Prof-najmidinova@mail.ru тел: 927849323.*

*Урунова Шахло Джамолиддиновна-н.и.т. мудири кафедраи бемориҳои дарунӣ, Донишкдаи таҳсилоти баъди дипломӣ дар вазорати тандрустии Ҷ.Т.тел:929600614.*

**Хулоса.** Аз тарафи муаллифон таҳқиқоти мазкур дар шароити ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шудааст. Дар асоси ҳуҷҷатнигории статсионарҳо ва картаҳои омузишӣ беморони аз муассисаҳои машваратӣ дохилшуда бисёр ташхисҳо дақиқ карда шуданд. Ҳамаи беморон, ки тахти муоинаи мо қарор доштанд, ба омӯзиши муфассали статуси клиникӣ, умумӣ соматикӣ ва неврологӣ ва таҳқиқоти инструменталиву биохимиявӣ фаро гирифта шуданд. Дар рисолаи мавриди муолиҷаи мо аз усули нави таҳқи-

қот (кинезометрия) истифода намудем, нишондиҳандаҳои мо метавонанд, ки ҳамчун яке аз меъёрҳои объективӣ микдории пешгӯиҳои самаранокӣ ва давомнокии табобат истифода шаванд, онҳо ҳамзамон имконият медиҳанд, ки дифференсатсияи дараҷаи возеҳии ихтилолҳои ҳаракати дар беморони гирифтори паркинсонизм иҷро карда шавад ва шаклҳои гуногуни ин беморӣ дифференсатсия карда шаванд.

**Вожаҳои калидӣ:** паҳншавии паркинсонизм, омилҳои хатар.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРКИНСОНИЗМА В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ ТАДЖИКИСТАНА.

**Н.М.Нажмидинова, Ш.Д.Урунова**

Кафедра ЛФК и Восточной медицины ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

*Нажмидинова Мавлюда Нажмидиновна -д.м.н. профессор заведующий кафедры ЛФК и Восточной медицины Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, д.м.н. профессор. E.mail. Prof-najmidinova@mail.ru тел: 927849323.*

*Урунова Шахло Джамолиддиновна- к.м.н. заведующий кафедры терапии института последипломного образования в сфере Здравоохранения республики Таджикистан.*

Настоящее исследование проводилось в условиях Таджикистана. Источником получения информации о заболеваемости населения являются; обращаемость больных в медицинские учреждения, опросы населения, медицинские осмотры. Нами использованы все три источника. Сбор сведений об обращаемости по поводу заболеваний в поликлиники, диспансеры, стационары и другие специализированные учреждения связаны с большим количеством дублированных диагнозов, что вызывает необходимость провидения подбора документов на одно лицо и сбора этих материалов в еди-

ном центре. В настоящей работе нами использован новый метод исследования (кинезометрия), показатели которого могут быть использованы как один из объективных количественных критериев прогноза эффективности и продолжительности лечения, позволяющий одновременно провести дифференциацию степени выраженности двигательных нарушений у больных паркинсонизмом, дающий возможность дифференцировать различные формы этой болезни.

**Ключевые слова:** Паркинсонизм распространенность, факторы риска.





## EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PARKINSONISM IN VARIOUS REGIONS OF TAJIKISTAN

N.M.Nazhmidinova, Sh.D.Urunova.

Departments of exercise therapy and Eastern medicine TSMU named after Abuali ibni Sino.

*Nazhmidinova Mavluda Nazhmidinovna* - professor Head of the Department of Physical Therapy and Eastern Medicine of the Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino d.i.t. professor. E.mail. Prof-najmidinova@mail.ru.

*Urunova Shahlo Jamoliddinova* - Head of the Department of Therapy, institute of Postgraduate Education in the field of Health Protection of the Republic of Tajikistan.

This study was conducted in Tajikistan. The source of information on the incidence of the population are: the number of patients in medical institutions, surveys of the population medical examinations. We have used all three sources. Collection of information about the appeal for diseases at the polyclinic dispensaries hospitals and other specialized institutions associated with a large number of duplicate diagnoses, which makes it necessary to.

**Мухимият.** Дар солҳои охир дар ҳамаи кишварҳои аз лиҳози иқтисодӣ пешрафта сохтори беморшавӣҳо ва ғайри тағйир ёфтааст. Ин тағйирот кишварӣ моро низ фаро гирифтааст. Ҷамъаҳои дар ҳақиқати аҳолии ҳамаҷа дар маркази диққати давлату ҳукумати кишвар меистад. Аммо афзудани дарозмӯрӣ боиси зиёд шудани миқдори одамони калонсол ва кӯҳансол гардид, ин бошад дар навбати худ боиси дар байни мардум афзудани бемориҳои музмин, аз ҷумла бемории паркинсонизм гардид. Паҳншавии густурдаи ин бемориҳо, ғайри баланди маънубшавӣ ва ғайри аз ин бемориҳо ин проблемаҳо ба ғайри маҷалҳои муҳим ва актуалӣ шомил сохт, ки на фақат аҳамияти бузурги тиббӣ, балки иҷтимоӣ низ доранд.

Ягон баҳодиҳии муносири бемориҳо бе муайян кардани миқдор, бе тасаввуроти дақиқ доштан дар хусуси паҳншавӣ ва сохтори он дар байни аҳолии имконпазир нест.

Маълумотҳо оид ба паҳншавии ин бемориҳо ва таърифи онҳо ба инкишоф, ки дар натиҷаи таҳқиқоти эпидемиологӣ ба даст оварда мешаванд, имконият медиҳанд, ки тавсифи муносири миқдори онҳо муайян кунем, ки дар асоси онҳо имкониятҳои беҳтар сохтани ташкили ёрии тиббӣ ба одамон фароҳам меояд.

Provide for the selection of documents per person and collecting these materials in a single center. In this work we used a new method for studying (kinesometry) indicators of quantitative criteria for predicting the effectiveness and duration of treatment allowing to simultaneously differentiate the severity of motor disorders in patients with parkinsonism which makes it possible to differentiate various forms of this disease.

**Keywords:** prevalence parkinsonism, risk factors.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯштани паҳншавӣ ва сохтори паркинсонизм дар байни аҳолии Тоҷикистони, мо маводро дар самтҳои зерин мавриди таҳлил қарор додем: а) муайян кардани басомади беморшавӣ ва паҳншавии паркинсонизм дар байни гурӯҳҳои гуногуни синусолии ва ҷинсӣ; б) дақиқ муайян кардани таносуби нишондиҳандаҳои беморшавӣ тибқи маълумот ва моинаҳои тиббӣ. Барои ҳалли масъалаи ин вазифаҳо мо мавод дар бораи беморшавии аҳолии шаҳру ноҳияҳои Душанбе, Колхозобод (Ҷалололдин Балхӣ), Куйбишев (Хурӯсон), Қӯрғонтеппа, Уротеппа (Истаравшан), Панҷакент, Хоруғ, Шӯғнон, Мурғоб-ро истифода намудем.

Дар ҷунуби Тоҷикистон ноҳияҳои Колхозобод (Ҷалололдини Балхӣ), Куйбишев (Хурӯсон), шаҳри Қӯрғонтеппа таҳқиқ шуданд, иқлими минтақа гарм аст. Қисми асосии аҳолиро мардумони солҳои 30-40-и асри гузашта ба ноҳияҳои гуногуни Тоҷикистон муҳоҷиршуда ташкил медиҳанд, онҳо дар колхозу совхозҳо, бригадаҳо муттаҳидшуда, урфу одатҳои гузаштагонӣ худро нигоҳ медоранд. Дар ин ҷо намояндагони миллату халқиятҳои гуногун зиндагӣ мекунанд. Нигоҳҳои омехта зиёд нестанд.



Дар шимоли чумхурӣ, аҳолии ноҳияҳои Панҷакент, Уротеппа (Истаравшан) таҳқиқ шудаанд. Аз ҷиҳати релеф ва хусусиятҳои географӣ ин ноҳияҳо ба мавзёҳои кӯҳӣ ноҳамвор дохил мешаванд, дар қисми шимоли кишвар воқеъ ҳастанд. Аз лиҳози иқтисодӣ ноҳияҳои кишоварзӣ мебошанд.

Дар Вилояти мухтори кӯхистони Бадахшон шаҳри Хоруғ, ноҳияҳои Шугнон, Мурғобро таҳқиқ кардем. Аҳолии шаҳри Хоруғ ва ноҳияи Шугнон дар водии баландиаш 2000 - 2200 метр аз сатҳи баҳр зиндагӣ мекунад. Дар байни аҳоли никоҳи ҳешутаборӣ маъмул аст. Бисёрфарзандӣ дида мешавад.

Ноҳияи Мурғоб дар баландии 3600-4200 метр баланд аз сатҳи баҳр воқеъ аст. Аҳолии ин мавзёҳо асосан бо чорводорӣ машғуланд. Бемориҳои ревматизм, фишорбаландӣ, камхунӣ, нуқсонҳои дил зиёд ба назар мерасад. Асосан ғизои ғӯштӣ истеъмол намуда, мева ва сабзавот камтар истеъмол мекунад. Дар ин ҷойҳо дар пастиентҳо камбудии оксиген, гематокрити паст, гафсшавии хун, тромбозии шараёнҳои шуш зиёд ба назар мерасад, популятсияи ин ноҳия асосан қирғизҳоянд.

**Натиҷаҳо ва барасии онҳо.** Таҳти муоинаи мо 1.202268 нафар қарор дошта, аз онҳо 386 нафар беморони паркинсонизм этиологияшон гуногун ва аз ин миқдор 232 нафар бо ташҳиси паркинсонизми рағӣ (ПР), дар 68 нафар паркинсонизми постэнсефалитикӣ (ППЭ), дар 45-нафар бемории Паркинсон (БП), дар 41-нафар паркинсонизми посттравматикӣ (ППТ), ташҳис гузошта шуда буд. Дида мешавад, ки беморони дорои паркинсонизми рағӣ 60,1%-и миқдори умумӣ беморони паркинсонизмро ташкил мекунад. Паркинсонизми постэнсефалитикӣ - 17,6%, бемории Паркинсон - 11,7%, паркинсонизми посттравматикӣ - 10,6%-ро ташкил медиҳанд. Аз миқдори умумӣ беморони таҳқиқшуда 254 мард ва 132 зан буданд, ки мутаносибан 67,4% ва 32,6%-ро ташкил карданд. Ин қонунмандиро бо васеътар паҳншудани бемориҳои дилу рағҳо дар байни мардҳо шарҳ додан мумкин аст.

Таҳлили минбаъдари мо аз ҳисоби нишондиҳанда ба 10 000 аҳоли иҷро кардем.

Тибқи натиҷаҳои таҳқиқотӣ экспедитсионӣ, ки мо анҷом додем,  $2,44 \pm 0,14$  ба 10 000 нафар аҳолиро ташкил дод, ки ба маълумоти муаллифони дигар наздик аст.

Ба таври статсионарӣ 109 бемори паркинсонизм ва тариқи амбулаторӣ 277 бемор муоина карда шуд. Дар байни аҳолии таҳҷой 228 бемор (58%), дар байни аҳолии ғайритаҳҷой бошад, 158 нафар (41%) бемор ошкор карда шуд. Дар байни беморони таҳқиқшуда коргарон 254 нафар (65,8%), хизматчиён - 64 (16,6%), колхозчиён - 68 (17,6%), нафақахӯрон - 136 (35,2%), маъюбон - 86 (22,3%) буданд. Бештар нафароне бемор мешуданд, ки ба кори ҷисмонӣ машғул буданд. Давомнокии беморӣ: аз 1 то 5 сол 220 бемор, аз 6 то 10 сол - 115 бемор, аз 11 то 15 сол 22 бемор, аз 16 то 20 сол - 15 бемор, аз 21 сол боло - 14 бемор. Тавре, ки дида шуд, миқдори беморони давомнокии бемориашон аз 1 то 10 сол бештар аст, онҳо 335 нафарро ташкил медиҳанд.

Ҳамаи беморон аз ҷиҳати омилҳои этиологи ба таври зерин гуруҳбандӣ карда шуданд: тавре, ки дида мешавад, дар байни сабабҳои эҳтимолии этиологӣ генези рағии паркинсонизм бартарӣ дорад (60,1%). Беморон аз ҷиҳати сину сол ва чинс чунин гуруҳбандӣ шудаанд. Дар байни беморон мардҳо 2 маротиба зиёданд, ки инро маълумоти адабиёти илмӣ дар хусуси бартарӣ доштани беморшавии мардон тасдиқ мекунад. Мо асосан беморони 51 то 70 - соларо ва болотар аз онро таҳқиқ кардем, ки 232 нафар беморро (83,7%) - ро ташкил карданд.

Маълумотҳо оид ба паҳншавии ҳамаи шаклҳои паркинсонизм дар манотиқи гуногуни чумхурӣ оварда шудааст.

Таъкид кардан ба маврид аст, ки дар ноҳияи Чалолитдини Балхӣ паҳншавии паркинсонизм  $2,24 \pm 0,48$  ба 10 000 нафар аҳолиро ташкил дод (аз онҳо паҳншавии паркинсонизми рағӣ -  $0,41 \pm 0,20$ ; бемории Паркинсон -  $0,20 \pm 0,14$ ; паркинсонизм посттравматикӣ -  $0,20 \pm 0,14$  буд.

Дар ноҳияи Хурӯсон паҳншавии паркинсонизм  $78 \pm 0,49$  паркинсонизми рағӣ (ПР) -  $0,89 \pm 0,34$ ; паркинсонизми постэнсефалитикӣ (ППЭ) -  $0,51 \pm 0,25$ ; бемории Паркинсон



(БП)-0,38±0,22) ба 10 000 нафар аҳолиро ташкил дод. Дар шаҳри Бохтар (Қўрғонтеппа) ин нишондиҳанда каме баландтар буд-3,17±0,77(ПР-2,05±0,62; ПЭП-0,56±0,32; БП-0,37±0,26; ПШ-0,19±0,19) буд.

Ҳамагӣ дар ҷануби Тоҷикистон нишондиҳандаи паҳншавии ба 2,30±0,32 ба 10 000 аҳоли (СП-1,39±0,25; ПЭП- 0,48±0,14; БП-0,30±0,11; паркинсонизми посттравматикӣ (ППТ)-0,13±0,08)

Дар байни аҳоли ноҳияи Панҷакент паҳншавии паркинсонизм 1,86±0,37 ба 10 000 нафар аҳоли буд, аз ҷумла ПР-0,82±0,25; ПЭП-0,52±0,20; бемории Паркинсон-0,37±0,17; (ППТ)-0,15±0,11 буд.

Дар ноҳияи Истаравшан паҳншавии паркинсонизм 2,22±0,38 ба 10 000 нафар аҳоли буд, аз он ҷумла (ПР-1,40±0,30; ПЭП-0,44±0,17; ППТ- 0,25±0,13; БП-0,13±0,09) буд. Дар шимоли Тоҷикистон паҳншавии паркинсонизм 2,06±0,27 ба 10 000 нафар аҳоли буд, аз ҷумла (ПР-1,13±0,20; ПЭП-0,48±0,13; БП-0,24±0,09; ППТ-0,21±0,08).

Дар ноҳияи Шугнон ва шаҳри Хоруғ каме зиёд шудани миқдори беморон дида мешавад-2,93±0,65 ба 10 000 нафар аҳоли, аз ҷумла (ПР- 1,02±0,39; БП-1,17±0,41; ПЭП-0,59±0,29; ППТ-0,15±0,15) буд.

Дар ноҳияи Мурғоб ин нишондиҳанда тақрибан 3 маротиба зиёд мешавад-7,17±2,53 ба 10 000 нафар аҳоли ( СП-3,28±1,79; ПЭП-2,69±1,55; ППТ-0,90±0,90).

Ҳамагӣ дар ВМКБ нишондиҳандаи паҳншавии паркинсонизм 3,52±0,67 ба 10 000 нафар аҳоли баробар аст. (ПР-1,38±0,42; БП-1,01±0,36; ПЭП-0,88±0,33; ППТ-0,25±0,18).

Таҳлили паҳншавии шаклҳои асосии паркинсонизм тибқи маълумоти мо нишон медиҳанд, ки бештар аз ҳама ПР-1,55±0,11 ба 10 000 нафар аҳоли дучор мешавад. Баъди он ПЭП - 0,23±0,04 ба 10 000 нафар аҳоли меистад. Нишондиҳандаи аз ҳама паст-ро БП-0,26±0,05 ва ППТ-0,23±0,04 ба 10 000 нафар аҳоли доранд. Мо ноустувории нишондиҳандаҳои паҳншавии бемориро дар ноҳияҳои асосии Тоҷикистон муайян кардем. Нишондиҳандаҳои нисбатан баландтар дар ноҳияҳои баландкӯҳ дида шуд, онҳо дар ҳама шаклҳои паркинсонизм 3,52±0,67 ба 10 000

нафар аҳоли буданд, ки тақрибан 1,5 маротиба аз нишондиҳандаҳои умумии паҳншавии беморӣ дар ҷумҳури зиёда буд. Дар маҷмӯъ дар Тоҷикистон ин нишондиҳанда ба 2,44±0,32 и 2,06±0,27 аст. Дар шаҳри Душанбе паҳншавии паркинсонизм аз нишондиҳандаи умумии ҷумҳури чандон фарқ надошт ва 2,53±0,21 ба 10 000 нафар аҳоли буд.

**Хулоса.** Маълумотҳои ба даст овардашуда аз аксари бештари ноҳияҳои ишорашудаи Тоҷикистон аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки дар муассисаҳои табобату профилактики қисми бештари беморон ба қайд гирифта нашудаанд, пас онҳо табобати саривақтӣ ва босифат намегиранд.

Маълумотҳои ба даст овардашудаи муоинаҳои тиббӣ ба он ишора мекунанд, ки нишондиҳандаи беморшавӣ дар гурӯҳҳои синусолии гуногун фарқ мекунанд, тамоюли бо гузашти синну сол зиёд шудани беморӣ низ зоҳир мегардад. Чунончӣ, оид ба гурӯҳҳои синусоли чунин маълумот мавҷуд аст: дар 11-20 сол -0,52%, дар 21-30-2,58%, дар 31-40-4,40%, дар 41-50-8,81%, дар 51-60-25,65%, дар 61-70 - 31,87%, аз 70 сола боло - 26,17% буд.

Вобаста шаклҳои клиникии алоҳида дар ҷойи аввал паркинсонизми рағи-меистад, ки паҳншавии он дар ҳудуди аз 0,82±0,25 (райони Панҷакент) ва то 3,58±1,79(н. Мурғоб) ба 10 000 нафар аҳоли қарор дорад. Бемории паркинсонизм (0,26±0,05) ва ППТ(0,23±0,04) ба 10 000 нафар аҳоли камтар дучор мешаванд.

Таносуби шаклҳои гуногуни паркинсонизм дар ҳамаи минтақаҳои ҷумҳури оварда шудааст. Чунин сохтори беморӣ дар минтақаҳои ҷудоғона низ боқӣ мондааст. Дар ҷойи аввал ПР меистад. Танҳо дар н. Шугнон ва ш. Хоруғ БП каме бештар ба назар расид (1,02±0,39 ба 10 000 нафар аҳоли).

Ҳангоми шаҳр додани фарқияти паҳншавӣ ва сохтори беморӣ як қатор сабабҳои имконпазирро қайд кардан лозим аст. Пеш аз ҳама тибқи, маълумоти мо, ин дар байни аҳолии баландкӯҳ ба изолятсияи географӣ ва урфу одатҳои маҳаллӣ вобастагӣ дорад.

Таҳлили маълумотҳои ба даст овардашуда нишон медиҳанд, ки беморони паркин-



сонизм дар байни популясияи кӯхистон, махсусан дар байни аҳолие, ки дар шароити экстремалии мӯҳити берунӣ (баландкӯх) зиндагӣ мекунад, рӯ ба афзоиш дорад ва инро омилҳои алиментарӣ (якранг будани гизо ва пиршавии барвақт) ташкил медиҳанд, дар ин маврид вайрон шудани мубодилаи липидҳо имконпазир аст. Инро он омил ҳам тасдиқ мекунад, ки сабаби синдроми Паркинсон дар ноҳияи Мурғоб, патологияҳои рағҳо буд.

Маълумотҳо дар бораи беморшавии шаклҳои гуногуни паркинсонизм дар минтақаҳои ҷумҳури оварда шудааст. Дар байни аҳолии ноҳияҳои омӯхташуда нишондиҳандаи баландтар беморшавии паркинсонизм дар ноҳияи Мурғоб ( $5,38 \pm 2,19$  ба 10 000 нафар аҳоли), дар ноҳияи Ҷ.Румӣ ( $0,71 \pm 0,27$ ) ба 10 000 нафар аҳоли ба назар расид. Дар ноҳияҳои ҷудогона беморшавӣ аз  $0,92 \pm 0,12$  то  $1,46 \pm 0,46$  ба 10 000 нафар аҳоли буд.

Дар хусуси беморшавии шаклҳои алоҳидаи беморӣ гуфтан лозим аст, ки нишондиҳандаи он дар ҳудуди аз  $0,60 \pm 0,21$  (н.Панҷакент) то  $2,69 \pm 1,55$  (н.Мурғоб) ба 10 000 нафар аҳоли қарор дорад. Мо тағйирпазирии нишондиҳандаҳои бемориро дар ноҳияҳои асосии Тоҷикистон муайян кардем. Нишондиҳандаҳои нисбатан баланд дар ноҳияи Мурғоб ( $5,38 \pm 2,19$ ) дида шуд. Умуман дар Тоҷикистон нишондиҳандаи беморшавӣ ба 10 000 нафар аҳоли ба  $1,07 \pm 0,09$ , дар ноҳияҳои ҷанубӣ ва шимолӣ ин нишондиҳанда дар ҳудуди аз  $0,95 \pm 0,20$  то  $1,23 \pm 0,21$  мешавад.

Дар ш.Душанбе беморшавии паркинсонизм  $0,92 \pm 0,12$  буд. Маълумотҳои аз муоинаҳои тиббӣ ба даст овардашуда нишон медиҳанд, ки нишондиҳандаҳои беморшавӣ дар минтақаҳои гуногуни кишварамон хело фарқ мекунад.

## АДАБИЁТ

1. Гусев Е.И, Коновалов А.Н.и др.Неврология. Национальное руководство.- М:ГЭОТАР-Медиа,2009-2116.
2. Артемьев Д.В., Голубев В.Л., Яхно Н.Н Болезнь Паркинсона //Нервные болезни / Под редакцией Н.Н.Яхно, Д.Р.Штульмана- М:Медицина ,2003.
3. Машковский М.Д.Противопаркинсонические дофаминергические перепараты //Лекарственные средства -14-е изд.перераб.,исп.идоп.-М:ООО,Издательство Новая Волна,2002.Т-1.С-140-144-540с.
4. Neurologic disorders // veterans and Agent Orange:Update 2008/ИОМ(Institute of Medicine)-Washington D.C .The national Academies press, 2009.-Р.510-45.
5. Факторы риска , цереброваскулярная и кардиальная патология, выявляемые при скрининге открытой популяции/М.А.Кравченко.и(др) Нигоҳдории тандрустии Тоҷикистон - 2015-№1.с14-21.
6. Мешкова К.С.Факторы риска и профилактика инсульта /К.С.Мешкова,В.В.Гудкова,Л.В.Стаховская//Земский Врач-2013-№2,Т.19.-с16-19.
7. Котова Е.Ю.Клинико-эпидемиологическая характеристика,ведущие фактор риска ,характер течения инсульта вг.Ульяновске ( по данным Регистра инсульта) Автореф.дис.канд.мед наук .М.,2009.
8. Улимбашева Э.С Клинико - эпидемиологические исследование повторных инсультов при артериальной гипертензии (регистр.инсульта в городе Нальчике ). Автореф дис.канд.мед.наук.М.2007.



## УСУЛҶОИ НАВИ ТАБОБАТИ БЕМОРИҶОИ ШАДИДИ РОҶҶОИ НАФАСИ КЌДАКОНИ ТАРБИЯТГИРАНДАГОНИ ХОНАИ КУДАКОН.

Р.П.Пачаева<sup>1</sup>, М.П.Носирова<sup>2</sup>, Н.Ш.Абдуллаева<sup>1</sup>

МД Маркази ҷумхуриявии илмӣ-клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кўдакон,  
кафедраи тибби оилавии №2 ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

**Хулоса.** Дар натиҷаи истифодаи аэрозол-терапия (небулайзер) ҳангоми табобати сироятҳои шадиди респираторӣ дар 69 нафар кўдакони синни томактабии хонаи бачагон бартарафшавии зудии давраи шадиди беморӣ, ба хусус тарашшӯхоти аз бинӣ (ринорея), сулфа, инчунин камшавии микдори маводҳои доругии истифодашаванда мушо-

ҳида гардид. Ин ба васеъ тавсия намудани небулайзер ҳангоми табобати сироятҳои шадиди роҳҳои нафас ва оризаҳои он дар кўдакони дар муассисаҳои махсус тарбият-гиранда шаҳодат медиҳад.

**Калимаҳои калидӣ:** хонаи кўдакон, сироятҳои шадиди респираторӣ, аэрозол-терапия, небулайзер.

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКИХ ДОМАХ

М.П.Носирова<sup>1</sup>, Р.П.Пачаева<sup>2</sup>, Н.Ш.Абдуллаева<sup>2</sup>

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино<sup>1</sup>, ГУ Республиканский  
Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии Республики Таджикистан<sup>2</sup>

*Носирова М.П.* - доцент кафедры семейной медицины №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, к.м.н., E-mail: matlyuba61@mail.ru Тел. 907977202

*Пачаева Р.П.* - руководитель отдела функциональной диагностики и лабораторного мониторинга ГУРНКЦП и ДХ РТ. E-mail: rachaeva72@mail.ru Тел. 918 61 47 13

*Абдуллаева Н.Ш.* - руководитель отдела детей раннего возраста, к.м.н., доцент ГУ РНКЦП и ДХ РТ.

**Резюме:** В результате использования аэрозоль-терапии (небулайзера) в лечении острых респираторных инфекций у 69 детей, детского дома дошкольного образования, отмечалось сокращение длительности острого периода, снижение выраженности его симптоматики, особенно ринореи, кашля, а также уменьшение количества применяемых лекарственных препаратов. Это даёт

основание рекомендовать использовать лекарственные препараты с помощью небулайзеров, к широкому применению при лечении острых респираторных инфекций и их осложнений, у детей, воспитывающихся в детских домах.

**Ключевые слова:** детский дом, острые респираторные инфекции, аэрозоль-терапия, небулайзер.

## NEW APPROACHES IN THE TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN BREAKING UP IN CHILDREN'S HOUSES

M.P.Nosirova<sup>1</sup>, R.P. Pachaeva<sup>2</sup>, N.Sh.Abdullaeva<sup>2</sup>

Department of Family Medicine № 2 of the Tajik State Medical University named after Abuali  
Ibni Sino<sup>1</sup>, SI Republican Scientific Clinical Center for Pediatrics and Pediatric Surgery of the  
Republic of Tajikistan<sup>2</sup>

**Summary:** As a result of the use of aerosol therapy (nebulizer) in the treatment of acute respiratory infections in 69 children of the orphanage of preschool education, there was a

decrease in the severity of its symptoms, especially rhinorrhea, cough, and a decrease in the number of drugs used. This gives grounds to recommend the use of drugs with the help of nebulizers, for widespread use in the treatment





of acute respiratory infections and their complications in children raised in orphanages.

**Муҳиммият.** Хар сол бо фарорасии давраи тирамоҳу зимистон хуручи бемориҳои сироятҳои респираторӣ дар кӯдакон оғоз меёбад, ки махсусияти он зуд паҳн шуданаш дар макотиб ва дар коллективҳои пӯшида возеҳтар ба назар мерасад. Дар ҳолати чамъшудани миқдори зиёди кӯдакон дар биноҳои (гурӯҳҳо) дар ҳаво аэрозоли дорои микробҳо ба амал меояд, ки онҳо ба осонӣ ба роҳҳои нафаскашӣ роҳ меёбанд. Ҳамин тавр, дар байни кӯдакон дар коллектив мубодилаи доимии микроорганизмҳо ба амал меояд ва муҳити муносиб барои эпидемия ба вучуд меояд. Бештар аз ҳама осеби роҳҳои болоии нафаскашӣ, монанди ринит, тонзиллит, фарингит, ларингит, трахеит, бронхит ва якҷояшавии онҳо дида мешавад.

Проблемаи сироятҳои шадиди респираторӣ (СШР) дар синну соли кӯдакон на танҳо аз ҷиҳати паҳншавиашон, балки вобаста аз зарурати таҷдиди назар ва муносиб кардани тактикаи табобат мубрам ва муҳим боқӣ мемонад. Маълумотҳои ҷамъоваришуда нишон медиҳанд, ки аксари бештари табибони атфол (педиатрҳо), ҳадди ақал барои барқарор кардани системаи масунияти кӯдакон мусоидат намекунанд, барои ҳамин ҳам таҷдиди назар кардани тактикаи табобат бояд дар навбати аввал ба модификатсияи фаъолнокии табобат, аз ҷумла ба паст кардани ҳолатҳои беасос таъйин намудани доруҳои антибактериалӣ ва табшикан равона гардад [3,4].

Паҳншавии барзиёди бемориҳои роҳҳои нафаскашӣ дар синну соли кӯдакон зарурати такмил додани муносибатҳои табобати онҳоро тақозо дорад. Вобаста аз ин, дар амалияи педиатрӣ табобати ингалятсионӣ барои табобати қисми бештари бемориҳои музмин ва такроршавандаи роҳҳои нафаскашӣ, ки онҳоро сулфа ҳамроҳӣ мекунад, қобили қабул ҳаст [1,2].

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши самаранокии истифодаи небулайзер дар табобати СШР-м кӯдакон, ки дар хонаи кӯдакон тарбия мегиранд.

**Key words:** orphanage, acute respiratory infections, aerosol therapy, nebulizer.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар базаҳои кӯдакони таҳсилоти томактабии №1-и шаҳри Душанбе доир ба истифода кардани ингалятори аэрозоли (небулайзер) барои табобати сироятҳои шадиди респираторӣ кор бурда шуд. Дар ин бинои пӯшида 120 кӯдаки давраи пешазмактабӣ ва синни томактабӣ (аз 4 то 7-сола) тарбия мегиранд. Дар давраи сипаришуда ба сироятҳои шадиди респираторӣ 97 (80,8%) кӯдакони хонаи кӯдакон гирифта шуданд, ки дар онҳо дар давраи тирамоҳу зимистони 2017-2018 дар ҳудуди 207 ҳодисаи бемории роҳҳои нафаскашӣ ба қайд гирифта шудааст.

Барои муайян кардани самаранокии истифодаи аэрозоли терапия кӯдакони муоинашавандаро ба ду гурӯҳ тақсим кардем. Гурӯҳи асосӣ аз 69 кӯдак иборат буд, ки ба онҳо дар баробари табобати стандартӣ (зидди-вирусӣ, табшикан, витаминотерапия, табобати антибактериалӣ ҳангоми шаклҳои оризадор) ба табобат аэрозоли терапия илова карда шуд ва дар гурӯҳи назоратӣ 28 нафар кӯдак танҳо табобати стандартӣ гирифтанд.

Яке аз муносибатҳои нави муосир дар табобати сирояти роҳҳои нафаскашӣ кӯдакон истифодаи небулайзер ба ҳисоб меравад, ки дар он пошидани дору дар шакли аэрозоли намнок сурат мегирад. Дар маҳлули небулизирӣ заррачаҳои 2-5 мкм пайдо мешаванд, ки барои ба роҳҳои нафас дохил шудан оптималӣ мебошанд.

Истифода кардани небулайзер дар кӯдаконе дида мешавад (новобаста аз синну сол), ки ҳангоми бемор шудан усулҳои муносиби ингалятсиониро иҷро карда наметавонанд ва ин истифодаи ингаляторҳои дозадори аэрозолиро душвор месозад. Ғайр аз ин бартарии табобати небулайзер имконияти расонида тавонистани дозаи баланди дору ва ба даст овардани самаранокӣ дар фосилаи кӯтоҳи вақт, инчунин техникаи содаи гузаронидани ингалятсия ба ҳисоб мераванд. Бо ёрии небулайзер спектри васеи воситаҳои доругӣ (ҳамаи маҳлулҳои стандартӣ барои ингалятсия) ва комбинатсияи



онҳо (ҳамзамон истифода намудани ду ё зиёда доруҳо) имконпазир аст.

Исбот карда шудааст, ки доруи ба тарзи ингалятсия ворид кардашуда дар организм захира мешавад ва муддати тӯлонӣ дар гардиши хурди хун ва гардиши лимфавӣ муддати тӯлонӣ циркулятсия мешавад. Ҷаббиши дору ба воситаи пардаи луобии роҳҳои нафаскашӣ назар ба истифодаи шаклҳои курсӣ 20 маротиба бештар аст. Таъсири табобати доруҳо дар шакли аэрозол ҳангоми дозаи пасти дору аз ҳисоби майдони умумии таъсиррасонӣ ба даст оварда мешавад. Пас фаъолнокии ҷисмонии баланд ва таъсири бевоситаи он ба лонаи беморӣ ба даст оварда мешавад.

Дар ин таҳқиқот барои табобати ингалясионии сироятҳои респираторӣ дар кӯдакони хонаи кӯдакони таҳсилоти томактабии №1 ингалятори компрессории (небулайзер барои кӯдакон) LD-212C Little Doctor, доруҳо истифода шуданд: мукорегуляторҳо (амброксол ва лазолван), маҳлули физиологияи 0,9%, обҳои маъдани камшиқори "Ҳавотог", ҳамчунин доруҳои антибактериалӣ - фурациллин дар шакли маҳлули 1:5000 (ҳангоми ринит истифодашаванда). Давомнокии як ингалятсия - 5-10 дақ.; курси табобат бо ингалятсияи аэрозоли аз 6-8 то 15 протседура, вобаста аз вазнинии ҳолати бемор.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Таҳлили беморшавии сироятҳои шадиди роҳҳои нафасро таҳлил карда, таъкид кардан ба маврид аст, ки дар ҳамон як кӯдак осебҳои омехтаи роҳҳои болоӣ ва поёнии нафаскашӣ чой дошт (73%), ҳамчунин кӯдаконе низ буданд, ки дар давраи тирамоҳу зимистон аз 2 то 4 маротиба бемор шуданд (68%). Дар сохтори беморшавӣ вазни ҳолиси бештарро ринитҳои шадид- 81 ҳолат (39%), фарингит ва ринофарингити шадид - 76 ҳолат (36,7%), тонзилофарингит 57 ҳолат (27,5%), тонзиллити шадид (23%), бронхитҳои шадид ва музмин 13 ҳолат (6,2%), аз онҳо синдроми бронхообструктивӣ дар 3 кӯдак ба мушоҳида расид. Дар байни кӯдакони беморшуда дар 5 ҳолат (2,4%), дар 2 ҳолат (1%) - пневмония (бо тасдиқи рентгенологӣ) ба қайд гирифта шуд.

Манзари клиники сироятҳои шадиди нафаскашӣ вобаста аз вазнинии беморӣ ва сатҳи осеби роҳи респираторӣ аз симптоми умумии интоксикатсия дар шакли то 38°-39°С баланд шудани ҳарорат, дилбеҳузуршавӣ, қайқунӣ, бад шудани иштиҳо, афсурдагӣ иборат мешавад. Особ дидани роҳи нафаскашӣ бо маҳкам шудани бинӣ, дарди гулӯ, сулфаҳои гуногун душворшавии нафаскашӣ ҳамроҳ ҷараён мегирад. Давомнокии беморӣ дар ҳудуди аз 7 то 14 рӯз ва хеле кам то 21 рӯз (11 кӯдак- 5,3%) фарқ мекард.

Баҳо додан ба самаранокии табобати бемориҳои шадиди сироятӣ дар кӯдаконе, ки аз доруҳои аэрозоли бо ёрии небулайзер истифода кардаанд, дар асоси натиҷаҳои муоинаи ҳолати пардаи луобии роҳҳои болоии нафаскашӣ, муайян кардани маълумотиҳои аускултатсия, вазъияти умумии кӯдак, ҳамчунин самаранокии табобати ба даст овардашуда сурат гирифт.

Сантсияи (шӯстани) роҳҳои болоии нафаскашӣ, кам шудани варами пардаи луобӣ, кам шудани фаъолнокии протсесси илтиҳобӣ ҳангоми истифода намудани аэрозол-терапия дар табобати комплекси осебҳои шадиди роҳи нафаскашӣ дар кӯдакони гурӯҳи асосӣ ба кам шудани давомнокии беморӣ оварда расонид: ринити шадид дар 78% -и ҳолатҳо то 4-5 рӯз кам шуд. Самаранокии табобат дар марҳалаи ифрозоти муҳоти аз бинӣ хоричшуда ба даст оварда шуд. Дар ҳоле, ки дар кӯдакони гурӯҳи назоратӣ ринорея бо ифрозоти фасоднок то 8-11 рӯз давом кард.

Давраи сулфакунӣ ҳангоми фарингит ва бронхит аз ҳисоби функцияи дренажи бронхҳо, обшавӣ ва зуд хорич шудани балғам, беҳтаршавии самаранокии сулфидан то 7 рӯз дар 81% -и кӯдакон кам шуд, ҳол он ки дар гурӯҳи назоратӣ вай давом дошт. Синдроми обструктивӣ дар натиҷаи он ки небулайзер усули ягонаи ба роҳҳои поёнии нафаскашӣ, алвеолаҳо расонидни доруҳо мебошад, дар як ду рӯз дар ҳамаи кӯдакон (100%) нест шуд. Истифодаи табобати небулайзерӣ дар марҳалаи ибтидоии беморӣ зарурати истифода кардани антибиотикҳо



ро (дар 37% ҳолат) ва ҳамзамон таъсироти манфии онҳоро низ аз байн бурд.

Дар чараёни таҳқиқот табибон бо мақсади ислоҳ кардани табобат кӯдаконро 3 маротиба муоина карданд. Таъсироти иловагии манфӣ ҳангоми истифода намудани доруҳо ба воситаи небулайзер дар кӯдакон ошқор карда нашуд.

Табобати небулайзерӣ дар кӯдакони гурӯҳи асосӣ садди роҳи гузаштани илтиҳоби пардаи луобӣ аз роҳҳои болоии нафаскашӣ ба роҳҳои миёна ва баъдан поёнии нафаскашӣ мегардад. Миқдори бронхит дар кӯдакони гурӯҳи асосӣ назар ба гурӯҳҳои назоратӣ (мутаносибан 18% ва 41%  $p < 0,005$ ) камтар ба қайд гирифта шуд.

Ҳамин тавр, доруҳо ҳангоми аэрозолтерапия бо ёрии ингалятор-небулайзер на танҳо таъсири мавзӣ, балки таъсири умумӣ низ дорад, ки аз ҳисоби таъсири ҳамзамони химиявӣ, механикӣ ва гармӣ мерсонад. Таъсири умумии доруҳо ҳам ҳангоми чаббидан (таъсири резорбтивӣ) ва ҳам аз ҳисоби ан-

гезиши минтақаҳои рефлексогении пардаи луобии роҳҳои нафаскашӣ зоҳир мегардад.

**Хулоса.** Паҳншавии васеи сироятҳои шадиди нафаскашӣ дар кӯдакон мубрам будани ҷустуҷӯи табобати нисбатан самараноктар ва иқтисодитарро муайян мекунад. Истифодаи баъзе доруҳо, ки ба зvenoҳои гуногуни патогенези протсессии патологӣ таъсир мерасонанд ва комплекси табобатро ташкил медиҳанд, бо ёрии небулайзер имконият медиҳад, ки давомнокии давраи шадиди беморӣ, возеҳии симптоматикаи он, махсусан ринорея, сулфа, ҳамчунин харчу сарфи доруҳои истъеъмолшаванда кам карда шавад, яъне имконияти ба таври назаррас сарфа кардани онҳоро амалӣ месозад. Ҳамин тавр, истифода кардани доруҳо бо ёрии небулайзер барои ба таври васеъ истифода намудан ҳангоми табобати сироятҳои шадиди нафаскашӣ ва оризҳои онҳо дар кӯдакони дар хонҳои кӯдакон тарбиятгиранда тавсия карда мешаванд.

## АДАБИЁТ

1. Геппе Н.А. Ингаляционная небулайзерная терапия заболеваний респираторной системы у детей/ Н.А.Геппе// Практическое руководство для врачей. 2008г. 82с.
2. Максимова С.М. с соавт. Небулайзерная терапия в детской пульмонологии [Электронный ресурс]/С.М. Максимова// Журнал "Здоровье ребёнка". 5(26). 2010. Режим доступа: <http://www.rmj.ru>, дата обращения: 06.04.2019.
3. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей. / Под ред. Л.С. Балевой, Н.А. Коровиной. - М.: Агентство медицинского маркетинга. 2006. - 53 с.
4. Таточенко В.К. Лечение острых респираторных заболеваний у детей. [Электронный ресурс]/ В.К.Таточенко// Режим доступа: <http://www.Lvrach.ru/2005/07/4532778/>, дата обращения: 13.04.2019.

## ҒОАМ: ЯК ЗИДДИУФУНИКУНАНДАИ ЧАДИД ВА РАҒЪКУНАНДАИ ОЛУДАГИҲОИ МИКУРУБӢ, ШИМИӢ ВА ҲАСТАӢ

Салмо Ҳакимӣ

*Салмо Ҳакимӣ* - устоди факултаи тиббии Донишгоҳи Балх, Афғонистон, [kazim.haidari@yahoo.com](mailto:kazim.haidari@yahoo.com), тел.: + 93 (0) 700 540 708.

**Хулоса.** Пас аз кашфи микробҳо, маводи зиддиуфунӣ ва рағъқунандаи олудагӣ ворида арсаҳои мухталифи пизишкӣ гардид ва бо гузашти замон ниёз ба истифода аз ин мавод бештар шуд. Ба тавре ки пизишкон ва шимидонҳо ва дастандаркорони умури бех-

доштӣ дар садад (қасд кардан, аз пайи коре шудан) бар омаданд, зиддиуфункуандае бисозанд, ки боё доштани хосияти самити интиҳобӣ (selective toxicity) кодир бошад, илова бар асари микробкашӣ, испуркаш низ бошад. Ҳамчунин, битавон аз он ҳам ба унво-



ни зиддиуфуникунанда ва ҳам антисептик истифода намуд. Бо он ки то кунун маводи шимиёии мухталиф сохта шуда ва ба манзури кантрули олудагиҳои сатҳӣ ба кор рафтаанд. Бо ин ҳол вақоеи солҳои ахир зарурати сохти таркиботи ҷадиди зиддиуфуникунанда ва рафъи олудагиҳои шимиёӣ, микробӣ ва радиоактивиро иҷоб кардааст, бо тавачҷуҳ бо ин мавзӯъ ҳадафи ин мақола мурури баррасӣ ва навҳи сохт ва корбурди маводи зиддиуфуникунандаи ҷадид мебошад.

Маъруфтарин, ҷадидтарин ва муассиртарин таркиби зиддиуфуникунандаи ҷадид foam номгузори шудааст. Ин таркиб ағлаб ташкил шудааст аз як моддаи тавлидкунандаи каф мисли пероксида хидружен ва як моддаи поккунанда монанди detergent, ки дар ҳолати барҳам задан таҳти шароити бозӣ (game) сохта шудааст.

Натоиҷи баррасиҳо нишон додаст, foam як моддаи микробкаш ва низ як сипуркаш (споракаш) қобилияти корбурд ба унвони рафъи олудагӣ дар сутуҳи бечон (сутуҳи ашъ) ва чондоронро дорад. Ин таркиб аз қудрати зиддиуфуникунандаи бисёр болое бархӯрдор буда, дар арзи чанд дақиқа испураҳои босилиус антрасис (*Bacillus anthracis*) -ро нобуд мекунад. Ҳамчунин қодир аст авомили шимиёӣ, аз чумла Сарин, Сумон, тобин ва хардалро хунсо намояд. Ҳамчунин бо эҷоди тағйирот дар таркиби шимиёии он метавон аз ба унвони рафъи олудагиҳои радиюактивӣ истифода кард. Илова бар ин пойдоҳии ин таркибдар ҳадди матлуб гузориш шудааст.

**Вожаҳои калидӣ:** зиддиуфуникунанда, foam, рафъи олудагӣ, сипуркаш.

## ФОАМ: НОВЫЙ АНТИСЕПТИК И СРЕДСТВО ОТ МИКРОБНЫХ, ХИМИЧЕСКИХ И РАДИОАКТИВНЫХ ЗАГРЯЗНЕНИЙ

Салмо Хақими

*Салмо Хақими - преподаватель медицинского факультета Балхского университета, Афганистан, kazim.haidari@yahoo.com, тел.: + 93 (0) 700 540 708.*

Введение. После того, как были открыты микробы, антисептические и дезинфицирующие вещества вошли в различные области врачебной практики. Со временем потребность в таких средствах возросла. В результате врачи, химики и гигиенисты пришли к мысли изготовить такой антисептик, который бы обладал способностью к избирательному поражению, и дополнительно к способности уничтожать микробов мог бы уничтожать и бактерии.

К настоящему времени было создано и использовано для контроля поверхностных загрязнений множество химических средств, однако вследствие событий последних лет возникла необходимость создания нового антисептического состава со способностью к очищению химических, микробных и радиоактивных загрязнений. Принимая во внимание вышеизложенное, настоящая статья ставит перед собой цель рассмотреть способы изготовления и исполь-

зования нового антисептического средства.

Самое известное, новейшее и эффективнейшее антисептическое средство называется foam. Это средство большей частью состоит из пероксида водорода, который используется при производстве пены и моющих средств.

Результаты исследований показали, что foam является смертельным для микробов и бактерий и может использоваться в качестве дезинфицирующего средства как на неодушевленных предметах, так и на живых организмах. Данное средство обладает очень высокой антисептической мощностью и способно в течение нескольких минут уничтожить бактерии Бацилла антракса (*Bacillus anthracis*). Оно также может нейтрализовать химические факторы, в том числе зарин, зоман, табун и горчичный газ. Вместе с тем, при внесении изменений в химический состав средства, его можно использовать в качестве очистителя радиоактивных загряз-



нений. Заявленная устойчивость данного состава соответствует требованиям.

**Ключевые слова:** антисептик, foam, дезинфекция, уничтожитель бактерий.

## FOAM: A NEW DISINFECTANT AND ELIMINATES MICROBIAL, CHEMICAL AND NUCLEAR CONTAMINATION

*Assistant Professor Salma Hakimi Teacher at Balkh University Afghanistan Address: Fourth District Mazar\_e\_Sharif, Balkh, Afghanistan, Email: kazim.haidari@yahoo.com, Phone: +93 (0) 700 540 708*

### Summary

After the discovery of germs, disinfectants and contaminants entered various medical fields, and overtime, the need to use them became greater. As doctors, chemist, and health professional attempt to develop a disinfectant that is capable of selective toxicity, in addition to being a spore killer. It can also be used as a disinfectant and anti-septic. Although various chemical have been manufactured and used to control surface contamination so far. However, recent events have necessitated the development of new disinfectants and the elimination of chemical, microbial and radioactive contamination. The purpose of this article is to review the construction and application of new disinfectants.

The most famous, newest and most effective combination of new foam is called. This compound is often composed of a foam generator such as hydrogen peroxide and

detergent such as a detergent that is made in a state of disruption under game conditions.

The result of the studies have shown that the foam is a germicidal material as well as a spore spray that can be used as a contaminant on the surface of living objects. This compound has a very high disinfectant power and destroys the spores of bacillus anthracis within minutes. It's also capable of neutralizing chemical agents such as sarin, soman, taban and mustard. It can also be used as a radioactive contaminant by modifying its chemical composition. In addition, the stability of this compound has been reported to be desirable.

However, foam is one of the compounds that can be used in triplicate. Therefore, this paper, while reviewing the foam properties, provides the necessary solution for its preparation and application.

**Keyword:** disinfectant, foam, disinfection and sparking.

**Муқаддима.** Баъд аз кашфи бактерияҳо зарурати дастёбӣ ба маводи зиддиуфуникунанда ва истифода аз онҳо ба манзури пешгирӣ ва кантрули уфунатҳо шурӯъ гардид. Чузеф Листер аз пешгомони истифода аз фенол (карбулик оксид) буд. Сипас ин модда ба унвони як зиддиуфуникунанда муаррифӣ гардид. Ин пизишки чарроҳ аввалин фарде буд, ки дар соли 1867 бо афшондари фенол дар фазо ва низ шустушӯӣ дастҳо ва васоили чарроҳӣ тавонист аз уфунатҳо баъд аз амали чарроҳӣ ҷилавгирӣ намояд (1). Пас аз он маводи шимиёии мухталиф ба унвони зиддиуфуникунанда бо антисептик муаррифӣ шуданд, ки аз он чумла метавон: ба муштақоти фенолҳо, алкулҳо, алденидҳо, ҳолужанҳо (хипохлоритҳо ва хлоро-

минҳо), detergent (таркиботи зарфиятии аммонийум), тваркиби филизоти сангин ва истирилкунандаҳои гозишакл (оксиди этилин, прополоктон) ишора намудааст. Дар ҳоли ҳозир ҳар як аз ин мавод ё таркибе аз онҳо ба унвони моддаи зиддиуфуникунанда ё антисептик бо сари бактериякашӣ ё ҳатто споракашӣ ба таври густурда ба қор мераванд (2). Имрӯз илова бар вучуди олудагиҳои микробӣ, олудагиҳои шимиёии ношӣ аз қорбари силоҳҳои шимиёӣ низ нигарониҳои зиёдеро эҷод кардааст (3). Масалан, ба бамборонҳои густурдаи силоҳҳои шимиёӣ, ки режими саффоки (хунрез) маъдум (несткардашуда) Саддом дар Ироқ алайҳи нерӯҳои Эронӣ ишора намуд (4,5). Бархе аз маводи зиддиуфуникунанда аз чум-





лаи хипохлоритҳо ва пероксиди гидроген (biosiоде), яъне дорои қобилияти бактериёкашӣ қорчкашӣ, вирускашӣ ва низ споракашӣ асароти хунсоқунандагии бархе гозҳои шимӣ аз қабилҳои гози хардал ва гозҳои асабиро низ доранд, ба ин манзур ба қор рафтаанд (5). Бинобар ин маводи шимӣ мухталиф дар шароити озмоишгоҳ мумкин аст, асароти зиддиуфункуандагӣ нишон бидиҳанд ва барои рафӣ олудагӣҳои муҳит муносиб бошанд (6). Бо ин ҳол, адами бақои пойдории ин таркибот дар муҳити қорбурд онҳоро маҳдуд қардаст (7). Афзун бар инҳо дар солҳои қорбурди силҳои ураниумӣ (уранӣ) боиси эҷоди олудагӣҳои радиоактивӣ дар муҳит шудааст (8) ва нигарониҳоеро дар хусуси асароти зиёнбори маводи радиоактивӣ ба вучуд овардааст. Ба ин тартиб зарурати дастбӣ ба маводи рафӣ олудагӣи ҳастай низ эҷод шудааст, лизо бо таваҷҷуҳ бо густариши олудагӣҳои ҳастай бархе аз кишварҳо иқдом ба таҳия ва тавлиди раавишҳои рафӣ олудагӣи ҳастай намудаанд. асоси ин равишҳо бар истифода аз маводи қоҳишдиҳандаи кашӣ сатҳи ба сурати фом ё маҳлулҳои шимӣ аст. Аз ҷумлаи ин мавод метавон ба Tributyl phosphate ва маводи полимерии дигар ишора шудааст. Ин мавод ба гунае тарроҳӣ мешаванд, ки қодиранд дараҷоти мухталифе аз хавоси обдӯстӣ ё обгурезӣ дошта бошанд, ин мавод бидуни ин к ибӯ маводи мавҷуд дар муҳит таркиб шаванд, қодиранд аносири родиеактивро қазб намуна ва дар худ захира намоянд (9,10). Дар ҳар ҳол ҳосили ин талошҳо мунҷар ба сохту тавлиди таркиби фом шудааст, ки таҳти номҳои мухталифи тиҷоратӣ вориди бозори масраф гардад. Масалан, фомҳои бо номҳои тиҷоратии MF- 200SNL ва CASCAD ба ба гунае тарроҳӣ мешаванд, ки қодирандавомили шимӣ ва биюлуҷикро рафӣ олудагӣ намоянд. Дар ҳар ҳол талошҳои зиёде дар ин хусус анҷом шудааст (8,9) ва фом бо дараҷоти пойдории мутафовит сохта ва арза шудааст. Лизо вожаи фом аз маводи қафмонанди нопойдор гирифта, то фомҳои исфанҷиро дар бар мегирад. Ба унвони мисол, дар соли 2003 (Cabal J, Et al

2003) ва ҳамқорон қороии асари рафӣ олудагӣи таркиботи қотиюний ва ониюний созидаи фом (қаф)-ро дар маводи шимӣ оргонофусфура дар шароити In vivo ва In vitro арзбӣ ва муқоиса қарданд. Онҳо нишон доданд, пероксиди гидроген, ки як моддаи алқилақунанда аст, бештарин қороиро дар хунсо қардани таркиби оргонофусфура дар сатҳи бадан дорад. Маводи қотиюний (қадвали 1) боиси афзоиши фаволият (воқунишгарӣ) пероксиди гидроген ва низ дараҷаи қантрули дараҷаи фом мегардад. Ба илова маводи покқунанда аниюний боиси пойдории фом мешаванд. Бар асоси натоиқи ҳосил аз таҳқиқи ин паҷӯҳишқарон пероксиди гидроген бо таркиб шудан бо покқунандаи аниюний дар рН=11 ба унвони як буфер амал меқунанд. Ҳамқунон таҳқиқоти In vivo ин афрод нишон дод, ки таркиби 3%-и пероксиди гидроген бо маводи созида- 8% chloride althosan MB ва lovasol 2510 2% дар рН=12 қороии зиёде дар қазфи олудагӣи гозҳои soman ва VX аз сатҳи ипӯст дорад. Бинобар ин онҳо муддаӣ ҳастанд, ки аз таркиб метавон барои рафӣ олудагӣи гозҳои асабӣ дар манотиқи қангӣ истифода намуд (13).

Дар ҳоли ҳозир фом ба сурати ғайри саъоатӣ ва ҳам қаноъатӣ ва ҳам ба таври саъоатӣ ва дар мақодирӣ зиёдтавлид ва арза шудааст.

1. Таҳияи фом ба равиши ғайри саъоатӣ. Таҳияи фом ба равиши ғайри саъоатӣ ё дастӣ ба ин тартиб аст, ки дар як лӯлаи устувонай ба абъоди (фосилаи) 7-15 см ва зарботи даст, фом тавлид шудааст. Дар воқеъ дар дохили устувона пастуни мутақаррик ба қутри 3 см, ки дорои 40 сӯроҳи реза аст, барои тавлиди 50мл фом бо ҳаракати зарботии пастун ба муддати 12-15 дақиқа фом тавлид ва дар сафҳаи интиҳой қамъоварӣ мегардад (13).

2. Таҳияи фом ба равиши ғайри саъоатӣ. Тавлиди саъоатии фом дар мақодирӣ қам ё зиёд сурат гирифтааст. Асоси тавлиди санъатии фом аз ҷумла: Desman OX 34 and 68%, Benzalkoniul ба васоил ва таҷҳизоти мтаъдад вобаста аст, ки аз муҳимтарини онҳо метавон аз тонқи муҳтавои маҳлулҳои моддаи



зидди уфунӣ кунанда ва омили тавлидкунандаи foam, як комприсур (компрессор) ҳавои фишурда бо махлулҳои фавқ таркиб шуда ва foam тавлид мегардад, ки аз тариқи лӯла ба хориҷ ҳидоят мешавад.

Ҳамчунин дар мақодири санъоатӣ ва тавлиди анбӯх, дастгоҳи тавлидкунандаи foam -ро иӯйи мошинҳои сабук ё сангин насб карда ва ба тавлиду пахши он мубодарат (икдом) менамоянд. Вижагиҳои foam бо истифода аз тӯдаи чамъшуда бар ҳасби ҳаҷми он дар устувона таъйин мегардад. Ба ин тартиб, ки хориҷи қисмати ҳосил аз тӯдаи foam бар ҳаҷми зарф муҳосиба мегардад.

### **Вижагиҳои foam.**

Вижагиҳои мутаъдаде барои foam зикр шудааст, ки муҳимтарини онҳо иборатанд аз:

1. Барои хунсо кардан авомили шимийӣ ва биюлҷжик қобили истифода мебошад;
2. Қобилияти таъсир дар муҳит барои рафъи олудагии инсон ва соири ашӯро дорад;
3. Foam-ро метавон бо истифода аз тамоми маводи коҳишдиҳандаи кашиши сатҳӣ сохт;
4. Ба ашқоли мухталиф ва бо таҷҳизоти мутаъдад метавон аз он истифода кард;
5. Foam ба унвони рафъкунандаи олудагии ҳастай зикр шудааст;
6. Foam-ҳои сохташуда бо формули муноҳасир ба фард барои рафъи олудагии авомили шимийӣ ва биюлҷжӣ мавриди озмоиш қарор гирифтаанд, ки натоиҷи ризояти бахшро нишон додаанд.

Ба манзури сохти foam интихоби омили зиддиуфунӣ муассир ва моддаи рафъкунандаи олудагии шимийӣ, таркиби зермавриди баррасӣ қарор гирифтааст.

**Мақсади пажӯҳиш.** Ҳадафи ин гуна таҳқиқот ироаи текнолужии лозим барои дастбӣ ба маводи рафъкунандаи олудагии шимийӣ ва биюлҷжик муассир, бехатар (ғайрисамӣ (базаҳр) ва ғайрисӯзонанда) ва сареъуласар мебошад. Ҳосили талошҳо мунҷар ба зуҳури текнолужии тавлиди foam шудааст. Ин текнолужӣ, ҳам корбурди ни-

зомӣ ва ҳам корбурди ғайринизомӣ дорад.

1. Foam-и корбурди сегона дорад, ба иборати дигар аз як модда барои хунсо кардан ё рафъи олудагии авомили шимийӣ, биюлҷжик ва низ родиюактив истифода мешавад.

2. Истифода аз ин текнолужӣ сода аст.

3. Аз ин текнолужӣ метавон ба сурати тӯда аэрозул ва ё бухор низ истифода кард.

4. Ниёз ба камтар таҷҳизот дорад.

5. Ба камтарин миқдори об ниёз дорад ва бақои он дар муҳит зиёд аст.

6. Саммӣ (заҳрнок) нест ва асароти суъба ҷой намегузорад.

7. Бо тавачҷуҳ ба тайфи асари густурда он тавлид ва корбурди он мантиқӣ ба назар мерасад.

8. Бо тавачҷуҳ ба пойдории он метавон замони тамоси ин моддаро бо авомили биюлҷжик ва шимийӣ танзим намуд (20).

Механизмҳои, ки умуман барои куштани спора ба қор мебаранд.

- маводи шимийӣ ибтидолаи хориҷӣ спораро таҳриб намуда ва пас аз он ба лояи дохилӣ расида ва прутинҳои ғанӣ аз пайвандҳои дисулфидиро оксид менамояд;

- лояи птитидугликон бо пайвандҳои аразӣ ва хосияти электрунготивӣ;

- кортекси спораро ташкил медиҳад, ки дар воқуниш бо маводи зиддиуфункунанда чуруқ (чин ва шикан) хӯрда ва муқовимати спора коҳиш меёбад;

- таҳриби молекулҳои асидӣ пикулиник муташаккил аз рибитул ва глисирули пайваншуда бо фосфод боиси афзоиши ҳассосияти спора мегардад;

- бархе аз маводи коҳишдиҳандаи кашиши сатҳӣ бо мартуб кардани лояи Spore coat боиси афзоишинуфузи маводи зиддиуфунӣ ба боҳили спора мегардад;

- бо тавачҷуҳ бо меконизмҳои фавқ барои нобудии спораи бактерияҳо ибтидо бо лояҳои хориҷӣ осеб ворид намуда ва пас аз он спора ҳассос шуда мубтало мегардад (21).

Бо тавачҷуҳ бо матолиби фавқ foam моддаи муносиб барои нобудии спораҳо ба вижа bacillus anthracis ва калистридиум бутулинум ва низ авомили шимийӣ ва олудагии ҳастай ба шумор меравад.



## АДАБИЁТ

1. Ronald M Atlas Micro biology fundamentals and application. Second edition Maxwell macmilan international edition. Macmilan publishing company. 1989: P:614.
  2. Mohan RC, Manucelis G. textbook of diagnostic microbiology. Second edition. W B saunders company. 2000: p:25-50.
  3. Genetic engineering and biological weapons. Genewatch. Briefing 1999:6: 1-4.
  4. Brian Kalamanak. Sandia-developed formulation among products selected to help rid U.S. facilities of anthrax science news: 160 (20) : 317. Available FROM access at 2001. <http://www.sandia.gov/media/newsRel/NR2011/dcnfoam.htm>.
  5. Jeremy C, Sylvain F, Serge L, Nicole S, Stanilas P and Lindheimer M. New surfactants for optimisedsolublistation of tributylphosphate application for nuclear decontamination Abstract Book of Surfactants in Solution Symposium. 2002; p: 292.
  6. Jeremy C, serge L, Sylvain F, Nicole S, Bruno F< Marc L, A solubilization of tributylphosphate by micellar solution of amphiphilictriblockcolymers and Gemini surfactants. Abstract
  7. Boissier CL, Frothl JE, Nydenl M, Charactrizationof thee solution and adsorbtion behavior of the nonionic surfactant polyoxyethylene(100) Nonylphenol ether. Abstract book of Surfactants in Solution Symposium. 2002; p: 101.
  8. Fournel B, Faure S, Pouvreu J, Dame C and poulain S, CEA(france). Foam decontamination a brief review of 10 years French experience- 4526. The international conference on environmental remediation and radioactive waste management , p; 53.
  9. John German. Sandia decontamination formulation used in Colorado emergency response, foam sales hit the roof. SANDIA LAB NEWS. 2001; P: 4.
  10. Cabal J, Sevra J, asndKassa J. The Foam as the carriers of the agents for primary decontamination of the person. Purkyne Military Medical Academy. 2003:42 - 40.
  11. Cabal J, KassaJ , and Severa J. A comparison of the decontamination efficacy of foam-making blends based on compounds determid in vitro and in vivo. Hum ExpToxicol 2003; 22: 507 - 514.
  12. Sattar SA, and Ansari SA. The fingerpad protocol to assess hygienic hand antiseptics against viruses. Journal of Virological Methods. 2002; 103: 171 - 181.
  13. Richardson GA. Development of package decontamination system; EACR- 1310-17, U S Army Contract DAAA15- 17-C- 0508; 1972.
  14. Tu-chen C, Calomiris JJ. A cloned bacterial enzyme for nerve agent decontamination. Enzyme Microbial Technology. 1996; 18: 597- 601.
  15. Tu-chen C, Jeseph J. DeFrankVipin K. Rastogi. Alteromonasprolidase for organophosphorus G-agent decontamination. Chemico-Biological Interaction. 1999; 119 - 120 and 455 - 462.
  16. Gordon RK, Feaster SR, Russell AJ. Organophosphate skin decontamination using immobilized enzymes. Chemico-Biological Interactions. 1999: 119-120 and 463 - 470.
  17. ModecInc (2003). Formulations for the Decontamination and Mitigation of CB Warfare agents toxic hazardous material, viruses bacteria and bacterial spore. Technical report, Mod 2003- 1012, p: 1 - 21.
  18. Droguip P, Elmaleh S, Rumea M. Oxidising and disinfecting by hydrogen peroxide produced in a tow- electrode cell. Wat. Res; 2001 . 35(13): 3235 - 3241.
1. سيد عباس فروتن . ياداشت هاى پزشكى از جنگ شيميايى. مجله پزشكى كوثر، جلد 2، شماره هاى 3، 5 و 6، سال 1376، صفحات: 81\_69، 151-141، 301\_289.
  2. عطايى رمضانعلى و مهربابى تواناالى. آلودگى هاى ميكروبي و مواد ضد عفونى كننده جديد، خلاصه مقالات سومين كانگره سراسرى طب نظامى، سال 1383، ص:89.
  3. عطايى رمضانعلى. يرسى اثرات اسپور كشى عوامل شيميايى و فزيكى روى بقاء اسپور باسيلوس سابتيلىس. پايان نامه كارشناسى، رشته ميكروبيولوژى، سال 1367، صفحات: 26 الى 42 .



## ХУСУСИЯТҲОИ ХОСИ КЛИНИКАИ УРЕТРИТҲОИ ҒАЙРИГОНОКОККӢ ДАР МАРДҲО

**Б.И. Саидзода**

Кафедраи дерматовенерологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

*Саидзода Баҳромуддин Икром - номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи дерматовенерологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", 734003, ш. Душанбе. к. И. Сомонӣ 63/1 - 507, Тел. (+992) 985154545, E-mail: saidov\_bahromuddin@mail.ru*

Дар мақола натиҷаҳои муоинаи 65 нафар мардони бемори уретритҳои ғайригонококковии синнусолӣ аз 18 то 48-сола пешниҳод гардидааст. Нишонаҳои клиникаи беморӣ аксаран қариб якхела воমেҳӯранд: вайроншавиҳои дизуриқӣ (64,6% беморон), дисфунксияҳои шаҳвонӣ (61,5%), эҳсоси дард ҳангоми пешобкунӣ (60%), нишонаҳои воқеӣ - тарашшух аз пешоброҳа

(60%), часпиши лабҳои пешоброҳа (47,7%). Нисбатан тез-тез *Ureaplasma urealyticum* (38,4%), баъдан *Chlamydia trachomatis* (27,7%), ва танҳо 2 маротиба камтар *Mycoplasma genitalium* ба қайд гирифта шуданд.

**Вожаҳои калидӣ:** уретрити ғайригонококковӣ, иммунофлуорестсенсияи мустақим, реаксияи полимеразии занҷирӣ.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ НЕГОНОКОККОВЫХ УРЕТРИТОВ У МУЖЧИН

**Б.И. Саидзода**

Кафедра дерматовенерологии ГОУ "ТГМУ имени Абӯали ибни Сино"

*Саидзода Баҳромуддин Икром - кандидат мед. наук, доцент кафедры дерматовенерологии ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", 734003, г. Душанбе. Пр. И. Сомони 63/1 - 507, Тел. (+992) 985154545, E-mail: saidov\_bahromuddin@mail.ru*

В статье представлены результаты обследования 65 мужчин, больных негонokokковым уретритом в возрасте от 18 до 48 лет. Практически одинаково часто встречались субъективные признаки болезни: дизурические расстройства (64,6% больных), сексуальные дисфункции (61,5%), болевые ощущения при мочеиспускании (60%), объективные признаки -

выделения из уретры (60%), слипание губок уретры (47,7%). Наиболее часто регистрировались *Ureaplasma urealyticum* (38,4%), далее *Chlamydia trachomatis* (27,7%), и лишь в 2 раза меньше *Mycoplasma genitalium*.

**Ключевые слова:** негонokokковый уретрит, прямая, иммунофлуоресценция, полимеразной цепной реакция.

## CLINICAL FEATURES OF NON-GONOCOCCAL URETHRITES IN MEN

**B.I. Saidzoda**

Dermatovenerology department of SEI "Avicenna Tajik State Medical University"

*Saidzoda Bahromuddin Ikrom - candidate of medical sciences, associate professor of Dermatovenerology department of SEI "Avicenna TSMU," 734003, Dushanbe. Ave. I. Somoni 63/1 - 507, Tel. (992) 985154545, E-mail: saidov\_bahromuddin@mail.ru*

The article presents the results of a survey of 65 men with non-gonococcal urethritis between the ages of 18 and 48. Almost equally often there were subjective signs of the disease: dysuric disorders

(64.6% of patients), sexual dysfunctions (61.5%), pain during urination (60%), objective signs - excretion from urethra (60%), adhesion of urethra sponges (47.7%). *Ureaplasmaurealyticum* (38.4%),



followed by Chlamydia trachomatis (27.7%), and only 2 times smaller than Mycoplasma genitalium were most frequently recorded.

**Моҳият.** Сироятҳои урогениталӣ (СУГ) мушкилоти тиббӣ-ичтимоие мебошанд, ки чараёни вазнин, паҳншавии васеъ, оризаҳои зиёд ва таъсирот ба солимии репродуктивӣ ба онҳо хос мебошад. СУГ соҳаҳои охир дар байни одамони ҷавони синнусоли қобилияти қорӣ бештар ба назар расида, сабаби безурриётӣ мегарданд [2, 5]. Мавҷудияти СУГ дар байни шахсони аз 25-сола ҷавонтар ошкор гардидааст. СУГ бо роҳи алоқаи ҷинсӣ ҳангоми алоқаҳои генито-гениталӣ, генито-аналӣ ва оралӣ-гениталӣ мегузарад. Сабабҳои муҳими афзоиши назарраси СУГ дар мардон ҳолати пасти иҷтимоии аҳоли, муҳоҷират ва дер муроҷиат намудан ба мутахассисон маҳсуб меёбанд [1, 3]. Дар байни уретритҳои ғайригонококковӣ сирояти хламидиявӣ - 24,6%, уреоплазмоз - 30,7% ва микоплазмоз - 13,8%-ро ташкил медиҳанд [4, 6].

Зухуротҳои клиникалии уретритҳои ғайригонококковӣ (УҒГ) дар мардон гуногунранг буда, дар бисёр ҳолатҳо он беаломат чараён меёбад, ки ин ташхисро душвор гардонида, ба паҳншавии беморӣ ва инкишофи оризаҳои он (везикулит, простатит, безурриётӣ) мусоидат менамояд [1, 3, 4].

**Мақсади таҳқиқот:** омӯзиши хусусиятҳои клиникалии уретритҳои ғайригонококковӣ дар мардон.

**Мавод ва методҳои таҳқиқот.** Тахти муоина 65 нафар мардони бо уретритҳои ғайригонококковӣ (УҒГ) синну солашон аз 18 то 48-сола қарор дода шуданд, ки синну соли миёнаи беморон  $26,7 \pm 1,7$  - солро ташкил дод. 27 нафар беморон муҳоҷирони меҳнатӣ, 13 нафар муваққатан бекор, 10 нафар соҳибқорони хусусӣ, 6 нафар коргар, 5 нафар донишҷӯ буданд. Дар синну соли аз 18 то 25 сола 24 нафар беморон, аз 26 то 35 сола - 20, аз 36 то 45 сола - 14, аз 46 то 50 сола - 7 нафар беморон қарор доштанд. Давомнокии беморӣ дар 6 нафар бе-

**Keywords:** non-gonococcal urethritis, direct immunofluorescence, polymerase chain reaction.

морон то 6 моҳ, дар 11 нафар аз 6 моҳ то як сол дар 21 нафар аз 1 сол то 3 сол ва дар 27 нафар аз 3 сол бештар буд. Ташхиси уретритҳои ғайригонококковӣ дар асоси анамнез, тасвирҳои клиникӣ ва маълумотҳои лабораторӣ гузошта шуданд. Ба сифати мавод барои таҳқиқоти микроскопӣ тарашшуҳоти пешоброҳа, тарашшуҳи ғадуди олоти таносул ва пешоб хизмат намуданд. Бо ёрии микроскопияи шуой дар доруҳои нативии ба тарзи метилении кабуд ва Грамма рангкардашуда раванди илтиҳобии роҳҳои урогениталӣ ошкор карда, сироятҳои дигари бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда (СБАҶГ) соқит карда шуданд. Ташхиси уретритҳои ғайригонококковӣ аз ҷиҳати микроскопӣ дар ҳолате тасдиқшуда ҳисобида шуданд, ки агар шираи таҳқиқшаванда 5 ва ё зиёда аз он лейкоцитҳои полиморфӣ-ядрой пайдо гашта бошанд. Мавҷудияти 10 ва ё зиёда аз он лейкоцитҳо дар тарашшуҳи ғадуди олоти таносул аломати илтиҳоб доништа шуд. Меъёри арзёбии фаъолнокии функционалии ғадуд микдори доначаҳои летситиновӣ ҳисобида шуд. Верификатсияи ташхиси уретритҳои ғайригонококковӣ бо ёрии реаксияи иммунофлуорестсенсияи мустақим (ИФМ) ва реаксияи полимеразии занҷирӣ (РПЗ) гузаронида шуд.

Омӯзиши ҳосиятҳои ғадуди олоти таносул тавассути таҳқиқоти трансректалии ултрасадоӣ (ТТУС) дар дастгоҳи Aloka SSD-500 гузаронида шуд.

**Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо.** Ҳангоми таҳлили шикоятҳо ва таҳқиқоти воқеии 65 нафар беморон дар системаи урогениталӣ тағйиротҳои патологӣ муқаррар карда шуданд. Эҳсосотҳои субъективии характери гуногун дар 44 (67,7%) бемор ба қайд гирифта шуданд, боқимонда 19 (32,3%) беморон ягон навъ шикоят пешниҳод накарданд. Сохтори аломатҳои субъективии беморони УҒГ дар ҷадвали 1 оварда шудааст.





## Чадвали 1

## Сохтори субъективии беморони УҒГ

Шикоятҳо	Таблоди беморон (n = 65)	
	Мутлақ	%
Вайроншавиҳои дизурикӣ	42	64,6
Дискомфорт	33	50,8
Эҳсоси дардмандӣ	40	61,5
Тарашшуҳ аз пешоброҳа	38	58,5
Часпиши лабҳои пешоброҳа	32	49,2
Вайроншавии функсияи репродуктивӣ (безурриётӣ)	14	21,5

Чӣ хеле ки аз чадвали 1 дида мешавад, шикоятҳо қариб як хел ба қайд гирифта шуда, аз вайроншавиҳои дизурикӣ (64,6% беморон), эҳсоси дардмандӣ (61,5%), тарашшуҳ аз пешоброҳа (58,5%) беморон шикоят менамуданд. Нороҳатӣ дар қисмати узвҳои чинсӣ ва часпиши лабҳои пешоброҳа қариб якхела (мувофиқан 50,8% ва 49,2%) буд. Вайроншавии функсияи репродуктивӣ (безурриётӣ) 3 маротиба камтар ба назар расид. Маълум карда шуд, ки ҳангоми ҳамаи УҒГ шикоятҳои беморон қариб якхела буд, фақат зудихоӣ гуногуни ба онҳо гирифтोर шудан ба қайд гирифта шуд.

Ҳангоми детализатсияи шикоятҳои дизурикӣ ошкор гардид, ки беморонро аксаран катра-катра чакидани пешоб пас аз пешобкунӣ (55,4% беморон), ҳисси пурра холи нашудани халтаи пешоб (50,8%), сӯзиш ё хо-

риш дар пешоброҳа (44,6%) ноором месозад.

Омӯзиши эҳсоси дардмандӣ дар беморон имкон дод муқаррар карда шавад, ки беморон аксаран аз дард дар чатан (29,2%), қисмати миёну чорбанд (21,5%), болои пешонӣ (13,8%) ва мойдон (12,3%), камтар дар пешоброҳа, рӯдаи рост, мақсад, қабати дарунии миён ва қад шикоят мекунанд ва он 3-5%-ро ташкил медиҳад.

Вайроншавиҳои чинсӣ ва шаҳвонӣ дар байни зухуротҳои УҒГ-и музмин мавқеи муҳим дошта, ба солимии репродуктивии мардон таъсири калон мерасонанд. Аз хусуси вайроншавиҳои шаҳвонӣ 41 (63,1%) беморон шикоят намуданд. Онҳо ба пастшавии рағбати шаҳвонӣ, сустшавии эрекция, тез хоричкунии манӣ ва ғ. асос ёфтаанд. (чадвали 2).

## Чадвали 2

## Сохтори вайроншавиҳои чинсӣ дар беморони УҒГ

Нишонаҳои дисфунксияи чинсӣ	Беморон (n = 65)	
	абс	%
Пастшавии рағбати шаҳвонӣ	41	63,1
Сустшавии эрекция	44	67,7
Эякулятсияи бармаҳал	43	66,1
Нороҳатӣ баъди эякулятсия	19	29,2
Оргазми дарднок	33	50,8

Аз маълумотҳои дар чадвали 2 овардашуда дида мешавад, ки дар байни вайроншавиҳои шаҳвонӣ сустшавии эрекция (дар 67,7% беморон), пастшавии рағбат (63,1%), эякулятсияи бармаҳал (66,1%) қариб як хел беморонро нороҳат месозанд.

Таҳқиқотҳои бактериоскопии шира аз пешоброҳа дар беморон нишон дод, ки миқдори лейкоцитҳо дар майдони назоратии таҳқиқшаванда 4,9 маротиба бештар ( $16,44 \pm 1,05$ ) буд. Дар тарашшуҳи ғадуди

олоти таносули беморон миқдори лейкоцитҳо 3,1 маротиба ( $23,26 \pm 1,25$ ) бештар ба назар расид. Миқдори муътадили доначаҳои летситиновӣ дар 33 (55,4%) беморон ва миқдори на чандон зиёд дар 27 (44,6%) бемор мавҷудияти тағйиротҳои илтиҳобӣ дар ғадуди олоти таносули беморон тасдиқ намуд. Аз 65 бемор дар 60% простатит, дар 26,2% везикулит ва дар 13,8% безурриётӣ ошкор карда шуд. Ташхиси простатит ва везикулит дар ҳамаи беморон тавассути та-



ҳқиқоти трансректалии ултрасадоӣ тасдиқ карда шуд.

Дар ҳамаи беморон тавассути методи ПЦР, ПИФ-ташхис сироятҳои гуногуни урогениталӣ ошкор карда шуд. Аз ҷумла, *Chlamydia trachomatis* дар 27,7%, *Ureaplasma urealyticum* - дар 38,4% ва *Mycoplasma genitalium* - дар 15,4% ошкор карда шуд. Қайд кардан зарур аст, ки барангезандагон дар шакли микст-сироят (якҷояшавии ду ва ё зиёда сироятҳо) муайян гаштанд. Микст-сирояти ду СБАҶГ дар 21 (32,3%) беморон, се ва ё зиёда аз он дар 20 (30,8%) муайян гашт.

Ҳамин тавр, таҳлили шикоятҳо, таҳқиқотҳои клиникӣ ва лаборатории гузаронидашуда нишон медиҳанд, ки эҳсосоти субъективӣ ва зухуротҳои воқеии клиникӣ дар беморони таҳқиқшудаи уретрити ғайригонококковӣ бо гуногунрангии аломатнокӣ дар 67,7% мизочон характернок мебошад. Аз СУГ нисбатан бештар *Ureaplasma urealyticum* - 38,4%, баъдан *Chlamydia trachomatis* - 27,7% ва танҳо 15,4% *Mycoplasma genitalium* ба қайд гирифта шуданд.

### АДАБИЁТ

1. Асхаков М.С. Современные методы диагностики урогенитальной хламидийной инфекции / М. С. Асхаков, В. В. Чеботарёв, Г. Г. Арутюнян, А. А. Ақобян // Интернаука. - 2018. - № 4-1 (38). - С. 17-19.
2. Мавров Г.И. Клинико-эпидемиологические особенности урогенитального хламидиоза на современном этапе / Мавров Г.И., Иващенко Л.В., Щербакова Ю.В., Орлова К.С. // Дерматология и венерология, 2014. - № 1 (63) - С. 61-66.
3. Саидов Б.И. Современные аспекты терапии воспалительных заболеваний урогенитального тракта у мужчин / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров, Д.Х. Абдиева // Здоровоохранение Таджикистана. - 2018. - №3. - С. 55-59.
4. Хомидов М.Ф. Диагностика и лечение негонококковых уретритов у мужчин / М.Ф. Хомидов, Б.И. Саидов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2019. - №1. - С. 88-91.
5. Horner, P. J. 2016 European guideline on the management of non-gonococcal urethritis / P. J. Horner, K. Blee, L. Falk [et al.] // Int. J.STD and AIDS. - 2016. - Vol. 27, № 11. - P. 928-937.
6. Wijers JNAP, Hoebe CJPA, van Liere GAFS, Wolffs PFG, Dukers-Muijters NHTM. Chlamydia trachomatis bacterial load, estimated by Cq values, in urogenital samples from men and women visiting the general practice, hospital or STI clinic. / PloS One. 2019. Apr 19; 14(4):e0215606. doi: 10.1371/journal.pone.0215606. e Collection 2019.PMID: 31002729

### ТАЪСИРИ РАДИАТСИЯ БА ҲОЛАТИ САЛОМАТИИ КҶДАКОН

**З.А. Бадалова**

Кафедраи беморҳои кудаконаи №1 (мудирӣ кафедра н.и.т., дотсент Г.С. Мамадҷонова)-и МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Бадалова Зебо Абдулхайровна, ассистенти кафедраи беморҳои кудаконаи №1-и МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: z\_bad@mail.ru, тел: 98-853-21-16.*

Дар ин мақола таъсири муҳити берунӣ ба ҳолати саломатии кудакон ва навзодон баррасӣ шудааст, зеро оқибатҳои таъсири омилҳои зарарнок ба одам, махсусан ба организми инкишофкунанда масъулҳои мубрам боқӣ мемонад. Маълум аст,

ки ба вазъи саломатии кудакон рмилҳои зиёди муҳити атроф таъсир мерасонанд, ки яке аз онҳо радиатсия (радиатсияи ионизатсионӣ) мебошад. Радиатсия ба ҳучараҳои тақсимшаванда таъсири муҳим дорад, барои ҳамин ҳам, вай махсу-



сан барои кӯдакон хатарнок аст. Дар на-  
тиҷаи ин таъсирот системаи иммунӣ суст  
мегардад ва кӯдаконро барои ҳамлаи си-  
роятҳо, бемориҳо ва оризаҳои онҳо, вай-  
роншавии мубодилаи мавод, пайдошавии  
омосҳои бадсифат ва лейкоз, катаракта  
ва дигар бемориҳо осебпазир месозад.

Вобаста аз ин амалиёти саривақтӣ ҳан-  
гоми ошкор намудани ихтилолҳои мини-  
малӣ дар ҷараёни синну соли протсессҳои  
физиологӣ дар ҳифзи саломатии на танҳо  
кӯдакон, балки насли оянда низ аҳамия-  
ти махсуси тиббӣ-иҷтимоӣ доранд.

**Калимаҳои калидӣ:** радиатсия, кӯдакон.

## ВЛИЯНИЕ РАДИАЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

**З.А. Бадалова**

Кафедра детских болезней №1 (зав. кафедрой к.м.н., доцент Г.С. Мамаджанова)  
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

*Бадалова Зебо Абдулхайровна, ассистент кафедры детских болезней №1-и Государственное Общеобразовательное Учреждение Таджикский Государственный Медицинский Университет имени Абуали ибни Сино, E.mail: z\_bad@mail.ru, тел: 98-853-21-16.*

В данной статье рассматриваются влия-  
ние окружающей среды на состояние здо-  
ровья детей и новорождённых. Так как по-  
следствия влияния вредных факторов на  
человека, и прежде всего на растущий  
организм остается актуальной. Известно,  
что на состояние здоровья детей влияют  
многие факторы окружающей среды, од-  
ним из которых является радиация (иони-  
зирующее излучение). Радиация остро воз-  
действует на делящиеся клетки, поэтому  
она особенно опасна для детей. Вследствие  
этих влияний ослабляется иммунная сис-

тема, оставляя детей уязвимыми для на-  
падения инфекций, болезней и их ослож-  
нений, а также нарушений обмена веществ,  
развитию злокачественных опухолей и  
лейкоза, катаракты и многое другое. В  
связи с этим своевременное вмешатель-  
ство при выявлении минимальных нару-  
шений в течение возрастных физиологи-  
ческих процессов имеет особую медико-  
социальную значимость в охране здоро-  
вья не только детей, но и будущего поко-  
ления.

**Ключевые слова:** радиация, дети

## THE EFFECTS OF RADIATION ON CHILDREN

**Z.A. Badalova**

Department of children's diseases №1 of Avicenna TSMU (head of the department, c.m.s.,  
associate professor G.S. Mamadjanova)

*Badalova Zebo Abdulhairovna, assistant of children's diseases department №1 of Avicenna TSMU,  
E.mail: z\_bad@mail.ru, ph: 98-853-21-16.*

This article discusses the environmental impact  
on the health status of children and newborns.  
Since the consequences of the influence of harmful  
factors on a person, and above all on a growing  
organism, remains relevant. It is known that the  
environmental health of children is influenced by  
many environmental factors, one of which is  
radiation (ionizing radiation). Radiation has an  
acute effect on dividing cells, which is why it is  
especially dangerous for children. As a result of  
these influences, the immune system weakens,

leaving children vulnerable to attack by infections,  
diseases and their complications, as well as  
metabolic disorders, the development of  
malignant tumors and leukemia, cataracts and  
much more. In this regard, timely intervention in  
identifying minimal disturbances during age-  
related physiological processes is of particular  
medical and social significance in protecting the  
health of not only children, but also the future  
generation.

**Keyword:** radiation, children.



**Мубрамият.** Таъсири радиатсия ба организми инсон дар солҳои охир проблемаи муҳим шудааст. Ҳамин тавр, аввалин таркиши ядрои дар моҳи августи соли 1945 ба қайд гирифта шудааст, дар ин вақт ИМА бомбаҳои атомии худро ба шаҳрҳои Хиросима ва Нагасакии Япония партофта буд. Дар соли 1949 дар Иттиҳоди Ҷамоҳири Шӯравии Сотсиалистӣ аввалин бомбаи атомӣ сохта шуд, ин ба он оварда расонид, ки дозаи эквивалентии радиатсия аз ифлосшавии радиатсионӣ дар Замин то 71% расид. Дар соли 1980 аҳолии замин танҳо 12%-и дозаи табииро мегирифт, қисми боқимондари то ҳанӯз мегирад ва миллион солҳои дигар хоҳад гирифт [1]. Хатари радиатсия аз радиатсияи ионишудаи он иборат аст. Ба радиатсияхискунии организми зинда омилҳои зиёде таъсир мерасонанд, ки яке аз онҳо радиатсияи ионишуда ба ҳисоб меравад.

Радиатсияи ионишуда - ин намуди маҳсули энергия аст, ки квантҳои худро дар намуди радиатсияи алфа, гамма ё бета хориҷ мекунанд, ки ионизатсияи муҳитро, яъне ҷараёни қувваи электрикиро дар ин муҳит, аз ҷумла ба организми зинда ба вучуд меоранд [2].

Ду намуди радиатсия барои одамон мавҷуд аст, ки метавонанд бемории шуоиро ба вучуд оваранд, ки инҳо: усули берунӣ, агар моддаҳои радиоактивӣ берун аз организм вучуд дорад ва ба он аз берун радиатсия менамояд; ва дарунӣ радиатсия ҳангоми ба даруни организм афтодани моддаҳои реактивӣ.

Сарчашмаҳои радиатсияи берунӣ ба Замин нурҳои Кайҳонӣ аз Офтоб ва аз қаъри Замин меоянд. Бо баланд шудани макон аз сатҳи баҳр сатҳи радиатсия низ баланд мешавад. Ҳамин тавр, донишмандон қайд мекунанд, ки маҳз бо пайдо шудани радиатсияи кайҳонӣ ҳолатҳои зиёди дучоршавии бенаслӣ дар стюардессаҳо алоқаманд аст, зеро онҳо вақти асосии кори худро дар баландии зиёда аз 10 ҳазор метр мегузаронанд [3].

Радиатсияи дарунӣ аз радиатсияи ҳаво таркиб меёбад, ки онҳоро одам нафас меги-

рад, дар ғизо ва об истеъмол менамоянд, дар ҷойи зистанашон дида мешаванд ва дар онҳо унсурҳои гуногуни химиявӣ мавҷуд буда, радиоактивияти табиӣ доранд.

Тибқи маълумотҳои таҳқиқотҳои муҳаққиқон, ки дар Франция, Олмон, Италия, Япония ва ИМА анҷом дода шудаанд, тақрибан 95%-и аҳолии ин кишварҳо дар он ноҳияҳои зиндагӣ мекунанд, ки дар он ҷойҳо қувваи дозаи радиатсия ба ҳисоби миёна аз 0,3 то 0,6 микрозиверт дар як сол мерасад [4]. Дар ҳудуди Федератсияи Россия минтақаҳои радиоактивнокиашон баланд нобаробар тақсим шудааст, онро ҳам дар қисми аврупоии кишвар ва ҳам дар Сибири Ғарбӣ, Назди Байкал, дар Шарқи Дур ва Камчатка мушоҳида кардан мумкин аст [5].

Мувофиқи маълумоти муаллифони дозаи имконпазири радиатсияи умумӣ барои одамон ба 0,3-0,6 мзд/сол мебошад (Рябцев И., 1996), хатари имконпазир бояд дозаи иловагии нурафкани аз 0,03-0,06 мзд/сол ё (0,05 Гр дар сол) зиёд набошад.

Таҳқиқотҳои солҳои охир нишон доданд, ки занбурӯғҳо ва гулсангҳо қобилияти дар худ ҷамъ кардани дозаҳои ба қадри кофӣ зиёди изотопҳои радиоактивии сурб - 210 ва маҳсусан полония - 210-ро доранд.

Ҳамчунин маълум аст, ки одаме, ки дар як рӯз 20 сигарет мекашад, ҳамин қадар нурафканиро мегирад, ки гӯё дар вай 200 акти рентгенӣ гирифта бошанд, яъне 1,52 Гр [7]. Маълум аст, ки радиатсия дар тиб ҳам бо мақсади ташхис ва ҳам бо мақсадҳои табобатӣ истифода мешавад. Ҳангоми гузарондани як таҳқиқоти рентгении одамон бо усули флюорография дозаи радиатсия 0, 0076 Гр(0,76 рад.)-ро ташкил медиҳад. Аммо барои нест кардани омиси саратонӣ препаратҳои дорои У-нурҳоро истифода мекунанд, ки барои ин мақсадро амалӣ кардан инҳо назар ба нурҳои рентгенӣ таъсирбахштар ҳастанд.

Маълум аст, ки дараҷаи ташкилӣ ва тафриқапазирии бофтаҳо ҷӣ қадар ки баланд бошад, ҳассосияти онҳо ба радиатсия ҳамон қадар бештар аст, барои ҳамин ҳам вай барои организми инкишофёбанда, монанди организми кӯдакон ва минбаъда дар онҳо



хатарнок ба ҳисоб мераванд [8]. Ҳангоми ҳамлаҳои радиатсионӣ ба ҳучайраҳои инкишофёбанда бофтаҳо, узвҳо ва системаҳо осеб мебинанд, ин аксар вақт ба таҳриб шудани ҳучайраҳо, тағйир ёфтани таркиби хун (лейкоз), бемориҳои дил, мутатсияи генетикӣ, нуксонҳо ва дигар оқибатҳои вазнин оварда мерасонанд. Ҳамин тавр, таъсири мутагении радиатсияи ионизатсионӣ бори нахуст аз тарафи олимони рус Р.А. Надсон ва Р.С. Филиппов дар соли 1925 дар таҷрибаи ҳамирмояҳо муайян карда шуд, дар соли 1927 ин ихтироъро Р. Меллер дар объекти класикии генетикӣ - дрозофил [9] тасдиқ кардааст. Ҳамчунин муқаррар карда шудааст, ки суръати саратони педиатрӣ дар Беларус аз меъёр 200 маротиба бештар аст, гарчанде ин одамон баъдт гузашти солҳои зиёд таваллуд шудаанд [10]. Таҳқиқотҳои охири Институти ҷарроҳии асаби шаҳри Киев нишон доданд, ки дар натиҷаи таъсири радиатсия дар бештари шахсон аз байн барандагони АЭСЧ (Нерӯгоҳи атомии барқии Чернобил) "Эксефалопатияи баъдичарроҳӣ" ба мушоҳида расид [11].

Муқаррар карда шудааст, ки ҳангоми таъсири берунии дозаҳои миёнаи фавтият (ЛД 50, ки дар он то 50%-и намудҳои радиатсионӣ то 50% имконпазир мебошад) дар одамон ба 4,5 Гр (грел), барои сангпӯшт - 15Гр, барои соддатариниҳо - 1000 Гр ва зиёда имконпазир аст [12]. Қазби дозаи радиатсия 0,1 Гр мумкин аст, ки сабаби пайдошавии мутатсияи хромасомаҳо гарадад. Таъкид кардан ба маврид аст, ки натиҷаи радиатсияи эмбрион ва чанини одам, ё ҳайвонот чандон фарқ намекунад.

Мувофиқи маълумотҳои адабиёти илмӣ 4 гурӯҳи нуксонҳо мавҷуд аст: майнаи сар (ан-, гидро-, экзенсефалия), скелет (деформатсияи косахонаи сар) ва сутунмуҳра, олигодактимия ва ғ), нӯги периферии анализатори босира (анофтальмия ва ғ).

Маълумотҳои мавҷуданд, ки радиатсияи ионизатсионӣ ба рушди чанин дар батни модар ҳангоми давраи зиндагӣ ва пеш аз он пас аз он таъсири зиёд мерасонанд, ки дар натиҷа метавонад ба пайдо шудани мутатсия ё фавт оварда расонад.

Мувофиқи Тавсияҳои Комиссияи Байналмилалӣ оид ба муҳофизати радиатсионӣ таъсири асосии радиатсияи дохилибатнии эмбрион ва чанин инҳоянд:

- фавти чанин; - нуксонҳои инкишоф; - ақибмонии ақлӣ; - пайдо шудани номияҳои бадсифат, аз ҷумла лейкоз;

Ин оқибатҳо аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки радиатсия барои пайдо шудани мутатсия дар ҳама ҳучайраҳои радиатсиянок - ҳучайраҳои ҷинсӣ ва соматикӣ мусоидат мекунад.

Ҳамин тавр, дар қӯдакони шаҳрҳои Хиросима ва Нагасаки, ки дар дохили батн радиатсияолуд шудаанд, ақибмонии ақлӣ, синдроми Даун, анэксепалия, полидактимия, роғи лабҳо ва ком, нуксонҳои андомҳо, ҳолатҳои зуд-зуд такроршавандаи ихтилоҷ, фотофибин, диплония ба назар расид [13].

Аз соли 1992 то имрӯз дар ҳудуди се кишвар, ки таъсири радионуклидҳо дар натиҷаи садамаи Нерӯгоҳи барқии атомии Чернобил ба амал омада буд (Беларус, Россия, Украина); таҳқиқоти солимии психикии қӯдакони дар батни модар радиатсия қабул карда (дар доираи барномаи ТУТ) "Осеби дохилибатнии майнаи сар" гузаронида мешавад. Муҳаққиқон густариш ёфтани паҳншавии ақибмонии ақлӣ ва ихтилолҳои эмотсионалӣ - рафториро дар қӯдакони мубтало ба таъсири радиатсионӣ инутеро мушоҳида карданд, ки ин, эҳтимол дорад, на танҳо аз таъсири радиоактивӣ ба чанин, балки аз тағйироти назарраси тамоми стереотип ва сифати ҳаёти занҳои ҳомила дар давраи пас аз садама низ вобаста бошад.

Чунончи, А. М. Лягинская ва ҳаммуалифон нишон медиҳанд, ки тамоюли зиёдшавии қӯдакони массаи баданашон кам ҳангоми таваллуд, дар ҳоле ки волидайн радиатсияи гонад доштанд, ба мушоҳида мерасад. Ҳамчунин Бобкова зикр кардааст, ки дар Беларуссия ва дар Украина дар қӯдакони занҳое, ки дар синну соли репродуктивӣ радиатсияи гонадҳо гирифтаанд, тамоюли зиёдшавии миқдори нуксонҳои модарзодии инкишофи СМА - (системаи марказии асаб) дар алоҳидагӣ ва дар якҷоягӣ бо осебҳои дастгоҳи тақяву ҳаракат ба қайд гирифта мешавад.





Дар таҳқиқоти Шарипова Н.Ш. (с. 2011) исбот карда шудааст, ки паҳншавӣ ва сохтори ихтилолҳои асабиву рӯҳӣ дар кӯдакон аз дараҷаи радиатсия вобаста аст.

Ҳамин тавр, дар популятсияи умумии кӯдакон ихтилолҳои асабӣ-психикӣ яке аз омилҳои асосии маъюбшавии кӯдакон ва пасткунандаи сифати ҳаёти онҳо ба ҳисоб мераванд (Корсакова Н.К., 2003).

Дар таҳқиқот Г.В. Римарчук бо ҳаммуаллифон таъсири дозаҳои ками радиатсияро, ки ба пардаи луобии қисмҳои болоии роҳи ҳозимаи кӯдакон аз ноҳияҳои дар натиҷаи садамаи НБА Чернобил кӯчонидашуда таъсир мерасонанд, исбот карда шудааст.

К. Sperling (с. 1991) мушоҳидаҳои худро нашр кард, ки аз зиёд шудани микдори трисомия 21 дар Олмон пас аз ин садама гувоҳӣ медиҳанд.

Саволхое, ки пас аз таҳлили адабиёти илмӣ пайдо мешаванд, зарурати боз ҳам амиқтар таҳқиқ кардани хусусиятҳои ташаккули солимии кӯдакони дар дохили батни модар радиатсиянокшуда ва коркарди чорабиниҳои тиббии кам кардани оқибатҳои имконпазири дури ин таъсири нохубро тасдиқ мекунад.

**Хулоса**, радиатсия бо дозаҳои муайян, агар он кам ҳам бошад, метавонад, ки дар инкишофи кӯдакон протсессии бебозгаштро ба амал биёрад ва боиси марг ё маъюбшавии он гардад.

## АДАБИЁТ

1. Шляхов, В. Исследование баланса длинноволновой радиации в тропосфере: моногр. / В. Шляхов. - М.: Гидрометеорологическое издательство, 2015. - 911 с.
2. Ширманова К. О., Дежаткина С. В. Влияние радиации на эмбрион, плод человека и животных // Научно-методический электронный журнал "Концепт". - 2016. - Т. 17. - С. 823-827.
3. Шубик, В. М. Жизнь с радиацией. Книга 1. Мирный атом: польза - вред / - М.: НИИ РГ, 2011. - 212 с.
4. Абдибаттаева М.М.. Использование солнечной энергии при утилизации нефтесодержащих отходов / - М.: Palmarium Academic Publishing, 2013. - 316 с.
5. Парахонский А.П., Цыганок С.С. Исследование сорбционной емкости мембран эритроцитов для оценки характера эндогенной интоксикации при дерматозах // Успехи современного естествознания. - 2006. - № 10. - С. 86-87;
6. Завалин, Н. С. Влияние на сорбционную способность эритроцитов спортсменов высокой квалификации при приеме БАД "Рекицен-РД" / Н. С. Завалин, В. А. Оборин // Физическая культура. Спорт. Туризм. Двигательная рекреация. - 2016. - Т. 1, № 2. - С. 61-64.
7. Яковлева И.Н., Балева Л.С., Николаева Е.А., Демикова Н.С. Врожденные пороки (аномалии развития) у детей, подвергшихся пренатальному облучению. III съезд по радиационным исследованиям (радиобиология и радиоэкология). Киев, 2003; 262.
8. Балева Л.С., Кузьмина Т.Б., Сипягина А.Е. Состояние здоровья детей, облученных внутриутробно. Здоровье детей и радиация: актуальные проблемы и решения. М.: Медиа Сфера, 2001; 105-6.

## ТАЪСИРИ ОМИЛИ СИННУСОЛӢ БА РАВАНДИ КЛИНИКӢ ВА ОҚИБАТҲОИ ФАРБЕӢ ДАР КӢДАКОН

**З. Х. ЯКУБОВА, Л. А. БАБАЕВА, С. С. ИСМАТУЛЛОЕВА**

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакона (мудири кафедра - н.и.т., дотсент Бабаева Л.А.), кафедраи дерматовенерологияи (мудири кафедра - д.и.т. Мухаммадиева К.М.)  
МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

*Якубова Зайнаб Ҳалимовна - д.и.т., профессори кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E.mail: parviz.yakubov23@gmail.com, тел.: 935335067.*



**Бабаева Лола Абдунаимовна**, мудири кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E.mail: [lola.a.babaeva@mail.ru](mailto:lola.a.babaeva@mail.ru), тел.: 446003624.

**Исматуллоева Саврина Саъдуллоевна** - н.и.т., ассистенти кафедраи дерматовенерологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E.mail: [damsav@mail.ru](mailto:damsav@mail.ru), тел.: 446003640.

Баҳодихии комплексӣ ба раванди клиникӣ ва оқибатҳои фарбеҳии 55 бемор дар ҳудуди синнусолии аз 1 то 17-сола гузаронда шуд. Сохтори нозологиро 30 кӯдак бо фарбеҳии ибтидоӣ ва 25 нафар бо шакли нейроэндокринӣ тартиб доданд. Бо фарбеҳии дараҷаи I - 8, II - 30 ва III - 17 бемор. Аз онҳо духтарон - 37 (67,2%), писарон - 18 (32,8%) нафар. Бо назардошти давраҳои кӯдакӣ беморон ба III гурӯҳ ҷудо карда шуданд:

" гурӯҳи I (синни бармаҳал) - 10 бемор,

" гурӯҳи II (синни томактабӣ) - 12 бемор,

" гурӯҳи III (синни пубертатӣ, давраи наврасӣ) - 33 бемор.

Дар ҳама гурӯҳҳои синнусолӣ нишондодҳои анамнестикӣ, антропометрӣ, клиникӣ, функционалӣ, ҳормоналӣ ва метаболикӣ дар муқоиса бо меъёрҳои синнусолӣ омӯхта шуданд. Таъсири омилҳои ирсӣ (40%) ва алиментарӣ (? 70 %) ба ташаккули инкишофҳои фарбеҳӣ дар ҳама гурӯҳҳои синнусолӣ муқаррар карда шуд. Предикторҳои дар робита бо давраҳои кӯдакӣ тафриқашуда муайян гардиданд. Дар кӯдакони синни бармаҳал ва томактабӣ (n=22) ба ташаккули фарбеҳӣ бештар омилҳои пренаталӣ (? 70%), энсефалопатия, тарзи ғизоидиҳӣ (сунъӣ, ғизоидиҳии омехта бо истифода аз омехтаҳои мутобиқношуда) ва тимомегалия (6 бемор) бо аҳамияти бештари омилҳои ирсӣ таъсир мерасонданд. Ҳангоми истифода аз усулҳои рентгенологӣ ва ултрасадоии тадқ-

икот тимомегалияи дараҷаи II (ИКТТ 0,37-0,42) дар 4 нафар, дараҷаи III бошад (ИКТТ ? 0,42), дар 2 кӯдаки бемори соли аввали ҳаёт ошкор гардид. Дар гурӯҳи кӯдакони синни пубертатӣ (балоғати чинсӣ) ва наврасӣ (n=33) наъби вистсералӣ ва шакли нейроэндокринии фарбеҳӣ бартарӣ доштанд. Маркерҳои асосии ояндабинӣ (давомнокӣ, ВББ, шакл, наъби вистсералии фарбеҳӣ ва давраи пубертатӣ бо бечошавиҳои ҳормоналӣ-метаболикӣ) муқаррар карда шуданд, ки ба рушди фарбеҳӣ бо инкишофҳои бармаҳали бемориҳои аз лиҳози иҷтимоӣ таъсиргузор мусоидат мекарданд.

Басомади патологияҳои кардиоваскуляри 21,8%, инсулинрезистентнокӣ (ИР) - 39,3%, ТТГН - 25,4%, ДҚ наъби 2 - 12,7%, ихтилоли функцияи репродуктивии духтарон - 32,7% ва ташаккули синдроми метаболикӣ 10,9%-ро дар синни наврасӣ ташкил дод. Натиҷаҳои ба дастамада аз рӯи басомад ва гуногунсамтии патологияи аъзои низомҳои асосӣ сатҳи баланди коморбидии фарбеҳии синни кӯдакиро тасдиқ мекунанд. Фарбеҳии синни кӯдакӣ тавофутҳои дифференциатсияшуда бо дурнамои номусоид дар робита ба давраҳои кӯдакӣ, чинс, давомнокӣ, шакл ва наъби фарбеҳӣ дорад.

**Вожаҳои калидӣ:** кӯдакон, фарбеҳӣ, тимомегалия, наъби вистсералӣ, мақоми ҳормоналӣ, метаболизм, пубертатӣ.

## ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

**З. Х. ЯКУБОВА, Л. А. БАБАЕВА, С. С. ИСМАТУЛЛОЕВА**

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони (мудири кафедра - н.и.т., дотсент Бабаева Л.А.), кафедраи дерматовенерологияи (мудири кафедра - д.и.т. Муҳаммадиева К.М.)

МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

**Якубова Зайнаб Ҳалимовна** - д.и.т., профессори кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E.mail: [parviz.yakubov23@gmail.com](mailto:parviz.yakubov23@gmail.com), тел.: 935335067.



**Бабаева Лола Абдунаимовна**, мудири кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E.mail: [lola.a.babaeva@mail.ru](mailto:lola.a.babaeva@mail.ru), тел.: 446003624.

**Исматуллоева Саврина Саъдуллоевна** - н.и.т., ассистенти кафедраи дерматовенерологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E.mail: [damsav@mail.ru](mailto:damsav@mail.ru), тел.: 446003640.

Проведена комплексная оценка клинического течения и исходов ожирения у 55 больных в возрастном диапазоне от 1 года до 17 лет. Нозологическую структуру составили 30 детей с первичным ожирением и 25 - с нейроэндокринной формой. Ожирение I степени - у 8, II - у 30 и III - у 17 больных. Из них девочек - 37 (67,2%), мальчиков - 18 (32,8%). С учетом периодов детства больные были распределены на III группы:

-I группа (ранний возраст) - 10 больных,

-II группа (дошкольный период) - 12 больных,

-III группа (пубертатный, подростковый периоды) - 33 больных.

Во всех возрастных группах изучены анамнестические, антропометрические, клинические, функциональные, гормональные и метаболические показатели сравнительно с возрастными нормативами. Установлено влияние наследственного (40%) и алиментарного (? 70%) факторов на формирование и прогрессирование ожирения во всех возрастных группах. Выявлены дифференцированные предикторы во взаимосвязи с периодами детства. У детей раннего и дошкольного возраста (n=22) на формирование ожирения преимущественно влияли пренатальные факторы (? 70%), энцефалопатия, характер вскармливания (искусственное, смешанное питание неадаптированными смесями) и тимомегалия (6 больных) с ведущим значением наследственного фактора.

При рентгенологическом и ультразвуковом методах исследования тимомегалия II степени (КТТИ 0,37-0,42) была выявлена у 4, а III степени (КТТИ ? 0,42) у 2 больных детей первого года жизни. В группе детей пубертатного и подросткового возраста (n=33) преобладали висцеральный тип и нейроэндокринная форма ожирения. Установлены ведущие прогностические маркеры (длительность ИМТ, форма, висцеральный тип ожирения и пубертатный период с гормонально-метаболическими сдвигами), которые способствовали прогрессированию ожирения с ранним развитием социально-значимых заболеваний. Частота кардиоваскулярной патологии составила 21,8%, инсулинрезистентность (ИР) - 39,3% и НГТТ - 25,4%, СД 2 типа - 12,7%, нарушение репродуктивной функции девочек - 32,7% и формирование метаболического синдрома у 10,9% в подростковом возрасте. Полученные результаты по частоте и разнонаправленности патологии ведущих органов и систем подчёркивают высокую степень коморбидности ожирения детского возраста. Ожирение детского возраста имеет дифференцированные отличия с неблагоприятным прогнозом во взаимосвязи с периодами детства, полом, длительностью, формой и типом ожирения.

**Ключевые слова:** дети, ожирение, тимомегалия, висцеральный тип, гормональный статус, метаболизм, пубертат.

## THE EFFECT OF THE AGE FACTOR ON THE CLINICAL COURSE AND OUTCOMES OF OBESITY IN CHILDREN

Z. Kh. Yakubova, L. A. Babaeva, S. S. Ismatulloeva

Department of propaedeutics of children diseases (head of the department - candidate of medical sciences, associate professor L.A. Babaeva), department of dermatovenerology (head of the department - doctor of medical sciences K.M. Mukhamadiyeva) of SEI "ATSMU"

**Yakubova Zaynab Khalimovna** - d.m.s., professor, department of propaedeutics of children diseases of SEI "ATSMU", E.mail: [parviz.yakubov23@gmail.com](mailto:parviz.yakubov23@gmail.com), tel.: 935335067.



*Babaeva Lola Abdunaimovna - c.m.s., associate professor, head of the department of propaedeutics of children diseases of SEI "ATSMU", E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, tel.:446003624.*

*Ismatulloeva Savrina Sadulloevna - c.m.s., assistant, department of dermatovenerology of SEI "ATSMU", E.mail: damsav@mail.ru, tel.:446003640.*

A comprehensive assessment of the clinical course and outcomes of obesity was performed in 55 patients in the age from 1 year to 17 years . The nosological structure was composed of 30 children with primary obesity and 25 with a neuroendocrine form. Stage 1 obesity - in 8 , 2- in 30 and 3- in 17 patients. Of which girls - 37 (67,2 % ) , boys - 18 (32,8%). Taking into account childhood periods, patients were divided into 3 groups:

-1 group (period of infancy ) - 10 patients ,  
-2 group (preschool period ) - 12 patients ,  
-3 group (puberty, adolescence periods) - 33 patients.

In all age groups studied anamnestic, anthropometric, clinical, functional, hormonal and metabolic indicators compared with age - related standards . The influence of hereditary (40 % ) and nutritional (? 70 % ) factors on the formation and progression of obesity in all age groups has been established . Differentiated predictors identified in relation to childhood periods. According to our data , in children of early and preschool age ( n=22 ) , the formation of obesity was mainly influenced by prenatal factors (?70% ) , encephalopathy, the nature of feeding (artificial, mixed nutrition by unadapted mixtures ) and thymomegaly ( 6 patients ) with

**Мухиммият.** Паҳншавии назарраси вазни барзиёди бадан (ВББ) ва фарбеҳӣ хусусияти ҷаҳонӣ гирифта, дар марҳилаи муосир мушкilotи ҷиддии тиббӣ-ичтимоӣ гардидааст [6,7,13,15,19]. Мувофиқи маълумоти ТУТ, шумораи одамони дорои ВББ тақрибан 1 млн нафарро ташкил дода, миёни ҳам аҳолии калонсол ва ҳам хурдсолон афзоиши прогрессивӣ дорад; ба соли 2030 ин нишондод ба 1 млрд нафар мерасад [15]. "Эпидемияи гайриинфексионӣ"-и мазкур бо прогрессияи геометрӣ дар тамоми олам паҳн шуда, ба кулли кишрҳои аҳоли ҳам дар кишварҳои рушдкарда ва ҳам дар кишва-

a leading value of the hereditary factor . With X-ray and ultrasound methods , thymomegaly of the 2nd degree ( КТТИ 0,37 - 0,42 ) was detected in 4 , and 3 degrees ( КТТИ ? 0,42 ) in 2 sick children of the first year of life .

In the group of children of puberty and adolescence (n=33) , the visceral type and the neuroendocrine form of obesity predominated. Leading prognostic markers installed (duration of IMT , form , visceral type of obesity and puberty with hormonal - metabolic changes ) , which contributed to the progression of obesity with the early development of socially significant diseases . The frequency of cardiovascular pathology was 21,8 % , insulin resistance (IR) - 39, 3 % and NGTT - 25,4 % , type 2 diabetes - 12,7 % , impaired reproductive function of girls - 32, 7 % and metabolic syndrome formation in the 10 ,9 % teenage period . The results on the frequency and different directions of the pathology of leading organs and systems emphasize the high degree of comorbidity of childhood obesity. Childhood obesity has differentiated differences with an unfavorable prognosis in relation to childhood periods , gender , duration , form and type of obesity .

**Keywords:** children, obesity, thymomegaly, visceral type, hormonal status, metabolism, puberty.

рҳои дар ҳоли рушд таъсир мерасонад. Ба ин омилҳои генетикӣ, иҷтимоӣ, экологӣ, алиментарӣ, равонӣ ва ғ. мусоидат мекунад. Фарбеҳшавӣ аз вазни барзиёди бадан сар шуда, метавонад ҳам механизми оғоз ва ҳам оқибати вайроншавии мубодилаи модаҳо бошад [1,2, 4,5]. Ин навъи нотобӣ дар ҳама ҳудудҳои синнусолӣ бо сатҳи гуногуни ифодаёбӣ вомехӯрад. Дар марҳилаи муосир ба фарбеҳии синни кӯдакӣ афзоиши басомади ВББ ва шаклҳои гуногуни фарбеҳӣ шуруъ аз синни бармаҳал ва томақтабӣ хос аст [7,12,13], ки ба сифати сиҳати кӯдакон ва давомнокии умри онҳо таъсири но-





мусоид дорад. Дар баробари ин, фарбеҳии синни кӯдакӣ тафовутҳои тафриқашудаи этиопатогенетикӣ, клиникӣ ва табобатӣ-профилактикӣ дар робитаи мутақобила бо андозаҳои синнусолӣ ва чинсӣ дорад. Дар тадқиқотҳои солҳои охир афзоиши вазни нисбии фарбеҳӣ дар кӯдакони синни томактабӣ қайд шудааст [3,7,19]. Дар алоқамандӣ ба ин, дар таҷрибаи педиатрӣ механизмҳои барномасозии дохилибатнӣ, омилҳои пренаталӣ, ҳамчунин сабабҳо ва параметрҳои клиникӣ шаклҳои оризадори фарбеҳӣ дар ҳудудҳои синнусолӣ бошиддат омӯхта мешаванд, ки имкон медиҳад саҳти ташхисгузори бармаҳалро баланд бардошта, усулҳои коррексияи мутаносиб аз лиҳози беҳсозии дурнамои фарбеҳии синни кӯдакӣ тақмил дода шавад [8,11]. Фарбеҳӣ бемории музмини мубодилавӣ буда, барояш осеби рушдуқунандаи аъзои низомҳои асосӣ бо ташаккулёбии бармаҳалли бемориҳои аз нигоҳи иҷтимоӣ таъсиргузор хос аст [14,16,17,19].

Лозим ба қайд аст, ки дар шароити бозсозии ҳормоналии организми кӯдакони синни пубертатӣ ва наврасӣ ноустувории баланди механизмҳои марказӣ ва канорӣ танзим бо инкишофёбии маҷмуи ихтилолҳои ҳормоналӣ-метаболикӣ мушоҳида мешавад, ки ба манифестатсияи бемориҳои аз қабилӣ диабети қанд (ДҚ)-и навъи 2, кардиомиопатия, гипертензияи шарёнӣ (ГШ) ва синдроми метаболикӣ мусоидат мекунад, ки аҳамияти муҳим барои ояндабинӣ ва аз ҷиҳати тиббӣ-иҷтимоӣ доранд [9,10,17,18].

Солҳои охир синдроми метаболикӣ (СМ) дар синни кӯдакӣ ҳамчун бахши нокифоя омӯхташудаи масъалаи мазкур, ки асосанро шаклҳои рушдуқунандаи фарбеҳӣ тартиб медиҳанд, васеъ ва бошиддат омӯхта мешаванд [2,4,6]. МС- маҷмуи аломатҳои ҳормоналӣ, метаболикӣ ва психосоматикӣ ихтилолҳои мебошад, ки ба инкишофёбии бармаҳалли атеросклероз, ГШ, миокардиодистрофия ва диабети қанд мусоидат мекунад. Аз нигоҳи ташхисгузорӣ ва клиникӣ дар таҷрибаи клиникӣ шаклҳои камшумори фарбеҳӣ ҳангоми синдромҳои модарзодии аз ҷиҳати генетикӣ детерминатсияшуда ҷолиб ба назар мерасанд [6,9,19]:

-синдроми Прадер - Вилли, ки ба тасвири клиникӣ фарбеҳӣ, гипотонияи мушакҳо, олигофрения, гипогонадизм ва крипторхизмро ворид мекунад;

-синдроми Лоуренс - Мун - Барде - Бидл бо зухуроти олигофрения, фарбеҳӣ, полидактилия, ретинити пигментӣ, гипогонадизм бисёр вақт якҷоя бо диабети ғайриқандӣ.

Паҳншавии ВББ ва фарбеҳӣ миёни кӯдакону наврасон, мушкилии механизмҳои патогенетикӣ рушд, ҷанбаҳои тафриқашудаи ташхисӣ ва клиникӣ дар ҳудудҳои синнусолӣ таъкид ба мубрамаӣ ва муҳимияти тиббӣ-иҷтимоӣ ин масъала мекунад [1,6,19].

Дар баробари ин, тӯли солҳои охир бартарии вазни нисбии фарбеҳӣ миёни кӯдакони синни томактабӣ мушоҳида мешавад [3,7,10,19]. Дар робита ба ин, дар таҷрибаи педиатрӣ механизмҳои барномасозии дохилибатнӣ ва таъсири синамакконӣ ба ташаккули фарбеҳӣ, ҳамчунин параметрҳои клиникӣ шаклҳои оризодор дар кӯдакон бошиддат омӯхта мешаванд [8,11,12]. Бо вучуди тадқиқотҳои сершумор, баъзе ҷанбаҳои марбут ба механизмҳои рушд, раванди клиникӣ ва ориза пайдо кардани фарбеҳӣ дар ҳудудҳои синнусолӣ хуб омӯхта нашудаанд - ин авлавияти масъалаи мазкур ва зарурати дарки минбаъдашро муайян мекунад [7,13,14,15,16].

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши параметрҳои клиникӣ-функционалӣ, ҳормоналӣ-метаболикӣ фарбеҳӣ дар алоқамандӣ бо давраҳои синнусолии кӯдакӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Нишондорҳои клиникӣ-анамнестикӣ, функционалӣ ва ҳормоналӣ-метаболикӣ 55 кӯдак бо шаклҳои гуногуни фарбеҳӣ дар ҳудудҳои синнусолии аз 1 то 17-сола, бо давомнокии 3-5-солаи мушоҳида омӯхта шуданд. Аз онҳо бо фарбеҳии ибтидоӣ - 30, шакли нейроэндокринӣ - 25 бемор. Духтарон - 37 (67,2), писарон - 18 (32,8%) нафар. Аз рӯйи синну сол ҳамаи беморон ба се гурӯҳ тақсим карда шуданд:

-гурӯҳи I (то 3-сола) - 10 бемор, аз ҷумла 6 бемор бо тимомегалия (ТМ), зухуроти паратрофияи дараҷаи II- III;





-гурӯҳи I (3 - 6-солаҳо) - 12 бемор;

-гурӯҳи III (? 10 - 17-солаҳо) - 33 бемор.

Дар ҳама гурӯҳҳои синнусолӣ баҳодиҳӣ ба додаҳои антропометрӣ (ба ҳисоби перцентил) бо муайян кардани индекси вазни бадан ба ҳисоби дарсад ва даври миён (ДМ), ҳамчун усули баҳодиҳии ғайримустақим ба навъи вистсералии фарбеҳӣ гузаронда шуд. Дар қиёс бо меъёрҳои синнусолӣ таҳлили нишондиҳандаҳои профили ҳормоналӣ (пролактин, кортизол, инсулин, ФСГ, ЛГ, эстрогенҳо) ва мақоми метаболикӣ (гликемия ба шиками гурусна, ГТТ-и стандартӣ, Нб А1с-и гликолизатсияшуда, липидограмма) гузаронда шуданд. Хусусиятҳои функционалии узву низомҳо мувофиқи натиҷаҳои ЭКГ, ТУС ва ТМР омӯхта шуданд. Кулли беморонро эндокринолог, невролог, окулисти кӯдакона, мувофиқи нишондод дерматолог ва гинеколог муоина карданд.

Таҳқиқотҳои баргузоршуда барои муайянкунии параметрҳои синнусолии тафриқашуда дар кӯдакон имкон фароҳам оварданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Дар асоси баҳодиҳии комплексӣ омилҳои асосии пешгӯии ташаккулёбӣ ва рушди фарбеҳии кӯдакон дар гурӯҳҳои синнусолӣ ошкор карда шуданд. Ҳоса, дар гурӯҳи кӯдакони синни бармаҳал басомади баланди (?70%) омилҳои пренаталӣ (раванди вазнини ҳомилагӣ ва таваллуд, чанини калон, энсефалопатия), тимомегалия ва таъсири физидиҳии омехтаи бармаҳал бо омехтаҳои мутобикнокарда муқаррар гардидааст. Ирсияти бади вобаста ба фарбеҳӣ дар 40% (n=22) дар мачмуъ бо предикторҳои номбаршуда ба ташаккули фарбеҳӣ шуруъ аз синни бармаҳал ва томақтабӣ мусоидат мекард. Дар 23,6% (n=12) тавъам бо ирсияти бад (ДҚ ва фарбеҳӣ дар авлод) ташаккули бармаҳалли ВББ, майл ба ташаккулёбии шаклҳои оилавӣ ва вазнини фарбеҳӣ бо оқибатҳои номусоид қайд гардид. Маълумоти овардашуда доир ба таъсири ирсияти вазнин иштироки омили генетикӣ ба муҳлати инкишофёбӣ, раванди клиникӣ ва оқибатҳои фарбеҳӣ дар кӯдакон истисно намекунад. Энсефалопатияи гипоксикӣ-ишемикӣ, ки дар аксарияти кӯдакони синни хурд (гурӯҳи I ва II) ошкор гардид, бо додаҳои нейросонография, ТМР-и сар ва нишондодҳои мақоми офталмологӣ собит шуд. Ба ақидаи мо, таъсири манфии энсефалопатия бо синдроми гипертензивӣ ба равандҳои номуназамшавии системаи гипоталамусу гипофизӣ шуруъ аз синни бармаҳал истисно намешавад.

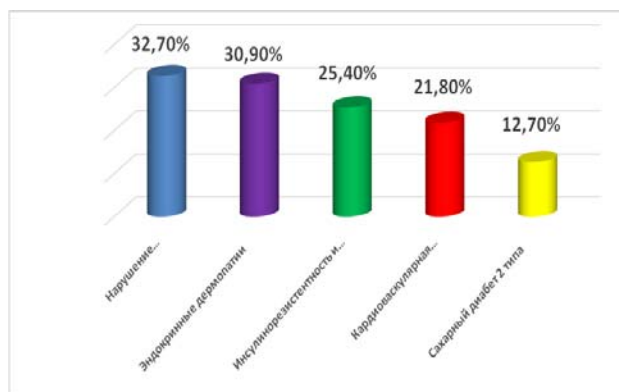
Ҳангоми муоинаи клиникии гурӯҳи синнусолии мазкур тақсими баробари қабати таҳтипӯстии чарбу бо индекси вазни бадан дар ҳудуди 17 - 30% (ОТ? 90 перцентил) ҳангоми дар сатҳи табиӣ будани ҳаракати кӯдакон қайд гардид. Дар беш аз 50% кӯдакони синни бармаҳал ҳамчунин нишонаҳои энсефалопатия аз қабали баҳаяҷоноии ифротӣ, вайрон шудани хоб, гипергидроз, дермографизми сурх қайд шуданд, ки аз ҷониби мо ҳамчун аломатҳои дисадаптатсияи бармаҳалли низоми вегетативии асаб шинохта шуданд. Хусусиятҳои функционалии низоми дилу рағҳо аз меъёрҳои синнусолӣ фарқ намекарданд, ки далели ҳифзшавии механизмҳои мутобикшавӣ дар шароити сифати нисбатан қоньқунандаи ҳаёт мебошад. Офияти зоҳирӣ сабаби таваҷҷуҳи лозима надоштани волидон ва пизишкон ба тадбирҳои табобатӣ-профилактикӣ гардида, ба раванд ва дурнамои фарбеҳӣ таъсири бад мерасонанд. Параметрҳои ҳормоналӣ-мубодилавӣ ҳаҷунин аз меъёрҳои барои ин син муқарраргардида фарқ намекарданд. Истисно танҳо кӯдакони дорои ТМ буданд, ки дар онҳо нишондодҳои баланди кортизол (450-500нмол/л), пролактин (700 -1200 МЕ/л), холестерин (3,6 - 4,9 ммол/л) ва гипергликемияи транзиторӣ ба шиками гурусна (5,6 - 6,1 ммол/л) аксаран ҳамзамон бо мавҷудияти паратрофияи дараҷаи II -III ифшо гардидааст. Натиҷаи таҳқиқотҳо оид ба мақоми ҳормоналӣ-мубодилавӣ ҳангоми ТМ, ҳолати дисфунксияи низоми эндокриниро инъикос намуда, ба инкишофёбии патологияи самти гипоталамусӣ дар 2-3 соли аввали ҳаёт моил месохтанд. Мушоҳидаҳои мо оид ба синни бармаҳал ва томақтабӣ ба таҳқиқотҳои як қатор муаллифон мувофиқанд [4,6,8] ва бо таъсири манфии ТМ ва энсефалопатия бо синдроми гипертензивӣ ба си-



фати ҳаёт ва ояндабинии фарбеҳӣ дар кӯдакон пурра карда шуданд. Аз тарафи мо вобастагии тарафайни коррелятсионии ( $r = 0,38$ ) омили синнусолӣ ва шаклҳои оризадори фарбеҳӣ дар кӯдакон муқаррар гардид.

Дар 33 кӯдаки синни пубертатӣ ва наврасӣ сохтори асосии нозологиро инҳо тартиб доданд: фарбеҳии ибтидоии навъи вистсералӣ - дар 13, нейро-эндокринӣ - дар 20, бо табдилёбӣ ба синдроми мубодилаи моддаҳо - дар 6 наврас. Ба сифати предикторҳои асосӣ инҳо муайян гардиданд: ирсияти оризадор - 45,4 %, давомнокии ВББ беш аз 3-5 сол - дар 36,3 %, дар шароити истеъмоли барзиёди тӯлонии карбогидратҳо ва пурхӯрӣ бо аҳамияти асосии пубертат. Дар ин гурӯҳи синнусолӣ ВББ дар ҳудуди 25 то 50 % ва зиёда аз он (ОТ ? 95 перцентил) дар сурати  $4,29 \pm 2,6$  сол идома ёфтани фарбеҳӣ тағйир меёфт. Баҳодихии комплексӣ ба ҳолати сихатӣ сатҳи пасти сифати ҳаёти беморро бо басомади баланди шикоятҳои гуногуннавъ нишон дод, ки ба оқибатҳои номусоиди фарбеҳии дорои хусусияти бисёрнизомӣ ишора мекунанд. Дар зер нишон дода шудааст, ки бечошавиҳои тӯлонии ҳормоналӣ-метаболикӣ, ки ба синни балоғати ҷинсӣ ва наврасӣ хосанд, сабаби асосии рушди шаклҳои оризадори фарбеҳӣ ва маъюбшавии бармаҳал мебошанд (рас.1).

Патологияи кардиоваскулярӣ 21,8 % ( $n=12$ )-ро бо зухуроти дисфунксияи вегетативӣ, кардиопатияи дисметаболикӣ, гипертензияи пинҳонии шарёнӣ ва сефалгияи лаҳзавӣ ташкил дод. Дар байни омилҳои ташаккулёбии патологияи кардиоваскулярӣ ирсияти оризадори вобаста ба беморшавии дилу



Ихтилоли функцияи репродуктивӣ  
Дерматопатияҳои эндокринӣ  
Инсулинрезистентнокии ва ТТГН  
Патологияи кардиоваскулярӣ  
Диабети қанди навъи 2

Рас.1. - Басомади патологияи ҳамроҳ дар байни кӯдаконе, ки фарбеҳӣ доранд.

рағҳо, шакл, дараҷа (III-IV), давомнокии ВББ (зиёда аз 3-5 сол) ва дислипидемия мушоҳида гардиданд. Бино ба додаҳои таҳқиқоти электрокардиографӣ (ЭКГ) бечошавии меҳвари барқии дил, инверсия ва поиншавии дандонаи Т, майл ба тахи- ва брадиаритмия, синдроми реполяризатсияи бармаҳал, муҳосираи нопурраи АВ, бартарии иқтидорҳои меъдаҷаи чап қайд гардиданд, ки аз ихтилолҳои ҷиддии низоми дилу рағҳо бо оқибатҳои номусоид гувоҳӣ медиҳанд. Аз ин бармеояд, ки нишондодҳои ЭКГ-ро ҳамчунин маркери муҳими ташхиси ташаккулёбии патологияи кардиоваскулярӣ ҳангоми фарбеҳӣ дар синни кӯдакӣ арзёбӣ кардан мумкин аст. Масъалаи таъсири мутақобилаи ДҚ ва фарбеҳӣ васеъ омӯхта мешавад ва то ба имрӯз мубрамии худро нигоҳ медорад [2,4,14].

### Ҷадвали 1. Нишондиҳандаҳои ҳормоналӣ-мубодилавӣ дар кӯдакони синни пубертатӣ дар шароити фарбеҳӣ ( $n=33$ ).

№	Параметрҳо	Шумора, %
1.	Гиперкортицизм	51,5
2.	Дислипидемия	45,5
2.	Инсулинрезистентнокии	39,3
4.	Гиперпролактинемия	36,3

Арзёбии нишондиҳандаҳои мақоми мубодилавӣ ихтилоли ТТГ (ГТТ) ва инсулинрезистентнокиро дар 39,3 % ( $n=13$ ) ошкор намуд. Басомади баланди ТТГН

(НГТТ) ҳамчун марҳилаи токникии ДҚ дар кӯдакон бо шаклҳои мухталифи клиникӣ-патогенетикии фарбеҳӣ шинохта шуд. Диабети қанди навъи 2 дар шакли



манифестӣ дар 12,7% (n=7) кӯдакон, ки ирсияти оризадор оид ба диабет ва фарбеҳӣ доштанд, муайян гардид. Дислипидемия (ДЛП) дар маҷмуъҳои гуногуни нотобиҳо дар 45,5% (n=15) бо сатҳи баланди холестерин (? 4,9 ммол/л), триглицеридҳо (? 1,87 ммол/л), ЛПЗП (? 3,55 ммол/л) ва коҳишёбии ЛПЗБ (? 1,47 ммол/л) ошкор карда шуд. Индекси атерогенӣ (ИА) дар ҳудуди 1,57 - 1,8 буд.

Ихтилолҳои ҳормоналӣ бо зуҳуроти гиперкортицизм дар 51,5 % (17 бемор), гиперпролактинемия дар 39,3 % (n=13) ва гипозэстрогения дар 10,4% (n=8) бештар зимни шакли эндокринӣ ва навъи вистсералии фарбеҳӣ бо давомнокии ВББ зиёда аз 3-5 сол муайян карда шуданд.

Маҷмуи бечошавиҳои ҳормоналӣ-метаболикӣ ба сифати саломатии репродуктивӣ дар давраи расидан ба балоғати ҷинсӣ (пубертат) бо ихтилоли давраи ҳайз дар 32,7 % (n=18), майл ба хунравиҳо дар 18,1 % (n=10) ва ташаккули бармаҳалли синдроми тухмхуҷайраҳои поликистозӣ дар ҳамбастагӣ бо мастопатияи диффузӣ-манбаъгӣ дар 20 % (11 духтар) таъсири номусоид доштанд. Аз ин сабаб беморон муддати тӯлонӣ тахти мушоҳидаи гинеколог ва маммолог буданд. Мушоҳидаҳои мо оид ба ҳолати саломатии репродуктивии духтарон оқибатҳои номусоидро дар синни бордоршавӣ истисно намунонд. Параметрҳои клиникӣ-функционалӣ, ҳормоналӣ-мубодилавӣ дар алоқамандӣ бо давомнокии ВББ, шакл, навъи фарбеҳӣ ва пубертат аз ҷониби мо ҳамчун маркерҳои пешгӯии оқибатҳои номусоиди фарбеҳӣ дар синни кӯдакӣ арзёбӣ гардидаанд.

Аз лиҳози клиникӣ ва эстетикӣ таваҷҷуҳи хосаро дермопатияҳои эндокринӣ ба худ ҷалб мекунад, ки дар 30,9% (n=17) беморони дорои навъи вистсералӣ ва шакли нейроэндокринии фарбеҳӣ муайян шудаанд. Полиморфӣ будани тағйироти пӯст ба қайд меарзад, ки ба он такрорёбии зиёди стрияҳои рангашон аз гулобӣ то бунафши торик бо ҷойгиршавӣ дар қисматҳои пӯшидаи бадан (ноҳияи

китфон, сина, ронҳо, шикам ва суринҳо), "acne vulgaris" дар рӯй, себореяи равшани қисми мӯйдори сар ва гирсутизм (барзиёдии мӯй) ҳамчун натиҷаи гиперандрогенияи давраи пубертатӣ хос аст. Гирсутизм аз ҳама бештар сабаби мурочиатҳо ва ихтилолҳои психосоматикӣ дар духтарони синни пубертатӣ мегардад. Мо алоқаи дермопатияҳо бо бечошавиҳои баръалои ҳормоналӣ-мубодилавӣ дар давраи пубертатӣ муқаррар намудем. Ба ин тарик, дар 12 духтар маҷмуи ихтилолҳои низоми репродуктивӣ - поликистозии тухмхуҷайраҳо (мувофиқи маълумоти ТУС) ва гирсутизм дар шароити инкишофёбии бошитоби ҷинсӣ ва ҷисмонӣ қайд гардид.

Басомади баланд, бисёршакла будани дермопатияҳо ва ҷанбаҳои эстетикӣ онҳо сабаб гардид, ки беш аз 50% беморон аз ибтидо ба дерматолог ва косметолог муроҷиат кардаанд. Амали мазкур ба мушоҳидаҳои тӯлонӣ бидуни ислоҳи мақоми ҳормоналӣ-метаболикӣ алоқаманд буд, ки чиддан раванд ва дурнамои фарбеҳиро дар кӯдакон бад месохт. Натиҷаи таҳқиқотҳои мо оид ба мақоми ҳормоналӣ-мубодилавӣ ва оризаҳо ба ҳулосаҳои як қатор муаллифон [2,4,19] мувофиқ меоянд ва бо махсусиятҳои мавқеъҳои клиникӣ ва эстетикӣ дермопатияҳои эндокринӣ пурра карда шудаанд.

**Хулоса.** Ба ин тарик, фарбеҳии синни кӯдакӣ тафовутҳои тафриқашуда доранд, ки бо параметрҳои синнусолӣ, шакл ва навъи фарбеҳӣ алоқамандӣ зоҳир мекунад. Маркерҳои клиникӣ-функционалӣ, ҳормоналӣ-мубодилавӣ дар кӯдакони дорои ВББ ва фарбеҳӣ бо мурури калоншавии кӯдак афзуда, ба ташаккулёбии бармаҳалли бемориҳои аз лиҳози иҷтимоӣ таъсиргузор мусоидат мекунад. Аҳамияти баланди тиббӣ-иҷтимоӣ фарбеҳии синни кӯдакӣ ба авлавияти масъала таъкид мекунад ва зарурати такомули усулҳои ташхисро бо баргузориномаи чорабиниҳои табобатӣ-профилактикӣ дар марҳилаҳои бармаҳалли ташаккулёбии фарбеҳӣ талқин месозад.



## АДАБИЁТ

1. Дедов И.И. Патогенетические аспекты ожирения/ И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, Т.И. Романцова // Ожирение и метаболизм. -2004.- № 1. С. 3-9.
2. Щербакова М.Ю. Метаболический синдром - взгляд педиатра / М.Ю. Щербакова, П.А. Сеницын, Е.Е. Петрайкина // Лечащий врач.- 2008.- № 7. - С. 40-42.
3. Аверьянов А.П. Нейровегетативные нарушения у детей с ожирением в период пубертата и их коррекция/ А.П. Аверьянов, Н.В. Болотова // Педиатрия.- 2009.-т. 87.- № 3.- С. 47-52.
4. Метаболический синдром у детей и подростков: вопросы патогенеза и диагностики/ И.Г. Морено [и др.]// Педиатрия.- 2010.-т 89.- № 4.- С. 116-119.
5. Осложнения ожирения у детей и подростков/ Павловская Е.В. [и др.]// Вопросы практической медицины.- 2012 (3)- № 7.- С. 50-58.
6. Яковлева Л.В. Взаимосвязи повышенной массы тела метаболических нарушений и повышения артериального давления у детей подросткового возраста / Л.В. Яковлева, В.А. Мелитицкая //Педиатрия.- 2010.-т. 89.- № 5.- С. 36-39.
7. Картелищев А.В. Ожирение у детей и подростков/ А.В. Картелищев, А.Г. Румянцев- М. Бином.- 2013: 250 - 279.
8. Щербаков В.И. Механизмы внутриутробного программирования ожирения у детей/ В.И. Щербаков, Т.И. Рябиченко, Г.А. Скосырева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013.-№5. С. 8 - 14.
9. Евдокимова Е.Ю. Ожирение у детей. Маркеры метаболического синдрома у детей / Е.Ю. Евдокимова, У.Ю. Попова//Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области.2017-Т.1.- №2 (17).- С. 16-19
10. Изменения показателей нейроэндокринного статуса у детей с различными формами ожирения/ Солнцева А.В. [и др.]//Педиатрия, Восточная Европа.-2015-№2(10).- С. 48-55.
11. Конь И.Я. Грудное вскармливание и ожирение. Новые аспекты и проблемы./ И.Я. Конь, Н.М. Шилина, М.В. Глощинская //Педиатрия. 2016.-Т. 95.- №4.-С. 92 - 97.
12. Ожирение как проявление возможного метаболического синдрома у детей 10-15 лет / Мищенко И.А. [и др.]// В сборнике: Физическая культура и спорт в инклюзивном образовании детей и учащейся молодежи Материалы всероссийской студенческой научно-практической конференции. Российский государственный социальный университет, Факультет физической культуры. 2016. С. 131-134.
13. Петеркова В.А. Ожирение в детском возрасте / В.А. Петеркова, О.В. Ремизов // Ожирение и метаболизм. - 2014. № 1.- С. 17 - 23.
14. Современные подходы к профилактике ожирения у детей / А.А. Камалова// Российский вестник перинатологии и педиатрии .2016.-Т.61.-№6.-С. 43-48.
15. Global burden of obesity in 2005 and procession to 2030 / Kelly T. [et al.]//Int. J Obes (London). 2008; 32 (9): 1431 - 1437.
16. Symonds M.E. Mendez H.M. Ann. Nutrision Metabolism 2013;62(2): 137- 145.
17. Факторы риска формирования артер. гипертензии у детей и подростков с ожирением/ Болотова Н.В. [и др.]// Педиатрия.- 2013.- т 92.- № 5.- С. 40-44.
18. ZimmetP., Alberti G. The metabolic syndrome in children and adolescens // Lancet. 2007.369: 2059-2061.
19. Распространенность ожирения и избыточной массы тела среди детского населения РФ. / Тутельян В.А. [и др.]//Педиатрия.- 2014.-т 93.- № 5.- С. 28-31.



**БАҲОДИҲИИ УМУМӢ БА ВАЗЪИ ДАСТГОҲИ ЛАХТАШАВИИ ХУН ДАР БЕМОРНИ МУБТАЛОИ БУҒУМДАРДИ ТАРБОДМОНАНД (АРТРИТИ ТАРБОДМОНАНД) ВОБАСТА БО БАЛАНД БУДАНИ ЧАРАЁНИ ИЛТИҲОБӢ ВА ТАШРЕҲИ БЕМОРИҲОИ ДИЛУ РАҒҲОИ ХУНГАРД.**

**Р.Н.Зубайдов, Ё.У. Саидов, Х.Р.Махмудов, Негматзода Б.Р.**

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои даруни (мудири кафедра д.и.т., дотсент Саидов Ё.У)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

*Зубайдов Р.Н.- дотсенти кафедраи ТАБД Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино тел:918-51-72-70.*

*Саидов Ё.У. д.и.т.-мудири кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино тел: 918 69 48 19*

*Махмудов Х.Р.-н.и.т. ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино тел: 901004443*

*Негматзода Б.Р. -табиби шӯъбаи табобатӣ тел: 988293997*

Дар мақола натиҷаҳои тағйирёбии вазъи системаи лахташавии хун дар 65 -бемор, ки гирифтори бемории буғумдарди тарбодӣ ҳастанд, вобаста ба дараҷаи баланд будани чараёни илтиҳоб ва мавҷуд будани ташреҳи беморони дил ва рағҳои хунгард нишон дода шудааст.

Муайян карда шудааст, ки дар баландшавӣ ва тағйирёбии дастгоҳи лахташа-

вии хун дар беморони мубтало ба БТ на танҳо баланд будани чараёнҳои илтиҳобӣ, инчунин ҷой доштани ташреҳи кардиоваскулярӣ, ки дар беморони БТ бисёртар ба чашм мерасад, сахми худро мегузорад.

**Калимаҳои калидӣ:** Буғумдарди тарбодмонанд, системаи дастгоҳи лахтабандии хун, ташреҳи кардиоваскулярӣ.

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НАЛИЧИЕМ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПОТОЛОГИИ**

**Р.Н.Зубайдов, Ё.У.Саидов, Х.Р.Махмудов, Б.Р.Негматзода**

Кафедра пропедевтики внутренних болезни (зав. кафедрой Саидов Ё.У) ТГМУ им Абуали ибн Сино

*Зубайдов Рустам Нигматович- к.м.н ; доцент кафедры пропедевтики внутренних болезни ТГМУ им Абуали ибн Сино тел: 918517270.*

*Саидов Ёр Умарович- д.м.н; зав. кафедры пропедевтики внутренних болезни ТГМУ им Абуали ибн Сино тел:918694819*

*Махмудов Хайём Рузиевич- к.м.н; ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезни ТГМУ им Абуали ибн Сино тел: 901004443*

*Негматзода Бехруз Рустам- врач кардиоревматологической отделения ГМЦ № 2 тел:988293997*

В статье представлены результаты исследования состояния свертывающей системы крови у 65 больных с достоверным диагнозом ревматоидного артрита в зависимости от степени активности заболевания и наличие кардиоваскулярной патологии. Выявлено,

что у пациентов с ревматоидным артритом наблюдается закономерное увеличение количества параметров свертывающей системы крови с достоверным различием по мере нарастания степени активности воспалительного процесса.





Установлено, что гиперкоагуляционные сдвиги показателей свертывающей системы крови наиболее ярко были выражены у больных ревматоидным артритом в сочетании с кардиоваскулярной патологией

на фоне высокой степени активности заболевания.

**Ключевые слова:** Ревматоидный артрит, активность, свертывающая система крови, кардиоваскулярная патология.

## COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF CONDITION OF BLOOD COAGULATION SYSTEM AT PATIENTS WITH RHEUMATIC ARTHRITIS IN DEPENDANCE OF ACTIVITY DEGREE AND PRESENCE OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

R.N. Zubaydov, Y.U. Saidov, Kh.R. Makhmudov, B.R. Negmatzoda.

Department of Internal Medicine Propaedeutics ATMU AbualiIbni Sino

*Zubaydov Rustam Nigmatovich-CAFEDRA OF PROPAEDEVICS OR INTERNAL DISEASES . TEL 918517270*

*Saidov Yor Umarovich- E.M.D HEAD OF CAFEDRA PROPAEDEVICS TEL.918694819*

*Makhmudov Khayom Ruziboevich-KMN ASSISTANT'S CAFEDRA OF PROPAEDEVICS TEL.901004443*

*Negmatzoda Behruz Rustam-DOC.THERAPEVTIC TEL. 988293997*

The article presents the results of a study of the state of the blood coagulation systems in 65 patients with a sufficient diagnosis of rheumatoid arthritis, depending on the degree of disease activity and the presence of cardiovascular pathology. It has been revealed that in patients with rheumatoid arthritis, there is a gradual increase in the number of parameters of the blood coagulation systems with a significant difference as the degree of activity of the

inflammatory process increases. It was found that hypercoagulable shifts in blood coagulation parameters were most pronounced in patients with rheumatoid arthritis in combination with cardiovascular pathology against the background of a high degree of disease activity.

**Key words:** Rheumatoid arthritis, activity, blood coagulation system, cardiovascular pathology.

**Мухимият.** Яке аз сабабҳое, ки бо фавти нобахангоми беморони буғумдарди тарбодӣ оварда мерасонад ин ҳам бошад ҷой доштани ташреҳи беморони дил ва рағҳои хунгард мебошад, ки дар беморони БТ би-сёртар ба чашм мерасад. Бамонанди (сактаи миокарди дил, хунрезии дар майнаи сар, инсулт, марги нобахангом), ки хамаи ин бемориҳо ба атеросклерози барвакти рағҳои коронари ва фишорбаландии шараёни (ФШ) оварда мерасонад. Дар беморони БТ дар натиҷаи пурзуршавии музмини системаи имунӣ дар организм, нобаробарии ҳалқаи ситокинӣ ба вучуд меояд (8-10). Мавҷудияти чунин нобаробарӣ ба пайдошавии атеротромбози рағҳои хунгард оварда мерасонад, ки ба тағйирёбии суръати гардиши хун дар рағҳои хунгард мусоидат менамояд. Яке аз омилҳое, ки ба тағйирёбии ташре-

ҳи гардиши хун дар беморони буғумдарди тарбодӣ мусоидат менамояд ин ҳам бошад, инъисоби (атеросклерози) рағҳои хунгард ва оризаҳои ӯ мебошад.

Тағйирёбии сохт ва дигаргуншавии рағҳои хунгардро дар беморони буғумдарди тарбодӣ аксарияти муаллифон ба ҷой доштани чараёнии илтиҳоби ба монанди: васкулити тарбодӣ, тағйирёбии хун, гардиши микросиркуляторӣ ва ба кас ҳолати дастгоҳи ларбандии хун вобаста мекунанд. (14-16).

Дар ақидаҳои ҳозиразамони илми тарбодшиносӣ яке аз мувоҳисаи махсус вобастагии буғумдарди тарбодӣ ба илтиҳоби музмини аутоиммунӣ, атеросклероз, тағйирёбии системаи лахташавии хун ва тағйирёбии суръати хун гардиш дар рағҳои хунгард ба шумор меравад. Баландшавии миқдори фибриноген ва баландшавии нишони системаи



дастгоҳи системаи хун- бандиш яке аз омилҳои хатарноки пайдошавии бемориҳои дил, рағҳои хунгард ва оризаҳои онҳо дар беморони бугум дарди тарбодӣ ба шумор меравад. Дар ин асно мавҷудоти бугум дарди тарбодӣ ва вобастагии он ба омилҳои хатарноки дар боло зикршуда (бемориҳои дил ва рағҳои хунгард, атеросклероз) ба имкон медиҳад, ки равиши бемории бугум дарди тарбодӣ ва тағйирёбии системаи лахташавии хун дар ин бемориҳо ба мутобиқшавии оварда расонад. [6,17].

Тағйирёбии системаи дастгоҳи лахташавии хун, тағйирёбии консентратсияи фибриноген, пурзуршавии сураъти гардиши хун дар беморони атеросклероз хуб омӯхта шуда бошад валекин дар беморони бугумдарди тарбодӣ мавриди омӯзиш қарор дорад ва дар бисёр ҳолатҳо ин нишондодҳо муқобилмаъно мебошанд.

**Мақсади тадқиқот:** Баҳо додан ба тағйирёбии дастгоҳи ё системаи лахташавии хун дар беморони бугумдарди тарбодӣ вобаста аз баланд будани дараҷанокии чараёни илтиҳоби..

**Мавод ва усулҳои тадқиқот:** тахти муоина ҳамагӣ 65 нафар бемор, ки бо ташҳиси бугумдарди тарбодӣ, ки бо сохтори чаъмиёти тарбодшиносони Амрико {АКР - 1987} ташҳисгузорӣ мешуданд, қарор доштанд. Маҷмуи умумии бемороне, ки дар чараёни муоина қарор доштанд дар шӯъбаи кардиоревматологияи М.Д.М.Т.Ш. №2 таъбабат ва ташҳис мегузоштанд (сину соли миёнаи беморон-  $46,3 \pm 3.4$  сол баробар буд. Дар байни беморони дар муоина қарордошта 51 бемор (78.5%) занҳо ва 14 нафар (21.5%) мардҳо ташҳил кардаанд. Дар шумораи зиёди беморони муоинашаванда (83.1%) бугумдарди серопозитивӣ бо нишондоди баланди омилҳои тарбодӣ ба чашм мерасид. Давомнокии миёнаи ба ин беморӣ гирифтورشудагон ба  $8.4 \pm 1.6$  сол баробар буд. Дар 38 беморӣ (58.4%) ташҳил мекунад, ғайр аз бемори бугумдарди тарбодмонанд, инчунин беморони ташрихи дил ва рағҳои хунгард (ба монанди бемории фишорбаландӣ, БИД ва дараҷаи чараёни гуногуни илтиҳобӣ) ҷой дошт. Миқдори умумии бе-

морони дар муоина қарордоштаро чараёни (I,II,III)-и илтиҳоби ташҳил мекард, ки ин ба 16-18 ва 31 бемори бугумдарди тарбодӣ баробар буд. Гуруҳи назоратиро бошад, ҳамагӣ 20 нафар фарди солим ташҳил медиҳад.

Тамоми бемороне, ки бо ташҳиси бугумдарди тарбодӣ ва бо ташрихи беморони дил ва рағҳои хунгард дар муоина қарор доштанд ва на кам аз 12-моҳ собиқаи бемориро доро мебошанд, бо таснифи колегияи чамъияти тарбодшиносони Амрико табақабанди мегаштанд. Якҷанд номгуи бемориҳо ба чараёни тадқиқотҳамроҳ қарда нашуд, ба монанди: гепатити вируси намуди В,С; Сирияи вирусии масъунияти одам, сирияи вирусӣ, норасоии музмини бозисти гардиши хун.

Дараҷаҳои баланди илтиҳоби бугумдарди тарбодиро бо индекси нишондоди DAS 28(disease activity score) муайян мекардем, ки ин нишондод се тағйиротро дар бар мегирифт

1. Нишондоди дараҷаи илтиҳобии паст дар ҳолате, ки ( $DAS28 > 3,2$ ).

2. Нишондоди дараҷаи илтиҳобии миёна дар ҳолате, ки ( $3,2 < DAS28 < 5,1$ )

3. Нишондоди дараҷаи илтиҳобии баланд дар ҳолате ки ( $DAS28 > 5,1$ ), [19]

Дар кули бемориҳои гуруҳҳои асоси гуруҳҳои тадқиқоти ва гуруҳи назоратӣ, ки бо ташҳиси бугумдарди тарбодӣ муоина мешуданд ба ҷунини нишондодҳои дастаи лахташавии хун баҳои мусбӣ дода мешуд, ба монанди: муайянсозии фаъолнокии зарраҳои тромбопластини (АЧТВ); муайянсозӣ вақти тромбопластини ва индекси протромбини (ПТВ), муайянсозӣ муносибати муътадили байналмиллалӣ (МНО), консентратсияи фибриноген ва маҳсулоти таҷзияшуда (ПДФ) ва муайянсозии маҷмуи ҳалшавандаи комплекси фибриномономерӣ.

Нишондодҳои тағйирёбӣ ва дигаргунашавии дастгоҳи лахташавии хунро дар асбоби махсус бо программа ворид гашта «Минилаб-» 70 муайян қарда шуд. Барои гузаронидани таҳлилҳои омори маълумотӣ ва маълумотҳои ҳосилшуда, пакети махсуси ҳисоби «Statistica 6,0»-ро истифода қарда шуд.



Баҳодихӣ фарқияти байни натиҷаҳоро бо фосилабандии (t-критерияи Стюденро истифода намудем. Маълумотҳои омили пурра ва дуруст шуморида мешуд дар ҳолате ки  $p < 0,05$  баробар буд. Натиҷаҳои баҳодихии умумиро бо ҳарфҳои M+m ишора намудем

**Натиҷа ва барасии онҳо:** Таҳлил ва натиҷаҳои ба даст овардашудаи системаи лахташавии хун дар беморони бугумдарди тарбодӣ дар гуруҳҳои асосӣ ва назоратӣ ба мо имкон медихад, ки чунин тағирёбиро мушоҳида намоем; пастшавии якҷанд нишондодҳои системаи лахташавии хун ба монандӣ; вақти протромбини, фаъолнокии зараҳои тромбопластина ва муносибати тарафайни байналмилали дар сурате, ки баландшавии дигар нишондодҳои системаи лахташавии хун ба монанди; фибриноген, реаксияи комплекси фибрин мономери ва пДФ ба чашм мерасид.

Хангоми дар таҳти омузиш қарор доштани нишондодҳои гемокоагулясионӣ дар беморони бугумдарди тарбодӣ дараҷаи илтиҳоби нишондодҳои фаъолноқшудаи зараҳои пластина кутоҳ гашта ва консетрасияи фибриногон ба баланшавӣ майл қардааст. Дигар нишондодҳои гемокоагулясия дар гуруҳи тадқиқотшаванда ба гуруҳи назоратӣ мувофиқат мекард.

Дар беморони бугумдарди тарбодӣ бо ҷараёни илтиҳоби дараҷаи 2-3 дар муқоиса бо ҷараёни илтиҳоби дараҷаи 1-уми бугумдарди тарбодӣ ғайр аз бетагир мондани нишондодҳои муносибати муътадили байналмилали дигар нишондодҳои дастгоҳи лахташавии хун ба баландшавӣ ҷой иваз мекарданд.

Натиҷаҳои ба даст овардашудаи мо ва натиҷаҳои тадқиқоти дигар олимони (14-16) шабоҳати онро медихад (ҷадвали №1), ки бо зиёдшавии дараҷанокии ва баланшавии ҷараёни илтиҳоб, баланшавии нишондодҳои дастгоҳи лахташавии хун дар беморони бугумдарди тарбодӣ ба амал меояд. Бояд қайд кард, ки тағирёбии системаи лахташавии хун дар беморони бугумдарди тарбодӣ ба дараҷанокии ҷараёни илтиҳоб алоқамандии зич дорад.

Дар раванди назорати системаи лахташавии хун дар беморони бугумдарди тарбодӣ, пастшавии ё кутоҳшавии нишондодҳои вақти фаъолнокии зараҳои тромбопластина (АЧТВ) мушоҳида гардид, ки ин нишондод ба мо имкон медихад, ки тағирёбии тамоми омилҳои системаи лахташавии хунро дар беморони бугумдарди тарбодӣ муайян созем.

### Ҷадвали №1 Нишондодҳои таҳлили дастгоҳи лахташавии хун дар беморони бугумдарди тарбодӣ.

Нишондод	Назорати	Беморони БТ (n=65)		
		I(n=16)	II(n=18)	III(n=31)
МКФТ(АЧТВ)	35,4±2,6	28,9±1,8	26,3±1,7*	21,8±1,6***
МВП(ПТВ)сек.	16,2±1,2	16,1±1,2	12,0±0,6**	11,4±0,5***
Фибриноген, г/л	3,5±0,5	4,0±0,03	5,5±0,5*	6,4±0,4**
ММБ(МНО)у.е	1,52±0,12	148±0,16	1,34±0,18	1,22±0,12
МДФ,(ПДФ)мг%	4,6±0,8	5,4±0,18	9,1±0,8**	12,0±0,14***
РФМК, мг%	5,1±0,16	5,4±0,18	8,6±0,12**	12,0±0,4***

Эзоҳ : \*P-<0,5; \*\*P-<0,01; \*\*\*P-<0,001-муҳимияти омили фарқияти гуруҳҳои асосӣ аз гуруҳҳои назорати.

Натиҷаҳои тадқиқотҳои гузаронидашуда ва тадқиқотҳои олимони тарбодшинос ба мо нишон медихад, ки тағирёбии ва баланшавии нишондодҳои системаи лахташавии хун дар беморони бугумдарди тарбодӣ ба шиддатнокии ҷараёни бемори, дараҷаи илтиҳоби бемори, алоқамандии зич дорад [7,14,15].

Барои пурра ва дақиқ намудани ин пешгуфтор мо таҳлили мувофиқатиро (корелатсия) санҷиши лаборатории тағирёбии системаи лахташавии хунро дар беморони бугумдарди тарбодӣ ба анҷом расонидем ва ин таҳлилҳо ба мо нишондоданд, ки тағирёбии сафедаи реактиви, муайянсозии комплекси фибринмономери дар як корелатсияи



мувофиқ чой доранд, ва чунин мувофикаро доро мебошад ( $r=0,23;0,34$ ). Дар чунин ҳолат сафедаи реактиви бо мувофика бо нишондодҳои муайянсози зарраҳои вақти тромбопластини ҳолати манфи ро доро мебошад ( $r=-0,28$ ).

Таҳлилҳои ҷамбасти олимони тарбодшинос ва омузиши дастгоҳи лахташавии хун, инчунин адабиётҳои омӯхташуда [3,7,15,16] шабохати онро медиханд, ки бо баландшавӣ ва пурзӯршавии ҷараёни илтиҳоби инчунин тағирёбии нишондодҳои системаи лахташавии хун дар беморони бугумдарди тарбоди ташреҳи беморони дил ва рағҳои хунгард пурзур мегардад ки ин ба равиши бемори таъсири манфи мебахшад [7,15,20].

Нишондодҳои тағирёбии системаи лахташавии хун дар беморони бугумдарди тарбодӣ, бо чой доштани ташриҳи беморҳои дил ва рағҳои хунгард ҷараёни гуногуни тағирёбии илтиҳобиро доро мебошад, ин-

чунин нишондодҳои тағироти системаи лахташавии хун дар беморони бугумдарди тарбодӣ бо чой доштани беморҳои дил ва рағҳои хунгард ва бо чой доштан бо ташреҳи дил ва рағҳои хунгард дар ҷадвали дуҷум нишон дода шудааст. Дар ҷадвали дуҷум натиҷаҳои нишондодҳои системаи лахташавии хун бо саҳеҳи ( $p<0,05$ ) кутоҳшавии вақти муайянсози зарраҳои тромбопластини, зиёдшавии консентратсияи фибриноген ва муайянсози комплекси халшудаи фибриномономерӣ дар беморони бугумдарди тарбодӣ бо мавҷудодии ташриҳи беморони дил ва рағҳои хунгард нишон дода шудааст. Дар дигар нишондодҳои лахташавии хун ба монанди (вақти протромбени, омили протромбени, муайянсози ММБ) дар беморони ин гуруҳ нишондодҳои системаи лахташавии хун ба тарафи баландшавӣ (гиперкоагулятсия) майл менамуданд, лекин ин тағирёбиҳо бо муқоиса дар беморони гуруҳи назорати бо тағиротҳои саҳеҳи чой доштан

## Ҷадвали №2

Нишондод	Назорат	БТ бе ТБД(n=37)	БТ бо ТБД (n=28)
ВПТ(ПТВ) сек.	15,7±1,3	14,2±0,6	10,6±0,8**
МКФТ(АЧТВ) сек.	34,6±2,6	25,8±2,6*	21,6±1,3***
ММБ (МНО)у.е	1,52±0,12	1,44±0,18	1,39±0,14
Фибриноген г/л	3,0±0,5	5,2±0,3*	5,6±0,4**
МНФМ(РФМК)мг%	4,8±0,16	7,78±0,14*	11,8±0,22***
МДГФ(ПДФ) мг%	4,2±0,8	4,5±0,6	12,9±0,4***

Эзоҳ;\*P-<0,05;\*\*P-<0,01;\*\*\*P< 0,001 муҳумияти омори тағирёбии гуногуни системаи лахташавии хун дар беморони гуруҳи асоси БТ нисбат дар муқоиса бо гуруҳҳои назоратӣ.

Дар беморони бугумдарди тарбодӣ бо мавҷудодии ташреҳи беморони дил ва рағҳои хунгард дар қулли нишондодҳои системаи лахташавии хун ба ғайр аз нишондодҳои ММБ дигар нишондодҳо ба монанди муайянсози факторҳои зарраҳои тромбопластини, муайянсози, комплекси фибриномомери, микдори фибриноген ба самти баландшавӣ (гиперкоагулятсия) чой иваз менамуданд. Чунин тағироти системаи лахташавии хун дар беморони бугумдарди тарбодӣ бо мавҷудодии ташреҳи беморони дил ва рағҳои хунгард ба мо нишон медихад, ки ин дуалоқамандӣ ба пайдошавии тромбози

рағҳои хунгард дар ин беморон мусоидат менамояд.

Таҳлилҳои муқоисавӣ (дифференсиалӣ) дохили гуруҳи ва баҳодиҳии чойивазкунии системаи лахташавии хун бо чойдоштани илтиҳоби бугумҳо ва узвҳои дохила пеш аз хама дил ва рағҳои хунгард ба мо нишон медихад, ки ин тағирёбиҳо дар беморони бугумдарди тарбодӣ бо ташреҳи бо беморони дил ва рағҳои хунгард бисёртар мушоҳида мегардад. Ин ба мо имкон медиҳад, ки тағирёбии системаи лахташавии хун на балки ба мавҷудодии беморони дил ва рағҳои хунгард, инчунин ба дараҷаи ба-



ланди илтихоби буғумҳо алоқамандӣ до-  
рад. [3,7,14,15].

Хулоса. Натиҷаҳои тағйирёбии системаи  
лахташавии хун дар беморони буғумдарди  
тарбодӣ бо ташреҳи беморони дил ва ра-  
ғҳои хунгард ба мо имкон медиҳад, ки чунин  
хулосаб барорем; қариб дар кулли нишон-  
додҳои таҳлили системаи ларбандии хун та-

ғирёбии нишондодҳо ба самти баландшавӣ  
майл менамуд. Ин самти баландшавӣ сис-  
темаи лахташавии хунро дар беморони бир-  
сёртар мушоҳида мегардид, ки ғайр аз бе-  
мориҳои буғумдарди тарбодӣ инчунин таш-  
реҳи беморони дил ва рағҳои хун ва дараҷаи  
баланди илтихобии буғумдарди тарбодиро  
мансуб баданд.

### АДАБИЁТ

1. Дворецкий Л.И. Кардиологический больной с анемией / Л.И. Дворецкий, Н.В. Дятлов / Фарматека.-2013. -№6 (259). - С. 22-31.
2. Кондратьева Л.В. Метаболический синдром при ревматоидном артрите / Л.В. Кондратьева, Т.В. Попкова, Е.Л. Насонова // Научно - практическая ревматология. - 2013. - №3. - С. 302- 312.
3. Взаимосвязь кардиоваскулярных факторов риска и ригидностью артериальной стенки у женщин с высокой активностью ревматоидного артрита / Д.С. Новикова [и др.] // Рациональная фармакотерапия и кардиологии. - 2012. - №8 (6). - С. 756 \_ 765.
4. Мясоедова Е.Г. Распространенность и факторы риска артериальной гипертонии при ревматоидном артрите / Е.Г. Мясоедова // Научно - практическая ревматология. - 2012. - №2. - С. 31-34.
5. Ребров А.П. Предпосылки развития эндотелиальной дисфункции при ревматоидном артрите / А.П. Ребров, О.В. Иванова// Тер. Архив. - 2004. - №5. - С. 79-85.
6. Каратеев Д.Е. Острые вопросы стратегии лечения ревматоидного артрита / Д.Е. Каратеев // Современная ревматология. - 2015. - №1. - С. 84-92.
7. Brennan F.M. Evidence that cytokines play a role in rheumatoid arthritis | F.M. Brennan, I.B. McInnes // J/ Clin Invest/ - 2008. F №118 (11). - P. 3537-45.
8. McInnes I.B. The pathogenesis of rheumatoid arthritis / I.B. McInnes, G/ Schett// New. Engl. Med. - 2012/ - V/ 365/ P/ 2205-2219.
9. Increased unrecognized coronary heart disease and sudden deaths in rheumatoid arthritis: a population- based controlled study / H. Maradit - Kremers [et al.]// Arthr. Rheum. - 2005. - V.52. - P. 402-411.
10. Effect of rheumatoid factor on mortality and coronary heart disease / G/ Tomasson [et al.]// Ann. Rheum. Dis. - 2010.- V. 69. P. 1649-1654.
11. Szekanecz Z. Vascular involvement in rheumatic disease: << vascular rheumatology>> / Z. Szekanecz, A.Koch // Arthr. Res. Ther. - 2008. №10 (5). - С.1-10.
12. Тромбозы и ревматические заболевания: частота встречаемости и механизмы развития (обзор и собственные данные) / З.С. Алекберова [и др.] // Научнопрактическая ревматология. 2012. №1. С. 65-71.
13. Trends in cardiovascular mortality in with rheumatoid arthritis over 50 years: a systematic review and meta-analysis of cohort studies / С. Meune [et al.] // Rheumatology. - 2009. - V.48 (10).- P. 1309-1313.
14. Олюнин // Ю.А. Оценка активности и эффективности терапии ревматоидного артрита / Ю.А. Олюнин // Международные индексы оценки активности, функционального статуса и качества жизни, больных ревматическими заболеваниями. - М.; 2007. - 88с.
15. Козлова А.А. Исследования гемостаза (Пособие для врачей лаборантов по методам). / А.А. Козлова. - М.; 2003, 93 с.





**АРТРИТИ ПСОРИАЗӢ: ҶАНБАҶОИ ЭТИОПАТОГЕНӢ, ТАСВИРИ КЛИНИКӢ,  
ТАШХИС, СПЕКТР ВА БАСОМАДИ ҲОДИСАҶОИ ИХТИЛОЛИ  
КАРДИОВАСКУЛЯРӢ, ВАЗӢИ МУОСИРИ МАСЪАЛА**

**И.Ӣ. Одилзода, Ӣ.У. Саидов, Б.И. Саидзода**

Кафедраи пропедевтикаи бемориҳои дарунӣ (мудири кафедра д.и.т., Саидов Ӣ.У) ва дерматовенерология (мудири кафедра д.и.т., Муҳаммадиева К.М)-и МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

*Одилзода Исмоил Ӣкубҷон, унвонҷӯйи кафедраи пропедевтикаи бемориҳои дарунии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.*

*Саидов Ӣр Умарович, д.и.т., мудири кафедраи пропедевтикаи бемориҳои дарунии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.*

*Саидзода Баҳромуддин Икром, н.и.т., дотсенти кафедраи дерматовенерологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.*

Артрити псориазӣ: таъриф, патогенез, тунмӯҳра ва энтезисҳо дар заминаи илтиҳоби ташхис, аломатҳои клиникавӣ, арзёбии фаъолнокӣ. АПС бемории музмини буғумҳо, су- би масуниятӣ аст, ки зиёд дар беморони гирифтори псориаз инкишоф меёбад (ПС) [1,2].

**ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ: ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ,  
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА, СПЕКТР И ЧАСТОТА  
ВСТРЕЧАЕМОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ -  
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ**

**И.Ӣ. Одилзода, Ӣ.У. Саидов, Б.И. Саидзода**

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

*Одилзода Исмоил Ӣкубдҷон, соискатель кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино.*

*Саидов Ӣр Умарович, д.м.н., заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино.*

*Саидзода Баҳромуддин Икром, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино.*

**PSORIATIC ARTHRITIS: ETIOPATHOGENETIC ASPECTS, CLINICAL PICTURE,  
DIAGNOSIS, SPECTRUM, AND FREQUENCY OF CARDIOVASCULAR DISORDERS  
- CURRENT STATE OF THE PROBLEM**

**I.Yo. Odilzoda, Yo.U. Saidov, B.I. Saidzoda**

Department of propaedeutics of internal medicine, Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino, Dushanbe, Republic of Tajikistan

The immediate causes of the development of psoriatic arthritis (PsA) are still unknown, and the etiology of the disease is still at the level of hypothetical assumptions. According to modern researchers, the basis of the pathogenesis of PsA is a complex

interaction of environmental factors and a genetic predisposition leading to global disorders in the system humoral and cellular immunity and imbalance of the cytokine network with overproduction of pro-inflammatory cytokines, especially tumor necrosis factor (TNF- $\alpha$ ) and interleukin 6 (IL-6). The leading clinical manifestations of PsA are: peripheral arthritis, enthesitis and spondylitis.



In recent years, it has been established that PsA is closely associated with a high prevalence of metabolic syndrome, arterial hypertension (AH) and cardiovascular pathology (CVP). However, despite the high prevalence and wide range of CVP in PsA patients, as well as the leading role of cardiovascular complications (CVC) in the premature mortality of patients of this category, the true causative mechanisms of cardiovascular disorders in PsA are not fully

Дар ревматологияи муосири илмӣ АПС-ро ба зергурӯҳи спондилоартритҳо иноҳиявӣ (идиопатӣ) мансуб медонанд, ки дар тасвири клиникавии онҳо асосан илтиҳоби шадиди буғумҳои ноҳиявӣ (синовит), ки аксаран хусусияти симметрӣ ва рушдкунанда доранд, энтезисҳо (энтезит) ва пайҳои ангиштони панҷаҳои дастон ва пойҳо (теносивит, дактилит) дар алоқамандии зич бо осеби скелети аксиалӣ мушоҳида мешавад [2,3,4].

Бинобар маълумоти муҳаққиқони муосир, АПС одатан дар 16-48% беморони гирифтори Пс ошкор мегардад [5,6]. Мувофиқи маълумоти тадқиқотҳои аҳоли дар кишварҳои гуногуни олам, гирифтورشавӣ ба АПС 3-8 ҳодиса ба сари 100000 нафарро ташкил медиҳад, паҳншавиаш бошад, 0,01-1,5%-ро [5,6,7]. Дар қаламрави Федератсияи Русия дар байни беморони мубтало ба артрити ноҳиявӣ басомади дучоршавӣ ба АПС 2,8%, дар байни аҳолии калонсол 0,37%-ро ташкил медиҳад [5,6]. Валеба сабаби мушкилии ташхиси бармаҳалли АПС, махсусан миёни пизишкони дерматолог, тахмин кардан мумкин аст, ки паҳншавии воқеии ин беморӣ хеле бештар аст.

Сабабҳои бевоситаи инкишофёбии АПС то ҳанӯз номаълум боқӣ мемонанд ва этиологияи беморӣ ҳоло ҳам дар сатҳи тахминҳои фарзиявӣ қарор дорад. Дар ин чанба як қатор омилҳои экзогенӣ (истеъмоли тамоку, омилҳои инфексионӣ) ва эндогенӣ (сафедаҳо ва пептидҳои ситруллинӣ) ташхис шудаанд, ки нақши оғозбахшандаи онҳо дар инкишофи АПС мавриди омӯзиши ғаёлонаи муҳаққиқони муосир қарор гирифтааст [1,4,9].

understood, and remain largely controversial and require further research. All this seriously complicates the issues associated with an objective assessment of cardiovascular risk (CVR) in conditions of chronic inflammation, diagnosis, identification, therapy and prevention of CVP in patients with PsA.

**Key words:** psoriatic arthritis, pathogenesis, diagnosis, cardiovascular pathology, risk factors.

Мувофиқи тасаввури имрӯза, асоси патогенези ПСа-ро таъсири мураккаби байниҳамдигарии омилҳои муҳити беруна дар якҷоягӣ бо майли ирсӣ тартиб медиҳад, ки ба ихтилолҳои умумӣ дар низоми масунияти гуморӣ ва ҳуҷайравӣ ва вайроншавии мувозинати шабакаи ситокинӣ бо истехсоли барзиёди ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ боис мегардад [1,2,4,9,10].

Дар солҳои охир муқаррар карда шудааст, ки дар патогенези ПСа ҳуҷайраҳои фаъолгардонидашудаи CD4+ Т-хелпӣ (Th) нақши калидӣ доранд, ки сабаби фаъолшавии В-лимфоситҳо, макрофагҳо, ҳамчунин истехсоли барзиёди ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ мегардад [1,2,9]. Хусусияти аз ҳама фарқкунандаи фаъолшавии CD4+ Т-лимфоситҳо ҳангоми АР рушди раванди вайроншавии мувозинати шабакаи ситокинӣ бо истехсоли барзиёди синтези ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ (ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-12, ИЛ-17, ФНО- $\alpha$ ) ва норасоии нисбӣ - ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ (ИЛ-4, ИЛ-10) мебошад [1,4,9,11,12]. Аз қатори васеи ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ мавқеи марказиро дар патогенези АПС ИЛ-6 ва ФНО- $\alpha$  ишғол мекунад ва ин ситокинҳои бисёрвазифа дар инкишофёбӣ ва рушди АПС нақши ҳалкунанда доранд [1,4,10,11]. Айни замон маҳз ба таъсирҳои ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ, пеш аз ҳама ФНО- $\alpha$  ва ИЛ-6, инкишофёбии зухуроти маҳаллӣ ва системавии АПС-ро марбут медонанд. Фарзияе ҳаст, ки ФНО- $\alpha$  ва ИЛ-6 ҳамчунин эпителиро фаъол мекунад, суръати апоптози ҳуҷайраҳои илтиҳобиро суст менамоянд ва синтези дигар ситокинҳои зиддиилтиҳобиро индуксия мекунад [4,9,11,12].

Дар маҷмуъ, механизмҳои патогении АПС бо гетерогении фавқуллода ва мураккабӣ фарқ мекунад ва сарфи назар аз комёбиҳои калони ба дастоварда дар омӯзиши масъалаи АПС, як қатор масъалаҳо дар патогенези беморӣҳанӯз ҳам мавриди омӯзиши бошиддати муҳаққиқон қарор доранд [1,2,9].

Ба аломатҳои асосии клиникавии АПС артрити ноҳиявӣ, дактилит, энтезит ва спондилитро мансуб медонанд [1,2,9,13].

Артрити ноҳиявӣ аксаран (то 85%) дертар аз Пс пайдо мешавад. Дар марҳилаи ибтидоии АПС хусусиятҳои аз ҳама фарқкунандаи синдроми буғумӣ инҳоянд: фарогирии асимметрии ва аксаран бетартиби буғумҳои алоҳидаи панҷаҳои пою дастон, артрити тирӣ (илтиҳоби ҳамзамони се буғуми як ангушт), артрити буғумҳои дисталии ангуштон, ҳамчунин артритҳои буғумҳои ангуштони 1-уми панҷаҳои дасту пойҳо. Минбаъд осеб ба буғумҳои ноҳиявӣ ҳангоми АПС тадриҷан хусусиятҳои хоси синдроми буғумӣ - хусусияти полиартикулярӣ, симетрикӣ ва бемайлон рушдкунандаро мегардад, ки ҳангоми РА мушоҳида мегардад [2,9,13].

Дактилит (илтиҳоби ангушт) бемории шадид ё музмини ангушт, аломати хостарини АПС мебошад ва аксаран дар марҳилаҳои бармаҳалли беморӣ мушоҳида мегардад. Дактилит дар шакли анъанавияш дар натиҷаи осебҳои ҳамзамони пайҳои ҳамкунанда ё/ва росткунандаи ангуштон ва буғумҳои ангуштон пайдо мешавад ва одатан бо дард, андаку баробарварам қардани тамоми ангушт бо ранги сианотикӣ-арғувонӣ гирифтани пӯст ва бо дардоварӣ маҳдуд шудани ҳамшавии ангушт ("ангушти ҳасибчашакл") пайдо мешавад. Бино ба ахбори муҳаққиқони муосир, дактилит, ки дар 40-50% беморони гирифтори АПС вомерӯрад, омили барои дурнамо номусоид аз ҷиҳати инкишофҳои синдроми эрозиявии буғумҳо ва падидаҳои дохилибадани АПС мебошад [1,2,13].

Энтезит илтиҳоб дар ҷойи мустақамшавии пай ба устухон (энтезис) аст, ки бо дард ва гоҳо варамкунӣ дар нуқтаҳои энтезис

ифода меёбад. Маҳалҳои баэнтезит аз ҳама хос зеринанд: ҷойи часпидани нарпайи пой ва апоневрози кафи пой ба устухони пошна, шоҳаи фавқмучи устухони китф, мучи медиалии устухони рон ва канори болоии собунаки зону [2,4,9,13].

Спондилит осеби илтиҳобии сутунмӯҳра мебошад, ки аксаран дар тавъамӣ бо артритҳои ноҳиявӣ мушоҳида мегардад. Муқаррар гардидааст, ки осебҳои сутунмӯҳра ҳангоми АПС дар сурати ҷустуҷӯи мақсаднок дар 25-65% беморон ошкор мегардад ва ба фарқ аз спондилити анкилозӣ дар аксарии ҳолатҳо хусусияти муваққатӣ ё лаҳзавӣ дорад. Аломатҳои асосии клиникавии спондилит ҳангоми АПС инҳо мебошанд: а) дарди табиаташ илтиҳобӣ дар ягон шуъбаи сутунмӯҳра (аксаран дар қисмати гардан ва миён), ки ба меъёрҳои ASAS (Assessment of Spondylo-Arthritis International Society) мувофиқ мебошад; б) маҳдудшавии ҳаракати сутунмӯҳра дар се самт (горизонталӣ, ҷабҳавӣ, сагитталӣ) [1,2,9,14].

Меъёрҳои ташҳисии АПС. Мувофиқи тавсияҳои муосир, воситаи асосии байналмилалӣ ташҳисии АПС меъёрҳои ташҳисии CASPAR (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis) мебошанд, ки соли 2006 коркард шудаанд [15]. Дар равандаи истифодаи васеъ дар таҷрибаи васеи клиникӣ меъёрҳои CASPAR ҳассосии баланд ва махсусиятро (0,987 ва 0,914) ҳам дар марҳилаи бармаҳал ва ҳам дертари ПСа аз худ намоиш медоданд [2,8,11,12].

Мувофиқи меъёрҳои CASPAR, беморон бояд аломатҳои бемории илтиҳобии буғумҳо (артрит, спондилит ё энтезит) ва >3 имтиёз аз панҷ категорияи зерин дошта бошанд: а) псориаз; б) дистрофияи псориазии нохунҳо в) РФ-и манфӣ г) дактилит; д) аломатҳои рентгенологии пролифератсияи берунабуғумии устухонӣ ба навъи сабзишҳои канорӣ (ғайри остеофитҳо) дар рентгенограммаи панҷаҳои пою дастон [8,15].

Ҷанбаҳои кардиоваскулярии АПС. Ҳангоми АПС, дар баробари синдроми хоси де-структивии буғумҳо, ҷалбшавии асоснок ба меҳвари ихтилолҳои аутоиммунӣ патологӣ низоми кардиоваскулярий мушоҳида ме-



гардад, ки дар ташаккулёбии намуди зоҳирии беморӣ аҳамияти назаррас дорад ва аз бисёр чихат вазнинӣ ва дурнамои онро муайян мекунад [16-18].

Ахбори солҳои охир ба дастамада аз он гувоҳӣ медиҳад, ки бо вучуди комёбиҳои калон дар табобати беморони мубталоба АПс ва такмили доимии усулҳои фармакотерапия, коҳишёбии давомнокии умри беморони ин гурӯҳҳанӯз ҳам масъалаи рӯзма-раи ревматологияи муосир боқӣ мемонад [17,19,20].

Хатари баланди инкишофёбии оризаҳои қалбию рагӣ (ОҚР) ва бо марг анҷом ёфтани бемориҳои кардиоваскулярӣ, ки 35-40% аз сатҳдар аҳолии умумӣ баланд аст ва бо чунин нишондодҳо дар беморони гирифтӣ бо диабет қанди навъи 2 қиёсшаванда аст, хусусиятҳои эътирофшудаи АПс мебошанд [16,18,20].

Дар ду даҳсолаи охир дар ревматологияи илмӣ-амалӣ маълумоти зиёди асоснок ҷамъ оварда шудааст, ки натиҷаҳои онҳо гувоҳи онанд, ки дар сохтори маргумавти барзиёд ва бармаҳалли беморони гирифтӣ ба АПс ҳиссаи калонтарини нисбӣ ба ОҚР рост меояд. Ба ин оризаҳо инкишофёбии бармаҳал ва рушди бошиддати атеросклероз (АС) ва зиёд ба он ҳамроҳ шудани фишорбаландии шарёӣ (ФС) (ИМ, инсулт, марги ногаҳонии иклили) сабаб мегарданд [21-23].

Натиҷаҳои таҳлилҳои бисёрсола ва арзёбии мушкilotи мавҷуда дарпроблемаи коморбидии АПс ва ОКВ аз он далолат медиҳанд, ки инкишофёбӣ ва рушди ОҚР дар шароити вучуди доимии илтиҳоби аутоиммунӣ тадричан як қатор махсусиятҳоро касб мекунад, аз ҷумла: а) хусусияти бисёррагии осебёбии шарёнҳои иклили; б) хусусияти такрорёбандаи ҷараёни синдроми шадиди иклили ва сактаи миокард; в) басомади баланди шаклҳои атипикӣ ва беаломати БИД ва хатари баланди инкишофёбии оризаҳои марговар; г) басомади баланди бархӯрд бо пулакчаҳои атеросклерозии ба ном "осебпазир ё илтиҳобӣ"; мавҷудияти алоқамандии зичи ассотсиативии ОҚР бо падидаҳои дохилибадани АР ва АПс ва унсурҳои синдроми метаболикӣ [24-26]. Дар робита ба ин

бисёр муҳаққиқон қайд мекунанд, ки хусусиятҳои дар боло изҳоршудаи фарқкунандаи ба фазои кардиоваскулярӣ ҳангоми АПс хос дар навбати аввал хавотирии паст ва таваҷҷӯҳи нокифояи ҳам табибон ва ҳам беморонро нисбати осебҳои кардиоваскулярӣ дар беморони гирифтӣ ба АПс муайян мекунанд, ки ин ба ташҳиси дер бо басомади баланди оқибатҳои номусоиди ба маротиб аз нишондодҳои умумии аҳоли зиёд мусоидат мекунад [11,12,27].

Натиҷаҳои тадқиқотҳои қаблан нашршуда аз басомади баланди мавҷудияти аломатҳои субклинавии ихтилолҳои кардиоваскулярӣ дар 45-75% беморони дорои АПс, аз қабилдисфунксияи эндотелий, афзоиши ғафсии маҷмуи интима-меда, дисфунксияи диастоликии меъдаҷаи чап, перикардити адгезивӣ, патологияи дастгоҳи клапани дил гувоҳӣ медиҳанд [27-30]. Ҳамзамон муаллифон аз нисбатан камшумор будани ҳодисаҳои аломатҳои манифестии осебҳои кардиоваскулярӣ (ИБС, ХСН, миокардит, перикардит) ҳангоми РАва АПс-ро қайд мекунанд - ҳамагӣ дар 20-25% ашхоси муоинашуда.

Дар ревматологияи муосир, бо вучуди омӯзиши бисёрсолаи маҷмуи масъалаҳои алоқаманд ба проблемаи ҷалби СКВ ба меҳвари ихтилолҳои патологӣ ҳангоми бемориҳои низомии аутоиммунӣ тарбодӣ (АПс, артрити ревматоидӣ, васкулитҳои низомӣ, бодхӯраи сурхаки низомӣ), механизмҳои аслии ОКВ ҳангоми АР, АПс ва дигар бемориҳои низомии аутоиммунӣ ҳанӯз то охир омӯхта нашудаанд ва ҳоло ҳам мавриди омӯзиши бошиддати муҳаққиқони муосир боқӣ мемонанд [18,24,26,30]. Дар ин ҷанба бисёр муаллифон дар асоси далелҳои қайд мекунанд, ки хавфи баланди кардиоваскулярӣ ҳангоми АПс наметавонад танҳо бо мавҷудияти омилҳои анъанавии хавфи (ОХ) инкишофёбии ОҚР асоснок шавад ва ба ақидаи генези бисёромиллаи ОКВ ҳангоми АПс майл мекунанд [17,18,2025].

Маълумотҳои дар адабиёти солҳои охир пешкашшуда аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки бунёди рушди инкишофёбии қатори васеи ОКВ-ро ҳангоми АПс маҷмуи омилҳои ба-



хам зич алоқаманд ташкил медиҳанд: ОХ анъанавии кардиоваскулярӣ, захролудии кардиоваскулярии аксарияти доруҳои зидди-илтиҳобӣ (пеш аз ҳама доруҳои ғайристероидии зиддиилтиҳобӣ - ДФСЗ ва глюкокортикоидҳо -ГК) ва илтиҳоби музмини аутоиммунӣ [17,18,20,30]. Зимнан бисёр муҳаққиқон бар онанд, ки илтиҳоби аутоиммунии музмин механизми пешбари патогении АС ва атерогенез мебошад [12,22,26,24,30].

Айни замон ахбори зиёд дар он хусус чамъоварӣ карда шудааст, ки дар беморони гирифтдор ба АПС илтиҳоби музмини аутоиммунӣ ба дараҷаи назаррас ба ОХ-и анъанавӣ тағйироти манфӣ мебахшад (пеш аз ҳама ба ГА ва спектри липидии хун) ва ба андозаи чиддӣ сахми онҳоро ба рушду инкишофёбии ОҚР тавон мебахшад [22,25-28,30]. Дар натиҷа ГА ва дислипидемияи навъи атерогенӣ дар алоқамандии зичи ас-сотсиативӣ бо аксуламалҳои аутоиммунии

илтиҳобӣ тадричан ташаббускорони пешбари на танҳо инкишофёбии ОКВ ҳангоми АПС, балки ҳамчунин бозсозии сохторӣ-функционалии ПКВ дар маҷмуъ мегарданд, ки имкониятҳои ташаққулёбии як навъ "патогенези коморбид"-ро дар назар дорад [12,22,26,27,30].

Ба ин тариқ, бо вучуди паҳншавии банд ва номгӯи васеи патологияҳои кардиоваскулярӣ дар беморони АПС, инчунин нақши пешбарандаи ОҚР дар марғумавти бармаҳалли беморони гурӯҳи мазкур, механизмҳои аслии сабабӣ-патогенетикии ихтилолҳои кардиоваскулярӣ ҳангоми АПС то охир омӯхта нашудаанд, аз бисёр ҷиҳат зиддунақиз мемуранд ва таҳқиқи минбаъдаро талаб мекунад. Ин ҳам ба шеваи чиддӣ масъалаҳои марбут ба арзёбии ҳолисонаи ОҚР-ро дар шароити илтиҳоби музмин, ташхис, шинохт, дармон ва пешгирии ПКВ дар беморони АПС душвор мекунад.

#### АДАБИЁТ

1. Бадочкин В.В. Клиника и диагностика псориагического артрита / В кн. Бадочкин В.В. (и др.): под ред. В.В. Бадочкина. - М.: Изд. "Литтерра", 2012. - 587с.
2. Юсупова Л.А. Современное состояние проблемы псориагического артрита / Л.А. Юсупова, М.А. Филатова // Практическая медицина - 2013. - № 4 (73). - С. 24-28.
3. Коротаева Т.В. Псориагический артрит: классификация, клиническая картина, диагностика, лечение / Т.В. Коротаева // Научно-практическая ревматология. - 2014. - №52 (6). - С. 50-59.
4. Mease P.J. Psoriatic Arthritis update on pathophysiology assessment and management / P.J. Mease // Arth. Rheum. Dis. - 2013. - V. 70. - P. 77-84.
5. Мишина О.С. Заболеваемость псориагическим артритом в Российской Федерации: тенденции на современном этапе и перспективы / О.С. Мишина, Т.В. Коротаева // Научно-практическая ревматология. - 2015. - №53 (3). - С. 251-257.
6. Выявляемость псориагического артрита у больных псориазом в дерматологической и ревматологической клинике / М.Н. Чамурлиева [и др.] // Современная ревматология. - 2016. - № 10 (4). - С. 47-50.
7. Стратегия "Лечение до достижения цели" при раннем псориагическом артритом / Т.В. Коротаева [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2016. - № 54 (приложение 2) - С. 71-75.
8. Псориагический артрит: клинические рекомендации по диагностике и лечению (Под ред. Т.В. Коротаева и др.). - М.: Изд. "ИМА-пресс", 2018. - 36 с.
9. Ревматология: российские клинические рекомендации / Под ред. академика РАН Е.Л. Насонова // Издательская группа "Геотар - Медиа". - 2019. - 461 с.
10. Результаты применения стратегии "Лечение до достижения цели" у больных ранним псориагическим артритом через 1 год после начала терапии: данные исследования "РЕМАРКА" / Т.В. Коротаева [и др.] // Терапевтический архив. - 2018. - №5. - С. 22-29.
11. Карпова О.Г. Клинико-диагностическое значение канальцевой дисфункции как фактора риска кардиоваскулярной патологии у больных псориагическим артритом: автореф. дис. .... канд. мед. наук / Волгоград, 2013. - С. 24.





12. Гайдукова И.З. Клинико-диагностическое значение дисфункции эндотелия в развитии кардиоваскулярной патологии у больных псориазом: автореф. дис. .... канд. мед. наук / Саратов, 2016. - С. 25.
13. Особенности поражения костно-суставного аппарата у больных псориазом по данным скринингового опросника ?? / М.Н. Чамурлиева [и др.] // Вестник последипломного медицинского образования. - 2014. - №2. - С. 16-20.
14. Obesity and the risk of psoriatic arthritis: population-based study practice / T.J. Love [et al.] // Ann. Rheum. Dis. - 2012. - V. 71 (8). - P. 1273-1277.
15. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study / W. Taylor [et al.] // Arthritis Rheum. - 2006. - V. 54(8). - P. 2665-2673.
16. Кардиоваскулярная заболеваемость и смертность при анкилозирующем спондилите и псориазом / И.З. Гайдукова [и др.] // Практическая медицина. - 2015. - № 3 (88) - С. 123-129.
17. Cardiovascular risk profile at the onset of psoriatic arthritis: a population-based cohort study / F.C. Emste [et al.] // Arthritis Care Res. - 2015 - V. 67 (7). - P. 1015-1021-74.
18. Risk of cardiovascular morbidity in patients with psoriatic arthritis: a meta-analysis of observational studies / A. Polachek [et al.] // Arthritis Care Res. - 2017. - V. 69 (1). - P. 67-74.
19. Янышева А.В. Псориаз и риск развития кардиоваскулярной патологии / А.В. Янышева, В.В. Бадюкин // Сибирский медицинский журнал. - 2008. - №6. - С. 8-12.
20. Коротаяева Т.В. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных псориазом / Т.В. Коротаяева, А.С. Новикова, Е.Ю. Логинова // Терапевтический архив. - 2016. - №5. - С. 102-106.
21. Стратегия "Лечение до достижения цели" при раннем псориазом / Т.В. Коротаяева [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2016. - № 54 (приложение 2) - С. 71-75.
22. Насонов Е.Л. Сердечно-сосудистая патология при ревматических заболеваниях / Е.Л. Насонов, Т.В. Попкова, Д.С. Новикова // Терапевтический архив. - 2016. - № 5 - С. 4-12.
23. Баткаева Н.В. Структура кардиоваскулярной патологии у больных с тяжелыми формами псориаза: данные ретроспективного анализа госпитального когорты / Н.В. Баткаева, Т.В. Коротаяева, Э.А. Баткаев // Научно-практическая ревматология. - 2017. - 5 (55). - С. 493-499.
24. Кардиоваскулярный риск и воспалительные поражения суставов / А.Р. Бабаева [и др.] // Вестник ВолгГМУ. - 2017. - № 1 (61) - С. 3-9.
25. Особенности заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных тяжелыми и средне-тяжелыми формами псориаза / И.В. Баткаева [и др.] // Вестник РУДН. - 2018. - № 1 (22) - С. 92-101.
26. Распространенность метаболического синдрома у больных псориазом / Е.И. Маркелова [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2016. - № 54 (Приложение) - С. 20-25.
27. Распространенность традиционных кардиоваскулярных факторов риска, субклинического атеросклероза сонных артерий и коронарного кальциноза у пациентов с ранним псориазом (исследование РЕМАРКА) / Е.И. Маркелова [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2018. - № 2 (56) - С. 184-1188.
28. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice / M.F. Piepoli [et al.] // Eur. Heart. J. - 2016. - V. 37 (29). - P. 2315-2381.
29. Cardiovascular risk profile of patients with spondylarthropathies, particularly ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis practice / M.J. Peters [et al.] // Semin Arthritis Rheum. - 2014. - V. 34 (3). - P. 585-592.
30. Насонов Е.Л. Атеросклероз: перспективы противовоспалительной терапии / Е.Л. Насонов, Т.В. Попкова // Терапевтический архив. - 2017. - №5. - С. 4-12.



## ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

### ҶАЗБИ РАВҒАНҲОИ ЭФИРӢ ДАР ГИЛИ БЕНТОНИТӢ

Д.Р. Халифаев

Кафедраи технологияи фарматсевтии (мудири кафедра н.и. фарм. Р.Ш. Сафарзода)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Халифаев Давлат Раҳматович - профессори кафедраи технологияи фарматсевтӣ (мудири кафедра н.и.фарм. Сафарзода Р.Ш.)-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино. E-mail: nifc@list.ru, тел. (+992) 917340317.*

Дар мақола омӯзиши навҳои гилҳои Тоҷикистон оварда шудааст, ки ин мавод аз қадим то ба имрӯз, дар бисёр ҷабҳаҳои ҳаёти инсон истифода мешавад. Аз он ҷумла ҳамчун ҳамчун сорбент барои нигоҳ доштани равғани эфири ушнондору ва дар асоси ин

ба роҳ мондани коркарди доруҳои нав бисёр муфид мебошад.

**Калимаҳои калидӣ:** Гилҳои бентонитӣ, равғанҳои эфирӣ, ушнондоруи зарафшонӣ, ҷазби равғанҳои эфир, таркиби кимиёвии равғани эфир.

### СОРБЦИЯ ЭФИРНОГО МАСЛА В БЕНТОНИТОВЫХ ГЛИН

Д.Р. Халифаев

*Халифаев Давлат Раҳматович - профессор кафедры фармацевтической технологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино*

В статье приводятся новые исследования глины Таджикистана, которые широко используются во многих аспектах человеческой жизни. В частности, в качестве сорбента он очень полезен для хранения эфирных масел на основе этого, и на этой

основе разрабатываются новые лекарства.

**Ключевые слова:** Бентонитовая глина, эфирные масла, иссоп зарафшанский, сорбция эфирные масла, химический состав эфирного масла.

### SORPTION OILS IN BENTONITE CLAY

D.R. Khalifaev

Department of Pharmaceutical technology named after Abuali ibni Sino

*Khalifaev Davlat Rakhmatovich - Professor Department of Pharmaceutical Technology, Doctor of Pharmaceutical Sciences, Professor*

The article presents new studies of clay in Tajikistan, which are widely used in many aspects of human life. In particular, as a sorbent it is very useful for storing essential oils based on this, and

new drugs are being developed on this basis.

**Key words.** Bentonite clay, essential oils, *Hyssopus seravschanicus*, sorption, chemical composition of essential oils

**Муҳиммият.** Донишмандони дунёи атиқ аз бисёр хусусиятҳои табииву кимиёӣ ва ҷиҳатҳои муфиду шифоии анвои гил боҳабар будаанд. Онҳо медонистанд, ки ин ё он хусусияти гилро тавассути маводи дигар тағйир додан ё фаъол гардонидан мумкин аст. Бояд гуфт, ки анвои гилро ҳам дар ҳолати табиӣ ва ҳам ҳолис (соф) карда, фаъо-

лонида ё бо маводи гуногуни доругӣ сиришта истифода мебарданд [1]. Ҳатто шахсони ҷудоғонае буданд, ки гилро софкорӣ кардаву курсҳо месохтанд ва мӯҳр пахш намуда-ву сипас он гилро интишор медоданд. Масалан, донишманди бузурги Арман Амирдавлат Амасиасӣ аз қавли Ҷолинус оварда, ки дар ҷазира (Ламний ва ё Лемнос) зане



мезист, ки соҳиби гил буд ва  $\bar{u}$  ба маҳалли гил мерафт, гилро майда кардаву бо об месиришт, ки гили ракик ё гилоб (суспензия), сангрэзаву рег тахшин мешуд; гил шабеҳи мум нарм мегашт ва аз он курсҳо месохту сипас мӯхреро, ки акси Армотусро дошт, пахш мекард ва дар ҷои соя мехушканд.

Таъсири гили пок назар ба гили табиӣ, ки софкорӣ напудаст, беҳтару пурзур аст. Ҳакими бузургвор Абӯалӣ ибни Сино таъкид кардааст, ки беҳтарин навъи гил ҳамоне, ки сафед ва ё сурхча бошад, пок буваду дар об медамад ва фузун мешавад [3]. Ҳамчунин донишмандони пешин медонистанд, ки гилҳо дар сурати пок будан, яъне баъди софкорӣ ҳам на ҳама вақт фаъол ва пуртаъсир ҳастанд ва аз ин рӯ онҳоро бо маводи дигар фаъолу пуртаъсир гардондан мебояд. Фаъол кардани гилҳо дар замони Дискуриду (карни I) маълум будааст.  $\bar{U}$  гуфтааст, ки гили махтумро пеш аз истифода бо хуни буз сириштан мебояд. Ин ақидаи Дискуриду дар замони Ҷолину (Гален) ҳам машҳур будааст. Мегуянд, ки Ҷолину аз китоби Дискуриду доништа, ки гили махтумро бо хуни бузсиришта, сипас, майда мекунад. "Ва ман - Ҷолину ҳастам, бидонам, ки чӣ тавр гилу хуни бузро месириштанд, чӣ қадар гил ва чӣ қадар хуни бузро меомезанд...". Ва ин ақида дар замони Шайхураис Буалии Сино низ роиҷ будааст.

Алҳол ба ҳама ин фаъолияти пизишкиву пажӯҳиши ҳақимони пешин тибқи гили сафед (бентонит), ки дар тибби имрӯз мавриди истифода қарор дорад, менигарему менинем, ки он дар баҳши омӯзиши ҷиҳатҳои давоӣ ва дарки бисёр хусусиятҳои табииву кимиёии гилҳо хеле комёб будаанд; гили сафед, ки дорои ҳосияти фарогир ва ҷазбӣ асту баҳри табобати амрози пӯст, реш, шалҳидагӣ, сухтагӣ, бемориҳои меъдаву рӯда, захролудӣ ва ғ. истифода мешавад, ҳамчунин ба сифати *constituens* ба курсу ҳаббе, ки дар таркибашон маводи зудвайроншаванда дошта бошад, илова мекунад, гувоҳи амиқу саҳеҳии пажӯиши он ҳақимони бузурги гузашта аст. Бояд бигӯем, ки дар айёми мо масъалаи ҷазби рағғанҳои эфирӣ тавассути гилҳо ба таври бояду шояд мавриди омӯзиш қарор нагирифтааст.

**Мақсади таҳқиқот.** Имрӯз рағғанҳои эфирӣ (маводи атрӣ) дарбаҳшҳои мухталиф (атриёт, тиб, канодӣ ва ғ.) фаровон истифода мешаванд. Аммо зудбухори он дар ҷодаи таҳияи доруҳои ҷадид монеаҳо пеш меоварад. Новобаста ба ин аз рағғанҳои эфирӣ офаридани доруҳои навро яке аз вазифаҳои муҳими саноати дорусозӣ мешуморанд. Барои ин маводе лозим аст, ки рағғани эфирро ҷазб кардаву устувор нигоҳ дорад ва дар ҷисми бемор вазифаи ноқили дору ба ҷо оварад.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Гилҳо (бентанитҳо) аз ҷумлаи маводи ҷазбии табианд, ки захираи басанда доранд. Олами набототи Тоҷикистон аз рустаниҳои шифобаҳши дар таркибашон рағғанҳои эфирӣ дошта хеле бой мебошад, ки яке аз онҳо ушнондору (*Hyssopus seravschanicus* (Dujian.) Fazij.) мебошад. Рағғани эфири ушнондаруро тавассути буғронӣ бо об, ки дар зери фишори атмосферӣ бо ҳарорати 100°C ба даст оварда шуд. Моҳияти ин усул дар он аст, ки ҳангоми коркарди ашёи рағғани эфирӣ бо буғ ҷузъҳои рағғани эфир ба фазаи буғ мегузаранд ва дар омехта бо буғҳои об ба конденсатсия, баъд ба флорентин (ҷудокунаки рағғани эфир аз об) равона мешавад.

Таркиби рағғани эфирро бо усули хроматографӣ, дар дастгоҳи *CHROM-5*, ки детектори он дар зарфи шишагин (3000x3,0 мм), бо шӯълаи ионизатсионӣ таъминшуда ҷойгир шудааст. Зарфро бо 5% эластомор *SE-30* дар хроматон *N-NAW* ҷойгир аст. Ҳарорати барномавии он аз 60 то 2200°C, суръати интиқолдиҳандаи гази гел - 40 мл/мин, гидроген - 40мл/мин; ҳаво 400 мл/мин мебошад. Миқдори маҳлули рағғани эфир - 1мл, ҳаракати тасмаи диаграмма - 0,6 см/мин буд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии он.** Рағғани эфирро аз барги гиёҳи ушнондору тавассути буғронӣ бо об, бо ҳарорати 100°C дар зери фишори атмосферӣ ба даст оварда шуд. Рағғани эфири ушнондору ранги тиллоии зардча дошта, бӯи баланди форам дорад. Ҷиҳати ҳосияти физикавӣ кимиёии он дар ҷадвали 1 оварда шудааст.



## Чадвали 1

## Хосияти физикӣ ва кимиёвӣ рағғани эфирӣ ушнандору

Ранг	Зардчаи тиллоранг
Бӯй	Хушбӯйи нишоиаи камфора дошта
Лаззат	Талх
Зичнокӣ, г/см <sup>3</sup>	0,931 – 0,969
Нишондоди рефрактометрӣ	1,473 – 1,490
Шумораи кислотагӣ	1,17 – 4,59
Шумораи эфирӣ	9,24 – 21,39
Шумораи эфирӣ пас аз атсетилат	40,73 – 63,56
Микдори пинокамфон, %	На камтар аз 37,7
Ҳалшавӣ дар спирти 70%	Дар ҳаҷми 2 – 2,5
Ҳалшавӣ дар спирти 80%	Дар ҳаҷми 2,5 – 3

Микдори рағғани эфирро дар спектрофотометр, бо дарозии мавҷи 280 нм, дар кювети баробарпахлӯ, бо қобилияти қабаи қабулдоштан 1 см.

Таркиби ушнандоруи зарафшоние, ки мавриди таҳқиқи мо қарор гирифта буд аз 34 моддаи гуногунсохту гуногунсифат тар-

киб гирифтааст ва дар чадвали 2 нишондода шудааст. Қисмати асосии рағғани эфирӣ ушнандору пинокамфон (38,5%), Пинен (19,7) ва п-симол (13,5%) иборат аст. Вобаста ба маҳал ва даври сабзиш ушнандору микдоран ва сифатан аз ҳам фарқ мекунанд [4].

## Чадвали 2

## Таркиби кимиёвӣ рағғани ушнандору, %

Таркиб	№ намуна				Ушнандору дар адабиётҳо [4,5]
	13	17	21	22	
1	2	3	4	5	6
α-туйон	0,12	0,23	0,17	0,32	–
α-пинен	0,25	0,37	0,18	0,15	0,23
камфен	2,14	2,0	2,0	1,92	–
сабинен	0,55	0,64	0,43	0,58	1,35
β-пинен	18,75	19,42	17,34	18,12	8,64
мирсен	1,73	0,95	1,38	1,17	1,0
п-симол	12,54	11,17	12,01	13,97	1,37
1,8-синеол	2,08	2,75	2,19	2,68	6,43
отсимиен х (сис)	2,33	1,98	2,92	2,34	1,44
отсимиен у (транс)	1,15	1,15	0,91	1,80	0,75
γ-терпинен	1,48	1,10	1,30	1,85	0,26
линалоол	0,53	0,49	0,57	0,53	0,20
Идентификатсия нашудааст	0,65	0,68	0,71	0,59	0,6
пинокамфон	38,51	40,65	43,20	37,72	23,0
Идентификатсия нашудааст	3,07	2,94	3,0	3,12	3,4
Идентификатсия нашудааст	1,84	1,28	1,83	2,15	–
C <sub>10</sub> H <sub>16</sub> O	1,46	1,43	1,42	1,57	0,2
C <sub>10</sub> H <sub>16</sub> O	0,73	0,72	0,81	0,69	0,2
тимол	2,81	2,93	2,73	2,84	0,2
карвакол	0,49	0,53	0,47	0,46	1,6
Идентификатсия нашудааст	1,09	1,29	1,17	0,95	0,6
C <sub>15</sub> H <sub>24</sub>	0,75	0,74	0,73	0,79	–
кариофиллен	0,68	0,71	0,70	0,65	0,3
C <sub>15</sub> H <sub>24</sub>	0,20	0,18	0,23	0,17	0,2
C <sub>15</sub> H <sub>24</sub>	0,42	0,39	0,31	0,45	–
C <sub>15</sub> H <sub>24</sub>	0,85	0,87	0,84	0,90	0,1
α-терпинен	0,22	0,16	0,18	0,24	–
лимонен	0,73	0,55	0,71	0,68	–
терпинолен	+	+	+	+	–
фенхон	+	+	+	+	–
ментон	+	+	+	+	–
изопинокамфон	0,21	0,23	0,19	0,17	–
вербенон	+	+	+	+	–
пинокамферол	0,57	0,51	0,64	0,60	–
изопинокамферол	–	–	–	–	–



Чуноне ки аз чадвали 2 дида мешавад, равгани эфири ушнондоруи дар адабиётҳо омада аз таркиби равгани эфири ушнондоруи Тоҷикистон, бо баъзе чузъияташ фарқ мекунад. Агар дар таркиби равгани эфири ушнондору 35 чузъият мавҷуд бошад, дар адабиётҳо 25 номгӯ нишон дода шудааст, агар чузъи пинокамфон (23%), сабинен (1,35%), корвакрол (1,6), 1,8-синеол (6,43), -пинен (8,64) ин нишондодҳо дар таҳқиқоти мо дигар мебошанд.

Зудбухориву нособитии равгани эфири ушнондоруи зарафшонӣ ва мушкिलоти интиқолии он дар раҳи таҳияи доруҳои нав

монеаҳо ба вучуд меоваранд. Ва аз ин рӯ таҳқиқи чазби ушнондору тавассути гил собит доштани интиқоли маводи эфирӣ ва чузҳои он омили муҳим шуда метавонад.

Барои омӯзиши чазби равгани эфири ушнондору дар гили Қаратоғ ҳамчун маводи чазб (сорбент) истифода бурдем. Чабии баъзе узвияти равгани эфири ушнондору дар чадвали 3 оварда шудааст.

Аз чадвал бар меояд, ки гили Қаратоғ қобилияти хуби чазби дошта, дар 180 дақ. β-Пинен 94,6% ва п-Цимол 100% чазб мешавад, вале пинокамфон 51,6%, ки ин аз қобилияти чазби интиқоби доштани гили Қаратоғ шаҳодат медиҳад.

### Чадвали 3

#### Чазби равгани эфири ушнондору тавассути гили Қаратоғ, %

Чузъи равгани эфир	t°C	Вақт (дақиқа)				
		30	60	90	120	180
β-Пинен	147	71,4	71,4	83,7	81,6	94,6
п-Цимол	150	91,7	93,4	97,3	97,8	100,0
Пинокамфон	152	16,3	20,4	21,6	27,1	51,6

Аз чадвал бар меояд, ки гили Қаратоғ қобилияти хуби чазбӣ дошта, дар 180 дақ. β-Пинен 94,6% ва п-Цимол 100% чазб мешавад, вале пинокамфон 51,6%, ки ин аз қобилияти чазби интиқоби доштани гили Қаратоғ шаҳодат медиҳад.

Натиҷаи тадқиқот нишон медиҳад, ки гил метавонад хазинаи равғанҳои эфирӣ бошад, яъне равгани эфирро ба худ чамъ оварда ва дергоҳ нигоҳ дорад, ки дар ҷодаи минбаъд ба вучуд овардани доруҳои ҷадид муҳим хоҳад буд (6).

**Хулоса.** Муқарар карда шуд, ки гилҳои бентонитӣ аз давраҳои қадим маълум будааст ва инсоният барои табобати бемориҳо истифода мебардаанд. Дигар хислати гилҳои бентонити аз он иборат будааст, ки қобилияти устувор нигоҳ доштани равғанҳои эфирро доро будааст. Барои омӯзиш, рустании ушнондоруи зарафшонӣ истифода шуд, ки дар таркиби он равгани эфир мавҷуд аст. Тавассути хроматограф муайян карда шуд, ки зиёда аз 35 компонентҳо дошта, дар гили бентонити хуб чазб шуда, равғанро аз тағирёбии изомери нигоҳ медорад.

### АДАБИЁТ

1. Кориев А.Р. Бентонити Тоҷикистона в народное хозяйство. Душанбе, 1997. - 83 с. 2. Максуди Ҳочимад /Ҳазрати Хайём, гил ва одам. Адиб, № 4, 2000. -С 13-15.
2. Халифаев Д.Р., Ҳочимадов М. Масоили гил ва имконияти истифодаи он дар амалияи тиб. Гили саршӯ. Дар кит.: Падидаҳои санъати дорусозӣ ва тибби мардумӣ. Ҷ.1. Душанбе, "Ҳумо", 2001. - 52 - 54.
3. Абӯалӣ ибни Сино / Қонуни тиб, кит.2, Душанбе Сарред. Илмии ЭСТ. 1991. -с. 552.
4. Ҷумаев К.Д. Эфирное масло иссопа зарафшанского / Масложировая промышленность. 1981, - С. 147.
5. Эфирное масло листьев *Hyssopus seravshanicus* из Южного Узбекистана / Джумаев. Х. К., Зенкевич И. Г., Ткаченко К. Г., Цибульская И. А. // Хим. природ. соед. - 1990. - №5. - С. 123.
6. Халифаев Д.Р. Способы получения эфирного масла из цветков топинамбура / Д.Р. Халифаев, Р.Ш. Сафарзода, Д. Джалилов, Х. Абдукаримзода // Илми тиб дар асри XXI - назар ба оянда / Материали конференсияи 67-ӯми байналмиллалӣ илмӣ-амалӣ, бахшида ба 80- солагии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибн Сино. Т. 111. Душанбе. 2019. - С. 63-65.





## КИМИЁ АЗ НАЗАРИ АБУНАСРИ ФОРОБӢ

Пуёни Гафури - устоди факулти тиббии Донишгоҳи Балх, Афғонистон

Муқаддима. Абӯнасири Форобӣ дар мақалааш, ки дар бораи вазъияти кимиё навиштааст, талош мекунад иллати омехта шудани ин санъатро бо рамуз ва асрори шарҳдиҳад ва сипас бо тавассул (наздик) ба гуфтаҳои мантиқии Арасту илмӣ шудани кимиё, яъне табдили филизи паст ба филизи волое ҳамчун тиллоро собит намояд. Албатта, бурҳони вай сирфан фалсафӣ аст ва пуштвонаи таҷрибавӣ надорад. Илми шимӣ, ки имрӯза чузви улуми дақиқа ба ҳисоб меояд, барои расидан ба шакли феълии худфарозу нишнбҳои зиёдеро паймудааст, ин илм бархоста аз санъати асроромезест, ки қадимо онро кимиё ном ниҳода буданд. Аз ҳамин

рӯст, ки гузаштагон ҳатто кимиёгарони барҷастае, ки барои таъйиди кимиё китоб ё рисола навиштаанд, аз он ба санъат таъбир кардаанд, яъне фанне, ки бо донишу мафҳум мутадовим тафовут дорад [9-127]. Ӯ

Ҳадафи аслии кимиёгарон табдили филизот ба якдигар буд. Онон ба вижа дар пайи табдили филизоти паст, монанди чева (симоб), нуқра ва мис ба филизи воло, чун тилло буданд. Филизе, ки илова бар зебой ин мазиятро до-рост, ки чун дигар филизот намешавад, яъне гузашти замонро бар он таъсире нест.

**Калидвожаҳо:** кимиё, Форобӣ, Арасту, Ибни Сино, Ибни Халдун, филизи паст, филизи воло.

## ХИМИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ АБУНАСРА ФАРАБИ

Пуё Гафури - преподаватель медицинского факультета Балхского университета

Введение. Абунаср Фараби в своей статье, посвященной положению химии, предпринял попытку разъяснить причины смешения этой науки с мистикой и тайной, а затем через обращение к логическим утверждениям Аристотеля на примере преобразования низких металлов в такой высший металл, как золото, доказать обретение химией статуса науки. Конечно, его кризис является чисто философским и не имеет основанного на опытах фундамента. Химическая наука, считающаяся сегодня одной из точных наук, на пути к достижению своего нынешнего статуса прошло через множество препятствий. Эта наука происходит из таинственного учения, названного в стари-

ну алхимией. Именно поэтому в прошлом даже выдающиеся алхимики, авторы книги и диссертаций по алхимии, определяли её как искусство, то есть предмет, имеющий серьёзные различия с наукой и знаниями [9-127].

Изначальной целью алхимиков было превращение одних металлов в другие. Они, в частности, стремились преобразовать низкие металлы, такие как ртуть, серебро и медь, в высший, такой как золото. Металл, который в придачу к красоте, обладает привилегией не уподобляться другим металлам, иными словами, время над ним не властно.

**Ключевые слова:** алхимия, Фараби, Аристотель, Ибн Сино, Ибн Халдун, низкие металлы, высшие металлы.

## CHEMISTRY IN VIEW OF ABUNASIRFARABI

*Bopayee Ghafoori - teacher at Balkh University, Afghanistan; Address: Area 3, Mazar\_e\_Sharif, Afghanistan; Phone: +93 (0) 787 213 600; Email: mahboob.ebrahimi1610@gmail.com*

Preface:

In an article, that Farabi has written about chemistry industry, he was trying to explain the reason of mixing of this industry with the secret. Then with recourse to logical speeches of Aristotle and become scientific of chemistry, it means,

proofing the changing a negligible metal to a valuable metal like gold.

Of course, his argument is Philosophical and it doesn't have any experimental knowledge. Now adays the knowledge of chemistry it counts to exact sciences and for arriving to fixed shape,



it has passed many ways up and down. This science formed from mysterious industry that is called in the past chemia (کیمیا). The industry sometimes was considered approved with philosophies and sometimes was rejected by these groups, the reason of accepting and rejecting was in strange claim of this science. The industry that discusses from converting elements specially metals to each other's and for such a claim it doesn't exact rule and logical. Therefore Ancestors even chemicals for proofing write down book and they interpret it

Муҳиммият. Муаррихони таърихи илм дар бораи оғоз ва хостгоҳи андешаи кимиёгарӣ назароти мухталиф додаанд. Бар тибқи назарияи устувортар кимиё аз Искандария сарчашма гирифтааст. Дар воқеъ вожаи "кимиё" (????) аз решаи "Chem" ба маънии "ҳоки сиёҳ" гирифта шуда, ки мурод аз он ҳоки ҳосилхези Миср аст. Кимиё бад-ин тартиб ҳунари мисрӣ ва ё ба таъбири сахетар "ҳунари исқандаронӣ" мебошад. Дар тавзеҳи ин матлаб бояд гуфт, ки шаҳри Искандария дар соли 331 пеш аз милод ба василаи Искандари Мақдунӣ дар канори хонаи Нил сохта шуд ва дар андак муддате ҷузви шаҳрҳои муҳими рӯзгори бостон даромад ва мардумони бо фарҳангҳои мухталифро дар худ ҷой дод: нахустбумиёни ин сарзамин, яъне мисриёне, ки ҷузви свъатгарони моҳири рӯзгори хеш будаанд, гурӯҳи дувум юниёне, ки фалсафаро бо худ ба ин шаҳр оварда буданд, бар ин ду гурӯҳ бояд яҳудиён ва муҳочирон аз Бобул ва Сурияро низ вфзуд, ки дилбастагии ҳосе ба ирфон доштанд. Ин се биниши таҷрибавӣ, фалсафӣ, ирфонӣ буд, ки дар санъати кимиё чамъ гардида буданд [ 1-592 ].

Кимиёгварони нахустини Искандария муътақид буданд, ки аҷсоми мавҷуд дар табиат, ба вижа филизотро метавон бо таклис, яъне гудохтани сангҳо ва филизот, тақтир, яъне ҷудо кардани ноҳолисоҳои як моя бо ҳарорат додани он ва сард кардан бо хор ҳосил ба василаи қаръ (қўфтан) ва анбик (олате, ки ҷисмҳои моеъро ба қатраҳо бармегардонад), таркиб, яъне ба вучуд овардани ҷисми салосӣ (сегона) аз омехтани ду

industry, it means realize or technique that with knowledge and has deferent concept.

The main objective of chemicals was changing metals to each other's. They were searching to negligible metal like mercury, silver, copper to valuable metal like gold. The metals that has its own beauty, it is has own advantage which never to oxidize that mean the period of times has effect to it.

**Key words:** Chemistry, Farabi, Aristo, Avicenna, Ibn Khaldoon, negligible metal, valuable metal.

ҷисми мухталиф ва корҳое аз ин навъ, ба якдигар табдил кард. Аммо табдили филизот ба якдигар ба амалиёти содае, ки кимиёгарони гузашта анҷом медоданд, имконпазир набуд ва бо ин нотавонӣ ва заъфи ононро ба тадлис (фиребгарӣ) ва корҳое аз қабил муталло (зарҳал) кардани филизот ва сохти сикаҳои тақаллубӣ во медошт. Аз ин рӯ кимиёгарӣ дар замони гузашта пайваста бо найранг ва фиреб ҳамроҳ будааст, то он ҷо, ки соли 296 милодӣ Диоклисин императори Рум фармон дод, навиштаҳои кимиёгаронро гирд оваранд ва бисӯзонанд, зеро амалиёти козиби (бардурӯғи) онониктисоди Румро ба варшикастагӣ кашонида буд [Laszlo Pierre, с.17].

Аз ин пас кимиё аз раванқ афтод ва дар инҳисори қоҳинон қарор гирифт. Ин санъат дар қуруни васатӣ ва дар асри Умавиён (солҳои 661-750м. 132-141 қ.) аз тариқи масеҳиёни настурӣ вориди тамаддуни исломӣ гардид ва бори дигар матраҳ шуд ва зехнҳоро ба худ ҷалб кард. Ба василаи ду шимидони бузурги мусалмон, яъне Ҷобир бини Ҳайён (эхтимолан зинда дар нимаи дувуми қарни2 хичрӣ) ва Муҳаммад Зақариёи Розӣ [251-313қ//865-925м.] ба авҷи шухрати худ расид [1-3].

Абӯнасири Форобӣ дар мақолаи "Саноат ул кимиё"-и худдар садаи дифоъ аз кимиё аст ва омехта шудани ин санъатро ба румузи аҷибу ғариб шарҳ медиҳад. Ибни Халдун муаррихи барҷастаи марокашӣ, ки гӯё бо ибни Форобӣ ошноӣ дошта, дар китоби "Муқаддима" ақоиди Форобиро бо андешаҳои ибни Сино дар ин бора муқоиса кар-



да ва чуни навистидааст: "... пас мегӯям, ки мабно ва асоси сухан дар ин саноат дар нахди ҳукамо дар бораи кайфияти маъдини ҳафтгона ё ҳафт чӯш, яъне за рва сим ва сурб ва қалъа (арзиз) ва мисс ва оҳан ва рӯй аст, ки оё инҳо аз лиҳозт фасл бо ҳам мухталифанд ва ҳар як аз онҳо навъи мустақиде ҳаст, ки ба зоти худқойим аст, ё ин ки ихтилофи филизоти мазбурт дар хавос аз кайфияти онҳост ва куллияи синфҳои аз як навъ мебошанд ва ихтилофи онҳо дар кайфияте аз қабилӣ рутубат ва юбусат ва нармӣ ва сахтӣ ва дар ранг монанди зардӣ ва сафедӣ ва сиёҳӣ аст. Ва куллияи онҳо аснофе барои ин навъ воҳиданд (53-7). Ибни Сино, ки ҳукамои Машриқ ҳам аз ӯ пайравӣ кардаанд, ин аст, ки филизоти мазбур аз лиҳози фасл бо ҳам мухталифанд ва ҳар як аз онҳо мустақил ва қойим ба худ мебошанд ва ба ҳақиқати худ таҳқиқ меёбад ва онро фасл ва ба ҳақиқати худ таҳқиқ меёбад ва онро фасл ва чинс хос аст монанди дигар анвоъ (216-8) ва Абӯнасири Форобӣ бар ҳасби ақидаи худ ба ин ки филизоти мазбур аз лиҳози навъ муттафиқанд ба имкони инқилоб ва табдили бархе аз онҳо ба якдигар қрийл шудааст, зеро дар ин ҳангом табдили аразҳо ба якдигар ва чорачӯйӣ ва тадбири онҳо аз тариқи санъат имконпазир хоҳад буд. Ва аз ин рӯ саноати кимиё дар назди ӯ мумкин ва дорои маъҳази осонест, вале Абӯалӣ ибни Сино бинобар эътиқод ба ихтилофи навъи

онҳо мункири ин санъат аст ва вучуди кимиёро муҳол ва ғайри мумкин медонад ва назари ӯ мубтанӣ ба ин аст, ки ба василаи саноат наметавон ба фасл роҳ ёфт, балки фасл ҳар навъеро афзинанда ва тақдиркунандаи ашё меофаринад, ки Худои Аза ва чала аст ва ҳақоқиқ фасл ба таври кулӣ ва асосан маҷҳуланд ва ба тасвир дар намеоянд. Пас чӣ гӯна метавононҳоро аз роҳи санъат дигаргуна сохт" (Ибни Халдун, ҷ.2, с. 1110-1111).

Мақолаи Форобӣ "Вучуби (воҷиб) саноат алкимиё"-ро ибни Усайбия чузв осори Форобӣ муаррифӣ кардааст (с.139), вале ибни Қифтӣ ва манбаи қадимитар дар осори Форобӣ аз ин мақола сухан нагуфтаанд. Бо ин ҳол, ин манобеъ иттиҳод накардаанд, ки феҳристи комиле аз осори Форобро ба даст додаанд.

Аз сӯйи дигар истилоҳот ва мафҳуми мундариҷ дар ин мақола аз қабилӣ нузуъ, муҳокот (тақлид), игтибот (ғибтат-орзу кардан), тасдиқ ва тасаввур, ҳимонҳоеанд, ки дар соир осори Форобӣ, аз ҷумла "Орои аҳлул Мадина ал фозилат" васоили мантиқии вай омадааст.

Аз ин рисолаи Форобӣ 2 нусхаи хаттӣ мавҷуд аст, ки дар китобхонаҳои Берлин ва Ландан нигоҳдорӣ мешаванд (Brockelmann, 234, p.vol.1), илоҷива бар ин ду нусха, қисмате аз ин рисола дар китоби "Кашфул зунун"-и Ҳочӣ Халифа (ҷ.2, с. 1527-1528) омадааст.

## АДАБИЁТ

الكتاب آتش ، احمد « رساله الاكسير او رساله في امر مستور و هل هي لابن سينا ام لا »

الذهبي للمهرجان الالفى لذكرى ابن سينا، بغداد، 1952. (ص 592)

1 - ابن ابى اصيبعه ، عيون الانبا في طبقات الاطباء، بولاق، 1299. (ص 318)

2 - ابن خلدون ، مقدمه ، جلد دوم ، ترجمه محمد پروين گنابادي ، تهران ، 1347. (ص 1)

3 - حاجى خليفه ، كشف الظنون ، لندن ، 1842، جلد 5 ، جلد 2 ، استانبول ، 1943. (ص 721)

4 - ملاردى، محمدرضا، سيد رضا، آقاپورمقدم، تاريخ مختصر علم شيمى، تهران، انتشارات مدرسه، 1377. (ص 184)

Brockelmann, Carl, Geschichte der Arabischen Literature, vol.1 1934.( p 79 )

Hutin, Serge, "Alchimie", le monde inconnu N07. Laszlo Pierre, Qu'estquel'alchimie? Paris, Hachette; 1996.(P.53)

Madkour, I., "Avicenna et l'alchimie" Revue du Caire, Juin, 1951.( P. 216)

Mieli, A., la science arabe, Leiden, 1939. (P. 127)

Sayili, Aydin, "Al-F?r?b?s article on alchemy", Belleten, vol.15, 1951. (P. 432)

Wiedemann, E., "ZurAlchemieberdemArabern", Journal f?rpraktischechemie, N.S. vol.79, 1907.(P.79)



## ҒАЙРИТИББӢ

### САҲМИ ЗОДАГОНИ МИНТАҚАИ КӢЛОБ ДАР ИНКИШОФ ВА ПЕШРАФТИ ИЛМИ ТИБ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

З.В. Абдурахмонов, И. Маҳмадов, П.А. Юсуфзода.

*Абдурахмонов Зевар Вафоназарович, номзади илмҳои таърих, дотсенти кафедраи фанҳои ҷомеашиносии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: zavar-1986@mail.ru, тел.: 935-98-44-97*

*Маҳмадов Иброҳим, муаллими Донишқадаи идоракунии давлатии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, E.mail: tim-1212@mail.ru, тел.: 935-92-98-78.*

*Юсуфзода Парвизи Абдулло, ассистенти кафедраи нигоҳдори тандурусти ҷамъиятӣ ва оморӣ тиббӣ ба курси таърихи тиб, тел.: 989 13 21 18.*

### ВКЛАД УЧЕНЫХ МЕДИКОВ ИЗ ЧИСЛА ВЫХОДЦЕВ КУЛЯБСКОГО РЕГИОНА В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ ТАДЖИКИСТАНА

В данной статье автор рассматривает заслуги видных деятелей медицинской науки из числа выходцев Кулябского региона. В частности отмечаются заслуги таджикских ученых медиков в различных отраслях медицинской науки и отмечается их вклад в развитие медицинской отрасли Таджикистана.

#### Annotation

In this article author give attention to national figure and medicine scientists from Kulyb region that's contribute to development of medicine science of Tajicistan. Author note the importance of the role of

Таҳқиқи соҳаи тибби минтақаи Кӯлобро мавриди омӯзиш қарор дода, ҳаминро бояд қайд намоем, ки дар давоми солҳои давлатдорӣ Шуравӣ ва дар замони истиқлолият дар ин минтақа на танҳо масъалаи таъмини соҳаи тандурустӣ бо мутахассисон ҳал гардид, балки аз миёни онҳо олимони варзидаи соҳаи тиб баромаданд, ки дар рушди илми тиб саҳми босазо гузоштанд. Дар ин мақола мо қарор додем саҳми олимони дар рушди илми тиб таҳқиқ намоем ва лозим шуморидем, роҳи паймудаи олимони тоҷикро аз лаҳзаи саршавии тадқиқотҳои онҳо то ба дараҷаи муваффақиятҳои илмии онҳо мавриди омӯзиш қарор диҳем. Муаллифони китоби "Таърихи мухтасари тиб" пойдоршавии иқтидори илмӣ ва камолёбии зиёиё-

тана. Автор в данной статье особо обращает внимание на развитие науки и его вклад в борьбе против эпидемических болезней и указывает на труды ученых из числа выходцев Кулябского региона.

**Ключевые слова:** медицина, болезнь, лечение, власть, Советская, учреждения, врач.

national medicine and local scientists in fighting epidemiological diseases in Kulyb region and indicate of scientists role and transaction.

**Kew words:** medicine, disease, treatment, power, Soviet, organisation, doctor.

ни тибби тоҷикро ба чор давра тақсим намуданд:

1. 1924-1938 - замони бунёди заминаи инкишофи соҳаи тиб

2. 1939-1950 - давраи таъсиси аввалин донишгоҳҳо ва муассисаҳои илмии соҳаи тиб ва ба Ҷумҳурии Тоҷикистон омадани мутахассисони баландхатисоси соҳаи тиб

3. 1951-1975 қадами аввалини олимони тоҷик ба илми олии соҳаи тиб, дифои рисолаҳо ва тадқиқотҳои олимони тоҷик

4. 1976-1992-мустақилияти пурраи илми тиб дар Тоҷикистон ва таъсиси марказҳо ва Академияи илмҳои тиб ва барпо намудани муносибатҳои байналмилалӣ миёни табибони тоҷик ва табибони кишварҳои хориҷӣ [7].



Воридшавии олимони тоҷик ба тадқиқотҳои соҳаи тиб аз солҳои 70-ум оғоз гардид ва имконияти ин тадқиқотҳоро зиёд гардонд, зеро олимони тоҷик шароит ва сабабҳои сар задани бемориҳо нисбат ба олимони аз дигар ҷойҳо омада беҳтар медонистанд. Аз ҳамин лиҳоз бештари тадқиқотҳо маҳз ба бемориҳои дорои хусусияти маҳаллӣ дошта, бахшида шуданд. Ба ин бемориҳо пеш аз ҳама бемориҳои сироятӣ, бемориҳои кудакона, занон ва бемориҳои дарунӣ дохил мешуданд. Аммо дар солҳои минбаъда олимони минтақаи Кулоб ба омӯзиши соҳаҳои гуногуни тиб ворид гардид, тадқиқотҳои гуногунро мавриди амал татбиқ намуданд. Ба қатори олимони машҳури соҳаи тибби минтақаи Кулоб бешубҳа Файзуллоев Нусратулло дохил кардан айна ҳол аст. Файзуллоев Нусратулло, дар қатори аввалин олимони тоҷик, ки қадам ба илми тиб гузошанд, мавқеи намоёнро ишғол мекунад. Ӯ аввалин тадқиқотҳои худро ба бемориҳои инфекционӣ бахшид ва дар ин самт беш аз ҳама бемориҳои кудаконро мавриди таҳқиқ қарор дода буд. Хизматҳои вай барои илми тиб на танҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, балки берун аз он шуҳрат пайдо намуданд. Соли 1991 яке аз китобҳои Файзуллоев Нусратулло дар мавзӯи бемориҳои кудакон дар шаҳри Смоленски давлати Руссия аз ҷоп баромада буд [14]. Дар солҳои 2000-ум Файзуллоев Нусратулло барои ҷорӣ намудани тибби оилавӣ, ки он та-

лаботи замон ба ҳисоб мерафт, тақлифҳо ва пешниҳодоти зиёдеро ба миён мегузорад, ки натиҷаи ин тадқиқотҳо дар яке аз китобҳои устод нашр гардидаанд [15].

Олими дигари соҳаи тандурустӣ доктори илмҳои тиб, профессор Гулзода М.Қ., мебошад, ки соли 1966 дар ноҳияи Данғара таваллуд шудааст. Профессор Гулзода М.Қ. дар баробари духтури ҷарроҳ буданаш имрӯз дар вазифаи ректори калонтарин муассисаи давлатии таълимии тиббии кишвар - Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино адои вазифа намуда истодааст. Устод дар мавзӯи "Комплексная диагностика, профилактика и лечение ранних хирургических осложнений резенции желудка по поводу "трудных" дуодеальных язв" рисолаи докторӣ ҳимоя намуда, дар саҳифаи таърихи муосири тибби тоҷик саҳифаи навро кушод.

Олими дигар доктори илмҳои тиб Муҳаббатова Ҷиёнхон Қурбонович зодаи ноҳияи Ҳамадонии минтақаи Кӯлоби вилояти Хатлон буда, доир ба таъхис, пешгирии ва ҷарроҳии бавосири оризанок як қатор тадқиқотҳои илмиро анҷом додааст. Ӯ муаллифи 68 асару мақола, 4 тавсиянома, 14 навоарӣ ва як монография мебошад.

Дар баробари ин олимони варзида метавон аз тадқиқотҳои муосир ва афзалиятнок доктори илмҳои фармасевтӣ, академик Юсуфӣ С.Ҷ. ва номзоди илмҳои тиб Саидзода Б.И., зодагони минтақаи Кӯлоб низ ном бурд.

Дар роҳи таҳқиқи илми тиб инчунин саҳми зодаи ноҳияи Темурмалик (собик ноҳияи Совет) Қурбонов Каримхон хеле калон аст. Вай фаъолияти кории худро ҳамчун духтури оддӣ дар беморхонаи вилоятии шаҳри Кулоб оғоз намуд ва бо мақсади идома додани кори тадқиқотӣ ба Ҷумҳурии Украина сафар кард. Дар ин ҷо вай аввал рисолаи номзадӣ ва баъдтар рисолаи докториро дифо намда, соҳиби унвони профессорӣ мегардад ва солҳои 2003-2005 дар вазифаи Ректори Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино кор карда буданд.

Қурбонов Каримхон муаллифи 170 кори илмӣ, аз ҷумла 53 мақола, 11 тавсияи методӣ

---

<sup>1</sup>Файзуллоев Нусратулло дар мавзӯи тиб рисолаи номзадӣ (1975), рисолаи доктори (1993), унвони илмии дотсентӣ (1990), профессорӣ (1999) гирифтааст. Бо калами Файзуллоев Нусратулло 100 мақолаҳои илмӣ, 3 китоб оиди касалиҳои зардпарвини атфол (гепатити В ва дельта) навишта шудааст. Тахти роҳбарии у 2 нафар рисолаи докторӣ ва 5 нафар рисолаи номзадиро ҳимоя кардаанд. Дотсенти кафедраи касалиҳои сироятгии атфол (1990-92), декани факултаи педиатрӣ (1993-96), ноиби ректор оид ба корҳои таълим (1996-2000), ректори Донишгоҳи давлатии тиббии ҶТ (2000-03) ва вазири тандурустии ҶТ (2003-07) Гадозода Х.А. Комусномаи Айн. Душанбе -2011. сах.323





ва 3 монография мебошад ва 44 пешниҳоди навоарӣ дорад. Зери роҳбарии Қурбонов К. М. 4 нафар рисолаи номзадӣ илмро химоя кардаанд. Хизматҳои вай ҳатто дар сатҳи умумичаҳонӣ пазируфта шуданд. Соли 1997 Қурбонов К. М. ҳамчун узви фаҳрии Ассотсиатсияи ҷарроҳони ба номи Н. И. Пирогов ва соли 1998 узви фаҳрии Ассотсиатсияи ҷарроҳони ҷигари ИДМ интиҳоб мешавад. Барои хизматҳои бузурги худ Қурбонов Мурод соли 2001 аз тарафи Ҳукумати Украина бо дипломи Академияи байналмилалӣ "Бахти тиллоӣ" ва медали Георгий сарфароз гардонида мешавад[21].

Олими шинохтаи тибби тоҷик Пиров Абдулло яке аз ташаббускорони кушодани Омузишгоҳи тиббӣ дар ноҳияи Данғара, раиси Комиссияи экспертии тиббии меҳнатии байниноҳиявӣ буда дар кушодани чандин шуъба (эхё, ҷарроҳӣ, бемориҳои гуш, гулу ва бинӣ), беморхонаи қитъавӣ дар Маркази тиббии шаҳри Душанбе саҳми арзанда доранд. Пиров А. муаллифи 8 асари илмӣ, аз ҷумла 1 рисола мебошад[11].

Зодаи дигари минтақаи Кӯлоб Олимов Раҳматулло оид ба табобати гӯш ва шунавоӣ 12 кори илмӣ навиштааст, ки ҳар яке аз онҳо дорой навоари илмӣ мебошад ва аз тарафи олимони тоҷик ва хориҷи кишвар баҳои баланд гирифтаанд. Кори номзадашро Олимов Раҳматулло дар мавзуи "Сабаби ногаҳонӣ паст шудани шунавоӣ ва сарҷарҳзании марбут ба аллергия" навишта, соли 1992 дар шаҳри Тошкент бо муваффақият химоя намуд. Дар давоми солҳои дароз Олимов Раҳматулло доир ба дардҳои гӯш, бинӣ ва гулӯ тадқиқотҳои гузаронида, сабабҳои ва роҳҳои пешгирии ин бемориҳоро дар китобҳои худ инъикос мекард[10].

Яке аз душвортарин соҳаи тибби муосир ин гузаронидани ҷарроҳӣ дар системаи асаби инсон мебошад. Дар ин самт аз тарафи Аладӯст Чобулов тадқиқотҳои зиёд ба сомон расонида шуданд. Чобулов А. соли 1990 рисолаи номзади илми тибро дар шаҳри Москва анҷом медиҳад[16]. Кори илмиро дар роҳи омузиши системаи асаб идома дода, соли 2004 дифои рисолаи доктори илми тибро дар мавзуи: "Ҷарроҳии магзи

сар ва асаб аз яроқи оташфишон" дар Донишқадаи ҷарроҳии асаби Академияи илмҳои тибби шаҳри Москва дифоъ намуда буданд. Ӯ муаллифи чандин рисолаҳои илмӣ ва дастурамалҳои таълимию усулибуда, соҳиби унвонҳои "Духтури дараҷаи олий" ва "Аълочии тандурустии Тоҷикистон" мебошад[17].

Дар соҳаи таъриии кадрҳои барои соҳаи тиб дар Тоҷикистон рисолаи табиби шинохта, зодаи ноҳияи Шамсиддин Шохин (собик ноҳияи Шурообод) Гадов Б. бахшибек мавқеи муайяноро ишғол мекунад. Гадов Б. дар рисолаи номзади худ системаи таъриии кадрҳои соҳаи тибро таҳлил намуда, махсусан муҳимияти омузишгоҳҳои тиббиро қайд менамояд. Вай аз нуқтаи назари илмӣ барномаи тақмили ин омузишгоҳҳоро таҳлил намуда роҳҳои беҳтар кардани таъриии кадрҳои зинаи миёнаро барои тибби Тоҷикистон нишон медиҳад [5].

Роҳи илмро инчунин табиби ҷавон Меҳмононов Пиримкул барои худ интиҳоб кард. Ӯ соли 1993 баъди хатми Донишгоҳи тиббии Тоҷикистон ба номи А. Сино дар дармонгоҳи марказӣ ва шуъбаи бачагонаи ноҳияи Совет (ҳоло н. Темурмалик) ба кор омад. Аммо майли тадқиқоти илмӣ ӯро боз ба шаҳри Душанбе овард. Дар ин ҷо вай дар мавзӯи "Таъсири садамаи Чернобил ба организми инсон ва бемориҳои радиатсионӣ" кори илмиро давом дода, рисолаи номзади дифоъ намуд. Ин тадқиқоти олими ҷавон имкон барои табобати ҳазорҳо нафар маъҷубони садамаи Чернобилро пайдо кард, зеро то ин дам мавҷудияти баъзе аз бемориҳои Чернобил ва алоқамандии онҳо бо садамаи радиатсионӣ аз тарафи баъзе олимони рад мешуданд.

Дар идомаи корҳои илмии соҳаи тиб соли 1997 олими тоҷик Хабибулло Ибодов рисолаи номзади илми тиб дар мавзуи "Муолиҷаи бемории эндобронхит дар қудакони мубталои бемориҳои фасодноки шуш"-ро химоя кард. Дар давоми солҳои минбаъда вай тадқиқотҳои худро давом дода, соли 2003 химояи рисолаи доктори илми тибро дар мавзуи "Бемориҳои музмини фасоднокӣ шуш дар қудакон" дифоъ кард. Ҳоло ва-



зифаи директори Омузишгохи давлатии тиббии шаҳри Душанберо ба уҳда дорад. Аз мохи апрели соли 2009 сохиби унвони профессор ва муаллифи зиёда аз 100 кори илмӣ, аз ҷумла 10 дастурамали таълимӣ мебошад. Вай инчунин 2 китоби дарсӣ дар мавзӯҳои "Анестезиология ва реаниматология" ва "Анатомияи одам" (ба забони тоҷикӣ) ба ҷоп супурдааст. Мақолаҳои илмиаш дар маҷаллаҳои тиббии Тоҷикистон ва маҷмуаи маводҳои конференсия байналмилалӣ ҷарроғони ҷаҳонро, ки дар шаҳри Москва ва Винитси Украина баргузор шуда буданд, ба таърифи расиданд. Аз соли 2009 аъзои пайвастаи Академияи тиббӣю техникаи Федератсияи Русия мебошад.

Дар соҳаи ҳифзи саломатии ҷаҳонро ба ҳусус доир ба қоидаҳои санитарӣ-гигиенӣ инчунин Аламхон Аҳмедов тадқиқот гузаронидааст. Дар ин самт Аламхон Аҳмедов кори илмиро бо натиҷаи хуб ба сомони расонида, соли 1996 доир ба қоидаҳои санитарӣ ва таъсири онҳо ба саломатии ҷаҳонро рисолаи номзадӣ дифо намуд [1]. Дар рисолаи худ Аҳмедов А. проблемаи афзоиши бемориҳои сироятӣ дар солҳои 90-ум хотирнишон мекунад ва илова мекунад, ки дар соли 1993 ҳодисаҳои ҷавононро ҷаҳонро нисбат ба соли 1990 15% афзуд. Ин ҳақиқат аз он шаҳодат медиҳад, ки баъди ҷангҳои Иттиҳоди Шӯравӣ сатҳи фаъолияти соҳаи тандурустӣ паст гардид [1]. Аламхон Аҳмедов дар вазифаи муовини мудирӣ шӯъбаи тандурустии вилояти Хатлон адои вазифа намуд. Солҳои 1990-1992 муовини вазири тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон. Солҳои 1992-2003 вазири тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон. Аз мохи июни 2003 ректори Донишқадаи тақмили ихтисоси баъди дипломии кормандони тиббӣ Тоҷикистон мебошад. Муаллифи зиёда аз 200 асар, мақола ва дастурамалҳо, аз ҷумла 9 монографияи ба таърифи расидаи тиббӣ мебошад. Барои дастовардҳои намоён дар соҳаи тандурустии кишвар ва пешгирии бисёр бемориҳои гузаранда ва дар татбиқ намудани навгонҳои тиббӣ муосир уро соли 2000-ум ҳамчун узви вобастаи Ҷумҳурии Тоҷикистон доимии қисмати Аврупои Ташкилоти умумиҷаҳонии

тандурустӣ интихоб намуданд. Солҳои 2001-2002 ба ҳайси ҷонишини раиси Ҷумҳурии Тоҷикистон доимии қисмати Аврупои Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ фаъолият кард. Соли 1996 рисолаи номзоди илми тиб ва соли 2000 рисолаи доктори илми тибро дар шаҳри Москваи Федератсияи Русия химоя кард. Соли 2001 сохиби унвони илми профессор шуд. Дар зери роҳбарии ӯ 20 нафар духтурон рисолаи номзадӣ ва 4 нафар рисолаи доктори илми тибро дифо намуданд. Аз тарафи Аламхон Аҳмедов ҷаҳонро китобҳои дарсӣ, маводҳои таълимӣ ва илмӣ навишта шуданд [3]. Ҷумҳурии Тоҷикистон хизматҳои олимони тоҷикро ба назар гирифта, соли 1999 уро бо унвони "Корманди шоистаи Ҷумҳурии Тоҷикистон" кадр намуд Ҷумҳурии Тоҷикистон хизматҳои шоёнро ба назар гирифта соли 1999 уро бо унвони "Корманди шоистаи Ҷумҳурии Тоҷикистон" кадр намуд.

Ба таърифи бемориҳои ҷаҳонро инчунин мавзӯи тадқиқоти олимони тоҷик Асламхон Шарифов равона гардид. Шарифов А. соҳаи ҷарроғии системаи нафаскашии ҷаҳонро дар мадди аввали тадқиқоти худ гузошта доир ба ҳамаи мавзӯҳои рисолаи номзадиро навишта, соли 2013 онро дар шаҳри Москва бомуваффақият дифо намуд [20]. Азбаски саломатии ҷаҳонро дар бештари мавридҳо аз саломатии модарон вобастагӣ дошт, тадқиқотҳо дар соҳаи ҳифзи саломатии модарон низ дар мадди назари олимони тиббӣ тоҷик меистод. Соли 2007 рисолаи номзоди илми тиб дар мавзӯи "Зохиршавии тағйиротҳои асабӣ дар ҳолати хунравии мавриди таваллуди занҳои мубталои норасоии шадиди гурдаҳо" аз тарафи С. Гариматов дифо гардид [20].

Мавзӯи Охунов Шариф ва тадқиқотҳои вай дар соҳаи тағйиротҳои сохти бофтаҳо ва рағҳои хунгузари меъдаю рудаҳои бемориҳои сухтагӣ ҷониби диққати олимони гардид, зеро ин гуна бемориҳо то ин давра таҳқиқ нашуда буданд. Моҳияти дигари ин тадқиқот дар он буд, ки ин рисола ба гуруҳи аввалин рисолаҳои олимони тоҷик дохил мешу два натиҷаи тадқиқотҳо нишон дод, ки номи Охунов Ш. дар тиббӣ тоҷик ҷои



намоёнро ишғол намуд. Соли 1982 боз ру ба тадқиқотҳои илмӣ оварда, дар мавзуи "Тағйротҳои сохти бофтаҳо ва рағҳои хунгузари дилу шушҳо дар зерӣ таъсири сармо" тадқиқотҳои таҷрибавӣ гузаронд.

Дар рушди соҳаи тибби тоҷик ва рушди кашфиёти ихтироот дар ин самт саҳми профессор Усмон Расулов зиёд аст. Фаъолияти илмӣ худро Усмон Расулов солҳои 1980-1986 ҳамчун дотсенти кафедраи беморҳои амрози дохилаи ДДТТ оғоз намуд. Барои идома додани кори илмӣ Усмон Расулов соли 1986 ба Донишқадаи тарбодӣ шаҳри Москва омада, дар ин ҷо тахсилро дар докторантура идома медиҳад. Соли 1990, баъд аз химояи рисолаи доктори илми тиб мудирӣ кафедраи беморҳои дарунии ДДТТ таъин гардид. Соли 1991 аз тарафи Шурои олимони Донишгоҳи тиббии Тоҷикистон ба Расулов У. дараҷаи илмӣ профессор дода шуд. Расулов Усмон муаллифи зиёда аз 400 корҳои илмӣ, аз ҷумла 4 рисолаи илмӣ, 3 китоби дарсӣ ва 80 дастурамалҳои таълими ва усулиро аз ҷоп баровард. Саҳми Усмон Расулов дар омода кардани олимони ҷавон низ кам нест. Усмон Расулов дар тули фаъолияти илмӣ худ 17 номзади илм ва 4 доктори илмро тайёр кард, ки ҳоло дар соҳаи тиб тадқиқотҳои худро идома дода истодаанд. Дар давоми фаъолияти кори худ Усмон Расулов 10 тақлифи ратсионализаторӣ ва барои ду ихтироот патенти ихтироотиро соҳиб гардид[22]. Тамоми ин кашфиётҳо ва ихтироотҳо аз тарафи ташкилотҳои байналмилалӣ соҳаи тиб пазируфта шуданд.

Равияи дилшиносӣ ҳамчунин мавзуи тадқиқоти олимони мо гардид ва дар ин ҷода рисолаи илмӣ Олимов Насимҷонро бояд қайд намуд. Муваффақиятҳои Олимов Н. дар марказҳои калонтарини тибби шаҳрҳои Москва ва Санкт Петербурги Руссия эътироф гардиданд. Насимҷон Олимов соли 1999 баъди хатми аспирантураи Академияи тибии шаҳри Санкт Петербург рисолаи номзади илми тибро дар мавзуи "Пешгирии хавфи пайдоиши номурағтабӣ кори дил-фибрилляцияи даҳдезӣ" дифо намуд. Аз соли 1999 то соли 2014 дар Маркази Ҷумҳуриявии беморҳои дил фаъолияти кори худро

давом дод. Дар давоми кори табобатӣ, Олимов Н. инчунин кори илмӣ худро давом дода, соли 2009 дар Институти илмӣ-профилактикии шаҳри Москва дар соҳаи беморҳои дил рисолаи докториро химоя кард. Аз соли 2014 то соли 2017 дар вазифаи чонишини Вазири тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон кор кард ва аз соли 2017 вазифаи Вазири тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистонро иҷро мекунад[23].

Доир ба тадқиқотҳо дар соҳаи беморҳои урологӣ кори илмӣ табиб М. Мирназаров шоёни таҳсин аст. Мирназаров М. фаъолияти кори худро дар ноҳияи Восеъ оғоз кард. Соли 1987 бо тақлиф ва пешниҳодоти табиб-уролог М. Мирназаров дар ноҳияи Восеъ шӯбаи беморҳои урологӣ таъсис гардид. Дар баробари кор дар шӯбаи урология М. Мирназаров тадқиқотҳои илмиро дар соҳаи беморҳои гурда давом медиҳад. Вай махсусан проблемаи пайдошавии санг дар гурдаро мавриди таҳқиқ қарор медиҳад. Ин мавзӯ аз он ҷиҳат актуалӣ буд, ки обҳои ошомидани ин минтақа дар бештари мавридҳо ба ҷамъшавии хок дар гурдаҳо сабаб мешуданд. Олими ҷавон ин мавзуро таҳлил намуда рисолаи номзадиро аз руи мавзуи "Ҷараёни беморӣ ва ташҳиси лаборатории омилҳои хатарӣ сангпайдошавии узвҳои шошабарорӣ дар мардуми минтақаҳои Тоҷикистон" дифо мекунад. Мирназаров М. муаллифи зиёда аз 30 мақолаи илмӣ мебошад, ки дар маҷаллаи "Тандурустии Тоҷикистон", маҷаллаҳои тиббии Русия "Урология", ва "Клиническая хирургия" ба нашр расидаанд[5].

Тадқиқотҳо дар соҳаи осебшиносӣ низ дар минтақаи Кулоб рушду нумӯ мекарданд. Махсусан дар ин самт табибони ноҳияи Восеъ бештар муваффақ гардиданд. Аз он ҷумла Кудбидин Сирочов зодаи деҳаи Тосқалъаи ноҳияи Восеъ, дар ин самт корҳои муайянеро ба анҷом расонидааст. Вай соли 1993 дар кафедраи травматология ва ортопедии Донишгоҳи тиббии Тоҷикистон тақмили ихтисос оид ба таҳассуси духтури осебшинос ва раддоӣ гузашт ва солҳои 1993-1995 духтури осебшиносии шӯбаи осебшиносии Беморхонаи марказии ноҳияи Восеъ қору фаъолият



намуд. Муваффакиятҳои олимони чавонро ба назар гирифта, соли 1995 вай ҳамчун духтури осебшиносии шӯбаи хизмати фаврии Беморхонаи клиникӣи ҷумхуриявӣ ба номи А.М.Дяков ба қор қабул гардид. Соли 2002 ба таҳсили ғоибонаи асперантурии Донишқадаи тақмили ихтисоси баъдидипломии қормандони тиб дохил шуда, соли 2004 бомуваффакият рисолаи номзади илми тиб дар мавзӯи "Қорқарди усули экспертии тарзи созғори табобати давраи сактаи бисёр садама" химоя намуд. Аз соли 2005 мудирӣи шӯбаи осебшиносӣ ва раддоии Донишқадаи тақмили ихтисоси баъдидипломи қормандони тибби Вазорати тандурустӣ ва сарпарастӣи шӯбаи садамаҳои пайвастаи Маркази миллии тибби Ҷумхурии Тоҷикистонро ба уҳда дорад. Қудбиддин Сирочов муаллифи зиёда аз 30 қори илмӣ мебошад, ки онҳо дар маҷаллаҳои тиббӣи дохили кишвар ба таърифи расидаанд. Аз тарафи у ҳашт навоари соҳаи осебшиносӣ кашф ва дар қорҳои амалӣ татбиқ гардидаанд[6].

Дар риштаи тиб чанд тани дигар аз намояндагони тибби ноҳияи Шурообод ба монанди Амонулло Ғоибов. Нуралӣ Сафаров. Асламхон Шарифов. Чаҳонхон Муҳаббатов, Аваз Раҳимов ва дигарон соҳибӣи унвонҳои доктор ва номзади илмҳои тиббӣи гардидаанд [6].

Таҳқиқи фаъолияти олимони минтақаи Қулобро дар соҳаи илми тиб ба анҷом расонида, ҳаминро бояд қайд намоем, ки дар давоми солҳои давлатдорӣи Шуравӣ ва дар замони истиқлолият аз ин минтақа олимони варзидаи соҳаи тиб баромаданд, ки дар рушди илми тиб саҳми босазо гузоштанд. Аҳамияти тадқиқотҳои олимони минтақаи Қулоб пеш аз ҳама дар он буд, ки ибтидои

роки бевоситаи онҳо хусусиятҳои беморҳои маҳаллӣ, умумият ва фарқияти онҳо аз беморҳои дигар минтақаҳо, шакли табобат, қоидаҳо ва роҳҳои табобати онҳо таҳлил гардид. Доираи ин тадқиқотҳо маҳдуд набуд, тамоми соҳаҳои тибби муосирро дар бар гирифт, аммо муҳимтарин аз онҳо албатта тадқиқотҳо дар соҳаи беморҳои сироятӣ, қудакона ва модарон маҳсуб мешуд, ки барои минтақаи Қулоб беш аз беш ақтулӣ буданд. Дар самти беморҳои сироятӣ рисолаҳои Файзуллоев Нусратулло, дар соҳаи қарроҳӣ Қурбонов Мурод, дар соҳаи беморҳои гӯш, гулу ва бинӣи фаъолияти Олимов Раҳматулло, хизматҳои Аладуст Чобулов дар самти системаи асаб то ба имруз ҳамчун дастурамал барои табибон хизмат мекунанд. Фаъолияти Пиров А. ва Ғадоев Баҳшибек дар системаи таърии кадрҳои соҳаи тиб ва қушодани Донишгоҳҳои тиббӣи нақши қалон бозид. Тадқиқотҳои қоррои характери замони нав ба монанди таҳлили садамаи Чернобил саҳми олимони тоҷикро дар ин равиҷи афзоиш дода, эътибори қоронии онҳоро баланд бардошт. Дар баробари ҳамин олимони тоҷик дар қашфиёти ихтирооти соҳаи тиб нақши қалон доранд.

Тадқиқотҳои олимони тоҷик аз қумлаи зодагони минтақаи Қулоб соҳаи стоматология, қардиология, онқология, анестезиология, реаниматология ва дигар соҳаҳои таҳасусиро қаро гирифтанд ва ин аз он шаҳодат мебахшад, ки тибби тоҷик дар қатори олимони қарон мавқеи сазоворро ишғол қардааст. Имрӯз мо бо боварӣ қармил қуфта метавонем, ки илми тиб дар минтақаи Қулоб дар сатҳи қарон қарор дорад ва он бо мутахассисон, олимони ва қормандони зинаи миёна ба қуррагӣ таъмин гардидааст.

## АДАБИЁТ

1. Аҳмедов А. Социально-гигиеническое состояние здоровья детей Таджикистана. автореф. Диссер...канд...мед...наук.-14.00.33.Москва 1996.- 20 с.
2. Ахундов Ш. Морфология сосудистого узла органов ЖКТ при ожоговых болезнях.: автореф.канд..мед. наук. 14.00.27. ТГМИ, Душанбе 1973.-16с
3. .Анатомияи одам.-Д., 1997.
4. Ғрузотоксин- Д., 1997, Тандурустии Тоҷикистон дар марҳилаи ҳозири ва самтҳои асосӣи тақмили он.- Д., 2002.



5. Гадоев Б. Научное обоснование системы подготовки среднего медицинского персонала в условиях реформирования здравоохранения РТ.- Автореф. Дис. канд.мед.наук.- 14.00.33.- М.2006.- 26 с.
6. Гадозода Х. Комусномаи Айн. Душанбе -2011.
7. Исхоки Ю.Б., Таджиев Я.Т. Таърихи мухтасари илми тоҷик.- Душанбе 1993.
8. Курси махсус аз чарроҳии асаб, Душанбе 2009.-132с.
9. Қаҳори Расулиён "Дашти Чум", Душанбе: "Ирфон" 2009.
10. Олимов Р. Беморихои гуш, гулу ва бини.- Душанбе , -2010 , 344с.
11. Пиров А. Особенности циркуляции вируса К-КГЛ в РТ /канд.мед.наук.-14.00.30. Душанбе,2005.
12. Стратегияи ҶТ оид ба хифзи саломатии аҳоли дар давраи то соли 2005- Д., 1996.
13. Фарханги тиббии русӣ-тоҷикӣ- англисӣ- Д., 2006.
14. Файзуллоев Н. Факторы риска у больных детей с хирургическими патологиями.-Смоленск 1991. 117 с.
15. Файзуллоев Н. Справочник семейного врача по детским инфекционным заболеваниям.- Душанбе, 2006. 160 с.
16. Чобулов А. Диффузное аксиональное повреждение головного мозга.- автореф.канд.-мед.наук.- 14.00.30. Москва ,1990
17. Чобулов А. Диагностика и лечение огнестрельных ранений черепа и головного мозга: монография/Чобулов А., Душанбе, 2001.-86 с.
18. Чобулов А. Актуальные вопросы педиатрии, Материалы Первой научно-практической конференции педиатров Согдийской области.- Хучанд, 2006.-342с.;
19. Чобулов А. Ливатсев И.И. Мухторов Х. Асосҳои чарроҳии системаи асаб, Душанбе 2009.- 170 с.
20. Шарифов А. Хирургическое лечение приобретенных и врожденных заболеваний легких у детей в РТ.- автореф.диссер...канд...мед...наук.- 14.00.33. -Москва 2013.-18с.
21. Электронная библиотека ТГМУ. Душанбе , -2019

## ХУСУСИЯТҲОИ ВАЗЪИ ФАЗОИ ГЕОПОЛИТИКӢ ВА АМНИЯТИ КИШВАРҲОИ ОСИӢИ МАРКАЗӢ

**Ҳ.М. Тошов, Ҳ.К. Бедилов**

Кафедраи сиёсатшиносӣ (мудири кафедра н.и.с., дотсент Бедилов Ҳ.К.)-и  
ДДОТ ба номи Садриддин Айни

*Тошов Ҳоҷиақбар Муҳидинович - унвонҷӯи кафедраи сиёсатшиносии ДДОТ ба номи Садриддин Айни. E-mail: akbar.00007@mail.ru Тел: +992 934427707.*

*Бедилов Ҳусейн Кабутович - н.и.с., дотсенти кафедраи сиёсатшиносии ДДОТ ба номи Садриддин Айни, E-mail: kbedilov@mail.ru Тел: +992 907 424422.*

Дар мақола хусусиятҳои вазъи кунунии фазои геополитикӣ ва амнияти кишварҳои Осии Марказӣ ва инчунин нақш ва ҳадафҳои бозингарони асосии минтақа ИМА, Русия ва Чин дида баромада шудааст. Вақте ки сухан аз мановфеи ин бозингарони асосии сиёсии минтақа меравад, беихтиёр амнияти давлатҳои миллий-этники дар Осии Марказӣ пеши рӯ меояд, ки яке аз масъалаҳои мубрам барои кишварҳои минтақа ба ҳисоб меравад.

Қобили зикр аст, ки пас аз пош хӯрдани Иттиҳоди Шуравӣ дар аввали солҳои 90-уми асри ХХ дар минтақаи Осии Марказӣ панҷ кишвари соҳибистиклол дар харитаи сиёсии ҷаҳон пайдо гардиданд, ки ин кишварҳои Қазоқистон, Қирғизистон, Ўзбекистон, Тоҷикистон ва Туркменистон мебошанд. Дар зиёда аз ду даҳсолаи истиклолияти худ кишварҳои Осии Марказӣ тавонистанд диққати абаркудратҳоро аз ҷиҳати мановфеи гео-





политикӣ ва иқтисодӣ, имконияти транзитӣ дар савдои байниминтақавӣ, сайёҳӣ дорои захираҳои табиӣ ва нақлиётӣ худ ҷалб намояд.

**Калимаҳои калидӣ:** геополитика, амнияти минтақавӣ, геостратегиа, стратегиа, сиёсати хоричӣ, ҷомеаи ҷаҳонӣ, муносибатҳои байнал-милалӣ, роҳи баҳрӣ, иқтисодиёт, терроризм.

## ОСОБЕННОСТИ ПОЛОЖЕНИЯ ГЕОПОЛИТИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ СТРАН ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКОГО РЕГИОНА.

**Тошов Х.М. Бедилов Х.К.**

Кафедра политологии (зав кафедрой к.п.н., доцент Бедилов Х.К.)

ТГПУ им. Садриддина Айна

*Тошов Ходжаакбар Мухидинович - соискатель кафедры политологии ТГПУ им. С. Айна. E-mail: akbar.00007@mail.ru Тел: +992 934427707.*

*Бедилов Хусейн Кабутович - к.п.н., доцент кафедры политологии ТГПУ им. С. Айна E-mail: kbedilov@mail.ru Тел: +992 907 424422.*

В статье рассматриваются основные положения геополитического пространства и безопасность стран центральноазиатского региона, а также роль и цели основных игроков в данном регионе как США, Российская Федерация и Китай. Когда речь об основных интересах игроков в данном регионе, то несомненно вопрос о безопасности национально-этнических государств Центральной Азии, который является одним из актуальных для стран данного региона встает на первое место.

Важно отметить что после распада СССР в начале 90-х годов 20 столетия на политической карте мира появились 5 независи-

мых государств Центрально азиатского региона - Казахстан, Киргизстан, Таджикистан, Узбекистан и Туркменистан. За свои более 20 лет независимости страны Центральной Азии смогли привлечь внимание сверхдержав с точки зрения геополитических и экономических интересов, транзитным возможностям в межрегиональной торговле, туризм, наличием природных и транспортных ресурсов.

**Ключевые слова:** геополитика, региональная безопасность, геостратегиа, стратегиа, внешняя политика, мировое сообщество, международные отношения, морской путь, экономика, терроризм.

## FEATURES OF THE GEOPOLITICAL SITUATION AND SECURITY OF CENTRAL ASIAN COUNTRIES

**H.M. TOSHOV H.K. Bedilov**

Department of Political Science (Head of the department candidate of political science, associate professor H.K. Bedilov) of Tajik State Pedagogical University named after S. Ayni

*Hojakbar Muhidinovich Toshov - researcher of the department of political science of TSPU named after S. Ayni. E-mail: akbar.00007@mail.ru Tel: +992 934427707.*

*Huseyn Kabutovich Bedilov - candidate of political science, associate professor, head of the department of political science of TSPU named after S. Ayni. E-mail: kbedilov@mail.ru Tel: +992 907424422*

The article discusses the main provisions of the geopolitical space and the security of the countries of the Central Asian region, as well as the role and goals of the main players in this region like the USA, the Russian Federation

and China. When it comes to the basic interests of players in this region, the question of the security of national-ethnic states of Central Asia is undoubtedly which is one of the relevant for the countries of this region comes first.



It is important to note that after the collapse of the USSR in the early 90s of the 20th century, 5 independent states of the Central Asian region appeared on the political map of the world - Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Uzbekistan and Turkmenistan. Over their more than 20 years of independence, the countries of Central Asia have been able to attract the attention of

**Муҳимият.** Яке аз минтақаи муҳими олам, ки дар замони феълӣ диққати тамоми мамлакатҳои абаркудратро ба худ ҷалб намудааст, ин минтақаи Осиёи Марказӣ мебошад. Дар ин минтақа баъди пошхӯрии Иттиҳоди Шӯравӣ дар солҳои аввали даҳаи 90-уми қарни гузашта, панҷ кишвари аз ҷиҳати ҳудуд мустақил дар харитаи сиёсии ҷаҳон пайдо гардид, ки ин кишварҳои Қазоқистон, Қирғизистон, Ўзбекистон, Тоҷикистон ва Туркманистон мебошанд. Расман иборати Осиёи Марказӣ моҳи январӣ соли 1993 дар ҳамоиши сарони кишварҳо ва ҳукуматҳо дар шаҳри Тошканд истифода шуд ва ҳамзамон пешниҳод гардид, ки минбаъд мафҳуми "Осиёи Миёна ва Қазоқистон" ба "Осиёи Марказӣ" иваз карда шавад.

**Мақсади таҳқиқот.** Дар мақола хусусиятҳои умдаи вазъи кунунии геополитикӣ ва амнияти кишварҳои Осиёи Марказӣ мавриди таҳқиқ қарор дода мешавад. Кишварҳои Осиёи Марказӣ дар замони муосир диққати ҷомеаи ҷаҳониро вобаста ба аҳамияти муҳими геополитикӣ ва иқтисодӣ ҳамчунин имконияти транзитӣ дар савдои байниминтақавӣ, сайёҳӣ, дороии захираҳои табиӣ ва меҳнатии худ ҷалб менамояд. Кишварҳои Осиёи Марказӣ дорои вазъияти якхелаи геополитикӣ буда, ҳеҷ кадоме аз онҳо роҳи баромад ба роҳҳои баҳрӣ надоранд. Бо вучуди ин вазъи геополитикии минтақа дар алоҳидагӣ, ба амалишавии лоиҳаҳои гунгун дар минтақа вобастагӣ дорад.

Кишварҳои Осиёи Марказӣ назари ҷомеаи ҷаҳониро аз ҷиҳати пурқуввати аҳамияти геополитикӣ (ҳамсоғӣ бо Ҷумҳурии Мардумии Чин, Покистон, Ҳиндустон ва бо Ҷумҳурии Ислондӣ Афғонистон), иқтисодӣ, захираҳои табиӣ, имконияти транзитӣ дар савдои байниминтақавӣ ва

superpowers in terms of geopolitical and economic interests, transit opportunities in interregional trade, tourism, and the availability of natural and transport resources.

**Key words:** geopolitics, regional security, geostrategy, strategy, foreign policy, world community, international relations, the sea-way, economy, terrorism.

нақлиёт ҷалб менамояд. Осиёи Марказии муосир ҳамчун макони бархурди бешумори лоиҳаҳои амниятӣ, фарҳангӣ, тамаддунӣ, сиёсӣ ва иқтисодӣ баромад мекунад.

Қоршиносон ба хусусиятҳои геополитикии минтақаи Осиёи Марказӣ чунин нуқтаи назар доранд [1, с. 20-21]:

1. Минтақаи Осиёи Марказӣ аз ҷиҳати ҷойгиршавии ҷуғрофӣ номусоид буда, минтақаи "бумбасти" дар дохили қитъаи Аврусиё мебошад ва роҳи баромад ба ягон уқёнусҳои ҷаҳониро надорад.

2. Захираҳои табиӣ, сармояҳои кишварҳои минтақа танҳо қисман мустақил ба ҳисоб мераванд ва миёни ҳамаи кишварҳои минтақа якҷанд муҳолифотҳои номӯайян - бинобар сабаби ҷой доштани баҳси ҳудудӣ, тақсмоти захираҳои обӣ ва минералӣ, соҳтани роҳҳои нақлиётӣ, магистралҳои нафтӣ ва энергетикӣ ҷой дорад.

3. Бар замми дигар омилҳо, мураккабии муносибатҳои дучониба ва бисёрҷонибаи кишварҳои Осиёи Марказӣ ба заифӣ, номустақилии сиёсӣ ва иқтисодии таркибии кишварҳо, ҷинояткорӣ дар иқтисодиёт, қочоқи маводи муҳаддир, ихтилофи этникӣ, динӣ, хатари экстримизм ва терроризм вобастагӣ дорад.

Пошхӯрии Иттиҳоди Шӯравӣ дар соли 1991 ҷиддан симои сиёсии Осиёи Марказиро тағйир дод ва дар кишварҳои тозаистиклол, ноустуворӣ ба мушоҳида расида, печидагҳои сиёсиро ба вучуд овард. Инчунин, таъсири бӯҳронҳои иқтисодӣ ва иҷтимоиву сиёсӣ ба кишварҳои минтақа таъсири амиқи ҳудро гузошта, дар соҳаи иҷтимоӣ камбизоатиро тақвият бахшид.

Дар тури зиёда аз ду даҳсолаи мустақилияти худ минтақаи Осиёи Марказӣ мавзӯи асосӣ ва муҳими қоршиносон ва таҳлил-



гарони дохилӣ ва хориҷӣ гардид. Аз ҷумла, дар асари машҳури худ З. Бежинский "Тахтаи шоҳмоти бузург" вазъи геополитикии даҳсолаи аввали асри 21 дар ҷаҳон ва хусусан дар қитъаи Авруосиёро таҳлил намудааст. Дар боби "Балканҳои Авруосиё" (Евразийские Балканы) доир ба омилҳои ноустувории дохилӣ ва берунии нӯҳ давлат, аз ҷумла ҳамаи кишварҳои Осиёи Марказиро тасвир намудааст. Панҷ давлати мустақили Осиёи Марказиро З. Бежинский дар асари худ бо номи "Осиёи Миёна" ҷайд карда, ӯ нақши аз ҳама муҳимро ба давлатҳои Қазоқистон ва Ўзбекистон равона намудааст. "Қазоқистон дар минтақа сипар ва Ўзбекистон - рӯҳи эҳёи ҳиссиётҳои гуногуни миллӣ ба ҳисоб меравад. Мавқеъи ҷуғрофӣ ва маҳалли ҷойгиршавӣ ба Қазоқистон имконият медиҳад, ки дигар кишварҳои минтақаро аз фишори бевоситаи Россия муҳофизат намояд, зеро Қазоқистон танҳо ягонаи кишварҳои минтақа аст, ки бо Россия ҳаммарз мебошад." Бо вучуди ин, ба ақидаи муаллиф, "дар асл, Ўзбекистон номзадҳои асосӣ барои нақши роҳбари дар минтақаи Осиёи Марказӣ" мебошад. [2, с. 156.].

Ҳамаи кишварҳои Осиёи Марказӣ дар вазъияти якхелаи геополитикии ноқулай қарор дошта роҳи баромад ба роҳҳои баҳрӣ надоранд. Бо вучуди ин, аҳамияти мустақили геополитикии минтақа бо татбиқи лоиҳаҳои сохтмони роҳи оҳани байниминтақавӣ, роҳи автомобилии транзитии "Ғарбии Аврупо-Ғарбии Чин" ва роҳи ҳавоӣ, ки ба минтақа дар ояндаи наздик имкон медиҳад ба як пули нақлиётӣ воқеӣ байни Ғарб ва Шарқ гардад, афзоиш хоҳад ёфт.

Дар ин росто, ҳар як кишвари минтақа ҷиҳати татбиқи лоиҳаҳои бунёди зерсохтори коммуникатсионии аҳамияти ватанӣ ва минтақавӣ дошта, талош меварзанд. Масалан, бо назардошти мавқеъи стратегӣ ва равандҳои ҳамгирӣ дар солҳои охир, Қазоқистон нуқтаи назарро барои таъмин намудани логистикаи сегменти хуби ғойдаи иқтисодӣ равона намудааст. Аз ҷумла, дар Паёми солони худ дар санаи 11-уми ноябри соли 2014 "Нурлы Жол" - роҳ ба сӯи оянда" Президенти Ҷумҳурии Қазоқистон Назарбоев

Н.А. ба рушди инфрасохтори нақлиётӣ ва лагистикӣ тавачҷӯҳи хоса зоҳир намуда, дастур дод, ки дар муддати кӯтоҳтарин аввалин маҷмааи "бандари хушк" ва инфраструктураҳои махсуси минтақаҳои иқтисодии "Хоргос дарвозаи Шарқӣ" ба итмом расонида шаванд. Инчунин ҷиҳати амалии лоиҳаҳои роҳҳои асосии автомобилгард аз қабилӣ роҳи автомобилгарди Ғарбии Хитой-Ғарбии Аврупо ва дида баромадани сохтмон ё ин ки ба иҷора гирифтани терминалҳои пуриктидор дар бандарҳои "хушк" ва баҳрии Чин, Эрон, Россия ва кишварҳои Аврупо чораҳои зарурӣ андешида шаванд [3]. Тоҷикистон низ бо татбиқи лоиҳаҳои роҳи оҳани Туркменистон-Афғонистон-Тоҷикистон, роҳҳои автомобилгарди Душанбе-Хучанд-Чанок, Душанбе-Кӯлоб-Хорӯғ-Кулма, Душанбе-Турсунзода, Айнӣ-Панҷакент, Восеъ-Ховалинг ва хусусан роҳи оҳани Ваҳдат-Ёвон-Қӯрғонтеппа умедвор аст, ки дар беҳбудии фазои сармоягузори кишвар, муттаҳидшавӣ бо шабақаҳои байналмилалӣ нақлиёт, рушди бозори дохилӣ ва афзоиши миқдори хизматрасониҳои байналмилалӣ мусоидат хоҳад кард. [4].

Дар тӯли зиёда аз бист сол, кишварҳои навбунёди Осиёи Марказӣ саъй намуданд, ки сиёсати хориҷии худро дар асоси концепсияи бисёр самта таҳия намоянд. Бо дар назардошти воқеъҳои ҷаҳони имрӯза, самти асосии стратегияи сиёсати хориҷии кишварҳои минтақа ин таъмин намудани системаи муассири амният дар Осиёи Марказӣ ва пешгирии хатарҳо ва таҳдидҳои хусусиятҳои экстремистӣ (терроризми байналмилалӣ, экстремизми мазҳабӣ, қочоқи маводи муҳаддир, муҳочирати ғайриқонунӣ) дошта, ки ҳоло аз Афғонистон ва дигар кишварҳои ҳамсоя ба амал меоянд, нигаронида шудааст.

Барои ҳалли ин мушкилот, кишварҳои Осиёи Марказӣ ба афзалиятҳои зерини сиёсати хориҷӣ таъия мекунанд:

-иштирок дар фаъолияти иттиҳодияҳои байнидавлатӣ (Машварати ҳамкорӣ ва тадбирҳои боварӣ дар Осиё, Созмони ҳамкории Шанхай, Созмони Аҳдномаи амнияти дастаҷамъӣ)



-ҳамкорихои стратегӣ бо Русия ва Чин;  
-нигоҳ доштани муносибатҳои дӯстона бо кишварҳои, ки бо кишварҳои Осиёи Марказӣ ҳамсоғӣ доранд;

-ҳамкорҳои муштарак бо Иёлоти Муттаҳидаи Амрико, кишварҳои Иттиҳоди Аврупо ва инчунин ташкилотҳои ба мисли САҲА ва Созмони Аҳдномаи Атлантикаи Шимолӣ (НАТО);

-ҳамкорӣ бо кишварҳои ҷаҳони ислом;

-ба роҳ мондани ҳамкориҳои дӯстона бо кишварҳои минтақаи Осиё ва ҳавзаи Укёнуси Ором.

Ҳамзамон дар Осиёи Марказӣ ИМА, Русия ва Чин, ин бозингарони асосии сиёсии ҷаҳон, аз сиёсати ҷадиди ҷаҳонишавӣ истифода намуда, манфиати геополитикии худро амалӣ ва ҳатти машши сиёсати давлатҳои ин минтақаро муайян менамоянд. Вақте ки суҳан аз манофеи ин бозингарони асосии сиёсии минтақа меравад, беихтиёр амнияти давлатҳои миллӣ-этники дар Осиёи Марказӣ пеширӯ меояд, ки яке аз масъалаҳои мубрам барои кишварҳои минтақа ба ҳисоб меравад.

Дар шароити кунунӣ бевосита ба амнияти кишварҳои минтақа омилҳо ва падидаҳои зерини номатлуб таҳдиду хатар эҷод мекунанд:

1. Манофеи геополитикии давлатҳои абарқудрат, қабл аз ҳама давлатҳои болозикр.

2. Экстремизми сиёсӣ дар шакли зухуроти миллӣ-этники, динӣ ва ҷиноӣ дар кишварҳои минтақа, мавҷуд будани қувваҳои сиёсӣ ва имконияти истифодаи ин падидаҳои номатлуб барои ноором сохтани вазъияти иҷтимоиву сиёсӣ.

3. Терроризми байналмилалӣ.

4. Вазъияти Афғонистон ва гардиши ғайриқонунии маводи муҳаддир.

5. Вазъияти иҷтимоиву иқтисодии кишварҳо ва дар сатҳи лозим мавҷуд набудани ҳамкорӣ ва робита дар байни давлатҳои минтақа.

7. Муҳочирати мардуми қобили меҳнат, асосан ҷавонон, ба хориҷа ва набудани имконияти таъсир расонидан ба ин падида дар шароити кунунӣ.

8. Вазъияти номуайяну баҳсҳои истифодаи обу энергетика дар минтақа ва таҳдидҳои экологӣ [5].

Дар чунин шароити ҳассос, ҳукуматҳои кишварҳои минтақа манофеи миллӣ ва давлатии ҳешро метавонанд ба таври зайл таъмин намоянд [6]:

1. Дуруст ва бегаразона бо назардошти манофеи дучониба ва бисёрҷониба ба роҳ андохтани муносиботи истехсолот, ҳифзу инкишофи робитаи сохторҳои иҷтимоии мардум ва муҳити зист. Риоя ва истифодаи бечунучарои қарордодҳо ва шартномаҳои дутарафа ва бисёртарафа тибқи қонунҳои байналмилалӣ, ба танзим овардан ва таъмин намудани иҷрои онҳо.

2. Ҳаллу фасли масоили сиёсӣ, иҷтимоӣ ва фарҳангӣ бо назардошти манфиатҳои миллӣ, таҳким ва устувор намудани истиқлоли иқтисодӣ ва мустақлияти давлатӣ, мудохила накардан ба сиёсати дохилӣ ва хориҷии якдигар.

Минтақаи Осиёи Марказӣ дар ҳоли ҳозир яке аз муҳимтарин авлавиятҳои сиёсати хориҷии Русия мебошад. Кишварҳои Осиёи Марказӣ бо Русия ҳамкорихоро ҳам дар сатҳи дучониба ва ҳам дар сатҳи бисёрҷонибаро дар доираи ташкилотҳои ИДМ, СҶШ, САҲА, СААД ва Иттиҳоди Гумрукӣ ба васеъ ба роҳ мондаанд.

Аксари муҳаққиқони чинӣ ва хориҷӣ дар фаҳмидани манфиатҳои стратегии Чин дар Осиёи Марказӣ ҳамфикранд: 1) амнияти сарҳадӣ; 2) мубориза бар зидди ҳаракати "Шарқи Туркистон"; 3) энергетика; 4) манфиатҳои иқтисодӣ; 5) геополитика; 6) Созмони Ҳамкориҳои Шанхай (СҶШ). Дар Осиёи Марказӣ чи хеле, ки Хуао Жао баён мекунанд, Чин бо минтақа чандирӣ ва прагматикӣ амал намуда, аз фишори мустақими сиёсӣ ва мудохила ба равандҳои дохилии сиёсӣ худдорӣ менамояд. Чин таваҷҷӯҳи бештари худро ба робитаҳои иқтисодӣ, фарҳангӣ ва гуманитарӣ равона намуда, меҳодад бо ин тариқ нуфузи сармоягузорӣ, фарҳангӣ ва сиёсати худро пешбурд кунад. Дар амал ин дастгирии таълими забони чинӣ дар Осиёи Марказӣ, ҳавасмандгардонии рушди маориф, фарҳанг ва сайёҳӣ ва



гайра мебошад. Ҳамзамон дар моҳи июли соли 2005, Чин эълон дошт, ки барои барои омӯзишӣ 1500 мутахассисони кишварҳои узви СҶШ дар муддати се сол маблағгузори мекунад. Илова бар ин Чин дар соли 2005, коллеҷи Конфутсияро дар Ёзбекистон ва Маркази фарҳангии Чинро дар Қазоқистон, инчунин соли 2008 Маркази фарҳангӣ-таълимии Конфутсияро дар Тоҷикистон кушод ва минбаъд низ таъсиси чунин марказҳоро барои пешбурди омӯзиши забони чинӣ ва паҳншавии фарҳанги Чин идома медиҳад. Умуман, Чин дар сиёсати худ нисбати Осиёи Марказӣ коэффисиенти "қудрати мулоим" -ро афзоиш медиҳад [7, с. 158, 230.].

Ба ақидаи баъзе таҳлилгарон, Чин фаълоне кӯшиш мекунад, ки рақобатро дар навбати аввал бо Русия ва бо Иёлоти Муттаҳида дар "бозии калон" барои захираҳои энергетикӣ минтақа равона кунад. Аллақай имрӯз мо шоҳиди таҳкими мавқеи Пекин дар "Созмони ҳамкориҳои Шанхай" ва таҳкими муносибатҳои дучониба бо ҳар панҷ кишвари Осиёи Марказӣ ҳастем. Пекин нақшаҳои бомуваффақият амалӣ намуда рақибони асосии Иёлоти Муттаҳида ва Русия дар дигар минтақаҳои ҷаҳон, алахусус дар Шарқи Наздик гаштааст. [8, с. 4.].

Инчунин бояд қайд кард, ки бо назардошти вазъи кунунии ҷаҳон, Иёлоти Муттаҳидаи Амрико низ яке аз муҳимтарин бозингарони асосӣ дар арсаи сиёсат мебошад ва метавонад бевосита ба рушди равандҳои сиёсӣ ва иқтисодии кишварҳои ҷаҳон таъсири худро расонад. Робита ба ин, яке аз авлабиятҳои асосии сиёсати хориҷии кишварҳои Осиёи Марказӣ ин рушди муносибот бо Иёлоти Муттаҳидаи Амрико мебошад.

Дар баробари ин, охири солҳои 1990 дар сиёсати ИМА афзоиши ноумедӣ нисбати минтақаи Осиёи Марказӣ ҳукмфармо буд. Инчунин соли 1999 монографияе дар бораи НАТО ва Осиёи Марказӣ интишор шуд, ки дар он, манфиатҳои хеле маҳдуд доштани Иёлоти Муттаҳидаи Амрико ва дигар кишварҳои Ғарб дар Осиёи Марказӣ оварда шудааст [9, с. 43.].

Ҳодисаи 11-уми сентябри соли 2001 оғози марҳилаи нави рушди муносибатҳои миёни кишварҳои Осиёи Марказӣ ва Иёлоти Муттаҳидаи Амрико гардид. Дар асл, стратегияи нави Иёлоти Муттаҳида доир ба Осиёи Марказӣ бо пайдоиши Стратегияи Амнияти Миллӣ ҳамроҳ шуда, онро қисми ҷудонашаванда сохт. Осиёи Марказӣ ба минтақаи аз лиҳози манфиати Иёлоти Муттаҳида - ҳамчун як қисми пешбарандаи мубориза алайҳи "терроризми байналмилалӣ" ва ҳамзамон ба объекти стратегияи амнияти энергетикӣ Амрико табдил ёфтааст. Ҳамин тавр, дар ҳоли ҳозир, Иёлоти Муттаҳидаи Амрико тавонист дар тақвияти нуфузи худ дар Осиёи Марказӣ муваффақиятҳои назаррасро ба даст орад. [9, сах. 81.].

Хулоса. Кишварҳои Осиёи Марказӣ дар минтақаи аз ҷиҳати геостратегӣ муҳим ҳам барои Ғарб ва ҳам барои Осиё ҷойгир шудаанд ва барои онҳо имконияти хуби ширкатро дар иттиҳодияҳои ҳам аврупоӣ (САҲА, СААШ ва ғайра) ва ҳам авруосиёӣ (СҶШ, ТҶИ, Иттиҳоди гумрукии Иттиҳоди иқтисодии Авруосиё ва ғайра) фароҳам меорад, ҳамчунин кишварҳои минтақа барои ҳамгироӣ бо ин ташкилотҳо ҳамкориҳои зичро ба роҳ мондааст. Ин имкониятҳоро ҷиҳати ҳамроҳ шудан ба ҷомеаи ҷаҳонӣ ва дар низоми муносибатҳои байналмилалӣ барои ба ҷойи сазовор ноил гардидан, фаълоне истифода мебаранд.

## АДАБИЁТ

1. Наумкин В. В., Кузнецов В. А., Бартенев В. И. и др. Политические трансформации "нестабильных государств" СНГ: Доклад по материалам круглого стола (Фак-т мировой политики МГУ им. М.В. Ломоносова, 24 апреля 2013 г.) / сост. Д. Б. Малышева / Центр политических систем и культур, Фак-т мировой политики МГУ им. М.В. Ломоносова. - М.: Ин-т востоковедения РАН, 2013 -34 с.
2. Бжезинский З. Великая шахматная доска. Господство Америки и его геостратегические императивы. -М.: Междунар. отношения, 2005. - 256 с.





3. Назарбаев Н.А. Нурлы Жол" - путь в будущее. Послание народу Казахстана // [http://www.akorda.kz/ru/page/page\\_218338\\_poslanie-glavy-gosudarstva-narodu-kazakhstan](http://www.akorda.kz/ru/page/page_218338_poslanie-glavy-gosudarstva-narodu-kazakhstan)
4. Паёми Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон Эмомалӣ Раҳмон ба Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон <http://www.prezident.tj/ru/node/6599>
5. Материалы международной научной конференции "Политико-правовые аспекты обеспечения безопасности в ЦА", Душанбе "Ирфон" 2011. с. 31
6. Ҷалилов К. "Бозии бузург" идома дорад. Давлатҳои Осии Марказӣ дар ин шароит чӣ кор бояд кунанд? // <http://www.ruzgor.tj/siyosat/9871-bozii-buzurg-idoma-dorad-davlathoi-omdar-in-sharoit-chi-kor-boyad-kunand.html>
7. Хуашен Чжао. Центральная Азия в китайской дипломатии // Центральная Азия: взгляд из Вашингтона, Москвы и Пекина /Пер. с англ. М.: Новое издательство, 2008.-244 с. -С. 158,
8. Хамраев Ф.М. Политика Китая в Центральной Азии // ANALYTIC-2004-№4-С.4-10.
9. Румер Е. Соединенные Штаты и Центральная Азия: в поисках стратегии // Центральная Азия: взгляд из Вашингтона, Москвы и Пекина /Пер. с англ. М.: Новое издательство, 2008.-244 с.

### МУҚОИСАИ ГРАММАТИКИИ ОМОНИМҲО ДАР ЗАБОНИ АНГЛИСӢ ВА ТОЧИКӢ Г.Ҳ. Мирзоева

Кафедраи забонҳои хориҷӣ (мудири кафедра д.и.п., профессор Юлдошев У.Р.) -и  
ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

*Мирзоева Гавҳар Ҳаноновна, муаллимаи калони кафедраи забонҳои хориҷии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, тел.: 900-17-98-98*

Дар мақолаи мазкур омӯзиши грамматикии омонимҳо ва роҳҳои пайдошавии онҳо дар забони англисӣ баррасӣ шудааст. Инчунин ҷӣ тарз ташаккул ёфтани калимаҳои омонимӣ дар ин забон мавриди баҳс қарор дода шудааст. Якҷанд намунаҳои омилҳои омонимшавии калимаҳо

дар забони англисӣ дар мақола зикр ёфта, бо мисолҳо аз адабиётҳои бадеӣ асоснок гардидаанд.

**Калидвожаҳо:** омоним, асосӣ, сарчашма, пайдоиш, ташаккул, конверсия, тағйироти фонетикӣ, иқтибосшавӣ, лексикӣ-грамматикӣ, морфологӣ, муқоиса

### ГРАММАТИЧЕСКОЕ СРАВНЕНИЕ ОМОНИМОВ В АНГЛИЙСКОМ И ТАДЖИКСКОМ ЯЗЫКАХ

Г.Х. Мирзоева

Кафедра иностранных языков ТГМУ имени Абуали ибни Сино

*Мирзоева Гавхар Ҳаноновна, старший преподаватель кафедры иностранных языков Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, тел.: 900-17-98-98*

В статье рассмотрено изучения грамматики омонимов и их формирование в английском языке. Также отмечается несколько источников явления омонимов в английском языке, которые дополнены примерами из художественной литературы.

**Ключевые слова:** омоним, основной, источник, явление, развитие, конверсия, фонетические изменения, заимствование, лексико-грамматический, морфологический, сравнение



## GRAMMATICAL COMPARISON OF HOMONYMS IN ENGLISH AND TAJIK LANGUAGES

G.H. Mirzoeva

Foreign languages department of Avicenna Tajik state medical university (head of the department, d.p.s., Professor Yuldoshev U.R.)

*Mirzoeva Gavhar Hanonovna, senior teacher of foreign languages department of Avicenna Tajik state medical university, ph.: 900-17-98-98*

The article devoted with the study of the grammar of homonyms and their formation in English language. There are also several sources of the phenomenon of homonyms in English language which are supplemented by examples from fiction.

**Key words:** homonym, main, source, phenomenon, development, conversion, phonetic changes, borrow, lexical grammar, morphology, comparison

**Мухимият:** Соҳаи забоншиносӣ дар ҳамазамон тараққӣ меёбад. Забон муҳимтарин воситаи робитаи инсонҳо мебошад, ки баробари ташаккул ва таҳаввули соҳибони худ ташаккул ва инкишоф меёбад. Яке аз соҳаҳои забоншиносии муосир типология мебошад, ки ба омӯзиши муқоисавии забонҳо ҳам аз лиҳози сохторӣ ва ҳам аз лиҳози корбурди онҳо машғул мешавад.

**Мақсад:** Пажӯҳиши пурраи илмии омонимҳои забони англисӣ моҳияти омонимҳо, таснифоти аҳамияти омонимҳо дар нутқ баҳсу мунозираҳои ҷолиб сурат гирифтааст, вале ҳанӯз ҳам дар ин ҷода гиреҳҳои нокушода, гуногун фикрӣ ва баъзе норавшаниҳо ҷой доранд.

Қобили тазаккур аст, ки омонимҳо дар ҳар ду забон (англисӣ ва тоҷикӣ) ҳам ҷиҳати умумӣ ҳам ҷиҳати фарқкунанда доранд. Забоншиносон ҳелҳои омонимҳоро ба се гурӯҳ: лексикӣ- морфологӣ ва лексикӣ-грамматикӣ дар ҳар ду забони муқоисаванда тасниф намудаанд.

Омонимҳои лексикӣ: он калимаҳое, ки тарзи навишт, талафузашон як буда ва ба як ҳиссаи нутқ тааллуқ доранд.

**Мисол:** graze - расидан, graze - паридан  
Дар забони тоҷикӣ бошад:

Пул - нақдина; Пул - купрук;

Най - қамиш; Най - асбоби мусиқӣ ё най-шакар;

Шона - барои мӯи сар; Шона - шонаи пахта.

Барои бо табиати забони омонимҳо дуруст равшани андохтан пеш аз ҳама фарқи

байни онҳоро аз ҳодисаҳои сермаъногии калимаҳо муайян кардан лозим аст.

Омонимҳои лексикӣ дар забони тоҷикӣ метавонанд ҳамчун исм, сифат ва феъл биёянд.

**Мисол:**

Камар - ало, бузи камар; камар - ҷой ноҳамвор;

Вear - ҳайвон (исм), Вear - зодан (феъл);

Вore - одами дилгиркунанда (сифат), Вore - суроғ кардан (феъл).

Омилҳои асосии пайдоиши омонимҳо дар забони англисӣ инҳоянд:

1. Тағйироти фонетикӣ.

Дар забони англисӣ шумораи омонимҳо хеле зиёд мебошанд дар муқоиса бо дигар забонҳо. Пеш аз ҳама онро зикр кардан зарур аст, ки сарчашмаҳои асосии он забони қадимаи англисӣ аст. Қисми зиёди омонимҳои луғавӣ дар натиҷаи тағйироти фонетикӣ-морфологӣ сохти калима, дар раванди ташаккулёбии таърихи забони англисӣ руй меоданд, пайдо шуданд. Тағйироти фонетикӣ дар таркиби калима баъзан бо сабаби иваз шудани ҷойи зада ба вачуд меояд:

Address - to ad'dres, home address суроға-ихона; to address a letter to sb - мактубро ба касе фиристодан;

Important - муҳимият, аҳамият;

Important - аҳамият додан, зарур/муҳим будан; It imports us to know that...

зарур аст донем, ки...[4,425].

Export - содирот, интиқол, борфирист: Spain grows oranges for export. Испания аф-



лесунро барои содирот парвариш мекунад;  
export bank - содирот бонк;

Export - содир кардан, интиқол додан:  
The country exports many kinds of machinery.  
Ин кишвар лавозимоти зиёди техникиро  
содир мекунад [4,304].

Аз мисолҳои мазкур бармеояд, ки дар  
натиҷаи дигар шудани ҷойи зада, яъне шак-  
ли талаффузи фонетикӣ на танҳо калимае  
пайдо мешавад, ки маънои дигар дорад, бал-  
ки калима ба дигар ҳиссаи нутқ табдил меё-  
бад ва онҳо омоним мешаванд. Раванди  
фонетикӣ дар давраҳои гуногуни таърихи  
забони англисӣ ба амал омада, сабаби пай-  
доиши вожаҳои зиёди омонимӣ шудаанд.

Чунончӣ sea - see, write - right, whole - hole,  
knew - new, dear - deer, bear - bare.

The good old priest taught Tom how to read  
and write [7,7]. - У ба Том хондану навиштан-  
ро омӯхта буд.

"It is his right to sit in the presence of his  
king." [7,96]. - Ин ҳаққи сазовори вай аст.

Дар ду ҷумлаи боло калимаҳои write ва  
right, бо вучуди тағйироти фонетикӣ талаф-  
фузи яхела дошта, шаклан гуногунанд. Дар  
забони англисӣ wear ва where низ аз зумраи  
онҳост:

And you will wear a costume that nobody  
else must wear [7,97]. - Дониста бошед, ки  
либосе, ки ӯ пушидааст, фақат ба шахси ху-  
даш махсус мебошад ва ҳеҷ кас ихтиёр на-  
дорад, ин хел либос пушад.

Баъзе калимаҳои гуногун дар натиҷаи  
тағйироти фонетикӣ дар асрҳои (XV - XVI)  
ба вучуд омадаанд, боиси он гардид, ки ка-  
лимаҳои гуногун аз рӯи талаффуз ва аз рӯи  
навишт бо ҳамдигар монанд шаванд. Чунон  
чӣ калимаҳои қадимаи англисӣ sunne - оф-  
тоб ва sunu - писар; дар забони муосири  
англисӣ шаклан тағйир ёфта, дар шакли sun  
- офтоб, son - писар омоним шуда омаданд.

Knight [nait] - паҳлавон калимаи қадимаи  
англисӣ аст ва niht - шаб дар забони муоси-  
ри англисӣ knight - паҳлавон; night - шаб  
омадааст.

Қисми дигари омонимҳо бошад ё дар  
натиҷаи ҷудошавии як маънои калимаҳои  
сермаъно ба намуди як воҳиди мустақил, ё  
бо сабаби истифода шудан барои истифо-

даи нав дар мавқеи зарурӣ пайдо шуда-  
анд.

Мисол, game [geim] - бозӣ, мусобиқа;  
game [geim] - ҷонвари шикоршаванда,  
сайд

Дар ин ҳол ҳодисае шикор кардан ҳам-  
чун як намуди шугли варзишӣ дида меша-  
вад. Роҳи дигари пайдоиши калимаҳои омо-  
ними иқтибос аз забонҳои дигар аст. Иқти-  
бос шудани калима дар зинаи охири муво-  
фиқшавии фонетикӣ метавонад бо талафуз  
ва навишти калимаи асл ё вожаи иқтибосии  
дигар монанд шавад: wright (асл) - rite (ло-  
тини ritus), bank (сохил, асл) - банк; (муасси-  
са, итолянӣ). Калимаи асли бо калимаи иқти-  
боси омоним мешавад. Масалан: arch  
archbridge пули камоншакл; archenemy душ-  
мани ашаддӣ; matriarch модарсолор (зан  
сардори хона), patriarch падарсолор.

Омоними морфологӣ - дар ҳар ду забон  
омонимҳое мебошад, ки шаклан як хел буда,  
ба ҳайси нутқи гуногун тааллуқ доранд.

Мисол, bear (n) - хирс, Bear (v) - бурдан;  
Cross (n) - салиб, Cross (adj) - бадқаҳр,  
ҳашмгин;

Омонимҳои лексикӣ-грамматикӣ - ин нави  
омонимҳо дар ҳарду забон ҳам хусусияти  
гурӯҳи яқум ва ҳам хусусияти гурӯҳи дуҷум-  
ро доранд, ки аз як реша бо роҳи конвер-  
сия, аз як ҳиссаи нутқ ба дигар ҳиссаи нутқ  
мегузаранд. Ин омонимҳо миқдоран кам  
буда дар натиҷаи конверсия ба амал меоянд.

Мисол, Found [faund] - пайдо кардан,  
ёфтан; Found - таъсис додан.

Дар забони тоҷикӣ бошад ба монанди  
калимаи:

Гузар - маҳал ҷой; гузар - феъли фармо-  
иш аз гузаштан.

Зан - ҷисми муқобили мард; зан - феъли  
фармоиш аз задан.

Конверсия яке аз муҳимтарин усули ка-  
лимасозии забони англисӣ дар садсолаи  
охир, махсусан дар сохтани феълҳо аз исм  
ва баръакс меравад. Шабеҳияти бисёри ка-  
лимаҳои, ки ба ҳиссаҳои гуногуни нутқ та-  
аллуқ дорад конверсия мебошад.

Ба монанди: pale - рангпарида; topale -  
рангпарида шудан, water - об; towater - об  
додан, butter - равған; tobutter - равған мо-



лидан, comb - шона; tocomb - шона задан, dress - либос, todress - либос пӯшидан.

**Хулоса**, чунин қайд намудан лозим аст, ки муҳақиқон омонимҳои лексикиро ба гурӯҳи омонимҳои пурра дохил намудаанд ва ба гурӯҳи омонимҳои нопурра бошад омонимҳои морфологӣ, лексикӣ-грамматикиро

хам дохил намудаанд. Аммо чунин гурӯҳбандӣ ҳам дар забони тоҷикӣ вучуд дорад ва низ фарқкунанда вучуд нашудааст, аз ҷиҳати пайдоиш омонимҳоро бошад, дар ҳарду забон ба сабабҳои таърихӣ, ҷудошавии як маъноӣ алоҳида аз калимаҳои сермаъно, иқтибос ва конверсия низ мебошад.

### АДАБИЁТ

1. Антрушина Г.Б. Лексикология английского языка/ Г.Б. Антрушина, Н.Н. Морозова. - М., 2001. - 482с.
2. Арбекова Т.И. Лексикология английского языка 1977 123с.
3. Мамадназаров А. Фарҳанги англисӣ-тоҷикӣ/ А. Мамадназаров. - Душанбе: Эр-граф, 2015. - 1015с
4. Точиев Д.Т. Забони хозираи тоҷик. - Лексикология - Душанбе 1981
5. Тишлер И.С. Словарь омонимов современного английского языка М Прогресс 1962.

### ТАРТИБОТИ КОНСТИТУТСИОНӢ ВА ИНСТИТУТҲОИ ДЕМОКРАТӢ - ОМИЛҲОИ АСОСИИ МУСТАҲҚАМ НАМУДАНИ РЕЖИМИ СИЁСИИ ДЕМОКРАТӢ ДАР ТОҶИКИСТОН

*Назаров Пиралӣ Сафарович - н.и. сиёсӣ, дотсент, мудири кафедраи таърих ва методикаи таълими таърихи Донишгоҳи давлатии Қӯлоб ба номи Абӯабдуллоҳи Рӯдакӣ. Тел: 931701765.*

Имрӯзҳо, дар илми муосири сиёсатшиносӣ таҳлилу таҳқиқи масъалаҳои режими сиёсӣ дар шароити Тоҷикистон аҳамияти калони назариявӣ ва амалиро касб менамояд. Ташаккул, бунёд ва мустаҳкам намудани режими сиёсии демократӣ дар кишвар ба ҷиҳати моҳият раванди воқеӣ ба шумор рафта, ба талаботи зарурии ҷомеаи демократии мо тоҷикон мубаддал гаштааст.

Муаллиф дар мақолаи мазкур ишора менамояд, ки бунёд ва ташаккули режими сиёсии демократӣ дар Тоҷикистон нахуст дар ибтидои марҳалаи соҳибистиклолии кишвар ва шароити душвори давраи ҷанги шаҳрвандӣ, бесуботӣ, авҷи бӯҳрони шадиди иҷтимоӣ-сиёсӣ дар ҳаёти ҷомеа, ба вучуд омадани ҳар гуна низоъҳо ва дигар падидаҳои номатлуб оғоз мегардад, ки барои рушди режими сиёсӣ дар давла-

ти тозаистиклоли мо монеаҳои зиёд эҷод менамуданд. Мусалам аст, ки дар чунин шароити душвор метавонад барои пойдорӣ, рушд, инкишоф ва мустаҳкам намудани режими сиёсии демократӣ дар Тоҷикистони соҳибистиклол як қатор омилҳо таъсири амиқи худро расонанд ва яке аз чунин омилҳо ҷорӣ намудани тартиботи конститусионӣ ва мустаҳкам намудани институтҳои демократӣ дар кишвар ба шумор меравад.

Вожаҳои калидӣ: Ҷумҳурии Тоҷикистон, хусусиятҳои тараққиёт, истиклолияти сиёсӣ, ҷанги шаҳрвандӣ, бӯҳрони сиёсӣ, режими сиёсӣ, демократия, омилҳо, қонунҳо, тартиботи конститусионӣ, дигаргунсозихо, институтҳои демократӣ, рушд, пойдорӣ, мустаҳкам намудан, таҳлил, омӯзиш, равандҳо, давлатҳои ҷаҳон, ИДМ ва ғ.



## КОНСТИТУЦИОННЫЙ ПОРЯДОК И ДЕМОКРАТИЧЕСКИЕ ИНСТИТУТЫ - ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ УКРЕПЛЕНИЯ ДЕМОКРАТИЧЕСКОГО ПОЛИТИЧЕСКОГО РЕЖИМА В ТАДЖИКИСТАНЕ

Сегодня в современной политологической науке анализ и исследование проблем политического режима в Таджикистане приобретает большое теоретическое и практическое значение. Становление, создание и укрепление демократического политического режима в стране относительно его сущности считается реальным процессом и превратилось в необходимое требование нашего демократического общества.

Автор в данной статье показывает, что создание и становление демократического политического режима в Таджикистане впервые начинается в начальном периода независимости страны и тяжелых условиях периода гражданской войны, нестабильности, в разгаре острого социально-политического кризиса в жизни общества, возникновения различных конфликтов и других негативных явлений, что создавали множества препятствий для развития политического режима в

нашем новом независимом государстве. Бесспорно, что в такой сложной ситуации ряд факторов могут оказать глубинное влияние на устойчивость, развитие, изменение и укрепление демократического политического режима в независимом Таджикистане. Одним из таких факторов считается введение конституционного порядка и укрепление демократических институтов в стране.

Сведения об авторе: Назаров П.С. - к.полит.н., доцент, заведующий кафедрой истории и методики преподавания истории Кулябского государственного университета им. А. Рудаки. Тел: 931701765.

**Ключевые слова:** Республика Таджикистан, особенности развития, политическая независимость, законы, конституционный порядок, преобразования, демократически-институты, развитие, устойчивость, укрепить, анализ, изучение, процессы, государства мира, СНГ и др.

## CONSTITUTIONAL ORDER AND DEMOCRATIC INSTITUTES - MAJOR FACTORS OF STRENGTHENING OF THE DEMOCRATIC POLITICAL REGIME IN TAJIKISTAN

Today in modern politological science the analysis and a research of problems of a political regime in Tajikistan gains great theoretical and practical value. Formation, creation and strengthening of a democratic political regime in the country concerning its essence is considered real process and turned into the necessary requirement of our democratic society.

The author shows in this article that creation and formation of a democratic political regime in Tajikistan for the first time begins in initial the period of independence of the country and severe conditions of the period of civil war, instability, in the heat of an acute socio-political crisis in life of society, emergence of various conflicts and other negative phenomena that was created by sets of obstacles for development of a political regime in our new independent state. It is indisputable that in such difficult

situation a number of factors can have a deep impact on stability, development, change and strengthening of a democratic political regime in independent Tajikistan. One of such factors introduction of a constitutional order and strengthening of democratic institutes in the country is considered.

Information about the author: Nazarov P.S. - Candidate of Political Science, Associate Professor, Head of the Department of History and Methods of Teaching History, Kulyab State University named after A. Rudaki. Tel: 931701765.

**Keywords:** The Republic of Tajikistan, features of development, political independence, laws, a constitutional order, transformations, democratic institutes, development, stability to strengthen, the analysis, studying, processes, the states of the world, the CIS.





Ташаккул, бунёд ва мустаҳкам намудани режими сиёсии демократӣ дар кишвар ба ҷиҳати моҳият раванди воқеӣ ба шумор рафта, ба талаботи зарурии ҷомеаи демократии мо тоҷикон мубаддал гаштааст. Вобаста ба ин дар илми муосири сиёсатшиносӣ таҳлилу таҳқиқи масъалаҳои режими сиёсӣ дар шароити Тоҷикистон аҳамияти калони назариявӣ ва амалиро касб менамояд.

Мутобиқ ба назари омӯзиш ва таҳқиқотҳои дар баҳши илми ҷомеашиносӣ ба сомон расонидаи олимони ба чунин хулоса омадан мумкин аст, ки масъалаи режими сиёсӣ, ки хело мураккаб ва гуногунҷабҳа мебошад, дар шароити Тоҷикистони мустақил дар сатҳи зарурӣ таҳлил карда нашудааст. Омӯзиш, таҳлил, хулосагирии амиқ ва рафти тадқиқоти мавзӯи мазкур нишон медиҳад, ки бунёд ва ташаккули режими сиёсии демократӣ дар Тоҷикистон нахуст дар шароити душвори давраи ҷанги шаҳрвандӣ, бесуботӣ ва авҷи бӯҳрони шадиди иҷтимоӣ-сиёсӣ дар ҳаёти ҷомеа, ба вучуд омадани ҳар гуна низоъҳо ва дигар падидаҳои номатлуб оғоз мегардад, ки барои рушди режими сиёсӣ дар давлати тозаистиклоли мо монеаҳои зиёд эҷод менамуданд. Мусалам аст, ки дар чунин шароити душвор метавонад барои пойдорӣ, рушд, инкишоф ва мустаҳкам намудани режими сиёсии демократӣ дар Тоҷикистони соҳибистиклол як қатор омилҳо таъсири амиқи худро расонанд ва яке аз чунин омилҳо ҷорӣ намудани тартиботи конститусионӣ ва мустаҳкам намудани институтҳои демократӣ дар кишвар ба шумор меравад.

Ба вучуд омадани давлати демократӣ барои ҷумҳуриҳои собиқ шӯравии соҳибистиклол дар даҳсолаи охири асри гузашта падидаи нав ва объективии инкишофи ҷамъият ба шумор мерафт. Дар ин давлатҳои тозаистиклоли пасошӯравӣ раванди ташаккули режими сиёсии демократӣ бо роҳҳои гуногун сурат гирифт. Бисёре аз ин ҷумҳуриҳо дар марҳалаи гузариш тавонистанд аз бӯҳронҳои шадиди фарогир худро эмин нигоҳдоранд ва дар муносибатҳои иҷтимоӣ-сиёсӣ суботу осудагии ҷомеаро таъмин намоянд [1]. Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ин

раванд аз роҳи мушкил ворид гардид, зеро дар марҳалаи аввали давраи гузариш дар мамлакат бӯҳрони шадиди иқтисодӣ, сиёсӣ ва иҷтимоӣ ба вучуд омад, ки оқибат ба сарзадани ҷанги шаҳрвандӣ ва боло гирифтани зуҳуротҳои манфии ба пешрафти ҷомеа ҳалалпазир оварда расонид. Дар натиҷа, раванди муътадилӣ инкишофи ҷамъият дар роҳи бунёди давлати демократӣ вайрон гардида, миллати тоҷикро ба мушкилоти зиёди дигар рӯ ба рӯ гардонид [2.57]. Қайдак қардан ба маврид аст, ки омӯзиши раванди демократикунонии ҷомеаи тоҷик дар марҳалаи гузариш масъалаи мураккаб буда, он дар як қатор асарҳои илмии олимони ва сиёсатшиносони тоҷик то андозаи мавриди таҳлили илмӣ қарор гирифтаанд [3]. Таърихи навини инкишофи Тоҷикистон нишон медиҳад, ки раванди гузариш аз режими авторитарӣ ба режими демократӣ, марҳала ва вақти муайяно дарбар мегирад. Дар давлатҳои гуногуни ҷаҳон ин раванд, вобаста ба сабаб ва зуҳуроти махсуси худ фарқ менамояд. Чунончи, барои аксари давлатҳои Аврупо ва Осиё ин раванд марҳалаи баъдиҷангӣ ва ҳаракатҳои озодихоҳӣ ва ё давраи бунёди давлати мустақил буд [4.28].

Демократия, ҳамчун идеали сохтори ҷамъиятӣ, дорои хусусияти пай дар пай иваз намудани унсурҳои кӯҳна, ба унсурҳои наву пешқадамро дорад. Дар баробари ин вай арзишҳои муайяни дигари озодӣ, баробарӣ, истиклолият ва дигарҳоро дар қори давлат ва ҷомеа роҳандозӣ менамояд, ки вобаста ба он аксари давлатҳои ҷаҳон арзишҳои онро меписанданд ва ин роҳи тараққиётро пеш мегиранд. Тоҷикистон баъди ба даст овардани истиклолияти сиёсӣ роҳи инкишофи демократияро пеш гирифт ва дар заминаи он нахустин дигаргунсозии демократӣ дар кишвар ба вучуд омад. Халқи тоҷик дар заминаи ин бедории сиёсӣ ва авҷи тафаккури миллӣ дар марҳалаи кӯтоҳи таърих қадами қатъӣ дар роҳи бунёди давлати демократӣ гузошт [5.69]. Таҷрибаи таърихӣ нишон медиҳад, ки баъди ба даст овардани истиклолияти сиёсӣ дар Тоҷикистон ҷанги шаҳрвандӣ оғоз ёфт. Ин ҷанг ба сифати фоҷиаи нангини миллат мамлакатро



ба вартаи фоҷиабори бӯҳрони сиёсӣ, иқтисодӣ ва маънавий расонда, хатари аз байн рафтани давлату миллати тоҷикро пеш овард [6.21].

Имкониятҳои дохилӣ ва берунии давлат дар мавриди амали гардонидан ва роҳандозӣ намудани принципҳои давлати демократӣ маҳдуд мегардад. Вобаста ба ин, вазифаи муҳими давлат ва ҳукумат, дар он давраи вазнин ҳифзи арзишҳои бадастовардаи демократӣ ва мустақкам намудани режими сиёсии демократӣ ба шумор мерафт. Дар чунин шароит давлати ҷавони тоҷиконро зарурият пеш омад, ки дар солҳои аввали соҳибистиклолии кишвар, танҳо як қатор қонунҳоеро қабул намояд, ки тартиботи конститусионӣ ва институтҳои нав ташаққулёфтаи демократиро ҳифз намояд. Ҳамзамон, раванди бавучудой ва ташаққули режимисиёсии демократӣ, дар заминаи қонуният ва принципҳои тартиботи ҳуқуқӣ амалӣ мегардад. Ҳамин буд, ки новобаста аз мушкилотҳои ҳаёти ҷамъиятӣ-сиёсӣ, дар давраи солҳои 1992-1993 як қатор қонунҳои дахлдор қабул мегарданд. Ин ҳама қонунҳо ва фармонҳои қабулгардида, дар солҳои аввали демократикунони ҷомеа, пурра хусусияти конститусионӣ доштанд. Аз ҷумла, Қонунҳо: "Дар бораи прокуратура" аз 30.04. с.1992; "Дар бораи шакли идораи президентӣ" аз 30.04. с.1992; "Дар бораи ворид намудани тағйиротҳо ба иттиҳодияҳои ҷамъиятӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон" аз 30.04. с.1992; "Дар бораи ворид намудани тағйирот ва иловаҳо ба Кодекси ҷиноятии Ҷумҳурии Тоҷикистон" аз 30.04. с.1992; "Дар бораи матбуот ва дигар воситаҳои ахбори умум" аз 30.04. с.1992 [7]; Фармонҳои Шӯрои Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон: "Дар бораи ҷорӣ намудани вазъияти фавқулодда" аз 28.01. с.1993; "Дар бораи тадбирҳои беҳтар намудани ҳифзи сарҳади давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон" аз 18.02. с.1993; "Дар бораи авфи умум" аз 1.03. с.1993 ва ғайра ба қатори онҳо дохил мебошанд [8].

Бояд ишора кард, ки дар маҷмӯъ, ин қонунҳо ва фармонҳои қабулгардида нақши муҳимро баҳри ҷорӣ намудани тартиботи

ҳуқуқӣ ва конститусионӣ дар мамлакат иҷро намуданд. Дар ин марҳала барои Тоҷикистон, чун дигар ҷумҳуриҳои собиқшӯравӣ, зарурият пеш омад, дар шароити тезутундшавии масъалаҳои ҷаҳонишавӣ, вазифаҳои нисбатан муҳими ҳифз, мустақкамкунӣ, муттаҳидӣ ва ягонагии ҷомеаро ҳал намояд. Дар он давраи ҳассоси таърихӣ барои бунёд ва мустақкам намудани режими сиёсии демократӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, ҳалли самараноки чунин масъалаҳо зарур буданд:

а) идома додани муттаҳидии миллат, мустақкамкунии ягонагӣ, тақсимопазирии ҳудудӣ ва пурзур намудани иқтисодии соҳибистиклолӣ, башардӯстӣ, ҳуқуқбунёдӣ, дунявӣ ва демократӣ давлат;

б) дар асоси ягонагии миллат, муҳаббат ба Ватан, забон, илм, адабиёт, андеша ва ифтихори миллӣ, тарбия намудани ҷавонон дар руҳияи идеяи олии соҳибистиклолии миллии Тоҷикистон;

в) муттаҳид намудани ҳамаи ҳизбҳо, ташкилотҳои сиёсӣ ва ҷамъиятӣ дар зери парчами Ватан, идеяи ваҳдати миллӣ, бунёдкорӣ ва гулгулшукуфии Тоҷикистон;

г) ҳифзи боигарии моддӣ ва маънавии оммаи халқ, эҳтирому қадршиносии шахсиятҳои, ки барои муттаҳидии миллат, ташаққули эҳсоси худшиносӣ ва ифтихори миллӣ саҳми худро гузоштаанд;

д) муборизаи беамон ва босамар бурдан бар зидди торочгарони моликияти давлатӣ ва хусусӣ, нашъамандӣ, бо экстремизми миллӣ ва сиёсӣ, бунёдгарой (фундаментализми) динӣ, терроризми байналмилалӣ ва дигар зуҳуротҳои зидди сохти конститусионии Тоҷикистон;

е) тарбияи ҳамаи шаҳрвандони кишвар дар руҳияи боэҳтиромона муносибат намудан ба таърихи миллат ва боигарии маънавии он, роҳ надодан ба пайдоиши қувваҳои сиёсӣ, ки барои тафаккури таърихӣ созидагии ҷавонон, ҳисси масъулияти онҳоро барои имрӯз ва ояндаи кишвар монеаҳо эҷод менамоянд;

ж) ҳамаҷониба омӯхтани зуҳуроти манфӣ, ки вазъияти иҷтимоӣ - сиёсии ҷомеаи демократиро халалдор менамоянд ва роҳан-



дозии тадбирҳои чиддӣ дар мавриди ташаққули режими демократии кишвар.

Вобаста ба тезу тунд гардидани вазъияти сиёсии кишвар ва мушкилотҳои марҳалаи гузариш ба вучуд омадани арзишҳои демократӣ ва мустаҳкам намудани режими демократӣ дар марҳалаи аввал ба сусти ва дараҷаи таҷриба, бо баъзе аз хатогихо ташаққул меёфт. Дар робита бо ин, вазифаи аз ҳама муҳими ҳукумат дар ин давра ба он равона гардида буд, ки дастовардҳои соҳибистиклолии кишварро бояд ҳифз намуд. Барои ин принсипҳои қонуният, ки бо меъёрҳои ҳуқуқ ва тартибот асоснок гардиданд ҳамачониба мусоидат менамуданд [9.45].

Ин нуктаро бояд таъкид намуд, ки барои ташаққули режими демократӣ дар ҳар давлат омилҳои гуногун мусоидат намудааст ва яке аз ин омилҳо дигаргунсозии демократии системаи сиёсии ҷомеа мебошад. Ба ақидаи муҳақиқон, самтҳои нисбатан муҳими демократикунони ҷомеа, дар асоси тартиботи конститусионӣ, аз инҳо иборат аст:

- ҷалб намудани шаҳрвандон ба кори идоракунии ҷомеа ва давлат;
- ба вучуд овардани шароит баҳри ташаббуси одамони алоҳида, мақомотҳои ҳокимияти намояндагӣ, ташкилотҳои ҷамъиятӣ, коллективҳои меҳнатӣ, инкишофи худидоракунии ҷомеа;
- инкишофи озодонаи ҳар миллат ва ҳалқият, мустаҳкам намудани ҳамкориҳо исудманд ва баробарии ҳалқҳо;
- мунтазам мустаҳкам намудани қонуният ва тартиботи ҳуқуқӣ;
- инкишофи озодандешии сиёсӣ;
- мунтазам баҳисобгирии афкори ҷамъиятӣ, дар муҳокима ва ҳалли қарорҳои давлатӣ ва ҷамъиятӣ;
- такмили системаи интихобот [10.7].

Таҳлили моҳият ва мундариҷаи дигаргунсозии демократӣ дар Тоҷикистон нишон медиҳад, ки ҳалқи мо дар ибтидои марҳалаи сохтмони ҷомеаи демократӣ амиқ дарк намуд, ки дар назди давлати ҷавони мо ҷаҳони масъалаҳои муҳим ва мушкил қарордоранд ва иҷрои онҳо ба иродаи ҳамаи аҳолии кишвар, дастгирии давлатҳои пеш-

қадами ҷаҳон, қотеона бо роҳи инкишофи демократия пеш рафтанд, бунёди давлати воқеан ҳам демократӣ, ҳуқуқбунёд, дунявӣ ва мустаҳкам намудани режими сиёсии демократӣ вобастагии зиҷ дорад. Натиҷагирҳои тадқиқотҳои анҷомгирифта ва бардошти ҳулосаи амиқ аз он шаҳодат медиҳад, ки раванди бавучудоии режими демократӣ дар Тоҷикистон ба иҷрои як қатор талаботҳои заминагузори мегардад, ки муҳимтарини онҳо чунинанд:

- муътадил гардонидани вазъияти иҷтимоӣ в асиёсии кишвар;
- барҳам додани дилхоҳ муҳолифат ва шаклҳои гуногуни низоъҳо ва ихтилофҳо;
- инкишофии қтисодиёти кишвар;
- дараҷаи инкишофи қонунгузори;
- амалисозии тартиботи ҳуқуқии конститусионӣ;
- мустаҳкам намудани институтҳои демократӣ;
- мустаҳкам намудани таъсири мақомотҳои ҳифзи ҳуқуқи ҳокимият;
- инкишофи иқтисодии маънавию фарҳангии ҷомеа;
- инкишофи ҷомеаи шаҳрвандӣ;
- мусоидат б омеъёрҳо, ҳуқуқҳо, қоидаҳои байналмилалӣ ва иҷрои ўҳдадорҳои байналмилалӣ ва ғайраҳо.

Муҳимтарин бозёфт ва дастоварди мо тоҷикон баъд аз истиклолияти сиёсӣ ин дар шароити ниҳоят душвор ва ҳассоси давраи аввали ҷанги шаҳрвандӣ даъват ва баргузор намудани Иҷлосияи таърихии XVI-уми Шӯрои Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба шумор мерафт, ки дар заминаи қабули қонунҳои он имкониятҳои барои ҷорӣ намудани тартиботи конститусионӣ ва амалигардонии дигаргунсозии демократӣ устувор мегардад [11.132]. Баъд аз ин Иҷлосия дар кишвар имкониятҳои барои ба вучуд омадан ва таъсиси соҳти конститусионӣ ва дигаргунсозии демократӣ пайдо шуданд, ки дар заминаи онҳо чунин институтҳои исиёсии ҳокимият, ба мисли: институти президенти, парламентӣ, ҳизбҳои сиёсӣ, ташкилотҳои давлатию ҷамъиятӣ ва динӣ ба вучуд омаданд. Вобаста ба мазмуну мундариҷаи шароитҳои, оҳиста-оҳиста, мувофиқи меъёрҳои



хуқуқӣ, ки дар Конституцияи Тоҷикистон омадааст, дигаргунсозиҳои демократӣ дар мамлакат амалӣ гардиданд. Дуруст ба роҳ мондани раванди идоракунии демократии кишвар ва мустаҳкам намудани режими сиёсии ба он хоси демократӣ ҳамеша дар заминаи баамалбарории дигаргунсозиҳои демократӣ ва ташкилу устувор намудани фаъолияти институтҳои сиёсии ҳокимият чараён мегирад. Албатта, дар чунин шароити душвори гузариш ташаққули институтҳои сиёсӣ ва демократии ҳокимият дар Тоҷикистон кори басо мушкул ва доманадор буд. Зеро ташкил ва азнавсозии институтҳои сиёсии ҳокимият аз ҷумлаи нститутҳои президенти ҷумҳурият ва ҳолатҳои муътадилу мусоиди ҷамъиятию сиёсиро тақозо дошт [12.123].

Хислат ва хусусияти нисбатан муҳими давлатҳое, ки роҳи бунёди режими сиёсии демократиро пеш гирифтаанд, иборат аз он аст, ки дар идоракунии ҳокимият ҳамаи институтҳои сиёсӣ иштирок намуда, усули

таҷзияи ҳокимият (тақсими ҳокимият ба шохаҳо)-ро ба роҳ мемонанд. Мақсад ва ҳадафҳои асосии чунин тақсими ҳокимият аз он иборат аст, ки ба ин васила дар кишвар механизми идоракунии мувозинаи сохторҳои ҳокимият пайдо гардида, кӯшишҳои дар дасти як нафар нигоҳ доштани ҳокимият аз байн меравад ва ҳамчунин амалигардонии равандҳои идоракунии демократӣ имконпазир мегардад. Таҷрибаи таърихии давлатҳои ҷаҳон дар баамалбарории равандҳои демократӣ ва мустаҳкам намудани режими сиёсии демократӣ собит месозад, ки давлатҳои пешқадами ҷаҳони демократӣ бо ин роҳ дар шароитҳои гуногуни таърихӣ сиёсӣ омадаанд. Вале ин таҷриба барои давлатҳои ИДМ ва аз ҷумла Тоҷикистон нав буда, маъмулан ба як давра лоқамандӣ доирад, ки таҳлили васеи назариявӣ ва таҷрибаи амалии бунёди он бо истифода аз институтҳои муҳими идоракунии давлатӣ ва дигар институтҳои сиёсии ҷомеа дар назари тадқиқи мо қарор намегирад.

## АДАБИЁТ

1. Аязбеков А. "Азиатская демократия" модель для Казахстана? // Интернет-газета "Zona.kz". - 2007. - 2 апреля.
2. Зокиров Гулаҳмад Нозимович. Системаи сиёсӣ: масъалаҳои рӯз ва дурнамои инқишоф. - Душанбе: "Истеъдод", 2011.
3. Шарипов С.И. Таджикистан: Демократизация политических отношений. - Душанбе, 2000; Маҳмадов А.Н. Низои сиёсӣ ва ҷомеаи муосир (Таҷрибаи Тоҷикистон). - Душанбе, 2003; Хидирова М.У. Конфликт и лидерство в современных условиях. - Душанбе, 2006 ва дигарон.
4. Муродова Н.С. Демократизация Республики Таджикистан (достижения и проблемы)// Вестник педагогического университета, 2003. - №3.
5. Эмомалӣ Раҳмон. Истиқлолияти Тоҷикистон ва эҳёи миллат. Ҷилди 11. - Душанбе: "Ирфон", 2016. - С. 79.
6. Таҷрибаи таърихии сулҳи Тоҷикистон. - Душанбе: "Ирфон", 2001.
7. Аҳбори Маджлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон. - Душанбе, 1992. - №4.
8. Аҳбори Маджлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон. - Душанбе, 1993. - №1-3.
9. Проблемы формирования национальной идеи в Республике Таджикистан. - Душанбе, 2007.
10. Василик М.А., Вершинин М.С. Политология: словарь-справочник. - М., 2000.
11. Маҳмадов А.Н. Муқаддимаи идеяи миллӣ. Китоби дарсӣ. - Душанбе: "Эр-граф", 2013.
12. Имомов Ашурбой. Хуқуқи парлумонии Ҷумҳурии Тоҷикистон. Китоби дарсӣ. - Душанбе, 2016.



## ТАВСИФИ МОРФОЛОГИИ ЧАРАЁНИ МИКРОВАРИДҲОИ ЧАРБУИ КАЛОН ДАР МЕЪЁР ВА ДАР ҲОЛАТИ ПЕРИТОНИТИ ТАҶРИБАВӢ ДАР ВОДӢ

**Х.М.Мирзоев, С.Т.Ибодзода, М.У.Усмонов, Р.Х.Файзиев**

Кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии лотинии ба номи Я. А. Раҳимов (мудири кафедра н.и.т., Р. Х. Зокиров)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Мирзоев Халилillo Муҳамадиевич - н.и.т., дотсенти кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии лотинии ба номи Я.А.Раҳимови ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: mirzoev19@mail.ru, тел: +992-915-78-04-05*

*Ибодзода Саидмукум Тиллохӯча - д.и.т., профессори кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии лотинии ба номи Я.А.Раҳимови ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел: +992-918-15-37-64*

*М.У.Усмонов- д.и.т., профессори Коллеҷи тиббии ш. Хучанд,*

*Файзиев Равшанхуча Ҳасанхучаевич - ассистенти кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии лотинии ба номи Я.А.Раҳимови ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: ,тел: +992-915-50-57-53*

Дар мақола тавсифи морфологии чараёни микрочарбуи калон дар меъёр ва ҳангоми перитонити таҷрибавӣ дар шароити водӣ оварда шудааст. Ҳангоми перитонит дар сохтори сифок ва ҳосилаҳои сифок тағйироти морфологӣ дар сатҳи чараёни микрочарбуи ба назар мерасад, ки ба чараёни перитонит

тасири манфӣ мерасонад. Дар амалияи клиникӣ ин далел бо тез-тез ба вучуд омадани илтиҳоби шадиди меъда ва ногузариҳои рӯдаҳо дар беморони гирифтори перитонити сабабаш гуногун тасдиқ мешавад.

**Калимаҳои калидӣ:** микрочарбуи калон, илтиҳоби сифок, ҳамворӣ.

## МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО ВЕНОЗНОГО РУСЛА БОЛЬШОГО САЛЬНИКА В НОРМЕ И ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПЕРИТОНИТЕ В ДОЛИНЕ

**Х.М.Мирзоев, С.Т.Ибодов, М.У.Усмонов, Р.Х.Файзиев**

Кафедра анатомии человека и латинской медицинской терминологии им. Я.А.Раҳимова (зав.кафедрой к.м.н., Р.Х.Зокиров) ТГМУ имени Абуали ибни Сино

*Мирзоев Халилillo Муҳамадиевич - к.м.н., доцент кафедры анатомии человека и латинской медицинской терминологии им. Я.А.Раҳимова ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", E-mail: mirzoev19@mail.ru, тел: +992-915-78-04-05*

*Ибодзода Саидмукум Тиллохуча - д.м.н., профессор кафедры анатомии человека и латинской медицинской терминологии им. Я.А.Раҳимова ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", тел: +992-918-15-37-64*

*Усмонов Мулло Усмонович - д.м.н., профессор профессор, Медицинского колледжа г. Худжанд.*

*Файзиев Равшанхуча Ҳасанхучаевич - ассистент кафедры анатомии человека и латинской медицинской терминологии им. Я.А.Раҳимова ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", E-mail: faiziev\_ravshan@mail.ru Тел: +992-915-50-57-53.*

В статье приведена морфологическая характеристика микроциркуляторного венозного русла большого сальника в норме и при экспериментальном перитоните в условиях долины. При перитоните

в структуре брюшины и производных брюшины наблюдаются в динамике морфологические изменения на уровне микроциркуляторного венозного русла, которые оказывают неблагоприятные влияния





яние на течение перитонита. В клинической практике этот факт находит своё подтверждение в нередком развитии острых гастритов и кишечной непроходимости у

больных с перитонитом различной этиологии.

**Ключевые слова:** венозные микрососуды, большой сальник, воспаление брюшины.

## MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE MICROCIRCULATORY VENOUS CHANNEL OF THE GREATER OMENTUM ARE NORMAL AND WITH EXPERIMENTAL PERITONITIS IN THE VALLEY

**Kh.M. Mirzoev, S.T. Ibodov, M.U.Usmonov, R.Kh. Fayziev**

Department of human anatomy with Latin medical terminology named after Ya.A. Rahimov of Avicenna TSMU (head of the department. candidate of medical sciences R. Kh. Zokirov)

*Mirzoev Khalilillo Muhamadievich - candidate of medical sciences, associate professor of the Department of human anatomy with Latin medical terminology named after Ya.A. Rahimov of Avicenna TSMU. E-mail: mirzoev19@mail.ru, тел: +992-915-78-04-05*

*Ibodov Saidmuqim Tillohukha - doctor of medical sciences, professor of the Department of human anatomy with Latin medical terminology named after Ya.A. Rahimov of Avicenna TSMU. E-mail:*

*Usmonov Mullo Usmonovch - doctor of medical sciences, professor of the Khujand Medical Colltge.*

*Fayziev Ravshanhucha Haskanhuchaevich - assistant of the Department of human anatomy with Latin medical terminology named after Ya.A. Rakhimov of Avicenna TSMU. E-mail: faiziev\_ravshan@mail.ru Тел: +992-915-50-57-53.*

The article presents the morphological characteristics of the microcirculatory venous channel of the greater omentum normal and with experimental peritonitis in the conditions of the valley. With peritonitis in the structure of the peritoneum and derivatives of the peritoneum, morphological changes are observed in dynamics at the level of the

microcirculatory venous channel, which have an adverse effect on the course of peritonitis. In clinical practice, this fact is confirmed by the frequent development of acute gastritis and intestinal obstruction in patients with peritonitis of various etiologies.

**Key words:** venous microvessels, large omentum, inflammation of the peritoneum.

**Муҳимият.** Масъалаҳои омӯзиши морфологӣ ва таҷрибавии қонуниятҳои сохтори ташкили ҷараёни микрогардиши узвҳои дарунӣ, хусусан сифок ва ҳосилаҳои он барои тибби муосир ниҳоят муҳим маҳсуб меёбад, зеро фаъолияти бисёрҷонибаи он бо фаъолияти ҷараёни хунгард ва фавтнокии баланд ҳангоми бемории сифок ба сохтори умумии беморшавӣ алоқаманд мебошад.

Ба пешравӣ ва муваффақиятҳои ҷарроҳии абдоминалӣ нигоҳ накарда, илтиҳоби сифок ҳамчун оризаи нисбатан зиёд дучоршаванда ва хатарноки бемориҳои шадиди ҷарроҳии узвҳои ковокии шикам боқӣ мемонад (Маломан Е.Н., Четуляну Е.А., 1976) ва дар миёни сабабҳои фавт аз ин бемориҳо мақоми аввалро ишғол менамояд (Савчук Б.Д., 1979, Гостищев В.К., 1996).

**Мақсади тадқиқот.** Омӯзиши таснифоти морфологии ҷараёни микроваридҳои ҷарби калони ҳангоми меъёр ва дар ҳолати илтиҳоби таҷрибавии сифок дар ҳамворӣ.

**Маводваусулҳои таҳқиқот.** Тадқиқотҳои таснифоти морфологии ҷараёни микроваридҳои ҷарби калон ҳангоми меъёр ва илтиҳоби таҷрибавии сифок дар маводи 24 сағи безоти аз ҷиҳати ҷинсӣ болиғи нармаи ҳархела, ки вазнашон аз 10 то 15 кг ро ташкил медиҳанд, гузаронида шуд. Дар таҳқиқот усулҳои анатомӣ, гистологӣ ва морфометрӣ истифода шуданд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Омӯзиши препаратҳои нишон доданд, ки дар хунтаъминкунии ҷарбуи калон якҷанд манабаи шарёнӣ иштирок мекунанд. Дар ҳар ҳолат ба ғафсии ду тақсимшавии пеши ҷарбу аз 4 то 16 шарёнҳои кӯтоҳу дарози ҷар-



буи кутрашон 20-130 мкм ворид мешаванд, ки аз чониби качии калони меъда, аз шарёни рости чапи меъда ва чарбу, инчунин аз шохаи шарёни сипурз мебароянд. Шохаҳои шарёние, ки аз шарёни поёнии зери меъдавию дувоздаҳангушта ва рӯдаи қулун миёна мебароянд дар таъмин намудани хуни ду тақсимшавии ақибӣ чарбу хизмат мекунад.

Шарёнҳои кӯтоҳу дарози чарбу аз байни баргакҳои мувофиқи дутақсимшавии чарбу гузашта, асосан дар шакли асосӣ ба шохаҳо чудо шуда, то чор шохаҳо ҳосил мекунад. Шохаи шарёнии тартиби I, ки қутраш 80-125 мкм аст, муруттан аз худ шохаи тартиби II-ро медиҳад, ки қутраш 60-80 мкм буда, ба шохаи тартиби III чудо мешаванд. Шохаҳои шарёнии тартиби III ва IV-и шохаронӣ намуда бо ҳамдигар анастомоз мешаванд ва шабакаи ҳалқаҳояш васеи аввалияи рағҳоро бо ҳалқаҳои гуногун ташаккул медиҳанд. Одатан шохаҳои шарёни дар ду тақсимшавии чарбу дар ҳамроҳии варидҳои тоқ-шарик мегузаранд, ки қутрашон аз калибри шарён 2-3 маротиба калонтар аст.

Чараёни микрогардиши хунгард дар препаратҳои чарбуи калон дар шакли шабакаи якҷабатаи ҳалқаҳояш калону хурд муаррифӣ шуда буд, ки дар ҳаёти он системаи панҷзинагии микроваридҳо муайян гардид: шарёнча, пешкапиллярҳо, капиллярҳо бо қисмҳои шарёни ва варидӣ, баъдикапиллярӣ ва варидча. Дар асоси бофтаи ҳамроҳикунандаи чарбуи калон аз шарёни тартиби III-IV шарёнчаҳо ба асосӣ ё ба шакли духиссашавӣ чудо шудаанд, ки девораи борик ва тарҳи ҳамвордоранд, вале дар баъзе ҷойҳо рафти ҳамвории качукилебҳо пайдо кардаанд. Шарёнча ба ҳамроҳии варидча-шарикӣ чуфт ё тоқ ҳаракат мекунад, ки яке аз хусусиятҳои хоси ҳам мавқеи рағҳои мазкур маҳсуб мешавад. Қутри шарёнча аз 21,2+0,4 то 27,5+0,5 мкм тағйир меёбад. Ядрои эндотелотситҳо дар девораҳои шарёнча шакли дарозрӯяи кашида ё дукшакли андозааш 3,7x22,5 то 6,0x25,0 мкм-ро дорад. Ядро ҳуҷайраҳои мушакҳои суфта дар девораҳои шарёнча ба таври морпеч ҷойгир шудаанд. Дар ҳар ҳалқа аз 12 то 14 ҳуҷайраи ядроча ба ҳисоб гирифта шудааст. Ғаф-

сшавии мавзеи миотситҳо дар ҷойи ибтидои шарёнча, хусусан дар ҳолатҳои, ки онҳо таҳти кунҷи рост дур шудаанд, мушоҳида шудааст. Аз шарёнча таҳти кунҷи тез (70,0%) ё рост (30,0%) пешкапилляр баромадаанд, ки зинаи ибтидоии онҳо аҳёнан качу қилеб мебошад. Дар баъзе ҷойҳо пешкапиллярҳо мувофиқи шакли асосӣ аз ҳалқаҳои рағии шакли мудаввар ва силсила дур шудаанд, ки онҳоро шарёнчаҳои ҳосил кардаанд. Қутри пешкапиллярҳо дар қитъаҳои мухталифи чарби калон аз 12,6+0,1 то 15,7+0,2 мкм тағйир меёбад. Пешкапиллярҳо бо сохтори нисбатан содаи девораҳо тавсиф ёфтаанд, ки аз пӯшиши эндотелиалӣ таркиб ёфтаанд ва аз берун ба онҳо ҳуҷайраҳои бофтаҳои пайвастананда пайваст шудаанд. Дар тӯли пешкапиллярҳо ҳуҷайраҳои мушакҳои суфта дида нашуданд. Фақат дар ибтидои пешкапиллярҳо, ҷое ки аз ҳисоби онҳо ҳалқамушакҳои пешкапиллярӣ ташаккул ёфта, танзимкунандаи маҷрои маҳалии хун гаштанд, пайдо шуданд. Аз пешкапиллярҳо мувофиқи шакли пошхӯранда ва асосӣ таҳти кунҷи мухталиф капиллярҳои хунгард чудо шудаанд. Ядрои ҳуҷайраҳои эндотелиалӣ дар девораҳои капиллярҳо дар як қатор мувофиқи тартиби шохмот ҷойгир шудаанд. Имконият фароҳам омад, ки дар онҳо шӯбаҳои шарёни ва варидӣ мувофиқи нишонаҳои сохти эндотелия чудо карда шаванд. Қисмати нисбатан тангшудаи капиллярҳо ба қисмати шарёни (6,3 + 0,12 мкм) тааллуқ дошта, қисмати васеӣ он бошад, мутааллиқи варидӣ (7,9+ 0,18 мкм) аст. Ядрои эндотелия дар зинаҳои шарёнии капиллярӣ шакли дук, дар варидӣ бошад, тарҳи кашидародорад. Капиллярҳо хунгарди аз предкапиллярҳои бароянда байни худ анастомоз гардида, асосан шабакаҳои якҷабатро бо ячейкаҳои секунҷа, чоркунҷа, байзашакл ва бисёркунҷаи андозаҳояшон аз 70,0x95,0 то 100,0x240,0 мкм тағйирёбандаро ташкил медиҳанд. Дар аксари қитъаҳои чарбуи калон ҳалқаҳои ақибӣ капиллярӣ ва микроангионҳо мушоҳида гардиданд, ки рағҳои воридшаванда ва хоричшаванда доштанд. Аз якҷояшавии паиҳами капиллярҳои варидӣ баъдикапиллярҳои қутрашон аз 14,9+ 0,2 то



17,0+ 0,3 мкм тағйирёбанда ташақкул ёфтанд. Хусусияти девораҳои баъдикапиллярӣ иборатанд аз миқдори зиёди ҳуҷайраҳои адвентитсиалӣ - фибробластҳо ва гистиотситҳо иборат мебошад. Баъдикапиллярҳо бо ҳам анастамоз шуда, варидчаҳоро ташкил додаанд, ки шакли сохти асосӣ ва миқдори зиёди маҷроҳоро доро мебошанд. Қўтри вридчаҳои аз 28,2+ 0,5 то 29,5+ 0,5 мкм тағйир меёбанд. Коэффитсенти варидчағӣ-шарёнчағӣ дар қитъаҳои мухталифи чарби калон аз 1,3 то 1,5 тағйир меёбад. Аз ҳисоби якҷоя шудани баъдикапиллярҳо (6,0%) ва варидчаҳо (94,0%) ташақкул ёфтани рағҳои тартибии варидии чарби калони сағ ба амал омадааст.

Тадқиқоти чараёни микроваридии чарбуи калон ҳангоми перитоните таҷрибавии дар водӣнишон доданд, ки 12 саоат пас аз оғози таҷриба дар ҳайвонҳои таҷрибашаванда илтиҳоби шадиди сифок инкишоф ёфт. Дар микроварид ва бофтаҳои чарбуи калон тағйироти морфологии реактивӣ авҷ гирифт. Тағйиротҳои морфологии микроваридҳо дар васеъ гаштан ва серхун гаштани чараёни ниҳой, хусусан зинаҳои дренажӣ-депонентии онҳо аз шуъбаҳои варидии капиллярҳо сар карда инъикос ёфт. Варидчаҳо то 36,0+0,75 мкм ( $P<0,001$ ) васеъ шуданд, ки ба 25,0% 5аз нишондодҳои санчиши зиёд буданд, баъдикапиллярҳо бошанд, то 21,0+ 0,45 мкм ( $P<0,001$ ), яъне ба 30,5% аз меъёр баландтар васеъ шуданд. Дар ҳамаҷо ба варидчаҳо ва баъдикапиллярҳо серхуншавӣ ва қачшавӣ афзуданд. Капиллярҳои хунгард дар қисмати варидӣ ба қутри то 11,9+ 0,22 мкм ( $P<0,001$ ) расиданд, ки ба 54,5% аз меъёр зиёд аст. Дар марҳилаи захрогинӣ (шабонарӯзи аввал)-и илтиҳоби сифок дар сохтори чарбуи калон минбаъд авҷ гирифтани

тағйироти рағӣ-бофтаи мушоҳида мешавад. Реаксияи микроваридии илтиҳоби шадиди сифокроба таври муътамад афзудани қутри микроваридҳои варидӣ ( $P<0,001$ ), қачшавии онҳо, қушодани сохтори ҳалқамушакӣ, ҳалалёбии ҳосияти реологии хун ва фаъолияти воридшавандагии девораҳои микроваридҳо бо омози зухурёфтаи даври рағӣ ва иртишоҳи лимфодӣ-ҳуҷайравӣ ҳамроҳӣ мекунад, ки яқинан боиси гипоксияи бофтаҳо ва ҳалалёбии равандҳои мубодилавӣ дар бофтаҳо мегардад. Дар марҳилаи ниҳоии перитонит (шабонарӯзи 3-7) тағйироти барнагардандаи морфологӣ ва гемодинамикӣ мушоҳида мегардад. Мувофиқи авҷ гирифтани беморӣ васеъшаклии боэтимодии зухурёфта ва серхунӣ на танҳо дар қисматҳои варидии микроваридҳо, балки дар зинаҳои варидӣ ( $P<0,001$ )-и онҳо низ мушоҳида мешавад. Дар микроваридҳо истодани наздидеворагии лейкоцитҳо мушоҳида гардида, агрегатсияи эритроцитҳо ва руқуд бо тромбҳосилқунӣ, синдроми сладжшиддат меёбад, инчунин гиперплазияи эндотелиалӣ ва адвентатсияи микроваридҳо ба мушоҳида мерасад. Афзудани реаксияи рағӣ-бофтовӣ дар муҳлати таҷриба яқинан бо захрогинии хуни ҳонҳои таҷрибашаванда вобастагӣ дорад.

**Хулоса.** Мавҷудияти шабакаи баландтафриқашавандаи микроваридӣ дар чарбуи калон сатҳи баланди мубодилаи моддаҳоро таъмин намуда, далели иштироки он дар равандҳои полоиш, қаббиши моеъи зардобии ковокии шикам ва фаъолияти ҳифозатии вай мебошад. Ҳангоми илтиҳоби сифок микроваридҳои ин узв ба тағйиротҳои мураккаби тағйиротҳои морфологии гемодинамикӣ дучор мегарданд, ки ба чараёни илтиҳоби сифок таъсири номусоид мерасонанд.

## АДАБИЁТ

1. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. М.: Медицина, 1996.
2. Маломан Е.Н. Расстройство микроциркуляции при экспериментальном перитоните / Е.Н. Маломан., Е.А. Четуляну., Н.И. Гикавий// Здравоохранение. -1976, №3. -С.25-29.
3. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. М.: Медицина. 1979. - 190 с.

**ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО**  
**Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"**  
**фиристодани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:**

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 12 Times New Roman Tj бо фосилаи 1,5 хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи варақ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электронии мақола пешниҳод гардад.

2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои ҷудогонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 5-8 саҳифа зиёд набоянд, мавҷуд будани тақриз ҳатмист.

3. 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.

4. Дар аввали мақола унвони он, ному насаби муаллиф, номи ҳуқуқии муассиса оварда шавад. Агар шумораи муаллифон аз 5 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.

5. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, муҳимият (дар ҳаҷми на бештар аз 1саҳифа), мақсад, мавод ва усули таҳқиқ, натиҷаҳо ва баррасии онҳо, хулоса, номгӯи адабиёт, суроға барои мукотибот. Реферат (резюме) бояд мазмуни мақоларо дар шакли фишурда ифода кунад. Дар асоси реферат калимаҳои калидӣ бояд нишон дода шаванд.

6. 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 бояд мӯъҷаз, ифодаҳо возеҳу равшан ва бе ихтисора бошанд.

7. Иллюстратсия (ороиш) -ҳо бояд дақиқу возеҳ ва мушаххас бошанд, овардани шарҳ ва ифодаҳои тартибӣ (бо ҳарф ё рақам) ва навиштаҷоти зери расмҳо ҳатмист.

8. Номгӯи адабиёт дар мақолаҳои оригиналӣ бояд аз 20 адад бештар набояд, рақамгузори сарчашмаи адабиёт мувофиқи тартиби дар матн иқтибосшудани онҳо оварда шавад. Масъулияти дуруст будани маълумот танҳо ба уҳдаи муаллиф вогузормешавад.

9. Суроғаи мукотибот маълумотҳои зеринро дар бар мегирад: ҷойи қор ва вазифаи муаллиф, суроға, телефонҳо барои тамос, почтаи электронӣ.

10. Мақола бояд аз тарафи роҳбари муассиса ё мудири кафедра тасдиқ карда шуда бошад.

11. Талаботи имлои забони тоҷикӣ ба таври қатъӣ риоя карда шавад.

12. Мақолаҳои қаблан дар нашрияҳои дигар чопшуда қабул карда намешаванд.

13. Идораи маҷалла ҳуқуқи тақриз ва таҳрири мақолародорад.

**Мақоларо ба суроғаи зерин фиристонед: 734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон,  
ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ-139, ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино,**

**Идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"**

---

**Дар матбааи ДДТТ номи Абӯалӣ ибни Сино ба таъб расид.**

**Суроға: ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ -139**

*Ба матбаа 26.12.2019 супорида шуд. Ба чопаш 30.12.2019 имзо шуд.  
Чопи офсет. Коғази офсет. Андозаи 30x42 1/4. 52 ҷузъи чопӣ  
Супориши №108. Адади нашр 100 нусха.*