ISSN: 2616-5252

АВЧИ ЗУҲАЛ

№ 1 - 2022



МАҶАЛЛАИ ИЛМӢ-АМАЛӢ



САРДАБИР
д.и.т.
Муҳаббатов Ҷиёнхон Қурбонович

Ҷонишини сардабир ва
муҳаррири масъул
н.и.ф., дотсент
Юсуфов Абдулло Исмоилович

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

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

ШӮРОИ ТАҲРИРИЯ

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

Avicenna Medical University 1939

АВҶИ ЗУҲАЛ

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

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

Нашри ҷорӣ:
№ 1 (46) 2022

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

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

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

СУРОҒАИ 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
д.м.н.
Мухаббатов Джиёнхон Курбанович

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

AVÇI ZUHAL

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

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

Текущее издание:
№ 1 (46) 2022

Согласно постановлению Управления Высшей аттестационной комиссии при Президенте Республики Таджикистан от 31.01.2019 года за №29, журнал "Авҷи Зуҳал" внесён в список научных рецензионных журналов, рекомендуемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан для публикации основных научных результатов докторских 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

МУНДАРИҶА	СОДЕРЖАНИЕ	CONTENTS
АКУШЕРӢ ВА ГИНЕКОЛОГӢ	**АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**	**OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**
Давлатова М.Ф., Каримова Д.Г. Шаклҳои вазнини Sars-Cov-2 ҳангоми ҳомилагӣ: муайян кардани омилҳои хатар 9	**Давлятова М.Ф., Каримова Д.Г.** ТяТяжёлые формы Sars-Cov-2 во время беременности: определение факторов риска 9	**M.F. Davlyatova, D.G. Karimova** Assessment of predictors of the development of heavy forms of sars-cov-2 during pregnency 9
Мавлонова С.Н. Таъсири мақоми вегетивӣ ба фаъолияти дил ҳангоми ҳомилагӣ. 16	**Мавлонова С.Н.** Влияние вегетативного статуса на функционирование сердце при беременности. 16	**Mavlonova S.N.** Influence of vegetative status on cardiac activity during pregnancy. 16
Ҳақназарова М.А. Муолиҷаи иммунии герпеси таносулӣ, уреаплазма ва сироятҳои хламидия дар занони функсияи репродуктивиашон вайроншуда. 24	**Хакназарова М.А.** Иммунная терапия при генитальном герпесе, уреаплазменной и хламидийной инфекциях у женщин с нарушениями репродуктивной функции. 24	**Khaknazarova M.A.** Immune therapy genital herpes, ureaplasma and chlamydial infections in women with reproductive disorders. 24
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ	**АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ**	**ANESTHESIOLOGY**
Давлатзода Б.Х., Файзалиев Н.Ф. Дастгирии нутритивӣ дар беморони дорои осебҳои омехтаи вазнин 28	**Давлатзода Б.Х., Файзалиев Н.Ф.** Нутритивная поддержка больных с тяжелыми сочетанными травмами 28	**Davlatzoda B. Kh, Fayzaliev N.F.** Nutrional support in patients with severe combined injuries 28
БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ	**ВНУТРЕННЫЕ БОЛЕЗНИ**	**INTERNAL ILLNESSES**
Давлатзода А.Д. Равишҳои муосир дар ташхиси бармаҳалли остеоартрити аввалияи буғумҳои зону дар амалияи воқеии клиникӣ 31	**Давлатзода А.Д.** Современные подходы к ранней диагностике первичного остеоартрита коленных суставов в реальной клинической практике 31	**Davlatzoda A.D.** Modern approaches to early diagnosis of primary osteoarthritis of the knee in real clinical practice 31
Раҳимов Ҷ.Ҷ. Прекондитсикунонии ишемиявии миокард дар беморони стенокардияи устувор дар заминаи фишорбаландии шараёнии резистентӣ 37	**Рахимов Дж.Дж.** Ишемическое прекондиционирование миокард у больных стабильной стенокардией на фоне резистентной артериальной гипертонии. 37	**Rakhimov J.J.** Ischemic preconditioning of the myocardium in patients with stable angina pectoris against the background of resistant arterial hypertension” 37

Ҳиммат М.Ё.
Таъсири “лизиноприл” ба параметрҳои морфофункционалии дил дар беморони дорои фишорбаландии шараёнии калонсол
42

Химмат М.Ё.
Действие “лизиноприла” на морфофункциональные параметры сердца у больных гипертонической болезнью пожилого возраста
42

Muhammad Y.
The effect of “lisinopril” on the morphological and functional parameters of the heart in elderly age patients with hypertensive disease.
42

БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

ИНФЕКЦИОНЫЕ БОЛЕЗНИ

INFECTIOUS DISEASES

Залмай Мавлавизода
Куруновирус омили бесуботии сиҳат ва иқтисод дар хонавода (дар шароити Афғонистон)
49

Залмай Мавлавизода
Коронавирус как фактор дестабилизации здоровья и экономики домохозяйств (в условиях Афганистана)
49

Zalmay Mavlavizoda.
Coronavirus as a factor of destabilizing the health and economy of households (in the conditions of Afghanistan)
49

Мадҷонова М.Ҷ., Хоҷаева Н.М.
Хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва табобати сирояти нави коронавирус Covid-19 дар кӯдакони синну соли мактабӣ ва калонсолон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон
54

Маджонова М.Дж., Ходжаева Н.М.
Особенности клинического течения и лечение новой коронавирусной инфекции Covid-19 у детей школьного возраста и взрослых в Республике Таджикистан
54

Madzhonova M.J., Khodzhaeva N.M.
Clinical features and treatment of new Coronavirus infection Covid-19 and abults children in the Republic of Tajikistan
54

Бойназарова М.Х., Одинаев Н.С.
Тавсифи симптомҳои Covid – 19 дар байни донишҷуён дар давраи пандемияи соли 2020
59

Бойназарова М.Х., Одинаев Н.С.
Характеристика симптомов Covid – 19 среди студентов в период пандемии 2020 год
59

Boynazarova M.Kh., Odinaev N.S.
Characteristic of Covid-19 simptoms among studens during the pandemic period 2020 yers
59

БЕҲДОШТ

ГИГИЕНА

HYGIENE

Бобоев Ҷ.А.
Омӯзиши муқоисавии хусусияти гипогликимии феразон, ферусино-рк,ферусино-р ҳангоми диабети аллоксанӣ дар харгӯшҳо
64

Бобоев Дж.А.
Сравнительное исследование гипогликимических свойств феразона, ферусино-рк и ферусино-р при аллоксановом диабете на кроликах.
64

Boboev J.A.
Comparative study of hypoglycimic properties of ferazon, ferusino-rk and ferusino-r in alloxan diabetes in rabbits.
64

Пирова Г.Д.
Таъсири детерминантҳои иҷтимоӣ ба саломатии рӯҳии занҳои муҳоҷирони меҳнатӣ
71

Пирова Г.Д.
Влияния социальных детерминантов на психическое здоровье жен трудовых мигрантов
71

Pirova G.D.
Influences of social determinants on the mental health of the wives of migrant workers
71

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Мухамадиева К.М., Шодиева М.О.
Усулҳои муосири табобати хадшаҳои атрофии пӯст
77

Соҳибназарова Р.Ҳ.
Усули табобати беморони витилиго
83

ОНКОЛОГИЯ

Сайфутдинова М.Б.
Хусусиятҳои табобати шуоӣ, пешгирӣ ва офиятёбӣ
87

ПЕДИАТРИЯ

Абдураҳимов Р.М.
Аломатҳои асосии клиникии илтиҳоби шушҳо (пневмония) дар кӯдакони хурдсол
91

Исмоилов К.И., Давлатов С.Т., Исмоилова М. А.
Хусусиятҳои вайроншавии системаи гемостаз ҳангоми илтиҳоби шуши бактериалӣ дар кӯдакони навзод.
94

Абдулматин Идрок.
Арзёбии сатҳи огоҳӣ, дониш ва амалкарди мардумон дар мавриди колострум (colostrum) ва фавоиди он назди муроҷиини сервиси нисоӣ ва вулодии шифохонаи тадрисии «Шаҳроро».
99

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Мухамадиева К.М., Шодиева М. О.
Современные методы лечения атрофических рубцов кожи
77

Сохибназарова Р.Х.
Метод лечения больных витилиго
83

ОНКОЛОГИЯ

Сайфутдинова М.Б.
Особенности лучевой терапии, профилактики и реабилитации
87

ПЕДИАТРИЯ

Абдураҳимов Р. М.
Основные клинические симптомы пневмонии в раннем детском возрасте
91

Исмоилов К.И, Давлатов С.Т, Исмоилова М.А.
Особенности растройства системы гемостаза при бактериальной пневмонии у новорождённых.
94

Абдулматин Идрок.
Оценка уровня осведомленности, знаний населения о колострume и его пользе, а также использования колострума, на основе данных пациентов женских родильных услуг учебной клиники “Шахроро”.
99

DERMATOVENEROLOY

Muhamadieva K.M., Shodieva M.O.
Modern methods of treatment of atrophic scars of the skin
77

Sohibnazarova R. Kh.
Treatment method of vitiligo
83

ONCOLOGY

Saifutdinova M.B.
Features of radiation therapy, prevention and rehabilitation
87

PEDIATRICS

Abdurakhimov R.M.
Main clinical signs of pneumonia in early children
91

Ismoilov K.I., Davlatov S.T., Ismoilova M.A.
Features of the disorder of the hemostatic system in bacterial pneumonia in newborns.
94

Abdulmatin Idrok.
Assessment of the level of awareness, knowledge of the population about colostrum and its benefits, as well as the use of colostrum, based on the data of patients of the female maternity services of the educational clinic “shahroro”
99

Мамадҷонова Г.С., Бақоев Ф.С., Насридинова Н.Н., Саидмурадова Г.М., Умарова З.К.
Рефлюкси гастроэзофагалӣ дар кӯдакони синну соли барвақт.
106

Мамаджанова Г.С, Бакоев Ф.С., Насридинова Н.Н. Саидмурадова Г.М., Умарова З.К.
Гастроэзофагальный рефлюкс у детей раннего возраста.
106

Mamadjanova G.S., Bakoev F.S., Nasridinova N.N., Saidmuradova G.M., Umarova Z.K.
Gastroeosophagal reflux in early children.
106

СТОМАТОЛОГИЯ

Зарипов А.Р., Шарипов Х.С., Аминов П.О.
Тадқиқи вазъияти конструксияҳои ортопедии ковокии даҳон
109

СТОМАТОЛОГИЯ

Зарипов А.Р., Шарипов Х.С., Аминов П.О.
Исследование состояния ортопедических конструкций полости рта
109

DENTISTRY

Zaripov A.R., Sharipov Kh.S., Aminov P.O.
Study state of orthopedic constructions of the orthopedic cavity
109

ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

Мирзоева Ф.Д.
Таҳқиқоти ҳамбастагии байни муҳтавои биоком-понентҳо бо фаъолнокии зиддимикробӣ ва фунгитсидӣ вобаста аз баландии қад
112

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Мирзоева Ф.Д.
Исследование корреляции между содержанием биокомпонентов с противомикробной и фунгицидной активностью в зависимости от высоты произрастания
112

THEORETICAL MEDICINE

Mirzoeva F.D.
Analysis of antibacterial and antifungal activity of allium oschaninii and allium suworowii, depending on the growth height.
112

ТИББИ ОИЛАВӢ

Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В.
Истифодаи ҷараёни басомадаш баланд ҳангоми табобати остеоартрозҳо
119

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА

Алиева Е.Г.,Фаттоева Н.В.
Применение высокочастотных токов при лечении остеоартрозов
119

FAMILY MEDICINE

Alieva E.G., Fattoeva N.V.
Application of high-frequency currents in treatment of osteoarthrosis
119

Носирова М.П., Ёдгорова М.Ҷ., Иномзода Д., Қурбанов А.Д.
Ҳаллу фасл кардани мушкилоти антибиотикрезистентнокӣ дар звенои амбулаторӣ
121

Носирова М.П., Ёдгорова М.Дж., Иномзода Д., Курбанов А.Д.
Решение проблемы антибиотикорезистентности на амбулаторном звене
121

Nosirova M.P., Yodgorova M.J., Inomzoda D., Kurbanov A.D.
Solution of the problem of antibiotic resistance on the ambulatory level
121

ҶАРРОҲӢ

Гулаҳмадов А.Д., Норов Ф.Х., Шарипов У.А.,
Усули эндоваскулярии атрезияи шарёни шушҳо
125

ХИРУРГИЯ

Гулахмадов А.Д., Норов Ф.Х., Шарипов У.А.
Эндоваскулярный метод лечения атрезии легочной артерии
125

SURGERY

Gulakhmadov A.D., Norov F.H., Sharipov U.A.
Elimination of pulmonary artery atresia by endovascular method
125

Сайдалиев Ф.Ҷ.
Мавқеи симпатэктомияи гарданӣ-қафасисинагӣ дар муолиҷаи ишемияи андомҳои болоӣ
130

Сайдалиев Ф.ДЖ.
Роль шейно-грудной симпатэктомии в лечении ишемии верхних конечностей
130

Saidaliev F. J.
The role of cervicothoracic sympatectomy in the treatment of upper limb ischemia
130

ҒАЙРИТИББӢ

НЕМЕДИЦИНСКИЕ

NON-MEDICAL

Гулов М.Қ.
Шиддатнокии транспиратсия ва қобилияти обнигоҳдории баргҳои картошка дар шароити Тоҷикистон Ҷанубӣ
141

Гулов М.К.
Интенсивность транспирации и водоудерживающая способность листьев картофеля в условиях юга таджикистана
141

Gulov M.K.
Intensity transpiration and water-holding capacity of potato leaves in conditions of south Tajikistan
141

Разиков Ш.Ш., Холбегов М.Ё., Умарова О.У. Парвинаи З.
Фауна, биология ва экологияи коксидиози ҳайвонот (эймериоз) дар шароити гуногуни ҷумҳурии тоҷикистон
146

Разиков Ш.Ш., Холбегов М.Ё., Умарова О.У., Парвина З.
Фауна, биология и экология кокцидиоза животных (эймериоз) в различных условиях Республики Таджикистан
146

Razikov Sh.Sh., Kholbegov M.Yo., Umarova O.U. Parvinai Z.
Fauna, biology and ecology of coccidiosis of animals (eymeria) in various conditions of the Republic of Tajikistan.
146

Самандаров Н. Ю.
Ҳосил кардани пропан–1,2 –эфирҳои диоловии кислотаи линолевӣ ва урсодезоксихолевӣ ва омӯзиши хосиятҳои литоликии онҳо
153

Самандаров Н. Ю.
Получение пропан – 1,2 диоловых эфиров линолевой и урсодезоксихолевой кислот и изучение их литолических свойств
153

Samandarov N.Yu.
Obtaining propane - 1,2 - diol ethers of linolic and ursodeoxycholic acids and studying their litholic properties
153

Султонов Р.А.
Таҳқиқи комплексҳосилшавии fe (II) бо атсетилсистеин
161

Султонов Р.А.
Исследование процессов комплексобразования fe (II) с ацетилцистеином
161

Sultonov R.A.
Investigation of complexation processes of fe (II) with acetylcysteine
161

Шукурова Д.А., Мирзоева М.Т.
Таъсири харобиовари омилҳои муҳити зист ба ҷузъҳои сохтории пуст
164

Шукурова Д.А, Мирзоева М.Т.
Влияние рарушительного воздействия факторов внешней среды на структурные компоненты кожи
164

Shukurova D.A., Mirzoeva M.T.
Influence of destroying effects of external factors on the structural components of the skin
164

ШАРҲИ АДАБИЁТ

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

LITERATURE REVIEW

Бобоев Ф.Д., Сохибов Р.Г., Шукуров Ф.А.
Истифодаи мелатонин ҳангоми фишорбаландии шарёнӣ дар беморони солхӯрда
168

Бобоев Ф.Д., Сохибов Р.Г., Шукуров Ф.А.
Применения мелатонина при артериальной гипертензии у пожилых больных
168

Boboev F.D., Sohibov R.G., Shukurov F.A.
Melatonin use for hypertension in elderly patients
168

Набиева Ш.З., Шамсов Б.А., Файзуллоев Ф.А., Шамсов А.Т., Комилова М.И.
Мубрамияти бемориҳои нуқсонҳои модарзодии инкишоф
177

Эмомалиев Д.Г.
Усулҳои табобати псориаз
182

ЁДБУД
192

Набиева Ш.З., Шамсов Б.А., Файзуллоев Ф.А., Шамсов А.Т., Комилова М.И.
Актуальность заболеваемости врожденными пороками развития
177

Эмомалиев Д.Г.
Способы лечения псориаза
182

ПАМЯТЬ
192

Nabieva Sh.Z. Shamsov B.A., Fayzulloev F.A., Shamsov A.T., Komilova M.I.
Relevance of incidental developmental disorders
177

Emomaliev J.G
Ways to treat psoriasis
182

MEMORY
192

АКУШЕРӢ ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

ШАКЛҲОИ ВАЗНИНИ SARS-CoV-2 ҲАНГОМИ ҲОМИЛАГӢ: МУАЙЯН КАРДАНИ ОМИЛҲОИ ХАТАР

Давлатова М.Ф., Каримова Д.Г.
Кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1,МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Муҳиммият. Вируси тоҷдори нав аз КРН-и вирусдор иборат ва ба гурӯҳи дуюми патогенӣ шомил шудааст. Охирҳои соли 2019 дар Чин авҷгирии сирояти нави коронавирусӣ ба амал омад. ТУТ 11-уми феврали соли 2020 ба сирояти мазкур расман COVID-19 номгузорӣ намуд. Кумитаи байналмилалӣ оид ба таксономияи вирусҳо бошад, ба вирус расман номи сирояти SARS-CoV-2 дод. ТУТ 11-уми марти соли 2020 пандемияи бемории сирояти тоҷдори COVID–19-ро эълон намуд [9,10,11]. Дар охирҳои соли 2020 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон 12 423 ҳодисаи сироятёбӣ аз сирояти коронавирусӣ ба қайд гирифта шуд. Сирояти мазкур аз теъдоди умумии гирифторшудагон дар мавриди занҳои ҳомиладор, мезоидагӣ ва навзо муайян шуд.

Ҳомилагӣ ҳолати физиологиест, ки ба сирояти вируси респираторӣ шароит муҳаё мекунад [1-5]. Тағйироти физиологии системаи масуният ва дилу шушҳо ба ин чиз мусоидат менамоянд [6-8]. Тибқи натиҷаи таҳқиқотҳо SARS-CoV ва MERS-Cov метавонанд сабаби як қатор бемориҳо - аз шакли сабуки сирояти шадиди респираторӣ, то илтиҳоби вазнини шуш ва синдроми вазнини шадиди респираторӣ (СВШР) дар занҳои ҳомила гардад [9].

Арзёбии омилҳои хатаре, ки майл ба пайдоиши ин бемории сироятиро доранд ва муайян намудани гурӯҳи нисбатан осебпазири ҳомилаҳо оид ба амалишавии сирояти мазкур яке аз ҷанбаҳои муҳимми омӯзиши мушкилоти мазкур ба ҳисоб меравад.

Мақсади таҳқиқ: арзёбии аҳамияти клиникии омилҳое, ки ҳангоми ҳомилагӣ ба амалишавии сирояти вирусии SARS-CoV-2 майл доранд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Дар давраи пандемия аз моҳи майи соли 2020 то ноябри соли 2021 дар таваллудхонаи назди Маркази шаҳрии тиббӣ ба номи Карим Аҳмадови ш. Душанбе мушоҳидаҳои клиникӣ гузаронида шуданд. Статсионар дар замони пандемия ба сифати муассисаи ковидии таваллудхонагӣ фаъолият намуда, ба ҳомилаҳо, таваллудкунандагону занҳои навзо, ки нишонаҳои сирояти мазкурро доштанд, ёрии фаврӣ мерасонид.

Барои ноил гардидан ба ҳадафи гузошташуда дар мавриди 220 зани ҳомила, ки ба статсионари ковидии таваллудхонагӣ дар муҳлати муқарраршуда омада буданд, муоинаи маҷмӯӣ татбиқ гардид.

Муоинаи беморон мувофиқи стандартҳои муоинаи беморони гирифтор ба нишонаҳои сирояти коронавирусӣ ба амал оварда шуд. Барои ҳар як ҳомиладор варақаи омории махсусан таҳияшуда пур карда шуд, ки дар он маълумотҳои шиносномавӣ, ҳолати иҷтимоӣ, маълумотҳои анамнези сироятӣ, соматикӣ, акушерӣ ва гинекологӣ, муоинаи объективӣ дарҷ гардидааст. Дар раванди муоина тамоми усулҳои таҳқиқ - лабораторӣ, абзорӣ, бактериоскопӣ, бактериологӣ, рентгенологӣ ва ултрасадоӣ барои субъекти таҳти таҳқиқ татбиқ карда шуд. Барои тасдиқ кардан ва мувофиққунонии SARS-CoV-2 усули РЗП-и ташхис истифода гардид. Рентгенографияи обзории узвҳои қафаси сина дар ду тарҳ ё томографияи компютерӣ барои тасдиқ кардани ташхиси «илтиҳоби шуши хориҷибеморхонагӣ» иҷро гардид. Аз теъдоди умумии ҳомилаҳои муоинашудаи мубтало ба нишонаҳои бемории шадиди респираторӣ 3 гурӯҳи клиникӣ ташкил карда шуд:

Гурӯҳи I (35) - ҳомилаҳои гирифтор ба зуҳуроти клиникии илтиҳоби шуши хориҷибеморхонагӣ ва тести РЗП-и мусбат ба SARS-CoV-2;

Гурӯҳи II (150) - ҳомилаҳои мубтало ба зуҳуроти илтиҳоби шуши хориҷи беморхонагӣ ва тести РЗП-и манфӣ ба SARS-CoV-2;

Гурӯҳи III (35) – ҳомилаҳое, ки аз зуҳуроти клиникии сирояти шадиди респиратории

роҳҳои болоӣ ва поёнии нафас, бе нишонаҳои илтиҳоби шуш ва тести манфии РЗП ба SARS-CoV-2, ранҷ мебаранд;

Гурӯҳи IV (35) – гурӯҳи муқоисавӣ, ки ба ин гурӯҳ занҳои ҳомиладори солим бе нишонаҳои сирояти респираторӣ ва анамнези вазниншудаи сироятӣ шомиланд.

Бозбинии омории мавод бо истифода аз функсияҳои дахлдори Microsoft Excel 2016 ва таъминоти барномавии Statistica 10.0 барои Windows (StatSoft Inc., USA) ба амал оварда шуд. Маълумотҳо дар шакли қимати мутлақ ва саддарсадиҳо барои маълумотҳои категориявӣ оварда шуданд. Маълумотҳои категориявӣ ва таносубҳо бо истифода аз меъёрҳои хи-квадрат, аз ҷумла бо ислоҳи Йетса ва меъёри дақиқи дутарафаи Фишер муқоиса карда шуданд. Қимати р камтар аз 0,05 аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳисоб карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқ ва баррасии онҳо. Синни муоинашудагон дар доираи аз 17 то 45-сола буд. Тамоми ҳайат ба 4 гурӯҳи синнусолӣ тақсим карда шуд: ҳомилаҳои гирифтор ба нишонаҳои сирояти роҳҳои нафас дар синни то 19, аз 20 то 29, аз 30 то 39 ва ҳомилаҳои аз 40-сола боло (ҷадвали 1). Тавре аз ҷадвали овардашуда аён аст, илтиҳоби шуши вируси тоҷдор дар гурӯҳи занҳои аз 30 то 39-сола (51,4%), яъне амалан дар ҳар зани дуюми ҳомила ташхис шудааст. Дар ҷойи дуюм ба гирифторшавӣ аз рӯйи басомад гурӯҳи аз 20 то 29-солаҳо (34,2%) қарор доранд, яъне ҳар сеюм зани ҳомила. Дар гурӯҳҳои синусолии то 19-сола ва баъди 40-солаҳо гирифторшавӣ ба илтиҳоби шуши вируси тоҷдор хеле паст буда, мутаносибан 5,7% ва 8,5%-ро ташкил медод. Ҳамин тавр, ҳомилаҳои дар синни аз 20 то 29-сола ва аз 30 то 39-солаҳо бештар ба илтиҳоби шуши вируси тоҷдор гирифтор мешуданд. Дар гурӯҳи дуюми таҳти таҳқиқ таснифоти син аз рӯйи нишонаҳои илтиҳоби шуш бо тести РЗП-и манфӣ ба SARS-CoV-2 каме шакли дигар касб намуд. Бемории мазкур дар мавриди ҳомилаҳои синни аз 20 то 29-сола (60%) нисбатан бештар ташхис гардид. Дар мақоми дуюм бошад, аз рӯйи басомад дар синни аз 30 то 39-солаҳо (32%) ошкор карда шуд. Зимни гурӯҳи сеюми ҳомилаҳое, ки аз нишонаҳои бемории шадиди респиратории роҳҳои болоиву поёнии нафас ранҷ мекашиданду нишонаҳои илтиҳоби шуш дида намешуд, гурӯҳе дар ҷойи аввал қарор дошт, ки ба он ҳомилаҳои аз 20 то 29-сола (68,5 %) шомил буданд. Хусусиятҳои синнусолии тақсимоти сирояти респираторӣ дар гурӯҳҳои нишон дод, ки ҳомилаҳои гурӯҳи 2 ва 3-юми синнусолӣ бо басомади якхела аз SARS-CoV-2 ёфтаанд. Дар гурӯҳи гирифторони илтиҳоби шуш бо тести РЗП-и манфӣ ба SARS-CoV-2 ва дар гурӯҳи ҳомилаҳои мубтало ба иллатҳои системаи нафас ва тести РЗП-и манфӣ гурӯҳи нисбатан бештар осебпазиранда ҳомилаҳои синни аз 20 то 29-сола буданд ($p<0,05$).

Ҷадвали 1.Таснифоти ҳомилаҳои мубтало ба бемориҳои шадиди респираторӣ аз рӯйи синну сол.

Син	Илтиҳоби шуш бо этиологияи вируси тоҷдор		Илтиҳоби шуш бо тести РЗП-и радшуда		Иллатнокшавии СН бе нишонаҳои илтиҳоби шуш ва тести радшудаи РЗП		Гурӯҳи муқоисавӣ		Р
	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%	
17-19	2	5,7	2	1,3	0	0	1	2,9	>0,05
20-29	12	34,3	90	60,0	24	68,6	18	51,4	<0,05
30-39	18	51,4	49	32,7	10	28,5	13	37,1	>0,05
40-45	3	8,6	9	6,0	1	2,9	3	8,6	>0,05
Ҳамагӣ	**35**	**100,0**	**150**	**100,0**	**35**	**100,0**	**35**	**100,0**	

Эзоҳ: р – қимати омории фарқият миёни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри $ч^2$ барои гурӯҳҳои ихтиёрӣ)

Ҳангоми омӯзиши таносуби теъдоди муоинашудагон, маълум гардид, ки сирояти мазкур дар мавриди занҳои такроран тавалludкунанда дар гурӯҳи гирифтор ба илти-

ҳоби шуши вируси тоҷдор бештар (54,3%) муайян шудааст. Аммо ҳангоми муқоиса кардани гурӯҳҳо занҳои аввалзо бештар ба сирояти вируси тоҷдор (42,8%, p<0,05) гирифтор шудаанд. Дар гурӯҳи ҳомилаҳои гирифтор ба илтиҳоби шуш бо тести РЗП-и манфӣ ҳиссаи такроран зоидагиҳо 73,3%-ро ташкил дод. Дар гурӯҳи ҳомилаҳои мубтало ба бемориҳои респираторӣ бе иллатнок шудани шушҳо ва тести РЗП-и манфӣ ҳиссаи занҳои такроран таваллудкарда зиёд набуда, 80%-ро ташкил дод. Теъдоди бештари бори аввал ҳамл бардоштагон бо иллатнокшавии шушҳо дар гурӯҳи аввали таҳти таҳқиқ (42,8%, p<0,05) муайян гардид.

Арзёбии статуси иҷтимоии ҳомилаҳо мувофиқи гурӯҳҳо чунин натиҷа дод (ҷадвали 2). Омӯзиши таъсири ҷойи зист бо зуҳуроти клиникии сирояти гуногуни респираторӣ нишон дод, ки дар гурӯҳҳои мубтало ба илтиҳоби шуши хориҷибеморхонавӣ занҳои ҳомилае, ки дар қишлоқҷойҳои зистаанд, аҳёнан (17,1%, 22,3%) бемор шудаанд. Ҳомилаҳое, ки дар шаҳри Душанбе зиндагӣ мекунанд, 4 маротиба бештар (82,9%, 83,5%) сироят ёфтаанд. Чунин хусусияти тақсимоти сироят дар байни ҳомилаҳои деҳотӣ ва шаҳрӣ бо зичии аҳолӣ дар шароити шаҳр ва робитаи бештари гурӯҳҳои иҷтимоӣ алоқамандӣ дорад, ки ин хусусият дар ҳомилаҳои қишлоқҷойҳо ба маротиб камтар ба назар мерасад.

Ҷадвали 2. Тақсимоти занҳои ҳомила бо дарназардошти маҳалли зист.

Маҳалли зист	Илтиҳоби шуш бо этиологияи вируси тоҷдор		Илтиҳоби шуш бо тести РЗП-и радшуда		Иллатнокшавии СН бе нишонаҳои илтиҳоби шуш ва тести радшудаи РЗП		Гурӯҳи муқоисавӣ		p_1
	мутлақ	%	мутлақ	%	мутлақ	%	мутл.	%	
	n=35	100	150	100	35	100	35	100	
Деҳа (n=50)	6	17,1	23	15,3	15	42,9	6	17,1	<0,001
Шаҳр (n=205)	29	82,9	127	84,7	20	57,1	29	82,9	
p_2	>0,05*		<0,05		>0,05		>0,05*		

Эзоҳ: p_1 – қимати омории фарқият миёни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри $ч^2$ барои ҷадвалҳои ихтиёрӣ); p_2 – ҳангоми муқоиса кардани беморони дар деҳа ва шаҳр истиқоматкунанда (мувофиқи меъёри $ч^2$, *бо ислоҳи Йетса)

Арзёбии сатҳи маълумотнокӣ ва басомади беморшавӣ нишон дод, ки сирояти системаи нафас бештар дар мавриди ҳомилаҳое ба назар мерасад, ки сатҳи маълумотнокиашон паст аст (ҷадвали 3). Бад-ин минвол, занҳои маълумоти миёнаи нопурра доштанд, дар гурӯҳи 1-и таҳти таҳқиқ 85,7%, дар гурӯҳи 2-юм 89,3% ва дар гурӯҳи 3-юм бошад, 68,5%-ро ташкил медод. Гирифторшавии занҳои маълумоти олидор мутаносибан чунин теъдод буд: 8,5%, 5,3% ва 2,8%.

Ҷадвали 3. Тақсимоти занҳои ҳомила бо дарназардошти сатҳи маълумотнокӣ

Сатҳи маълумот	Илтиҳоби шуш бо этиологияи вируси тоҷдор		Илтиҳоби шуш бо тести РЗП-и радшуда		Иллатнокшавии СН бе нишона-ҳои илтиҳоби шуш ва тести радшудаи РЗП		Гурӯҳи муқоисавӣ		p_1
	мут.	%	мут.	%	мут.	%	мут.	%	
	35	100	150	100	35	100	35	100	
Миёнаи нопурра	30	85,7	134	89,3	24	68,5	32	91,4	<0,05
Миёна	2	5,7	8	5,3	10	28,6	3	8,5	<0,001
Олӣ	3	8,5	8	5,3	1	2,8	0	0	>0,05
p_2	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		

Эзоҳ: p_1 – қимати омории фарқият миёни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳо (мувофиқи меъёрӣ $ч^2$ барои ҷадвалҳои ихтиёрӣ); p_2 – ҳангоми муқоиса мувофиқи сатҳи маълумотнокӣ (мувофиқи меъёрӣ $ч^2$ барои ҷадвалҳои ихтиёрӣ)

Чунин вазъро зимни арзёбии статуси иҷтимоии ҳомилаҳо мушоҳида кардан мумкин аст. Омӯзиши басомади зуҳуроти сироятҳои респираторӣ дар миёни до-

нишҷӯдухтарон, соҳибхоназанҳо ва гурӯҳи ҳомилаҳои кор мекардагӣ нишон дод, ки ҳиссаи асосии сироятёфтагонро соҳибхоназанҳо ташкил мекунанд (88,5%, 88,6%, 97,1%). Чунин басомади тақсимот шояд бо он алоқаманд бошад, ки сатҳи маълумотнокӣ ва бо кор таъмин будан ба статуси иқтисодӣ ва сатҳи ташкили зиндагӣ таъсир расонида, барои дуруст дарк кардани сатҳи хатар, ки ҳангоми сирояти мазкур сар мезанад ва истифодаи муваффақи тамоми роҳҳои ҳифозат аз сироятёбӣ мусоидат мекунад. Маҳоми нисбатан баландтари иқтисодии ҳомилаҳо, ки аз сатҳи маълумотнокӣ ва ба кор таъмин будан вобастагӣ дорад, таъминоти мукаммали роҳҳои ҳифз шудани сироятёбиро пешакӣ муайян менамояд.

Ҷадвали 4. Хусусиятҳои анамнези сироятии гурӯҳҳои таҳти таҳқиқ

Анамнези сироятӣ	Илтиҳоби шуш бо этиологияи вируси тоҷдор (n=35)		Илтиҳоби шуш бо тести РЗП-и радшуда (n=150)		Иллатнокшавии СН бе нишонаҳои илтиҳоби шуш ва тести радшудаи РЗП (n=35)		Гурӯҳи муқоисавӣ (n=35)		p
	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%	мутл	%	
А – бе ориза	5	14,3	22	14,7	27	77,1	30	85,7	<0,001
Б – бо ориза, аз ҷумла	30	85,7	128	85,3	8	22,9	5	14,3	<0,001
1. СШР	19	54,2	113	75,3	5	14,3	3	8,6	<0,001
2. Паротит	1	2,9	2	1,3	0	0,0	0	0,0	>0,05
3. Тифи шикам	0	0,0	3	2,0	1	2,9	0	0,0	>0,05
4. Гепатити вирусӣ	8	22,8	7	4,6	1	2,9	0	0,0	<0,001
5. ВНМО, СПИД	1	2,9	0	0,0	1	2,9	0	0,0	>0,05
6. Сил	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05
7. Исҳоли хунин	0	0,0	3	2,0	0	0,0	0	0,0	>0,05

Эзоҳ: p – қимати омории фарқият миёни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳо (мувофиқи меъёрӣ $ч^2$ барои гурӯҳҳои ихтиёрӣ)

Омӯзиши хусусиятҳои анамнези сироятӣ (ҷадвали 4) нишон дод, ки дар гурӯҳи ҳомилаҳои мубтало ба илтиҳоби шуши вируси тоҷдор ва илтиҳоби шуш бо тести РЗП-и манфӣ дар аксари ҳолатҳо вазнин буд. Қайд кардан зарур аст, ки дар анамнези гурӯҳи аввал гирифторшавӣ ба зуком (54,2%) ва гепатити вирусӣ (22,8%) бештар буд. Дар гурӯҳи дуюм таваҷҷуҳи таҳқиқро зуд-зуд гирифторшавӣ ба СШРВ (75,3%) ҷалб намуд. Басомади баланди гирифторшавӣ ба сирояти респираторӣ аз мавҷудияти халалёбии масуният дар анамнез зимни контингенти таҳти омӯзиш дарак медиҳад. Нишонаҳои мазкур дар маҷмӯъ ҳам моқабли пайдоиши сирояти респираторӣ ҳангоми ҳомилаҳоӣ ва хусусан шакли вазнини сирояти коронавирусӣ мегардад.

Арзёбии басомад ва сохтори патологияи экстрагениталӣ, ки дар заминаи он илтиҳоби шуши вируси тоҷдор пайдо шудааст, аҳамияти махсус дорад (ҷадвали 5).

Басомади баланди патологияи соматикӣ дар тамоми гурӯҳҳои таҳти таҳқиқ муайян шуд. Дар гурӯҳе, ки аз илтиҳоби шуши вируси тоҷдор ранҷ мебурданд, дар тамоми ҳомилаҳо (100%) навъҳои мухталифи патологияи экстрагениталӣ муайян гардид. Камхунӣ бо сабаби норасоии оҳан (48,5%) дар ҷойи аввал, бемории системаи пешобҷудокунӣ (42,9%) маҳоми дуюм ва дар ҷойи сеюм бошад ихтилолоти эндокринӣ (28,6%), лоғарӣ (11,4%) маҳоми чорум ва бемориҳои системаи дилу рагҳо (8,6%) дар маҳоми панҷум қарор дошт. Ҳангоми муқоисаи басомад ва сохтори патологияи экстрагениталӣ бо дигар гурӯҳҳои муқоиса, маълум гардид, ки сатҳи онҳо дар гурӯҳи ҳомилаҳои мубтало ба илтиҳоби шуши коронавирусӣ хеле баланд будааст ва ҳолати мазкур бешак сабаби ба вуҷуд омадани чунин фарзия мегардад: якҷояшавии бемориҳои муайяни соматикӣ бунёди бемориҳоро асос мегардад, ки ба пайдоиши илтиҳоби шуши коронавирусӣ ба сифати яке аз шаклҳои нисбатан вазнини сирояти мазкур мусоидат менамояд.

Ҷадвали 5. Басомад ва сохтори патологияи экстрагениталӣ дар гурӯҳҳои таҳти таҳқиқ

Бемориҳои соматикӣ	Илтиҳоби шуш бо этиологияи вируси тоҷдор (n=35)		Илтиҳоби шуш бо тести РЗП-и радшуда (n=150)		Иллатнокшавии СН бе нишонаҳои илтиҳоби шуш ва тести радшудаи РЗП (n=35)		Гурӯҳи муқоисавӣ (n=35)		p
	мутлақ	%	мутлақ	%	мутлақ	%	мутлақ	%	
А – бем. сом-кӣ дида намеш.	0	0,0	10	6,6	0	0,0	24	68,6	<0,001
Б – бо бем. сом-кӣ, аз ҷумла	35	100,0	140	93,3	35	100,0	11	31,4	<0,001
1. Бем. сист. пешобҷудокунанда, ҳамагӣ	15	42,9	55	36,6	14	40	0	0,0	<0,001
А. Гломерулонефрит	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05
Б.Пиелонефрити музмин.	14	40,0	55	36,6	14	40,0	5	14,3	<0,05
2. Бем-ҳои музмини заминавии сист. мазкур, ҳамагӣ	1	2,9	2	1,3	3	8,6	0	0,0	>0,05
А.Бронхити музмин	1	2,9	2	1,3	3	8,6	0	0,0	>0,05
3. Бем. роҳҳои ҳозима, ҳамагӣ	1	2,9	4	2,6	0	0,0	0	0,0	>0,05
А. Гепатити В, С	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05
В. Панкреатити музмин	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	>0,05
4. Бем. эндокринӣ, ҳамагӣ	10	28,6	29	19,3	9	25,7	0	0,0	<0,01
А –Диабети қанд	0	0,0	2	1,3	0	0,0	0	0,0	>0,05
Б. – Ҳолати камбуди йод	5	14,3	10	6,6	4	11,7	0	0,0	>0,05
В. Синдроми метаболӣ	5	14,3	17	11,3	5	14,3	0	0,0	>0,05
5. Бем. СДР, ҳамагӣ	3	8,6	3	2	0	0,0	0	0,0	>0,05
А. – Фиш-баландии музмин	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05
Б. Бем. варикозӣ	2	5,7	3	2	0	0,0	0	0,0	>0,05
6. Бем. хун, ҳамагӣ	17	48,5	67	44,6	11	31,4	6	17,1	<0,05
А. Камхунии	17	48,5	67	44,6	11	31,4	6	17,1	<0,05
дараҷаи 1	13	37,1	65	43,3	10	28,5	6	17,1	<0,05
дараҷаи 2	1	2,9	2	1,3	1	2,9	0	0,0	>0,05
дараҷаи 3	3	8,5	0	0,0	-	-	0	0,0	>0,05
7. Аллергоз	1	2,9	4	2,6	3	8,5	0	0,0	>0,05
8. ДМТ	4	11,4	31	20,6	1	2,9	0	0,0	<0,01

Эзоҳ: p_1 – қимати омории фарқият миёни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳо (мувофиқи меъёрӣ $ч^2$ барои гурӯҳҳои ихтиёрӣ).

Ҷадвали 7. Тақсимоти ҳомилаҳо аз рӯйи триместри ҳомилагӣ дар лаҳзаи пайдоиши беморӣ

Муҳлати ҳамл	Илтиҳоби шуш бо этиологияи вируси тоҷдор (n=35)		Илтиҳоби шуш бо тести РЗП-и радшуда (n=150)		Иллатнокшавии СН бе нишонаҳои илтиҳоби шуш ва тести радшудаи РЗП (n=35)		p_1
	мутлақ	%	мутлақ	%	мутлақ	%	
триместри 1 (то 16 ҳафта)	4	11,4	30	20,0	5	14,3	>0,05
триместри 2 (аз 16 то 28)	8	22,9	32	21,3	5	14,3	>0,05
Триместри 3 (аз 28 то 40)	23	67,7	88	58,7	25	71,4	>0,05
p_2	<0,001		<0,001		<0,001		

Эзоҳ: p_1 – қимати омории фарқият миёни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳо (мувофиқи меъёрӣ $ч^2$ барои ҷадвалҳои ихтиёрӣ); p_2 – ҳангоми муқоиса мувофиқи муҳлати ҳомилагӣ (мувофиқи меъёрӣ $ч^2$ барои гурӯҳҳои ихтиёрӣ).

Омӯзиши замони пайдоиши сирояти респираторӣ дар алоқамандӣ аз муҳлати гестатсия хусусиятҳои зеринро ошкор намуд (ҷадвали 7): манифестатсияи беморӣ нисбатан бештар дар триместри сеюми ҳомилагӣ пайдо шуд (67,7%, 58,6%, 71,4%). Чунин тамоюл дар ҳар се гурӯҳҳои таҳти таҳқиқ зоҳир гардид. Чунин қонунмандиро бо дигаргуниҳои анатомӣ-физиологии системаи нафас ва масуният дар триместри сеюми ҳомилагӣ шарҳ додан имконпазир аст. Баланд истодани диафрагма, ки боиси коҳиш ёфтани вентилятсияи қисмҳои поёнии шушҳо мегардад ва иммуносупрессияи афзоишё-

банда, ки ба ҳамли муҳлати таъхирафтода хос аст, сабаби осебпазирии баланд ба сирояти респираторӣ, аз ҷумла SARS-CoV-2 низ мегардад.

Хулоса. Пажӯҳиш барои муайян кардани гурӯҳҳои зерини хатар дар байни ҳомилаҳо, ки ба инкишофи сирояти респираторӣ, аз ҷумла ба шакли вазнини сирояти вируси тоҷдор майл доранд, шароит фароҳам меорад:

1. Вобастагии синнусолии ниҳояти гирифторшавии шакли вазнини SARS-CoV-2 ба категорияи ҳомилаҳои аз 20 то 39-сола рост омад;

2. Зоҳир намудани хусусиятҳои муҳити иҷтимоӣ ва иҷтимоӣ-биологии ҳомилаҳо омилҳои мутамоил ба ҳисоб мераванд;

3. Заминаи вазнини пешазбеморӣ ва бемории ҳомилаҳо ба пайдоиши шакли вазнини илтиҳоби шуши вируси тоҷдор мусоидат менамояд;

4. Триместр гестатсия ба басомад ва вазнинии ҷараёни SARS-CoV-2 таъсир мерасонад.

АДАБИЁТ

1. Белокриницкая, Т.Е., Тарбаева Д.А., Трубицына А.Ю. Тяжелые формы гриппа у беременных: факторы риска, особенности клинического течения, профилактика / Т.Е. Белокриницкая, Д.А. Тарбаева, А.Ю. Трубицына // Врач. – 2013. № 2. – С. 32-

10. Wang D, Hu B, Hu C. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020. P. 121-122.

11. Zhou F, Yu T, Du R. Clinical course and risk factors for mortality of

2. Жаркин, Н.А., Подобед Н.Д. Грипп и вызванная им пневмония у беременных: уроки пандемии / Н.А. Жаркин, Н.Д. Подобед // Журнал практического врача акушера-гинеколога. - 2010. - Т. 1, № 18. С. 11–15.

3. Сандакова Е.А., Садовниченко Е.А., Фельдблюм И.В. Клинические особенности течения вирусных инфекций дыхательных путей у женщин во время беременности / Е.А. Сандакова, Е.А. Садовниченко, И.В. Фельдблюм // Пермский медицинский журнал. — 2012. — Т. 29, № 6. С. 30-37.

4.Синчихин С.П., Степанян Л.В., Мамиев О.Б. Новая коронавирусная инфекция и другиереспираторные вирусные заболевания у беременных: клиническаялекция. /С.П. Синчихин, Л.В. Степанян, О.Б. Мамиев// ГИНЕКОЛОГИЯ. - 2020.Т. 22 | №2.С. 6-16

5. Тарбаева, Д.А., Белокриницкая Т.Е., Серкин Д.М. Модель прогнозирования тяжелых форм гриппа у беременных / Д.А. Тарбаева, Т.Е. Белокриницкая, Д.М. Серкин // Мать и Дитя в Кузбассе. - 2015. - № 3 (62). С. 24-27.

6. Chen N, Zhou M, Dong Xl. Epidemiological and clinical characteristics Of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet 2020; 395:507

7.Dede FS, Celen S, Bilgin S.Maternal deaths associated with H1N1 influenza virus infection in Turkey. A whole-of-population report BJOG.2011; 118:10: 1216-1222.

8. Kash JC, Taubenberger JK. The Role of Viral, Host, and Secondary Bacterial Factors in Influenza Pathogenesis. Am. J. Pathol.2015; 185:6:1528-1536.

9. Swartz D, Graham A. Potential Maternal and Infant Outcomes from Coronavirus 2019-n CoV (SARSCoV-2) Infecting Pregnant Women: Lessons From SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. Viruses 2020:1–16.

10. Adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort Study.Lancet 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3

ТЯЖЁЛЫЕ ФОРМЫ SARS-CoV-2 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА

Давлятова М.Ф., Каримова Д.Г.
Кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ "ТГМУ им. Абули иибни Сино"

Цель: оценить клиническое значение факторов, предрасполагающих к реализации тяжёлых формвирусной инфекции SARS-CoV-2 во время беременности

Материал и методы исследования. Было обследовано 220 беременных женщин с проявлениями острых респираторных заболеваний. Всем беременным проводились общеклинические, акушерские и клинико-лабораторные методы исследования (общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма, ПЦР – метод диагностики для верификацииSARS-CoV-2). Для подтверждения диагноза «внебольничная пневмония» проводилась обзорная рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, либо компьютерная томография.

Результаты. Наиболее часто тяжелые формы короновирусной инфекции диагностировались в возрастных группахбеременных 20-29 лет (34,3%) и 30-39 лет (51,4%), у беременных, проживавших в городских условиях (82,9%), у беременных с низким уровнем образованности (85,7%), у беременных с высоким индексом экстрагенитальной патологии (100%),у беременных третьего триместра беременности (67,7%).

Вывод. Возрастная зависимость пика заболеваемости тяжелых форм SARS-CoV-2 пришлась на категорию беременных от 20 до 39 лет; особенности выявленныхсоциально-средовых и социально-биологических характеристик беременных являются факторами предрасположения; возникновению тяжёлых форм короновирусной пневмонии способствует отягощенный преморбидный и морбидный фон беременных; на частоту и тяжесть течения SARS-CoV-2влияет триместр гестации.

Ключевые слова: вирусные пневмонии и беременность, короновирусные инфекции,SARS-CoV-2, респираторные вирусные инфекции

ASSESSMENT OF PREDICTORS OF THE DEVELOPMENT OF HEAVY FORMS OF SARS-CoV-2 DURING PREGNENCY

Davlyatova M.F., Karimova D.G.
Department of Obstetrics and Gynecology №1, SEI "ATSMU"

Objective: to evaluate the clinical significance of factors predisposing to the realization of severe form of SARS-CoV-2 virus infection during pregnancy

Material and Methods of study. 220 pregnant women with signs of acute respiratory disease were examined. All pregnant women were carried out general clinical, obstetrical and clinical-laboratory methods of investigation (general analysis of blood, urine, biochemical blood tests, coagulogram, and PCR diagnostic test to verify SARS-CoV-2). To confirm the diagnosis of "community-acquired pneumonia" there was performed chest X-ray examination in two projections or computed tomography.

Results. Severe forms of coronavirus infection were most frequently diagnosed in the 20-29 year (34.3%) and 30-39 year (51.4%) age groups, in pregnant women who lived in an urban setting (82.9%), in pregnant women with a low level of education (85.7%), in pregnant women with a high index of extragenital pathology (100%), and in third-trimester of pregnancy (67.7%).

Conclusion. Risk factors for severe form of SARS-CoV-2 include pregnant women in the age ranges 20-29 and 30-39 years; pregnant women who live in the urban setting; pregnant women with the low level of education; pregnant women with extragenital pathology, such as iron deficiency anemia, chronic

pyelonephritis, endemic goiter, metabolic syndrome, body mass deficiency, and varicose vein disease; third-trimester pregnant women.

Keywords: viral pneumonias and pregnancy, coronavirus infections, SARS-CoV-2, respiratory viral infections

Давлатова Маҳина Фарруховна- *номзади илми тиб, дотсенти кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино";*

ORCIDID: 0000-0003-0414-0249; тел: 91 905 34 68; E-mail: malika051098@mail.ru

Каримова Давлатбӣ Гулбидиновна- *унвонҷӯйи кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино".*

Давлятова Махина Фарруховна- *кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абулишибни Сино»;ORCIDID: 0000-0003-0414-0249; тел: 91 905 34 68*; E-mail: malika051098@mail.ru

Каримова Давлатби Гульбидиновна- *соискатель кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абулии ибни Сино».*

DavlyatovaMahinaFarrukhovna – c.m.s., associate Docent of the Department of Obstetrics and Gynecology №1 of SEI "ATSMU"; ORCID ID: 0000-0003-0414-0249; tel: 91 905 34 68. E-mail: malika 051098@mail.ru

Karimova Davlatbi Gulbidinovna- Applicant of the Department of Obstetrics and Gynecology, State Educational Institution "TSMU named after Abuali ibn Sino".

ТАЪСИРИ МАҚОМИ ВЕГЕТАТИВӢ БА ФАЪОЛИЯТИ ДИЛ ҲАНГОМИ ҲОМИЛАГӢ

Мавлонова С.Н.

Маркази шаҳрии саломатии №13 шаҳри Душанбе

Муҳиммият. Дар сохтани шароити оптималӣ барои инкишофи ҳомилагӣ ва равандӣ муътадили таваллуд системаи вегетативии асаб нақши муҳим дорад [1, 2]. Гестатсия, ки давраи бошиддат кор кардани ҳамаи системаҳои бадан бидуни истисно мебошад, як навъ санҷиши қобилияти мутобиқшавӣ барои системаи вегетативӣ аст. Баҳри ҷараёни мусоид гирифтани ҳомилагӣ фаъолияти якҷояи ҳамаи системаҳои организм зарур аст. Ихтилол дар ҳар кадом аз онҳо ба тағйироти ретсипроктӣ дар системаҳои дигар боис мегардад, ки самараи амали системаи бо роҳи эволютсионӣ пайдошудаи ҳимояи организми модарро коҳиш медиҳад ва сабабгори ихтилоли кори он мегардад [3]. Маҳз ба туфайли ин андозаҳои физиологӣ ва биохимиявӣ, назми кори дилу рагҳо, низоми нафас ва низомҳои дигари организми зан дар замони ҳомилагӣ ва таваллуд дар сатҳи оптималӣ нигоҳ дошта мешаванд. Тонуси вегетативиро дастгоҳҳои танзимкунанда дастгирӣ намуда, таносубҳои муайяни миёни системаи асаби симпатикӣ (САС) ва парасимпатикӣ (САПС) дар низоми асаби каноравиро таъмин менамоянд. Организми зани ҳомила нисбати омилҳои стресс бештар ҳассос мешавад, аз ин рӯ аксуламалҳои неврозӣ сабаби мушкили аз муҳлат гузаштани ҳомилагӣ, тӯл кашидани он мегарданд [4, 5].

Маълумоти зиёд вуҷуд дорад, ки нақши асосӣ ҳангоми сарбориҳои иловагӣ ба организми ҳомила ба низоми дилу рагҳо (32% зиёдшавии ихроҷоти дил, ҳаҷми хуни гардишкунанда - то 50%; гемостаз; гемодилютсия, коҳиш ёфтани ғилзати гемоглобин, гемокоагулятсияи афзоянда) ва нафас (50% боло рафтани ҳаҷми якдақиқагии нафас, 70% зиёд шудани вентилятсияи алвеолӣ) рост меояд. Ҳамаи ин ва боз нишондиҳандаҳои дигари сершумор то сатҳи муътадили гомеостаз ҳангоми ҳомилагӣ, таваллуд ва махсусан дар лаҳзаҳои дард мавриди шиддати максималӣ қарор мегиранд. Ба ин тариқ, нишондиҳандаҳои максималии гоме-

остаз сарҳадҳои поёнии аксуламалҳои ҷубронии система ва узвҳои ҳомиларо паст мекунанд [6, 7].

Дар занҳои дучор ба дисфунксияи вегетативӣ ҷараёни оризадори ҳомилагӣ бештар вомехӯрад. Оризаҳои асосии ҳомилагӣ чунинанд: таҳдиди қатъшавӣ, қайкунии ҳомилаҳо ва преэклампсия, гипоксияи музмини дохилибатнӣ ва асфиксияи навзодон. Ҳамчунин оризаҳои раванди таваллуд дар шакли аномалияҳои фаъолияти таваллудӣ зиёдтар ташхис карда мешуд [8, 9]. Аммо ба ҳоли имрӯз дар адабиёт амалан таҳқиқотҳои маҷмуӣ оид ба омӯзиши таъсири дисфунксияи вегетативӣ ба раванди ҳомилагӣ вуҷуд надорад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши таъсири мақоми вегетативӣ ба нишондиҳандаҳои басомади кашишхӯриҳои дил ва ҳаҷми якдақиқагӣ дар занҳо ҳангоми ҳомилагӣ.

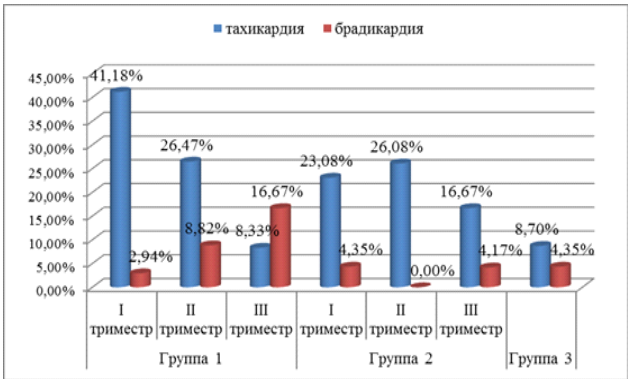
Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Зиёд аз 200 зани ҳомила муоина карда шуд, ки синну соли онҳо аз 22 то 39-сола буд. Ҳамаи иштирокдорони таҳқиқ ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Ба гурӯҳи асосӣ (гурӯҳи 1)104 зани ҳомила бо мавҷудияти ихтилолҳои вегетативӣ-рагӣ дохил шуд. Ба гурӯҳи дуюм (гурӯҳи муқоисавӣ) 73 зани ҳомилаи бе патология дохил шуд. Дар ҳамаи гурӯҳҳо дар занҳои ҳомила дар муҳлатҳои гуногуни гестатсия нишондиҳандаҳои кашишхӯриҳои дил ва ҳаҷми якдақиқагии хун таҳқиқ мегардид. Гурӯҳи назоратӣ (гурӯҳи 3) аз 23 зани ноҳомила, ки ҳамчунин патологияҳои қобили мулоҳиза надоштанд, иборат буд. Нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ аз тарафи мо ҳамчун варианти меъёр баррасӣ мегардид. Барои эътимодбахшии таҳлили тонуси заминавии вегетативӣ ҳисоббарории индекси Хилдебрант мувофиқи формулаи зерин анҷом дода шуд:

Q = БКД / МН,

ки инҷо БКД басомади кашишхӯриҳои дил дар 1 дақиқа, ШН миқдори нафаскашиҳо дар 1 дақиқа мебошад. Коэффитсиент 2,8-4,9 ҳамчун гувоҳии таносубҳои муътадили байнисистемавӣ баррасӣ мегардид. Тағйирёбии андозаҳо ҳамчун нишондиҳандаи номувофиқатӣ дар фаъолияти низомҳои алоҳидаи вистсералӣ таҳлил мегардид.

Таҳлили оморӣ бо ёрии барномаи Statistica 10.0 (StatSoft, USA) гузаронда шуд. Ҳангоми муқоисаи ҷуфтии гурӯҳҳои миқдории мустақил аз U-омили ғайрипараметрии Манн-Уитни истифода гардид. Ҳангоми муқоисаи андозаҳои миқдорӣ аз омили $ч^2$ истифода шуд. Сатҳи аҳамиятнокии оморӣ дар ҳолати $p<0,05$ қабул мегардид.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Ҳангоми омӯзиши нишондиҳандаҳои БКД дар гурӯҳҳои занҳои ҳомила бештар тахикардия мушоҳида мешуд.



Расми 1 –Тағйир ёфтани басомади кашишхӯриҳои дил дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда

Масалан, дар патсиентҳои гурӯҳи 1 тахикардия дар 26 нафар (25%) дида мешуд, брадикардия дар 10 нафар (9%) қайд шуд. Дар байни патсиентҳои гурӯҳи 2-юм ҳамчунин бартарии теъдоди тахикардияҳо дар 6 ҳолат (12,0%) мушоҳида мешуд, ки ин хеле камтар дар қиёс бо ҳамин нишондиҳанда дар семоҳаҳо (триместрҳо)-и I ва II буд ($p<0,01$).

Ҳамчунин қайд кардан лозим аст, ки дар занҳои гурӯҳҳои якум ва дуюм басомади ҳодисаҳои тахикардия қобили муқоиса буд, аммо басомади ҳолатҳои брадикардия дар занҳои гурӯҳи якум (бо ДВР) андак болотар аз гурӯҳи дуюм буд ($p<0,05$). Сабаби ин ҳолат метавонад таъсири нисбатан бештари системаи парасимпатикӣ ба нишондиҳандаҳои БКД дар занҳои ҳомила бо дитстонияи вегетативии рагӣ бошад.

Ҳангоми таҳқиқи нишондиҳандаҳои БКД вобаста ба муҳлати ҳомилагӣ муқаррар гардид, ки дар патсиентҳои гурӯҳи якум тахикардия ба охири муҳлати гестатсия нис-

бат ба муҳлатҳои ибтидоӣ камтар ба мушоҳида мерасид (p<0,01), дар ин ҳангом теъдоди ҳолатҳои брадикардия ҳангоми муқоиса кардани ду муҳлати мавриди баррасӣ меафзуд. Дар патсиентҳои гурӯҳи дуюм тафовутҳо дар ин нишондодҳо аз диди омор ночиз буданд. Махсусиятҳои мазкур кифоятан асоснок буданд, зеро тибқи маълумоти анкетагузаронӣ мувофиқи А.М. Вейн, дар патсиентҳои гурӯҳи якум (бо ДВР) дар семоҳаи 3-юми ҳомилагӣ бартарияти навъи тонуси ибтидоии ваготоникӣ (ТИВ) мушоҳида мегардад, дар ҳоле дар байни патсиентҳои гурӯҳи дуюм бештар будани навъи омехтаи ТИВ ба назар мерасад.

Хусусиятҳои хоси тағйироти нишондиҳандаҳои БКД вобаста ба муҳлати гестатсия дар ҷадвали 1 оварда шуданд.

Ҷадвали 1. – Хусусиятҳои хоси тағйироти нишондиҳандаҳои БКД (зарба/дақиқа) дар гурӯҳҳои 1 ва 2 вобаста ба муҳлати гестатсия

Муҳлати гестатсия					
ТриместриI		Триместри II		Триместри III	
Гурӯҳи 1 (n=104)	Гурӯҳи 2 (n=73)	Гурӯҳи 1 (n=104)	Гурӯҳи 2 (n=73)	Гурӯҳи 1 (n=104)	Гурӯҳи 2 (n=73)
90,63±1,85*	91,02±1,14	86,25±1,24	90,63±2,80	77,36±1,05*	88,26±1,67
p>0,05		p>0,05		p<0,05	

Эзоҳ: * - тафовутҳои аз лиҳози оморӣ аҳамиятнок дар байни гурӯҳҳо (тибқи U-омили Манн-Уитни)

Мувофиқи натиҷаҳои ба дастомада, дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои БКД дар семоҳаҳои I ва II-и ҳомилагӣ дар байни патсиентҳои гурӯҳҳои 1 ва 2 фарқҳои ҳосилшуда аҳамияти оморӣ надоштанд. Дар семоҳаи III нишондиҳандаҳои мазкур дар патсиентҳои гурӯҳи 1 дар қиёс бо гурӯҳи 2 ба андозаи аз нигоҳи омор назаррас камтар буданд. Ҳамчунин муқаррар карда шуд, ки нишондиҳандаҳои миёнаи БКД дар патсиентҳои гурӯҳи аввал дар охири муҳлати ҳомилагӣ назар ба муҳлатҳои ибтидоии ҳомилагӣ хеле пасттар буданд.

Боз як андозаи ТИВ-и мавриди таҳқиқ беҳушшавиҳо буданд, ки аз ихтилолҳои функсионалии комплекси фавқулсегментарии танзими вегетативӣ гувоҳӣ дода, дар 16 (15,39%) зани таҳти мушоҳида аз гурӯҳи якум қайд гардиданд. Дар патсиентҳои гурӯҳи дуюм беҳушшавиҳо камтар, танҳо дар 5,49% занҳо (4) мушоҳида шуд (p<0,01). Дар байни занҳои гурӯҳи сеюм зуҳуроти мазкур танҳо дар 1 ҳолат (4,35%) ба қайд гирифта шуд. Ба ин тариқ, дар занҳои мавриди мушоҳидаи гурӯҳҳои дуюм ва сеюм мадҳушшавиҳо амалан бо басомади баробар ба қайд гирифта мешуданд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи патсиентҳо бо ДВР ин басомад хеле бештар буд.

Дар 25 (24,04%) занҳои гурӯҳи якум ҳодисаҳои буҳрони вегетативӣ, аз ҷумла шаклҳои омехтаи он, дар 13 ҳолат (12,50%) мушоҳида гардиданд, симпато-адреналӣ дар 7 (6,73%) ва ваго-инсулярӣ дар 5 патсиент (4,81%) ба қайд гирифта шуданд. Дар байни занҳои мавриди мушоҳида аз гурӯҳҳои 2 ва 3 ин қабил буҳронҳо мутаносибан дар 2 (2,74%) ва 1 (4,35%) зан ба назар расиданд (p<0,01).

Зуҳурёбии дисфунксияи вестибулярӣ дар шакли чархзании сар, дилбеҳузурӣ дар нақлиёти автомобилӣ бештар дар байни патсиентон бо ДВР мушоҳида мешуданд ва басомади онҳо 67,31% (70 ҳолат)-ро ташкил дод. Зуҳуроти мазкур дар байни занони гурӯҳи дуюм танҳо дар 4 ҳолат (5,48%) мушоҳида гардид (p<0,001). Дар байни занҳои гурӯҳи сеюм ин аломатҳо танҳо дар 1 ҳолат (4,35%) мушоҳида шуданд, ки ба андозаи назаррас нисбати гурӯҳи занҳо бо ДВР (p<0,001) зиёд буд ва аз ҷиҳати омор аз гурӯҳи 2-юм фарқ надошт (p<0,05). Ба ин тариқ, ба мавҷудияти дисфунксияи вестибулярӣ дар патсиентҳо бо ДВР асосан на ихтилолҳо аз ҷониби танзими вегетативӣ аз сабаби мавҷудияти ҳомилагӣ боис мегардиданд, балки натиҷаи инкишоф ёфтани ДВР буданд.

Ихтилолҳои вегето-вистсералӣ дар беморон бо ДВР дар аксари ҳолатҳо дар шакли дараҷаҳои мухталифи дисфунксияи рӯдаи ғафс зоҳир меёфт. Лозим ба қайд аст, ки дар ҳолати мазкур симптоматикаи таъсири парасимпатикотоникӣ ба фаъолияти ҳаракатии рӯдаҳо бартарӣ дошт, ки дар шакли боздошташавии қабзии фазла ва варам кардани шикам дар 19,23% (20) занҳо ифода меёфт. Ихтилоли функсияи ҳаракатии рӯдаҳо тибқи шакли атоникӣ танҳо дар 8 зан (7,69%) мушоҳида мегардид, дар зимн онҳо танҳо дар муҳлатҳои ибтидоии ҳомилагӣ қайд мешуданд. Дар байни патсиентҳои гурӯҳи дуюм дисфунксияҳои рӯда дар ҳолатҳои алоҳида ошкор карда шуданд, ки дар зимн дар 4 ҳолат (5,48%) онҳо хусусияти қабзиятӣ ва дар 3 ҳолат (4,11%) хусусияти атоникӣ доштанд.

Дар байни патсиентҳои гурӯҳи сеюм ихтилоли функсияҳои рӯдаҳо бо навъи қабзиятӣ ва атоникӣ бо басомади баробар – 2-ҳолатӣ (4%) мушоҳида мегардид, ки дар қиёс бо патсиентҳои гурӯҳи якум камтар буд ($p<0,01$).

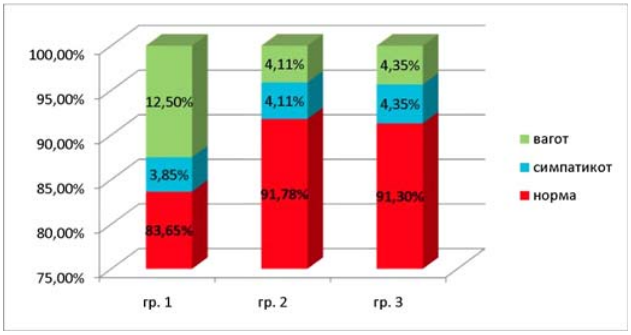
Дар занҳои ҳомилае, ки таҳти мушоҳидаи мо буданд, болоравии ҳарорати бадан, нафастангӣ, ихтилолҳои дизуриявӣ ба андозаи назаррас камтар ба мушоҳида мерасиданд.

Лозим ба қайд аст, ки дар 30 зан (88,24%) аз гурӯҳи якум бадшавии ҳолати саломатӣ дар замони ҳомилагиашон дида мешуд, ки дар намудҳои гуногуни ихтилолҳои функсионалии функсияи вегетативӣ, ҳамчунин амиқтар шудани зуҳуроти клиникии қаблан ҷойдошта ифода меёфт.

Дар байни занҳои таҳти мушоҳида аз гурӯҳи дуюм, зуҳуроти клиникии мазкур ба назар намерасиданд. Қайд намудан лозим аст, ки дар занҳои гурӯҳи якум бадшавии ҳолати умумӣ бо зиёдшавии муҳлати гестатсия тамоюл ба афзоиш нишон медод. Ба ин тариқ, симптомҳои мазкур дар муҳлатҳои аввали ҳомилагӣ танҳо дар 6 ҳолат (17,655%) мушоҳида мегардиданд, дар ҳоле ки ба охири ҳомилагӣ онҳо дар 15 зани (41,67%) ин гурӯҳ ҷой доштанд ($p<0,01$).

Ҳангоми омӯзиши тағйироти ҳаҷми якдақиқагии хун (ҲЯ) муайян гардид, ки дар занҳои мавриди мушоҳида аз гурӯҳи якум ин нишондиҳандаҳо дар 87 зан (83,65%) дар доираи меъёр буд. Тағйироти ҳаҷми якдақиқагии хун, ки ба калоншавии шуъбаи парасимпатикӣ ишора мекунад, дар 13 зан (12,5%) мушоҳида мешуд. Бартарии тонуси симпатикӣ тибқи андозаҳои ҲЯ танҳо дар 4 (3,85%) патсиент мушоҳида гардид. Ба ин тариқ, нишондиҳандаҳои муътадил ва ваготоникӣ аз рӯйи андозаи мазкур дар гурӯҳи якуми занон бештар аз симпатикотоникӣ мушоҳида мешуданд ($p<0,05$).

Дар гурӯҳи дуюми занон нишондиҳандаҳои меъёрии ҳаҷми якдақиқагии хун дар 67 ҳолат (91,78%) ба назар мерасиданд, варианти симпатикотоникӣ дар 3 (4,11%), ваготоникӣ дар 3 зан (4,11%) мушоҳида гардид (рас. 2). Қайд намудан мебояд, ки басомади варианти ваготоникӣ бар симпатикотоникӣ бартарӣ надошт.



Расми 2. - Тақсимшавии вариантҳои ҲЯ дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда

Тавре дар расми 2 дида мешавад, дар занҳои таҳти мушоҳидаи гурӯҳи сеюм қариб дар ҳамаи ҳолатҳо нишондиҳандаҳои ҲЯ меъёрӣ буда, басомади ин гуна ҳолатҳо дар гурӯҳи якуми патсиентҳо 3 карат зиёдтар буд ($p<0,05$) ва ҳангоми муқоиса бо ҳамин нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи дуюми занҳои мавриди мушоҳида тафовутҳо дар нишондиҳандаҳои мазкур аҳамияти оморӣ надоштанд. Аз рӯйи басомади вохйи басомади вохӯрандагии варианти симпатикотоникии ҲЯ тафовутҳои аҳамиятдор дар байни гурӯҳҳо ба назар намерасиданд. Аз рӯйи басомади вохӯрандагии варианти ваготоникии ҲЯ бартарии он дар гурӯҳи якуми патсиентҳо муайян карда шуд. Ба ин тариқ, дар патсиентҳои гурӯҳи якум зиёдтар будани таъсирҳои парасимпатикотоникӣ муқаррар карда шуд.

Дар рафти омӯзиши нишондиҳандаҳои ҲЯ дар занони ҳомила вобаста ба муҳлати гестатсионӣ бартарии андозаҳои ҳудуди меъёр дар ҳамаи гурӯҳҳои мавриди мушоҳида муайян гардид (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. –Таҳлили муқоисавии андозаҳои ҲЯ дар гурӯҳҳои 1 ва 2 вобаста ба муҳлати ҳомилагӣ

Андозаҳои ҲЯ	Муҳлати ҳомилагӣ					
	Гурӯҳи 1 (n=104)	Гурӯҳи 2 (n=73)	Гурӯҳи 1 (n=104)	Гурӯҳи 2 (n=73)	Гурӯҳи 1 (n=104)	Гурӯҳи 2 (n=73)
Эйтония (мутлақ, /%)	28 (82,35)	23 (88,46)	29 (85,29)	20 (86,96)	26 (72,22)*	21 (87,5)
Симпатикотония (мутлақ, %)	5 (14,71)	3 (11,54)	4 (11,76)	3 (13,04)	2 (5,55)*	3 (12,5)
Ваготония (мутлақ, %)	1 (2,94)	-	1 (2,94)	-	8 (22,22)*	-
Ҳамагӣ	34 (100)	26 (100)	34 (100)	23 (100)	36 (100)	24 (100)
p	p>0,05		p>0,05		p<0,05	

Эзоҳ:* - тавофутҳои аз лиҳози оморӣ аҳамиятноки гурӯҳҳо вобаста ба муҳлати ҳомилагӣ (p<0,05)

Лозим ба қайд аст, ки дар занҳои мушоҳидашаванда бо ДВР ба охири муҳлати ҳомилагӣ вариантҳои меъёрӣ ва симпатикотоникии ҳаҷми якдақиқагии хун нисбат ба муҳлатҳои аввали гестатсия камтар мушоҳида мегардиданд, дар ҳоле ки варианти ваготоникии ҲЯ бештар дида мешуд. Дар зимн дар гурӯҳи ҳомилаҳои шартан солим мавҷудияти ин гуна хусусият муқаррар нашуд. Ба ин тариқ, дар занҳои гурӯҳи якум ба охири муҳлати гестатсия коҳишёбии тадриҷии таъсири дастгоҳи симпатикии ВНК ба назар мерасад. Ҳамзамон афзоиши таъсири дастгоҳи парасимпатикӣ қайд мегардад, ки ба он зиёдшавии басомади нишондиҳандаҳои ҲЯ бо мурури муҳлати ҳомилагӣ ишора мекунад. Масалан, агар дар муҳлати ибтидоии ҳомилагӣ варианти симпатикотоникии ҲЯ назар ба ваготоникӣ бештар ба назар расида бошад (14,71% ва 2,94%-и ҳолатҳо мутаносибан, p<0,01), ба охири муҳлати ҳомилагӣ манзараи баръакс – афзалияти ваготония (22,22%) симпатикотония (5,55%) мушоҳида мегардид, зимнан тавофути мазкур аз лиҳози оморӣ аҳамиятнок буд (p<0,01).

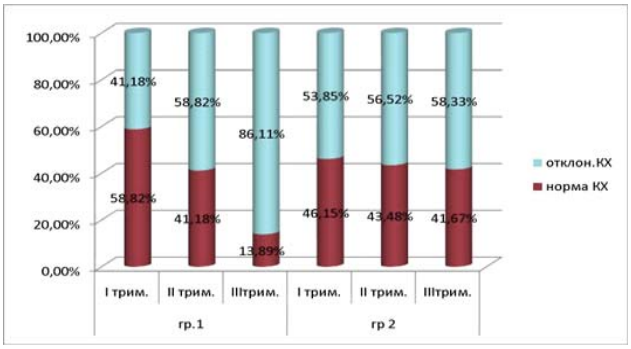
Ҳангоми таҳқиқи нишондиҳандаҳои коэффитсиенти Хилдебрант (КХ) дар патсиентони гурӯҳи якум дар 65 ҳолат (62,50%) бечо шудани он мушоҳида гардид, ки ба афзалияти мақоми байнисистемавии вегетатиавӣ дар онҳо ишора мекард. Дар занҳои мушоҳидашаванда аз гурӯҳи дуюм нишондиҳандаҳои меъёрии КХ дар43,84% ҳолатҳо мушоҳида гардид, ки нисбат ба гурӯҳи 1 зиёдтар буд – дар ин гурӯҳ нишондиҳандаи мазкур 37,5% ҳолатҳоро ташкил дод (p<0,05). Дар гурӯҳи сеюми занҳои мушоҳидашаванда фарқи нишондиҳандаҳои КХ аз меъёр танҳо дар 5 (21,74%) ҳолат мушоҳида гардид, ки нисбат ба занҳо аз гурӯҳҳои 1 ва 2 камтар буд (ҷадвали 3)

Ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаҳои КХ дар ҳомилаҳои дорои мақоми гуногуни

Ҷадвали 3. - Таҳлили коэффитсиенти Хилдебрант дар гурӯҳҳои таҳқиқотӣ

Нишондиҳандаҳои КХ	Гурӯҳи 1 абс (%)	Гурӯҳи 2 абс (%)	Гурӯҳи 3 абс (%)	p
2,8-4,9 (норма)	39 (37,5)	32 (43,84)	18 (78,26)	p1-2<0,05 p2-3<0,05 p1-3<0,01
>2,8-4,9 < (дуршавӣ аз меъёр)	65 (62,5)	41 (56,16)	5 (21,74)	p1-2<0,05 p2-3<0,05 p1-3<0,01
Ҳамагӣ	104 (100)	73 (100)	23 (100)	

САВ вобаста ба семоҳа баъзе тафовутҳо ошкор карда шуданд (расми 3).



Расми 3. - Таҳлили КХ дар гурӯҳҳои ҳомилаҳо вобаста ба муҳлати гестатсия

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар беморони гурӯҳи якум тафовутҳои аз нигоҳи омор аҳамиятдор дар байни нишондиҳандаҳои муътадили КХ ва тағйироти он дар семоҳаҳои I ва II мушоҳида намешуданд ($p>0,05$). Зимнан, дар семоҳаи III ҳолатҳои тағйирёбии нишондиҳандаҳои КХ бештар аз муҳлатҳои дигар мушоҳида мешуданд ($p<0,05$). Ба охири муҳлати ҳомилагӣ тағйирёбии нишондиҳандаҳои КХ хеле бештар аз нишондиҳандаҳои муътадили КХ ба назар мерасид ($p<0,01$). Дар гурӯҳи занҳои мавриди мушоҳида тафовути аз нигоҳи омор аҳамиятдор байни нишондиҳандаҳои муътадили КХ ва дуршавии онҳо аз меъёр вобаста ба муҳлати гестатсия мушоҳида намегардид. Ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаҳо дар занони гурӯҳи 1 ва 2 муқаррар карда шуд, ки ба охири муҳлати ҳомилагӣ дар занҳои гурӯҳи якуми дуршавии нишондиҳандаҳои КХ назар ба гурӯҳи дуюми занон бештар ба назар мерасид ($p<0,05$). Натиҷаҳои таҳқиқот ошкор намуданд, ки бартарии фарқи нишондиҳандаҳои КХ аз меъёр дар занҳои гурӯҳи якум на бо хусусиятҳои физиологӣ дар организми занҳои ҳомила, балки бо бавуҷудоии ихтилолҳои вегетативӣ алоқаманд буд.

Хулоса. Ба ин тариқ, натиҷаҳои таҳқиқоти мо ба бештар будани падидаҳои симпатикӣ дар давраи гестатсионӣ ва таъсири бештари системаи парасимпатикӣ ба нишондиҳандаҳои БКД дар занҳои ҳомила бо дистонияи вегетативии рагӣ ишора мекунанд. Дар занҳои ҳомила бо ДВР ба охири муҳлати гестатсия камшавии тадриҷии таъсири дастгоҳи парасимпатикӣ қайд мегардад, ки ба зиёдшавии басомади нишондиҳандаҳои ҲЯ бо мурури гузариши муҳлати ҳомилагӣ ишора мекунад. Ҳамчунин натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки бештар қайд шудани нишондиҳандаҳои аз меъёр фарққунандаи КХ дар занҳои гурӯҳи якум на бо хусусиятҳои физиологӣ дар организми занҳои ҳомила, балки бо пайдо шудани ихтилолҳои вегетативӣ алоқаманд аст.

Адабиёт

1. Вербицкая М.С., Захарийчук Ю.В. Влияние психосоматического статуса на течение беременности, родов и послеродового периода // Психотерапия и клиническая психология. - 2010. – №1. – С. 91-98.
2. Влияние состояния вегетативной нервной системы на течение беременности, родов и неонатального периода / К.П. Маслянкина [и др.] // Гинекология. - 2013. - Т.15, №2. - С. 62-67.
3. Милованов А.П., Буштырева И.О. Причины и резервы снижения материнской смертности на современном этапе. – М. : МДВ, 2014. – 336 с.
4. Симрок В. В., Цыганенко И. В. Особенности функционального состояния нервной системы у беременных с посткоммоционным синдромом // Доктор.Ру. 2017. № 13 (142) — 14 (143). С. 62–65.
5. Филинов А.Г. Комплексная оценка состояния вегетативной нервной системы и особенности терморегуляции у беременных / А.Г. Филинов, С.Н. Синицын // Медицинский альманах. – 2018. – Т.57, №6. – С. 72-75.
6. Филинов А.Г. Сравнительная оценка состояния вегетативной нервной системы у женщин в различные сроки нормально протекающей беременности / А.Г. Филинов, Л.Б. Брагина, С.А. Галицкая // Медицинский альманах. - 2015. - №4.- С. 58-62.

7. Чехонацкая М.Л., Чернышкова Е.В., Чехонацкий А.А., Кипчатова Т. Ю. Особенности психоэмоционального статуса у беременных с фетоплацентарной недостаточностью // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2012. - Т. 8, № 2. - С. 541–547.
8. Brooks V.L., Kane C.M., Van Winkle D.M. Altered heart rate baroreflex during pregnancy: role of sympathetic and parasympathetic nervous system. // Am J PhysiolRegul. Integr. Comp. - 2017. – V. 273, № 3. - P. 960–966.
9. Narayanan M., Elkayam U., Naqvi T.Z. Echocardiography in pregnancy: part 2 // Curr. Cardiol. Rep. - 2016. - V.18, №9. - P. 90.

ВЛИЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА НА ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ СЕРДЦА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Мавлонова С.Н.
Городской центр здоровья №13 г. Душанбе

Цель исследования. Изучение влияния вегетативного статуса на показатели частоты сердечного сокращения и минутного объема у женщин при беременности.

Материал и методы исследования. Было исследовано 200 беременных женщин, возраст которых варьировал от 22 до 39 лет. Все исследуемые были распределены на 3 группы. В основную группу (группа 1) были включены 104 беременные женщины с наличием вегетативно-сосудистых нарушений. Во вторую группу (группа сравнения) вошли 73 беременные женщины без особых патологий. Группу контроля (группа 3) составили 23 небеременные женщины также без особых патологий. Показатели контрольной группы учитывались нами как вариант нормы.

Результаты и их обсуждение. При изучении показателей ЧСС в группах беременных женщин чаще наблюдалась тахикардия. Результаты исследования указывают на превалирование симпатических влияний в гестационном периоде. При сравнении показателей ЧСС в I и II триместрах беременности между пациентками 1 и 2 группы полученные различия не имели статистической значимости. В III триместре данные показатели были статистически значимо ниже у пациенток 1 группы при сравнении с таковыми в группе 2. Также было установлено, что средние показатели ЧСС у пациенток первой группы к окончанию срока беременности оказались значительно ниже, чем на начальных сроках беременности. По частоте встречаемости симпатикотонического варианта МО не наблюдались статистически значимые различия между группами. По частоте встречаемости ваготонического варианта МО было установлено ее преобладание в первой группе пациенток. Таким образом, у пациенток первой группы установлено превалирование парасимпатикотонических влияний.

Заключение. Таким образом, наши результаты исследования указывают на превалирование симпатических влияний в гестационном периоде и более значительное влияние парасимпатической системы на показатели ЧСС у беременных женщин с вегетососудистой дистонией. У беременных женщин с ВСД к концу срока гестации наблюдается постепенное уменьшение влияние симпатического аппарата ВНС. В то же время отмечается повышение влияния парасимпатического аппарата, на что указывает увеличение частоты показателей МО по мере возрастания срока беременности. Также, результаты исследования показали, что превалирование смещения показателей КХ у пациенток первой группы связано не с физиологическими особенностями в организме беременных женщин, а возникновением вегетативных расстройств.

Ключевые слова: вегетативный статус, беременные женщины, течение беременности

INFLUENCE OF VEGETATIVE STATUS ON CARDIAC ACTIVITY DURING PREGNANCY

Mavlonova S.N.
City Health Center No. 13 of Dushanbe

Purpose of the study. Study of the influence of vegetative status on the indicators of heart rate and minute volume in women during pregnancy.

Material and research methods. The study involved 200 pregnant women, whose age ranged from 22 to 39 years. All subjects were divided into 3 groups. The main group (group 1) included 104 pregnant women with vegetative-vascular disorders. The second group (comparison group) included 73 pregnant women without any special pathologies. The control group (group 3) consisted of 23 non-pregnant women, also without any special pathologies. The indicators of the control group were taken into account by us as a variant of the norm**.**

Results and its discussion. When studying heart rate indicators in groups of pregnant women, tachycardia was more often observed. The results of the study indicate the prevalence of sympathetic influences in the gestational period. When comparing heart rate indicators in I and II trimesters of pregnancy between patients of groups 1 and 2, the obtained differences were not statistically significant. In the third trimester, these indicators were statistically significantly lower in patients of group 1 when compared with those in group 2. It was also found that the average heart rate in patients of the first group by the end of pregnancy was significantly lower than at the initial stages of pregnancy. There were no statistically significant differences between the groups in the frequency of occurrence of the sympathicotonic variant of MO. According to the frequency of occurrence of the vagotonic variant of MO, its predominance in the first group of patients was established. Thus, the prevalence of parasympathicotonic influences was established in the patients of the first group.

Conclusion. Thus, our study results indicate the prevalence of sympathetic influences in the gestational period and a more significant influence of the parasympathetic system on heart rate indicators in pregnant women with vascular dystonia. In pregnant women with VSD, by the end of gestation, a gradual decrease in the influence of the sympathetic apparatus of the ANS is observed.At the same time, there is an increase in the influence of the parasympathetic apparatus, which is indicated by an increase in the frequency of MO indicators with an increase in the gestational age. Also, the results of the study showed that the prevalence of the displacement of CC indices in patients of the first group is not associated with physiological characteristics in the body of pregnant women, but with the occurrence of autonomic disorders.

Key words: vegetative status, pregnant women, pregnancy course

Мавлонова Садорат *– табиб, акушер-гинекологи МШС №13 ш. Душанбе тел. +992 909 99 55 66*

Мавлонова Садорат *– врач акушер-гинеколог городского центра здоровья №13 г. Душанбе тел. +992 909 99 55 66*

Mavlonova S.N.- *obstetrician gynecologist, City Health Center No. 13 of Dushanbe*

МУОЛИҶАИ ИММУНИИ ГЕРПЕСИ ТАНОСУЛӢ, УРЕАПЛАЗМА ВА СИРОЯТХОИ ХЛАМИДИЯ ДАР ЗАНОНИ ФУНКСИЯИ РЕПРЕДУКТИВИАШОН ВАЙРОНШУДА

Ҳақназарова М.А.
Кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1 МДТ «ДДТТ ба номиАбӯалӣ ибни Сино»

Муқаддима. Тадқиқоти иммунологӣ дар занони синни репродуктивӣ бо герпеси узвҳои таносул, ҳам бо сирояти ибтидоӣ ва ҳам такроршаванда, тамоюли зиёд шудани миқдори иммуноглобулинҳои G ва M ва нуқсонҳои иммунитети ҳуҷайраро нишон медиҳад [1,2,8]. Ихтилоли пайванди Т-ро бо Т-лимфопения, паст шудани сатҳи хуни популятсияи Т-хелперҳои лимфоситҳо ифода мекунад. Дар беморони гирифтори герпеси ибтидоӣ, ин тағирот мушоҳида намешавад [3,9]. Пас аз муолиҷаи иммунокоррективӣ зиёдшавии таркиби Т-хелперҳо ва В-лимфоситҳо (1,5-2 маротиба), зиёдшавии фаъолнокии ферментҳои лизосомаҳои моноцитӣ мушоҳида мешавад [3,4,5,6].

Дар нигоҳ доштани раванди илтиҳобӣ дар системаи репродуктивӣ падидаи аутоагрессия нақши муҳим дорад, ки онро таҳқиқоти гистологӣ ва иммунологӣ тасдиқ мекунанд [5,7]. Пайвандҳои зиёде дар патогенези вируси герпеси оддӣ муайян карда шудаанд, вайроншавии системаи Т-и иммунитети ҳуҷайравӣ муайян карда шудааст, ки ба гузариш аз интиқоли вирус ба такрори беморӣ мусоидат мекунад [4,8].

Омпзиши омилҳои иммунитети гуморалӣ ва ҳуҷайравӣ дар сирояти уреаплазма аҳамияти назариявӣ дорад, мавҷудияти антитело дар зардоби хуни занони синни репродуктивӣ дар сурати мавҷуд набудани зуҳуроти клиникии беморӣ аз иммунитети табиии шахсони серонегатив шаҳодат медиҳад [6,9]. Далелҳои нав, ки нақши Т-лимфоситҳои аутореактивии бо вирус ба вуҷуд омадаро нишон медиҳанд, ба мо имкон медиҳанд, ки онҳоро ҳамчун воситаи умедбахши иммунотерапия барои бемориҳои аутоиммунӣ баррасӣ кунем [3,5,7]. Омпзиши муфассали таъсири иммунокорректорҳо ба истифодаи бомуваффақияти доруҳои зидди вирусӣ, антихламидиалӣ дар якҷоягӣ бо ваксинаҳо ва иммунокорректорҳо мусоидат мекунад.

Мақсади тадқиқот. Нақши иммунокорректорҳо дар иммунитети гуморалӣ ва ҳуҷайравӣ дар занони гирифтори вируси герпеси оддӣ, сирояти хламидиалӣ ва уреоплазмӣ дар заминаи функсияи репродуктивии вайроншуда.

Ҳадафҳои тадқиқот. Дараҷаи ҳолати иммунологии занони дорои нуқсонҳои репродуктивӣ ҳангоми мавҷудияти сироятҳои бо роҳи ҷинсӣ гузарандаро муайян ва муайян кунед. Баҳодиҳии муқоисавии иммунологияи хун дар занони гирифтори ихтилоли репродуктивӣ пеш аз табобат ва пас аз табобат бо иммунокорректорҳо.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқотӣ. Тадқиқоти иммунологӣ пеш аз табобат ва пас аз табобат бо иммунокорректорҳо дар 40 зани 20-35 сола бо ихтилоли репродуктивӣ ва мавҷудияти герпес, хламидиоз ва уреаплазмоз гузаронида шуд. Гурпҳи назоратӣ аз 20 зани солими синни репродуктивӣ иборат буд. Барои муайян кардани Т- ва В-лимфоситҳо усули Ҷондол М. (1972) барои ранг кардани ҳуҷайраҳо дар санҷиши иммунофлуоресцентӣ истифода шуд. Барои муайян кардани микдори иммуноглобулинхо усули иммунодиффузияи радиалии аз руи Манчини (1965) истифода бурда, хуни гепаринизатсияро оид ба микдори фаъолияти фагоситикии нейтрофилхо санчида, дар зардоби хуни занон комплексхои иммунии гардишкунанда муайян карда шуданд. Дар лабораторияи Маркази ташхиси Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон намунаи хун аз занон гузаронида шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи он. Муайян карда шудааст, ки дар ҳамаи 40 зани гирифтори нуқсонҳои репродуктивӣ бо сироятҳо дар 62,5% ҳолатҳои вируси герпеси оддӣ, дар 25% - хламидиоз, дар 12,5% - уреаплазмоз) пеш аз табобат бо доруҳои иммунӣ, афзоиши Ig M, Ig Г кайд карда шуд, ки ин инкишофи реак-цияи илтихобии ма-

халли ва иштироки бевоситаи эхтимолии онхо дар цитолизи микроорганизмхо дар минтакаи конфликти иммуниро нишон дод. Барои равшан кардани робитаи антителоҳо бо иммуноглобулинҳои муайян дар беморони уреаплазмоз, тағирот дар иммуноглобулинҳо вобаста ба синну соли занони дорои функсияи репродуктивии этиологияи уреаплазма мушоҳида карда шуданд. Ҳамин тариқ, дар занони 20-сола, антителоҳо нисбат ба Ig G бештар бо IgM алоқаманд буданд ва дар беморони аз 30 сола боло, бештар бо Ig G нисбат ба IgM. Антителоҳо нишондиҳандаи хуби иммунитет мебошанд, муайян карда шуд, ки бо титри баланди антитело ҳеҷ гуна зуҳуроти клиникии уреаплазмоз вуҷуд надорад, ки уреаплазмози қаблан интиқолшударо нишон медиҳад. Хамчунин хангоми тадкики хуни гепариншудаи занхо Т-лимфоситхо ва В-лимфоситхо пеш аз табобат камшавии хучайрахо ошкор шудааст. Шумораи нокифояи Т-ҳуҷайраҳо ва В-ҳуҷайраҳо боиси эътироф нашудани антигенҳои хориҷӣ ва порчаҳои сафедаҳои вирусӣ дар рпи ҳуҷайраҳои бо вирусҳо сироятшуда мегардад. Т-ҳуҷайраҳои ситотоксикӣ дар миқдори кам ҳуҷайраҳои мубталои вирусро кушта наметавонанд ва танҳо дар миқдори муқарраршуда метавонанд пораҳои сафедаҳои вирусиро эътироф кунанд. Хангоми муоина микдори иммуноглобулинхои Г (мукаррар 7,20—16,32 г/л) 2—3 маротиба зиёд шуд; микдори иммуноглобулинхои М (одатан 0,61—1,82 г/л) 3 маротиба зиёд шуд. Ба беморони гирифтори вируси герпеси оддӣ пас аз табобати мушаххас панҷ спзандоруи ваксинаи зидди герпетикии поливалентӣ 0,2 мл як маротиба дар дохили ппст таъин карда шуданд. Пас аз истифодаи иммунотерапия камшавии шумораи рецидивҳо мушоҳида карда шуда, давомнокии ремиссия зиёд шуд. Нишондиҳандаҳои иммунограмма дар бораи барқарор кардани иммунитети фурӯшуда сухан мегпянд.

Дар 25% аз 40 зани муоинашуда бо нуқсонҳои репродуктивӣ хламидиоз ошкор карда шуд, ҳамаи занон аз безурётии дуюмдараҷа азият мекашанд. 5% часпакҳо дар коси кос, 12,5% эндоцервицит, 10% колпит ва 10% метроэндометрит доштанд. Бо метросальпингография, ки қаблан гузаронида шуда буд, маълум шуд, ки 12,5% найҳои фаллопӣ ба ампула монеъ шудаанд. Пеш аз таъини иммуномодуляторҳо зиёдшавии Ig M ва Ig G, кам шудани шумораи мутлақи Т-лимфоситҳо, якбора кам шудани коэффисиенти Т-хелпер ба қайд гирифта шудааст. Муҳимтар аз ҳама коҳиши фаъолияти фагоситикии нейтрофилҳо буд, вайронкуниҳои муайяншуда аз ҷиҳати патогенетикӣ муҳиманд ва истифодаи иммуномодуляторҳоро дар табобати комплексӣ дар занони дорои функсияи репродуктивии этиологияи хламидиалӣ талаб мекунанд. Барои арзёбии муқоисавӣ 20 зани солими синну соли репродуктивӣ гирифта шуда, дар занон ҳеҷ гуна инҳироф аз меъёрҳои иммунологияи хун ошкор нашудааст. Мо хамчун иммуномодулятор циклоферон 12,5%, 2,0 мл дар як шабонаруз як маротиба дар давоми 1,2,4,6,8,10,12 руз истифода бурда, шамъхои дорои 5 мг полиоксидоний дар як шабонаруз ду маротиба ба махбал гузошта мешуданд. Дар рпзи дувоздаҳуми пас аз муолиҷа ба эътидол омадани микдори имму-

Ҷадвали 1.-Тағйироти гуногун дар ҳолати иммунологӣ дар занони гирифтори ихтилоли репродуктивӣ бо вируси герпеси оддӣ, хламидиоз ва уреаплазмоз.

Иммунология и занон. мутл. n=40 (100%)	Т-лимфосид N = 4000 9000кл/мкл		В- лимфосид. N= 150 500кл/мкл		Ig A N=1,92 5,3 г/л		Ig M N = 0,58 1,38 г/л		Ig G N = 7,20 16,37 г/л	
Муолиҷа	то	баъд	то	баъд	то	баъд	то	баъд	то	баъд
Герпес n = 25 (62,5%)	1000±0,23	4000±0,14	70±0,13	150±0,41	4,0±0,56	5,3±0,27	2,0±0,53	0,58±0,29	20,0±0,31	8,0±0,61
Хламидиоз n = 10 (25%)	1520±0,31	6000±0,71	100±0,35	300±0,47	2,0±0,65	5,0±0,33	3,2±0,48	1,38±0,10	19,6±0,15	16,1±0,11
Уреаплазмоз n = 5 (12,5%)	1655±0,46	7000±0,34	130±0,25	500±0,18	1,95±0,19	5,1±0,38	3,1±0,40	1,3±0,65	17,8±0,39	16,3±0,21

Эзоҳ: - *P <0,05

ноглобулинҳо қайд карда шуд ва дар рпзи 20 шумораи Т-лимфоситҳо зиёд шуд. Ҳамчун табобати мушаххас Класид 250 мг ду маротиба дар тпли 10 рпз истифода шудааст.

Дар беморони гирифтори уреаплазмоз, ки шумораи онҳо 12,5% (p <0,01) аз 40 зани муоинашуда, 10% (p <0,05) аз безурётии дуюмдараҷа; 0,01) занон, метроэндометрити музмин 12,5% (p <0,01) гирифтор шудаанд).

Натиҷаҳо. Ҳангоми санҷиши ҳолати иммунологӣ пеш аз табобат дар занони гирифтори нуқсонҳои репродуктивӣ, бо сироятҳои бо роҳи ҷинсӣ гузаранда, афзоиши гуморалӣ ва паст шудани иммунитети ҳуҷайравӣ муайян карда шуд, ки ин аз инкишофи аксуламали илтиҳобии маҳаллӣ ва иштирок дар ситолиз дар минтақаи конфликти иммунӣ шаҳодат медиҳад. Корректорҳои масуният дар занони гирифтори ихтилоли репродуктивӣ бо бемориҳои музмин ва сусти ҷинсӣ гузаранда аз этиологияи вирусӣ ва бактериявӣ истифода мешуданд, ки ба барқароршавии иммунитети ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ мусоидат карданд.

АДАБИЁТ

1. Козлов В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей. С.-Петербург. 2015. С. 98-117.
2. Рязанцева Н.Ф., Новидский В.В., Белоконь В.В. «Цитокины и противовирусный иммунитет». // Успехи физиол. наук. -2016 г.-Т.37, № 4,- С.34-44.
3. Саидзода, Б.И. Хусусиятҳои ҷараёни клиникии уретрит дар мардон бо ихтилоли репродуктивӣ / Б.И. Саидзода, М.А. Гадоев, Ш.А. Сохибназаров, М.Д. Нуралиев // Маҷаллаи илмии «Илм ва инноватсия» Донишгоҳи миллии Тоҷикистон. – Душанбе. – 2020. №4. – С. 274-278.
4. Симбирцев А.С. «Специфические рецепторы неспецифического иммунитета». //Иммунология -2015 г.- № 6. -С. 368-376.
5. Саидов Б.И. Ҷанбаҳои муосири табобати бемориҳои илтиҳобии роҳҳои urogenital дар мардон / Б.И. Саидов // Ж. Тандурустии Тоҷикистон. – Душанбе. – 2018. №1. – С. 58-63.
6. Сухих Г.Т., Ванько Л.В. «Механизмы иммунной защиты при острых и хронических заболеваниях органов репродуктивной системы» //Акуш.и гин. - 2016 г. - Прилл. - С. 17.
7. Саидзода Б.И. Такмили ташхис ва табобати уретрити ғайригонококкӣ / Х.С. Саторов, Б.И. Саидзода // Ж. Вестник «Биомедицина и социология». – Москва. – 2019. - №4. Т. 4. – С. 71-74.
8. Мейл Д., Бростробф Дж., Рот Д.Б. «Иммунология» - М.2017 г.
9. Давлатова М.Ф. Ҳолати акушерӣ-соматикии занони ҳомилаи дорои хадшаи бачадон ҳангоми ҳомилагӣ ва бади амалиёти қайсарии такрорӣ / М.Ф. Давлятова // Авҷи Зуҳал. – 2021. - № 3. – С. 9-16.

ИММУННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ГЕРПЕСЕ, УРЕАПЛАЗМЕННОЙ И ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЯХ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Хакназарова М.А.
Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Иммунологические исследования у 40 женщин с инфекциями, передаваемыми половым путём, и с нарушениями репродуктивной функции до лечения, показали значительное повышение количества иммуноглобулинов М и С, нормальный уровень иммуноглобулина А, снижение циркулирующих иммунных комплексов, количества Т и В- лимфоцитов. Это, вероятно, связано с развитием, местной воспалительной реакции и участие в цитолизе микроорганизмов

в зоне иммунного конфликта. После иммунотерапии отмечается нормализация содержания иммуноглобулинов А, М, О и повышение уровня Т и В-лимфоцитов.

Ключевые слова: иммунитет, инфекция, репродуктивная функция.

IMMUNE THERAPY GENITAL HERPES, UREAPLASMA AND CHLAMYDIAL INFECTIONS IN WOMEN WITH REPRODUCTIVE DISORDERS

Khaknazarova M.A.
Department of Obstetrics and Gynecologists №1Avicena Tajik State Medical University

During the examination the immunological status of the women with disturbance at reproductive function the increasing of humoral and decreasing cellular immunity till medical cure. It has used correctors of immunity at current chronic flaccid disease with viral and bacterial etiology, which was transferring with the sexual way and who assisting to reduction of humoral and cellular immunity.

Key words: *immunity, infection, reproductive function.*

Ҳақназарова М. А. *- д.и.т., профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино». Тел. 987881876*

Хакназарова М.А.- *д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Тел. 987881876*

Khaknazarova M.A. *– d.m.s., professor of Department of Obstetrics and Gynecologists №1Avicena Tajik State Medical University, Tel. 987881876*

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

ДАСТГИРИИ НУТРИТИВӢ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ ОСЕБҲОИ ОМЕХТАИ ВАЗНИН

Давлатзода Б.Х., Файзалиев Н.Ф.
Кафедраи анестезиология ва реаниматологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

Муҳиммият. Дастгирии нутритивӣ яке аз пайвандҳои муҳим ҳангоми табобати вусъатнок барои барқароркунии гомеостаз ва ҳолати обию-электролитӣ (ҲОЭ) беморони вазнини осебҳои омехта ва маҷмпи чораҳоест, ки барои таъмини субстратҳои дурусти беморон бо рафъи вайроншавии мубодилаи моддаҳо ва бартарафкунии вайроншавии гомеостази трофикии равандҳои сохторӣ-функсионалӣ ва метаболизми бадан, инчунин захираҳои мутобиқшавии он нигаронида шудааст.

Дар марҳилаҳои шадиди бемориҳои вазнини осебҳои омехта, алоими гиперкатаболизм ва гиперматаболизм ба амал меояд, ки бо тағирёбии системаи дисрегуляторӣ «анаболизм ва катаболизм» тавсиф мешавад. Онҳо дар афзоиш эҳтиёҷ ба донатронҳои неруъ ва маводи пластикӣ, ичунин талабот ба рушди таҳаммулпазирии патологии бофтаҳои бадан ба “ғизои маъмулӣ” ифода карда мешаванд.[2,4,6].

Илова бар ин, қобилияти рпдаю-меъда барои азхуд кардани маводҳои ғизоӣ дар марҳилаи шадиди бемориҳои вазнини осебҳои омехта сатҳи гиперкатаболизмро коҳиш медиҳад ва тавозуни нитрогенро беҳтар мекунад.

Мақсади таҳлил. Таъмини бадан бо маводҳои неруӣ ва пластикӣ ҳангоми вайроншавиҳои гиперкатаболикӣ ва гиперметаболикӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар шӯъбаи эҳёгарии калонсолони МДММТ ҶТ «Шифобахш» 25 бемор, ки бо ташхиси осебиҳои вазнини омехта бистарӣ буданд тадқиқот гузаронида шуд. Аз инҳо 10 (40%) бемор бо ташхиси осеби косахони мағзи сар ва шикасти устухонхои рон, 10 (40%) бемор бо ташхиси осеби вазнини косахони мағзи сар ва шикасти бисёри қабурғаҳо, 5 (20%) бемор бо вайроншавии механикаи нафас.

Ҳангоми воридшавӣ ба шуъба аз ҳамаи беморон таҳлили қанди хун, сафедаи умумии хун, фишори миёнаи шараёнӣ, миқдори задани зудии дил ва талаботи энергия аз руи формулаи Харриса – Бенедикт гузаронида шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Дар ҳамаи беморон ҳангоми бистарӣ баландшавии қанди хун (9,3 ± 2,6 ммол/л), пастшавии сафедаи хун (53,0 ± 4,0 г/л) ба назар мерасад. Диабети қанди аввалиндараҷа дар 6 (30,1% бемор дида мешавад.

Ҳангоми иҷрои ғизодиҳӣ бо найчаи меъдавӣ манбаъҳои нерӯ (чарбҳо, карбогидратҳо) ва маводҳои пластикӣ (аминокислотаҳо) ба назар гирифта шудаанд.

Дар 10 (40%) беморе, ки бо ташхиси осебҳои вазнини омехта + шикасти устухонҳои рон пастшавии фишори миёнаи шараёни (82,0 ± 9,0 мм.ст.сим.), тахикардия (110,0 ± 15,0), ва дар 10 (40%) беморо, ки бо ташхиси осебҳои вазнини омехта + шикасти бисёри қабурғаҳо яку-якбора пастшавии фишори миёнаи шараёнӣ (66,0 ± 7,0 мм.ст.сим.). тахикардия (126,0 ± 12,0 дар 1 дақиқа) ва вайроншавии вазифаи нафаскашии беруна (ВНБ) ба назар мерасид. Аз ҳамин қатор 3 бемор дар нафасдиҳии дарозмудати сунъӣ қарор доштанд. Аз 5 (20%) бемори воридшуда бо ташхиси осебҳои вазнини омехта, ки бо вайроншавии вазифаи нафаскашии беруна (ВНБ) буданд аз вақти воридшавӣ дар нафаси сунъӣ қарор дошт, ки дар онҳо пастшавии фишори миёнаи шараёни то ҳолатҳои критикӣ (49,0 ± 5,0 мм.сут.сим.) ва тахикардия то(130, ± 10,0 дар 1 дақ.) ба назар мерасид.

Ҳангоми воридшавӣ 6 (24%), бемор бо сабабҳои вазнинии ҳолаташон ва вайроншавии вазифаи нафаскашии беруна ба нафаси сунъӣ гузаронида шуд. Ба беморони боқимонда 19 (76%) табобати мақсадноки

инфузионию-трансфузионӣ ва дастгирии нутритивии барвақтӣ оғоз карда шуд. Дастгирии нутритивӣ (ғизоӣ) аз миқдори карбогидратҳо, сафедаҳо ва равғанҳо бо таносуби 2:1:0,5 иборат мебошанд. Ҳисоботи талаботи неру аз рӯи формулаи Харриса-Бенедект ба ҳисоби 40 ккал/кг/шаб. ҳисоб карда шуд. Бемороне, ки дар нафаси сунъӣ қарор доранд дастгирии ғизоиро 20% (60 ккал/кг/шаб.) зиёд кардан лозим аст.

Аз ин лиҳоз ба беморони дар нафаси сунъӣ қарородошта бе зарарёбии узвҳои ковокии шикам, таъиноти барвақтии ғизодиҳии энтералиро бо мақсади кам доштани хатар ва ба амал омадани аворизҳои гипергликемӣ ва ҳар гунна бемориҳои сироятӣ зарур шуморида мешавад. Инчунин фаъолияти бисёрфункционалии онҳоро нигоҳ медорад, ки ин амал ба зудтар барқароршавии беморро дар назар дорад. Усули ғизодиҳӣ бо найча афзоиши ҳаҷми ғизои дохиларо ҳар рӯз то 20-25% пешбини менамояд.

Хулоса

1. Ошкор намудани вайроншавии ҳолати обию-электролитӣ, тавозуни неруи ва дастгирии нутритивӣ дар беморони вазнини осебҳои омехта.

2. Дар асоси вайроншавиҳои ошкоршудаи гомеостаз, муайян кардани нишондод барои гузарониданини нафаси сунъӣ ва инкишоф додани табобати мақсадноки интенсивӣ дар беморони вазнини осебҳои омехта.

3. Дастгирии барвақтии нутритивӣ дар беморони гирифтори осебҳои вазнини омехта, транслакацияи сироятёбии рӯдаҳоро боз медорад.

Адабиёт

1. Белкин А.А., Лейдерман И.Н. и. др. Нутритивная поддержка в неврологии и нейрохирургии. Парентеральное и энтеральное питание. Национальное руководство. Под.ред. М.Ш. Хубутия., Т.С. Поповой , А.И. Салтанова. М .: ГЭОТАР – Медиа 2014. с. 401-418.
2. Гриппи М. патофизиология легких М.: Бином. 2005. 304с.
3. И.Н. Лейдерман., А.И. Ярошецкий., Е.А.Кокарев., В.А.Мазурок. Парентеральное питание: Вопросы и ответы. Руководство для врачей Санкт-Петербург «Онли-Пресс» 2016-189с.
4. Интенсивном терапия. Национальное руководство. Под.ред. Б.Р. Гельфанда, А.И Салтанова. М.: ГЭОТАР – Медиа 2011. 1744с.
5. Крылов В.В., Петриков С.С., Рамазанов Г.Р., Солодов А.А. Нейрореаниматология. Практическое руководство. Библиотека врача – специалиста. 2-е изд. Перераб. и доп. М.: ГЭОТАР Медиа. 2016. 171с.
6. Савельев В.С., Гластян Г.М., Гельфанд Б.Р. и др. Сепсис. Определение этиопатогенез и клинико-диагностическая концепция. Практическое руководство. Под.ред. В.С. Савельева., Б.Р. Гельфанда. М.: 2013. С 25-53.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ

Давлатзода Б.Х., Файзалиев Н. Ф.

Резюме. Авторами в отделении реанимации ГУ НМЦ РТ исследованы 25 больных с диагнозом тяжелая сочетанная травма (ТСТ), из них 10 (40%) больных с черепно-мозговой травмой + перелом бедренной кости, 10 (40%) больных с тяжелой сочетанной травмой + множественные переломы ребер, 5 (20%) с тяжелой сочетанной травмой + нарушением функции внешнего дыхания. Исследованы сахар крови, общий белок, АД, ЧСС. Больным, кроме традиционной медикаментозной терапии, проведена ранняя нутритивная энергетическая поддержка, которая предотвращает у этой категории больных транслакацию инфекции из кишечника.

Ключевые слова: Нитритивная поддержка, анаболизм, катаболизм, транслакацию инфекции, нарушение гомеостаза.

NUTRIONAL SUPPORT IN PATIENTS WITH SEVERE CONCOMITANT INJURIES

Davlatzoda Bahriddin Khairiddin., Fayzaliev Navruz Fayzalievich.
Department of anesthesiology and resuscitation of the ATSMU

Summary. The authors in the intensive care unit of the State Institution NMC RT examined 25 patients with a diagnosis of severe concomitant trauma (TCT), of which 10 (40%) patients with traumatic brain injury + femoral facture, 10 (40%) patients with severe concomitant injury + multiple rib fractures, 5(20%) severe concomitant trauma + impaired respiratory function.

Investigated blood sugar, total protein, blood pressure, heart rate. In addition to traditional drug therapy, patients underwent early nutritional energy support, witch prevents translations of infection from the intestines in of patients.

Key words: Nutritional support, anabolism, catabolism, translations of infection, disruption of homeostasis.

Давлатзода Бахриддин *– н.и.т., мудири кафедраи анестезиология ва реаниматологияи МДТ « ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино».* b-davlatov@bk.ru: 93102-02-86.

Файзалиев Н.Ф. **–** ассистенти кафедраи *кафедраи анестезиология ва реаниматология МДТ « ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино».*

Давлатзода Бахриддин *– к.м.н., заведующий кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино»* b-davlatov@bk.ru. 93102-02-86.

Файзалиев Н.Ф. **–** ассистент кафедры *анестезиологии и реаниматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино»*

Davlatzoda Bakhriddiun *– Ph.D., Htad of the Department of Anesthesiology and Reanimatology, State Educational institution "TSMU named after Abuali ibni Sino"* b-davlatov@bk.ru. 93102-02-86.

Fayzaliyev N.F.- assistant *of the Department of Anesthesiology and Reanimatology, State Educational institution "TSMU named after Abuali ibni Sino"*

БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

РАВИШҲОИ МУОСИР ДАР ТАШХИСИ БАРМАҲАЛЛИ ОСТЕОАРТРИТИ АВВАЛИЯИ БУҒУМҲОИ ЗОНУ ДАР АМЛИЯИ КЛИНИКИИ ВОҚЕӢ

Давлатзода А.Д.
Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муҳиммият. Муносибатҳои инноватсионӣ ба табобати остеоартрити (ОА) ибтидоӣ, ки ба принсипҳои стратегияи фармакотерапевтӣ ва профилактикаи ибтидоӣ ва дуюмдараҷаи беморӣ, аз як тараф, зарурати муайянкунии саривақтии омилҳои хавфи (ОХ) инкишофи ОИ-и ибтидоиро тақозо мекунанд, аз тарафи дигар, тасдиқ кардани ташхиси бемориро дар марҳилаҳои аз ҳама барвақти раванди патологӣ талаб менамоянд [1-5]. Солҳои охир бисёр муҳақиқон ба хулосае омаданд, бо дарназардошти натиҷаҳои ниҳоӣ, ки дар чорчпбаи «консепсияи артрити ревматоидии (АР) бармаҳал» ва татбиқи васеи принсипҳои асосии стратегияи «Treattotarget - T2T» - «Табобат то ноилшавӣ ба ҳадаф» [6-9], тадриҷан консепсияи «ОА-и бармаҳал» ташаккул меёбад [5,9,10]. Ин маълумот аз он гувоҳӣ медиҳад, ки марҳилаи бармаҳалли ОА-и ибтидоӣ, новобаста аз маҳалли ҷойгиршавии раванди патологӣ давраи муҳимтарин мебошад, ки ҳангоми он муолиҷаи босамар ё агрессивӣ метавонад хусусияти ҷараёни бемориро қатъиян тағйир диҳад [5,11-13].

Аммо дар амалияи воқеии клиникӣ, аз як тараф, ҷой надоштани симптомҳои хоси патогномонӣ дар давраи оғози ОА-и ибтидоӣ, аз тарафи дигар, меъёрҳои қабулшудаи таснифотӣ ба таври ҷиддӣ тасдиққунии ОА-и ибтидоии бармаҳалро душвор месозанд.

Аз сабаби натиҷаовар набудани омилҳои ташхисии Коллегияи ревматологии Амрико - КРА (с. 1991) дар ташхиси ОА-и ибтидоии бармаҳалли буғуми зону (БЗ), самти нав ва нисбатан умедбахш дар ташхиси бармаҳалли беморӣ меъёрҳое мебошанд, ки соли 2017 аз тарафи як гурпҳ коршиносон, аз ҷумла F. Luytenetal [14], пешниҳод гардиданд. Мувофиқи меъёрҳои мазкур, ташхиси бармаҳалли ОА-и ибтидоии БЗ бояд ба ҷанбаҳои зерин асос ёбад: а)таҳлили бодиққат ва арзёбии симптомҳои ҳам субъективӣ (пеш аз ҳама, синдроми дард) ва ҳам объективӣ, ки аз осеб ёфтани БЗ шаҳодат медиҳанд (дар доираи ОА-и ибтидоӣ); б)дараҷаи минималии ифодаёбии нишонаҳои рентгенологии беморӣ (мавҷудияти марҳилаи 1-и ОА БЗ тибқи меъёрҳои КРА); г) маълумоте, ки аз артроскопия ба даст омад (томографияи магнитӣ-резонансӣ ва артросонографияи (АСГ) БЗ) [15 - 19].

Мувофиқи тасаввуроти имрпза, ташхиси бармаҳалли ОА-и ибтидоӣ ва муолиҷаи саривақт ташкилшудаи маҷмуию, мувофиқи имкон, инфиродӣ [3,5,20-22] бо истифода аз маводҳои тағйирдиҳандаи симптомҳо ва сохтор, ки ба назорати агрессивии симптомҳо, суст кардани суръати инкишофи беморӣ ва реабилитатсияи босамари тиббии беморон равона мебошад, ҳамчунин иттифоқи зичи табиби ревматолог ва бемор принсипҳои бунёдгузори стратегияи муосири фармакотерапевтии муолиҷаи ОА-и ибтидоӣ маҳсуб меёбанд.

Мавод ва усулҳо. 26 бемор (21 зан ва 5 мард) дар синни аз 38 то 66-сола (синни миёна - 56,2±4,3-сола) бо ташхиси тахминии ОА-и ибтидоии БЗ бе зуҳуроти хоси рентгенологии беморӣ муоина шуданд, ки дар онҳо давомнокии «анамнези остеоартритӣ» аз замони оғози синдроми маъмулии дард («дард бо назми механикӣ») дар БЗ камтар аз 18 моҳро ташкил медиҳад. Дар беморон бо ОА-и БЗ ташхиси беморӣ бори нахуст дар шароити шуъбаи ревматологии ММШ №2 ба номи академик Тоҷиев К.Т. дар давраи байни солҳои 2018 то 2021 расман тасдиқ (верификатсия) шуд. Дар раванди верификатсияи ташхиси ОА-и БЗ бо назардошти тавсияҳое, ки дар лоиҳаи байналмилалӣ оид ба меъёрҳои таснифоти ОА-и БЗ-и бармаҳал [14] пешкаш гардиданд, мо ҳамаҷониба ҷанбаҳои зеринро таҳлил ва арзёбӣ на-

мудем: а)меъёрҳои ташхиси КРА, с. 1991 (сатҳи минималии симптомҳои маъмули рентгенологии ОА-и ибтидоӣ); б)маълумоти анамнез, хусусиятҳои синдромҳои дардию буғумӣ ва натиҷаҳое ки ҳангоми АСГ (ташхиси морфологии стеатоз) ва ТМР (томографияи магнитии резонансӣ)-и буғумҳои зону ҳосил шуданд.

Мақсади таҳқиқот. Омпзиш ва арзёбии самаранокии тавсияҳои муосир дар ташхиси бармаҳали ОА-и ибтидоии БЗ дар амалияи воқеии клиникӣ.

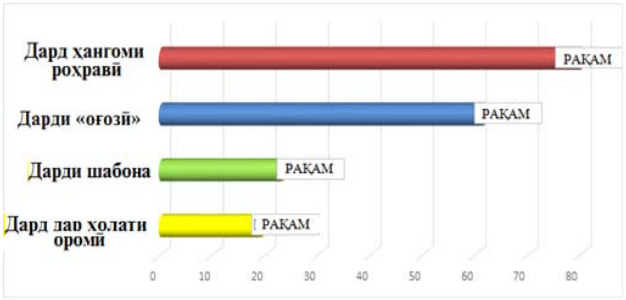
Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Бо мақсади тасдиқи ташхиси ОА бармаҳалли ибтидоии БЗ бо назардошти тавсияҳои дар боло овардашудаи коршиносони байналмилалӣ мо як навъ «сенарияи ташхисӣ»-ро тартиб додем, ки ба ҷустуҷпйи фаъолона ва мақсадноки симптомҳои бармаҳалли беморӣ равона гардида буд.

Аз ин нигоҳ ҳамчун объектҳои асосӣ, ки мавриди таҳлил ва баррасии бодиққат қарор дода шуданд, интихоб шуданд: а) маълумотҳои анамнез (фаъолияти меҳнатии бемор, мавҷудияти микроосебҳо дар анамнез, лаҳзаҳои синовити сустҷараён ва ҳиссиёти транзитории зудгузари дардӣ дар мавзеи БЗ, ки бо сарбории ҷисмонӣ алоқаманд аст, эҳсоси шахӣ, ҳаракатҳои карахт, бесуботӣ); ҷустуҷпйи хусусиятҳои аз ҳама бештар фарқкунандаи синдромҳои дард ва буғум дар доираи ОА-и ибтидоии БЗ; в) маълумоти АСГ ва ТМР-и буғумҳои зону.

Пас аз таҳлили ҳаматарафаи маълумоти анамнез мо ҷустуҷпйи бодиққати хусусиятҳои аз ҳама фарқкунандаи симптомҳои кардиналии ОА-и ибтидоии БЗ – дардӣ ва буғумиро анҷом додем.

Маълум аст, ки дард ҳангоми ОА-и ибтидоӣ симптоми асосӣ ва эҳтимол ягонаи клиникӣ дар оғози беморӣ мебошад [24-27]. Ба фарқ аз аксарияти бемориҳои ревматоидӣ бо синдроми канории буғум, синдроми дард ҳангоми ОА-и ибтидоии БЗ як қатор хусусиятҳои фарқкунанда дорад, ки мавҷудияти онҳо мақоми махсуси ин синдромро дар сенарияи клиникии ин беморӣ муайян мекунад. Мувофиқи маълумоти муҳаққиқони муосир, хусусиятҳои аз ҳама фарқкунандаи синдроми дард дар беморон бо ОА-и ибтидоии БЗ инҳо мебошанд: а)гетерогенӣ будани механизмҳои сабабӣ-патогенетикӣ; б)дарди музмин на танҳо омили хавфи рушди беморӣ, балки бесуботшавии патологияҳои коморбидӣ низ мебошад; в) ба бадшавии сифати ҳаёти беморон мусоидат мекунад; г)зарурати истеъмоли доимии воситаҳои зиддиилтиҳобии ғайристероидӣ ва аналгетикҳои дигарро талаб менамояд [9,11,17, 23,24].

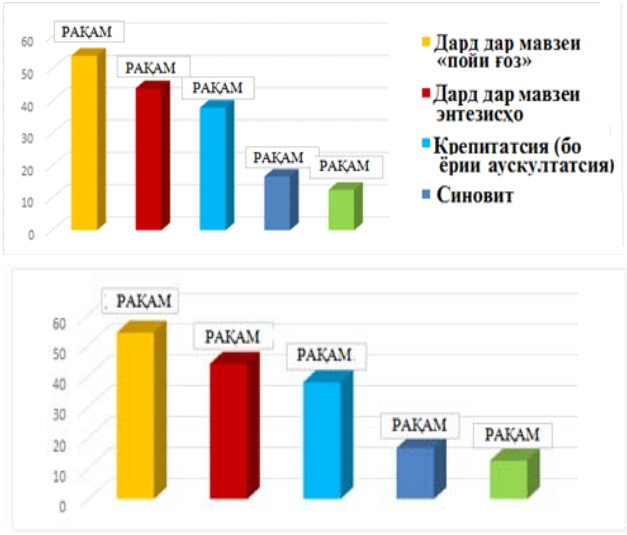
Да натиҷаи таҳлили ҳаматарафа ва арзёбии ҳам синдроми дард ва ҳам синдроми буғум мо нишонаҳои хос ва дар баробари ин дорои нишондиҳандаҳои баландтарини рейтингиро дар верификатсияи бармаҳалли ташхиси ОА-и ибтидоии БЗ муайян кардем (расмҳои 1 ва 2).



Расми 1. Спектр ва басомади вохпрдани хусусиятҳои муайяншудаи фарқкунандаи синдроми дард дар чорчпбаи ОА-и ибтидоии БЗ.

Натиҷаҳое, ки мо ба даст овардем (расмҳои 1 ва 2), ба маълумоте, ки дар адабиёти солҳои охир оварда мешавад, мувофиқанд [9,24-27] ва далели он мебошанд, ки хусусиятҳои хостарини синдромҳои дард ва буғум дар марҳилаи оғози рушди ОА-и ибтидоии БЗ инҳо мебошанд: 1) хусусиятҳои фарқкунандаи синдроми дард (бо дараҷаи ифодаёбии муътадил ё барҷаста аз рпйи ҷадвали визуалии шабоҳатӣ (ВАШ) - 45-80 мм): а) «назми механикӣ» бо эҳсосоти дарди гуногун, бештар дар шакли дард ҳангоми ҳаракат (дар 79,9%), «дардҳои оғозӣ» (дар 61,4%), дардҳо дар ҳолати оромӣ (дар 19,2%) ва дардҳои шабона (дар 23,04%); 2) хусусиятҳои фарқунандаи синдроми буғум (дар рафти муоина, палпатсия ва «аускултатсияи» БЗ муайян шуданд); а)лаҳзаҳои синовити на-

чандон ифодаёфта дар анамнез (асосан дар пасманзари сарбории барзиёди механикӣ дидани БЗ) ё дар лаҳзаи муоина (дар 19,2%); б) вуҷуд доштани эҳсоси дард дар қисмъҳои периартикулярии сохтори БЗ (дар мавзеи энтезисҳои пайвандҳои паҳлпӣ – дар 38,4%%, собунаки зону – дар 23,04% ва проексияи «пойи ғоз» - дар 46,08%); в)крепитатсияи фосилавӣ ҳангоми ҳаракати ғайрифаъоли БЗ ва/ё бо ёрии аускултатсия муайяншудаи БЗ (дар 34,6%).



Расми 2. Спектр ва басомади вохпрдани хусусиятҳои муайяншудаи фарқкунандаи синдроми буғум дар доираи ОА-и бьармаҳалли БЗ

Ҳангоми ҷустуҷпйи хусусиятҳои дигари фарқунандаи синдроми дард дар оғози ОА-и ибтидоии БЗ, дар баробари хусусиятҳои номбаршуда (расми 1) хусусиятҳои хоси дигари синдроми дардро дар беморони гурпҳи мазкур муайян намудем, ки арзиши ташхисӣ надоштанд, аммо нисбатан маъмул буданд (расми 3). Аз маълумоте, ки дар расми 3 оварда шудааст, бармеояд, ки хусусиятҳои камтар паҳншуда, вале иловагии фарқкунандаи синдроми дард дар марҳилаи оғози инкишофи ОА-и ибтидоии БЗ чунинанд: а)дардҳои шабона, ки беморро бедор мекунанд – дардҳои субҳгоҳон (дар 19,2%); б) эҳсоси дард дар мавзеи БЗ ҳангоми бедоршавӣ (дар 23,04%); в)мавҷудияти «дескрипторҳо»-и дарди неврологӣ (дар 15,6%); г) блоки транзитории БЗ дар шароити синдроми дарди шадид (дар 26,9%).

Натиҷаҳои монанд қаблан дар корҳои дигар муҳаққиқони муосир дар соҳаи ревматологияи амалӣ ба даст омадаанд [4,11,25-27].



Расми 3. Спектр ва басомади вохпрдани хусусиятҳои муайяншудаи фарқкунандаи иловагии синдроми дард дар доираи ОА-и ибтидоии бармаҳалли БЗ

Дар марҳилаи охирини верификатсияи ташхиси ОА-и бармаҳалли ибтидоии БЗ мо, мисли муҳаққиқони дигар, натиҷаҳои АСГ ва ТМР-и БЗ-ро хурдагирона таҳҳлил ва арзёбӣ намудем. Дар умум, натиҷаҳое, ки ба даст овардем, ба маълумоти адабиёт мувофиқ мебошанд ва аз он шаҳодат медиҳанд, ки аз як тараф, тағйироти хоси кулли қисмҳои сохтории БЗ-и тавассути АСГ ва ҳам ТМР аёнкардашуда дар асосноксозии ниҳоии ОА-и бармаҳалли ибтидоии БЗ нақши калидӣ доранд, аз тарафи дигар, мавҷудияти тунукшавии нобаробар, тарқишҳо ва нобудшавии минтақавӣ (маҳаллӣ)-и тағояк, васкуляризатсияи аз меъёр баланди пардаи синовиалӣ, тағйироти хос аз ҷониби ХТС, остеофитҳои хурд, мавҷудияти зуҳуроти субклиникии синовити музмини БЗ, мисле ки мувофиқи маълумоти муҳаққиққони муосир ҳам ҳаст, дорои сатҳи баланди иттилоънокии ташхисӣ мебошанд [15,16,18,19].

Ба ин тариқ, ташхиси бармаҳалли ОА-и ибтидоии буғумҳои зону, ки яке аз принсипҳои муҳимтарини стратегияи фармакотерапии ОА-и БЗ-и ибтидоӣ мебошад, ҳоло ҳам масъалае боқӣ мемонад, ки ҳалли он бо душвориҳо алоқаманд аст. Дар маҷмуъ, ташхиси бармаҳалли ОА-и ибтидоии БЗ ҳалли марҳила ба марҳилаи масъалаҳои зеринро талаб менамояд: а)таҳлил ва арзёбии бодиққати маълумоти анамнез; б) ҷустуҷпйи мақсаднок ва мушаххассозии хусусиятҳои

фарқкунандаи маъмултарини синдромҳои дардӣ ва буғумӣ; в)верификатсияи тағйироти хос аз тарафи бофтаҳои периартикулярӣ (тендинитҳо), устухонҳои субхондралӣ, тағояк ва мавчудияти синовити субклиникӣ бо ёрии АСГ ва ТМР.

АДАБИЁТ

1. 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.
2. Алексеева Л.И. Ранний остеоартрит: разработка критериев диагностики / Л.И. Алексеева, К.И. Телишев // Современная ревматология. – 2020. - № 14 (3). – С. 140-145.
3. Анализ распространенности и факторов риска развития остеоартрита в популяции / О.О. Портянникова[и др.] // Современная ревматология. – 2019. – №13 (2). – С. 105-111.
4. Бурьянов А.А. Боль в суставах-остеоартроз: диагностика и лечение на современном этапе / А.А. Бурьянов // Практикующий лікар. - 2017. - №3 (4). - С. 18-24.
5. 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. 40-45.
6. Дегенеративные и воспалительные изменения в суставах кистей при остеоартрите по данным магнитно-резонансной томографии / Д.М. Кудинский[и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2020. – №58 (1). – С. 15-21.
7. 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.
8. Каратеев А.Е. Гликозаминогликан-пептидный комплекс при лечении остеоартрита коленного и тазобедренного суставов: из прошлого в будущее / А.Е. Каратеев // Научно-практическая ревматология. – 2020. - №58 (1). – С. 91-96.
9. Каратеев А.Е. Остеоартрит: современная клиническая концепция и некоторые перспективные терапевтические подходы / А.Е. Каратеев, А.М. Лила // Научно-практическая ревматология. – 2018. - 56(1). – С. 70-81.
10. Кудинский Д.М. Сравнение рентгенографии и магнитно-резонансной томографии при диагностике остеоартрита суставов кистей / Д.М. Кудинский, А.В. Смирнов, Л.И. Алексеева // Научно-практическая ревматология. - 2019. - № 57 (1) - С. 91-99.
11. Лила А.М. Современные подходы к фенотипированию остеоартрита / А.М. Лила, Л.И. Алексеева, К.А. Телышев // Современная ревматология. - 2019. - №13 (2). - С. 4-8.
12. Махмудов Х.Р. Стратегия «Лечение до достижения цели» в терапии ревматоидного артрита / Х.Р. Махмудов, Ё.У. Саидов // Вестник Авиценны. – 2015. – № 4 (65). –С. 126-132.
13. Молекулярные механизмы регуляции боли у больных остеоартрозом/ Е.В. Четина [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2016. - № 54 (4) - С. 424-431.
14. Олюнин Ю.А. Остеоартроз: современные принципы лечения и предпосылки для разработки персонифицироапнной терапии / Ю.А. Олюнин // Современная ревматология. – 2016. – №3. – С. 81-86.
15. Остеоартрит - аспекты фармакотерапии / Л.Н. Денисов [и др.] // Современная ревматология. - 2018. - № 12(2). - С.97-102.
16. Петров А.В. Оценка клинической значимости выявления гиперэхогенных депозитов в гилиновом хряще при ультрасонографии у больных остеоартритом коленных суставов / О.О. Петров, Н.В. Матвеева, А.А. Петров // Научно-практическая ревматология. – 2019. – №57 (1). – С. 33-37.
17. Препараты гиалуроновой кислоты в лечении остеоартрита: все ли нам ясно? / А.Е. Каратеев [и др.] // Современная ревматология. – 2018. – 12(3). – С. 40-52.

18. Разин В.Н. Соответствие ультрасонографических изменений и клинических проявлений при остеоартрите коленных суставов / В.Н. Разин, Е.А. Беляева // Научно-практическая ревматология. – 2018. – №56 (3, прил. 2). – С. 66-67.
19. Ревматология: российские клинические рекомендации / Под ред. академика РАН Е.Л. Насонова // Издательская группа «Геотар – Медиа». – 2019. – 461 с.
20. Ревматология: стандарты медицинской помощи А.С. Дементьев [и др.] // М.: Изд. Группа «ГЭОТАР – Медиа», 2018. – 512с.
21. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis / T.E. Mc. Alindon [et al.] // Osteoarthritis Cartilage. - 2016.- V. 23(4).- P. 286-299.
22. Osteoarthritis ,a disease of the joint as an organ / R.F. Loeser [et al.] // Arth. Rheum.- 2012.- № 64 (6).- P. 1697-1707.
23. Osteoarthritis / J. Martel-Pelletier [et al.] // Nat Rev Dis Primers. - 2016 Oct 13;2:16072.
24. Toward classification criteria for early osteoarthritis of the knee / F.P. Luyten [et al.] // Semin Arthritis Rheum. - 2017: Aug. 9.
25. Treatment of chronic low back pain – new approaches on the horizon / N.N. Knezevic[et al.] // J Pain Res. - 2017. - V. 10(10).- P. 1111-1123.
26. Treat-to-target in rheumatoid arthritis: facts, fiction or hypothesis / D.H. Solomon [et al.] // Arthritis Rheum. - 2014.- V. 66(4).- P. 775-782.
27. Treat-to-target therapy does not prevent excessive progression of carotid intima media thickness during the first year of therapy in early rheumatoid arthritis / A. Raczkiewicz [et al.] // Arch Med SciAtheroscler Dis. - 2016. - V.1.- P. e36-e43.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Давлатзода А.Д.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”

Цель: Изучить и оценить эффективность современных рекомендаций в ранней диагностики первичного ОА КС в реальной клинической практике.

Материал и методы: обследовано 26 пациентов (21 женщины и 5 мужчин) в возрасте от 36 до 56 лет (средний возраст 56,2±4,3 года) с предположительным диагнозом первичный остеоартрит (ОА) коленных суставов (КС) без типичных рентгенологических проявлений заболевания, которым диагноз заболевания впервые был верифицирован в условиях ревматологического отделения Городского медицинского центра (ГМЦ) №2 им. академика Таджиева К.Т в период с2018 по 2021 гг. В процессе верификации диагноза раннего ОА КС согласно современных рекомендаций нами были всесторонне проанализированы и оценены: а) диагностические критерии Американский коллегии ревматологов - АКР, 1991 г. (минимальный уровень типичных рентгенологических симптомов первичного ОА); б) анамнестические данные, особенности болевого и суставного синдромов и результаты, которые были получены при артросонографии (АСГ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) КС.

Результаты:установлено, что наиболее типичными характеристиками как болевого, так и суставного синдромов в дебютном этапе развития первичного ОА КС являются: а) «механический ритм» с неоднородными болевыми ощущениями; б) эпизоды не ярко выраженного синовита в анамнезе (в основном на фоне механической перегрузки КС) или в момент осмотра; в) наличие болезненности в периартикулярных структурных компонентах КС; в) дистанционная крепитация при пассивном движении КС и/или выявленная с помощью аускультации КС. С другой стороны, результаты иссле-

дования свидетельствуют о том, что визуализированные с помощью как АСГ, так и МРТ характерные изменения со стороны всех структурных компонентов КС играют ключевую роль в окончательном обосновании диагноза раннего первичного ОА КС,

Заключение: ранняя диагностика первичного ОА КС по-прежнему остается как сложная задача и, согласно полученными нами результатов и данными других исследователей требует, поэтапного решения следующих задач: а) тщательного анализа и оценки анамнестических данных; б) целенаправленного поиска и идентификации наиболее отличительных особенностей болевого и суставного синдромов: в) верификации типичных изменений со стороны периартикулярных тканей, субхондралных костей (СХТ), хряща и наличие субклинического синовита с помощью АСГ и МРТ.

Ключевые слова: первичный остеоартрит, коленные суставы, болевой синдром, суставной синдром, артросонография, магнитно-резонансная томография.

MODERN APPROACHES TO EARLY DIAGNOSIS OF PRIMARY OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE IN REAL CLINICAL PRACTICE

Davlatzoda A.D.
Department of Propaedeutic of Internal Diseases, "TSMU after Abualiibn Sino"

Objective:To study and evaluate the effectiveness of current recommendations in the early diagnosis of primary knee OA in real clinical practice.

Material and methods: 26 patients (21 women and 5 men) aged 36 to 56 years (mean age 56.2±4.3 years) with a presumptive diagnosis of primary osteoarthritis (OA) of the knee joints (KJ) without typical radiographic manifestations were examined. Diagnosis of the disease was first verified in the conditions of the rheumatology department of the City Medical Center (CMC) No.2 after academician Tadzhiev K.T in the period from 2018 to 2021. In the process of verifying the diagnosis of early OA of the knee, according to modern recommendations, we comprehensively analyzed and evaluated: a) diagnostic criteria of the American College of Rheumatology - ACR, 1991 (the minimum level of typical radiographic symptoms of primary OA); b) anamnestic data, features of pain and articular syndromes and the results that were obtained with arthrosonography (ASG) and magnetic resonance imaging (MRI) of the knee joint.

Results: it was found that the most typical characteristics of both pain and articular syndromes in the initial stage of development of primary knee OA are: a) "mechanical rhythm" with heterogeneous pain sensations; b) episodes of not pronounced synovitis in history (mainly against the background of mechanical overload of the KJ) or at the time of examination; c) the presence of pain in the periarticular structural components of the KJ; c) remote crepitus with passive movement of the KJ and/or identified by auscultation of the KJ. On the other hand, the results of the study indicate that the characteristic changes in all structural components of the knee joint, visualized using both ASG and MRI, play a key role in the final substantiation of the diagnosis of early primary OA of the knee joint.

Conclusion: early diagnosis of primary knee OA is still a difficult task and, according to our results and the data of other researchers, requires a step-by-step solution of the following tasks: a) careful analysis and evaluation of anamnestic data; b) targeted search and identification of the most distinctive features of pain and articular syndromes; c) verification of typical changes in periarticular tissues, subchondral bones (SCB), cartilage and the presence of subclinical synovitis using ASG and MRI.

Key words: primary osteoarthritis, knee joints, pain syndrome, articular syndrome, arthrosonography, magnetic resonance imaging.

Давлатзода А.Д. *– унвонҷӯйи кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; 918 68 48 19.*

Давлатзода А.Д. *- соискатель кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ ТГМУ им. АбуалиибниСино, 918 68 48 19.*

Davlatzoda A.D. *- Applicant of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases of Abuali ibni Sino State Medical University, 918 68 48 19.*

ПРЕКОНДИТСИКУНОНИИ ИШЕМИЯВИИ МИОКАРД ДАР БЕМОРОНИ СТЕНОКАРДИЯИ УСТУВОР ДАР ЗАМИНАИ ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРАЁНИИ РЕЗИСТЕНТӢ

Раҳимов Ҷ.Ҷ.

Аспиранти рӯзонаи кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Муҳиммият. Тибқи ҳисобҳои ТУТ, ҳамасола беш аз 17 миллион нафар аз сактаи дил ё сактаи майнаи сар мефавтанд, ки дар онҳо оризаҳои дилу рагҳо (ОДР), аксар вақт дар заминаи фишорбаландии шараёнӣ (ФШ) рух додаанд. Бо вуҷуди ин, метавон исбот кард, ки бо ташхиси саривақтӣ ва табобати мунтазам 70-80%-и чунин маргҳоро пешгирӣ кардан мумкин аст [6].

Дуру дароз нигоҳ доштани сатҳи баланди фишори хун (ФХ), ба табобат бо ду ё зиёда доруҳои зидди фишорбаландӣ (ДЗФ) тобовар аст, ки гипертонияи идоранашаванда номида мешавад, хавфи пайдоиши бемории ишемиявии дил (БИД) ва бемориҳои майнаи сарро (БМС) ба таври назаррас зиёд мекунад. Дар табобат ҳангоми ҳассосият бо доруҳои зидди фишорбаландӣ, ду навъи фенотипи фишорбаландии шараёнии идоранашаванда, яъне фишорбаландии шараёнии резистентӣ ва рефрактериро ҷудо мекунанд [2].

Фенотипи маъмултарини фишорбаландии шараёнии идоранашаванда ин фишорбаландии шараёнии резистентӣ (ФШР) мебошад, ки дар 1/6 то 1/5 тамоми беморони гирифтори фишорбаландии шараёнии, ки табобати доруворӣ мегиранд, мушоҳида мешавад [1].

Оқибати бемории фишорбаландӣ, махсусан идоранашаванда, метавонад сабабгори пайдоиши бемории ишемияи дил, сактаи шадиди миокард, сактаи майнаи сар гардад. Маълум аст, ки фишори баланди хун ва бемориҳои системаи гардиши хунро бо воситаи пешгирикунанда, ташхиси пешакӣ ва табобати саривақтӣ ва босифат метавон пешгирӣ карда шавад. ТУТ тахмин мезанад, ки ҳамасола 17,5 миллион нафар аз сактаи дил ё сактаи майнаи сар мефавтанд. Бо вуҷуди ин, ба ҳама маълум аст, ки 80% ин маргҳоро пешгирӣ кардан мумкин аст [8].

Бори аввал дар тадқиқоти тачрибавӣ К. Реймер муайян кард, ки сатҳи аденозинтрифосфат (АТФ) пас аз якчанд ҳолатҳои дучоршавии саг ба ишемия, нисбат ба як маротиба дучоршавӣ ба он ба ишемия баландтар аст [5].

Дар худи ҳамон сол С. Мерри ва дигарон (1986) [3] ошкор намуданд, ки ҳодисаҳои такроран дучоршавӣ ба ишемия, ҳангоми минбаъд пайдо гардиданаш ба миокард таъсири муҳофизаткунандагӣ мерасонад ва нишон дода шудааст, ки ҳолатҳои такрории ишемия механизмҳои мутобиқшавиро ба вуҷуд меорад, ки миокардро аз даврахои минбаъдаи дучоршавӣ ба ишемияи давомнок мухофизат мекунанд. Ин падида прекондитсикунонии ишемиякӣ (ПИ) меноманд [7].

Дар айни замон самтҳои гуногуни татбиқи ПИ дар клиникаи бемориҳои дохилӣ босуръат омӯхта мешаванд [2]. Имконияти истифода ва хусусиятҳои таъсири кардиопротектории ПИ дар беморони гирифтори стенокардияи устувор (СУ) дар заминаи ФШР омӯхта нашудааст.

Мақсади таҳқиқот - омӯзиши хусусиятҳои ПИ дар беморони гирифтори СУ дар заминаи фишорбаландии шараёнӣ резистентӣ мебошад, зеро мушкилии расидан ба сатҳи мақсадноки фишори хун метавонад ба

мутобиқшавии миокард таъсири манфӣ расонад.

Мавод ва усулҳо. Тадқиқот 50 нафар беморони гирифтори бемории ишемикии дил аз ҳарду ҷинс, то 64 сола (синну соли миёна 60,1±5,6 сол), зуҳуроти СУ дараҷаи функсионалии 2 (ДФ) ва ФШ ҳамрадиф (аз ҷумла ФШ резистентӣ) дохил карда шуданд, бо натиҷаҳои велоэргометрия ва назорати шабонарӯзии фишори хун (НШФХ), ки пештар гузаронда шуда буданд, тасдик гардиданд.

Беморон бо розигии хаттии огоҳонидашуда ба 2 гурпҳи мувофиқи синну сол, ҷинс ва зудии дучоршавиашон ба ОДР ва бемориҳои ҳамроҳшаванда муқоисашаванда, тақсим карда шуданд: гурпҳи якум - 25 беморони ФШ резистентӣ; дуюм — 25 нафар беморони фишорбаландии шараёнии идорашаванда. Давомнокии миёнаи фишорбаландӣ дар беморони гурӯҳҳои 1 ва 2 мутаносибан 115,7±19,2 моҳ ва 112,8±17,3 моҳро ташкил дод. Ҳама беморон табобати стандартии зидди ишемикӣ гирифтанд: бета-блокаторҳо, нитратҳо, статинҳо, антиогрегантҳо.

Ба тадқиқот беморони солхӯрдаи гирифтори фишорбаландии рефракторӣ, сактаи дил ва сактаи майнаи сар (на пештар аз 6 моҳ); стенокардияи устувор ДФ 3-4, норасоии гардиши хун ДФ 3-4, диабети қанд, индекси вазни бадан і30 кг/м^2, бемории музмини обструктивии шушҳо, аритмияҳои шадид бо электрокардиостимуляторҳои имплантатсияшуда, атеросклерози окклюзии рагҳои андоми поён, рагҳои радиалӣ, каротид ва феморалӣ, дохил карда нашудаанд.

Ҷадвали 1. Таснифоти гирифторони бемории ишемиявии дил, ки ба тадқиқот фаро гирифта шудаанд.

Нишондодҳо	Гурӯҳи 1 (n=25)	Гурӯҳи 2 (n=25)	p
Мардон/занон	13/12	12/13	>0.05
Синну соли миёна, сол	61,1±4,6	59±6,5	>0.05
Муддати гирифторӣ ба фишорбаландии шараёнӣ	115.7±19J	112.8±17.3	>0,05
Сактаи дил аз сар гузаронида, %/мутлақ	446,0	3/12.0	>0,05
Коронарография, стенткунонӣ	3/12,0	3/12.0	>0.05
ДФ норасогии гардиши хун	1,8±0,3	1.7±0.4	>0.05
ВШХМС аз сар гузаронида, %/мутлақ	3/12.0	2/8,0	>0.05
Индекси вазни бадан, кг/м^2	30.6. ±3,3	30.1±3,9	>0,05

Дар давраи 1 (рӯзҳои аввал) аз ҷониби бакайдгирандаи «ИНКАРТ» тести ЭКГ пайвастгардидаи Холтеровск (ХМ ЭКГ), *бо қадамзании 6 дақиқагӣ гузаронида шуд.*

Нақшаи 2, Натиҷаҳои ХМ-ЭКГ пеш ва баъд аз прекондитсикунонии ишемиявӣ дар гурӯҳи беморони гирифтори КАГ

Нишондодҳо	то ПИ	баъди ПИ	P
Суръати кашиши мушакҳои дил рӯзона зарба /дақиқа	70,2±3,1	68.6±2,4	>0.05
Суръати кашиши мушакҳои дил шабона зарба /дақиқа	58,4±3,3	55,1±2.6	>0.05
Индекси сиркадианӣ	126,2±1,95	124,6±1,33	<0,05
Экстрасистолҳои меъдачавӣ дар давоми рӯз n	198,8±61,3	37.5±20.5	<0,05
Экстрасистолҳои меъдачавӣ дар давоми шаб n	45,9±18.4	11.2±4,7	<0.05
Экстрасистоҳои ҷуфт n	0,88±0.62	0.12±0.07	<0,01
Экстрасистоҳои гурӯҳӣ n	0,32±0.16	0,11±0,06	<0.05
Ҳолатҳои ишемияи миокард % мутлақ	4/12,0	2/4.0	*0.384
Давомнокии ҳолатҳои ишемияи миокард	341.7±35,4	124,0±18,4	<0,001
Тести роҳгардии 6-дакиқагӣ	471,8±11,4	501,3±11.8	<0.05

Масофаи тайшуда дар давоми санҷиши 6 дақиқавии пиёда пеш аз давраи ПИ ва дар охири мушоҳида мутаносибан 471,8 ± 11,5 ва 501,3 ± 11,9 м (p <0,001) буд. ки ин аз баланд шудани тахаммули миокард ба фаъолияти чисмонӣ шаходат медихад.

Дар мавриди динамикаи параметрҳои омпхташуда дар заминаи ҳолати прекондитсионии ишемикии 5-рпза дар як рпз ду маротиба дар беморони гирифтори БИД дар заминаи Фишорбаландии шараёнии резистенти, фарқиятҳо қайд карда шуданд, ки аз инҳо иборатанд:

• Индекси сиркадии ТД пеш аз ПИ нисбат ба давраи баъди ПИ пасттар аст (мутаносибан 118,9 ± 1,76 ва 120,2 ± 1,28, пеш аз ПИ ва баъд аз ПИ; p> 0,05). ки аз динамикаи андаке мусбати ин нишондод шаходат медихад;

· (ТШП) ва СМАД ва дар давоми 24 соат бо коркарди минбаъдаи маълумот. Дар марҳилаи дуюми тадқиқот, ПИ даврави дар давоми 5 рпз (бо протоколҳо) саҳар ва шом барои 3 давра бо истифода аз манжет аз тонометр (бо манжети фишурдани рагҳои китф болои фишори систоликӣ 50 мм сут. симоби ФШ дар давоми 5 дақиқа ва бо реперфузия дар давоми 5 дақиқа), бо минбаъд гузаронидани НМ-ЭКГ дар давоми 2 соат, амали гардид. Дар охири давра (дар рпзҳои 6-7) ба беморони СМАД, ХМ-ЭКГ дар давоми 24 соат, дубора гузаронида шуданд. Ин вариант барои моделсозии ПИ ҳамчун аз ҳама бештар вохӯранда интихоб карда шуд |4.9].

Таҳлили оморӣ бо истифода аз бастаи татбиқшавандаи «Statistics 10.0» гузаронида шуд. Арзишҳои мутлақ ҳамчун M ± SD пешниҳод карда мешаванд; муқоисаи арзишҳои нисбӣ аз рпи меъёри мутлақи x3 - мувофиқи меъёри Манн-Уитни U гузаронида шуд. Баҳодиҳии таносуби байни ҷуфтҳои аломатҳои миқдорӣ бо назардошти хусусияти тақсимоти Pearson ё таносуби ҳалқаи Spearman анҷом дода шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Таҳлили натиҷаҳои бадастомадаи омпзиши ХМ ЭКГ-и дар динамикаи беморони гирифтори бемории бемории ишемиявии дил дар заминаи Фишорбаландии шараёнии идорашаванда нишон медиҳад, ки индекси суръати таппиши дил (таносуби миёнаи шабонарпзӣ ба суръати миёнаи таппиши шабонарпзии дил) пеш аз ПИ. ба таври назаррас камтар пеш ва пас аз давраи ПИ (120,2 ± 1,95 ва I24,6±33, пеш аз ва баъд аз ПИ: p <0,001). ки динамикаи мусбати индекси сиркадии суръати таппиши дилро нисбат ба бузургиҳои муқаррарии ин нишондиҳандаро шаҳодат медиҳад.

Ғайр аз ин, дар охири мушохида дар як шабонарпз (p>0,05) ва шабона (p<0,05), махсусан экстрасистолахои чуфт ва гурухи (p<0,01) хеле кам шудани экстрасистолияи меъдачаҳо мушоҳида карда шуд.

Дар заминаи курси (5 рпз) прекондитсикунонии ишемикии 2 маротиба дар як рпз, шумораи ҳолатҳои ишемияи миокард кам ва давомнокии миёнаи ҳолатҳои ишемикӣ (p>0,05) баробар мешавад.

• дар охири мушохида як кадар кам шудани экстрасистолияи меъдачахо рузона ва шабона <p-> 0,05 | ва экстрасистолҳои ба таври назаррас ҷуфтшуда <p <0,001) мушоҳида мегардад;

• дар заминаи курси 5-рпзаи пеш аз муолиҷаи прекондитсионии ишемиявӣ шумораи ҳарду ҳолати ишемияи миокард <p <0,05) ва давомнокии миёнаи ҳолатҳои ишемикӣ кам шуд (p <0,001);

• масофае, ки хангоми тести 6-дакикаи пиёдагардӣ пеш аз давраи ИЛ ва дар охири мушохида тай карда шудааст, мутаносибан 458,8 ± 11,9 ва 488,6 ± 12,3 метрро (p <0,01) ташкил дод

Ҳамин тариқ, ҳангоми омпзиши таъсири курси прекондитсикунонӣ ишемикии 5-рпза (субҳ ва шом) ба нишондиҳандаҳои ХМ СБД ва ТШП дар беморони гирифтори стенокардияи устувор дар заминаи фишорбаландии шараёнӣ идорашаванда ва резистенти, маълум шуд, ки таъсири ПИ дар хамаи беморони ба тадқиқот дохилкардашуда, мушохида мешавад. Камшавии шумораи изофаҳо ва зиёдшавии масофа аз рпи ТШП таъсири кардиопротектории ПИ даврагиро дар беморони гирифтори стенокардияи устувори 2 ДФ ҳам дар заминаи фишорбаландии шараёнӣ идорашаванда ва резистенти нишон медиҳад. Таҳқиқоти ҳамаҷонибаи муқоисавии таъсири кардиопротектории СР дар беморони гирифтори бемории БИД дар заминаи КАГ ва РДГ ба миён омада ва минбаъд метавонад самаранокии табобатро зиёд кунад.

Ҷадвали 2. Натиҷаҳои ХМ -ЭКГ пеш предкондитсионерии ишемикӣ дар гурпҳи беморони гирифтори ФШР

Нишондодҳо	то ПИ	баъди ПИ	P
ТД рӯзона, зарба /дақиқа	69,2±3,0	67,8±3,1	
ТД шабона, зарба /дақиқа	58,2±3,1	56,4±2,6	
Индекси сиркадианӣ	118,9±1,76	120,2±1,28	
Экстрасистолияҳои меъдачавӣ дар давоми рӯз, n	228,4±71,2	68,1±21,4	
Экстрасистолияҳои меъдачавӣ дар давоми шаб, n	61,4±20,1	17,3±5,9	
Экстрасистолияҳои ҷуфт, n	0,95±0,72	0,19±0,08	
Экстрасистолияҳои гурӯҳӣ, n	0,41±0,19	0,24±0,11	<0,05
Ҳолатҳои ишемияи миокард, %/мутлақ	11/44,0	4/16,0	=0,0308
Давомнокии ҳолатҳои ишемия, сон	369,3±31,6	152,7±19,5	<0,001
Тести 6-дақиқагӣ пиёлагардӣ, м	458,8±11,9	488,6±12,3	<0,01

Адабиёт

1. Аксенова А.В., Есаулова Т.Е., Сивакова О.А., Чазова И.Е. Резистентная и рефрактерная артериальные гипертензии: сходства и различия, новые подходы к диагностике и лечению. Системные гипертензии. 2018;15(3):11-13. DOI: 10.26442/2075-082X_2018.3.11-13.

2. Щербакова, А.Р. Ишемическое прекондиционирование в клинике внутренних болезней и сосудистой хирургии/ Е.С. Щербакова, А.Р. Дунаева, Н.Ш. Загидуллин // Медицинский вестник Башкортостана. 2014.- Том 9, № 1. – с. 18-22.

3. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/ PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines / Whelton P.K, Carey R.M, Aronow W.S, Casey D.E, Collins K.J, Dennison Himmelfarb C et al.. // Hypertension. 2018; 71(6):1269–324. DOI: 10.1161/ HYP.0000000000000066.

4. Effect of ischemic preconditioning on repeated sprint ability in team sport athletes / N. Gibson, B. Mahony, C. Tracey [et al.] // J. Sports Sci. – 2015. – Vol. 33, № 11. – P. 1182-8.

5. Four brief periods of myocardial ischaemia cause no cumulative ATP loss or necrosis / Reimer KA [et al.] //Am J Physiol Heart Circ Physiol. – 1986. –251. – H1306-H1315.

6. Kasiakogias A, Tsioufis C, Dimitriadis K, Konstantinidis D, Koumelli A, Leontsinis I et al. Cardiovascular morbidity of severe resistant hypertension among treated uncontrolled hypertensives:a 4-year follow-up study. Journal of Human Hypertension. 2018;32(7):487–93. DOI: 10.1038/s41371-018-0065-y.

7. Murry, CE. Preconditioning with ischemia: a delay of cell injury in ischaemic myocardium / CE Murry, RB Jennings, KA Reimer // Circulation. – 1986. – 74(5). – 1124-1136.

8. Rosendorff C. Treatment of hypertension in patients with coronary artery disease. A scientific statement from the American Heart Association, American College of Cardiology, and American Society of Hypertension / C. Rosendorff, D.T. Lackland, M.Allison // Hypertension. 2015; 65: 1372-1407.

9. The Effect of Ischemic Preconditioning on Repealed Sprint Cycling Performance/S.D. Patterson, N.E. Bezodis, M. Glaister, J.R. Pattison // J. Med. Sci. Sports Exerc. – 2015. – Vol. 47, № 8. – P. 1652-8.

ИШЕМИЧЕСКОЕ ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ»

Рахимова Дж.Дж.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”

В статье приводятся данные обособенностях ишемического прекондиционирования у больных стабильной стенокардией (СС) на фоне резистентной артериальной гипертонии (АГ), так как сложность достижения целевого уровня АД может негативно влиять на адаптацию миокарда.

Статья посвящена актуальной на сегодняшний день проблеме сердечно-сосудистой патологии. В исследование включены50 больных обоего пола с ИБС, в возрасте до 64 лет (средний возраст 60,1±5,6 года), с проявлениями СС 2-го функционального класса (ФК) и сопутствующей АГ (в том числе резистентной АГ). В статье приводятся результаты изучения влияния курсового 5 дневного ишемического прекондициониро вания (утром и вечером) на показатели Холтермониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ) и теста 6-минутной ходьбы (ТШХ) у больных СС на фоне контролируемой (КАГ) и резистентной артериальной гипертонии (РАГ).

Установлена положительная динамикаизученных показателей, которая заключалась в следующем: к концу наблюдения после цикла ИПсниженный циркадный индекс ЧСС имеет тенденцию к повышению;отмечалось значительное уменьшение количества парных экстрасистол (p<0,001); уменьшение количества и длительности эпизодов ишемии (p<0,001) и увеличение дистанции по ТШХ (p<0,01) как на фоне контролируемой, так и резистентной артериальной гипертонии.

Сравнительное изучение и анализ кардиопротективных эффектов ИП у больных ИБС на фоне КАГ и РАГ в дальнейшем, может повышать эффективность проводимой терапии.

Ключевые слова: ишемическое прекондиционирование, средний возраст, резистентная артериальная гипертония, Холтермониторирование, тест 6-минутной ходьбы.

ANNOTATION TO THE ARTICLE “ISCHEMIC PRECONDITIONING OF THE MYOCARDIUM IN PATIENTS WITH STABLE ANGINA PECTORIS AGAINST THE BACKGROUND OF RESISTANT ARTERIAL HYPERTENSION”

Rakhimov J.J.

The article provides data on the features of ischemic preconditioning in patients with stable angina pectoris (SAP) against the background of resistant arterial hypertension (AH), since the difficulty of reaching the target blood pressure level can negatively affect the adaptation of the myocardium.

The article is devoted to the current problem of cardiovascular pathology. The study included 50 patients of both sexes with ischemic heart disease, aged up to 64 years (mean age 60.1±5.6 years), with manifestations of SAP of the 2nd functional class (FC) and concomitant hypertension (including resistant hypertension). The article presents the results of a study of the effect of 5-day ischemic preconditioning (in the morning and in the evening) on Holter ECG monitoring (HM ECG) and 6-minute walk test (SWT) in SAP patients against the background of controlled (CAH) and resistant arterial hypertension (RAH).

The positive dynamics of the studied indicators was established, which consisted in the following: by the end of the observation after the IP cycle, the reduced circadian heart rate index tends to increase; there was a significant decrease in the number of paired extrasystoles (p<0.001); a decrease in the number and duration of ischemic episodes (p<0.001) and an increase in the distance

according to SWT (p<0.01), both against the background of controlled and resistant arterial hypertension.

A comparative study and analysis of the cardioprotective effects of IP in patients with coronary artery disease on the background of CAH and RAH in the future can increase the effectiveness of the therapy.

Key words: ischemic preconditioning, middle age, resistant arterial hypertension, Holter monitoring, 6-minute walk test.

Раҳимов Ҷасур Ҷумабоевич- *аспиранти рпзонаи кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ ДДТТ ба номиАбуалиибниСино, jasur5000@yandex.ru, тел.: 918-52-92-35*

Рахимов Джасур Джумабоевич*–очный аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ ТГМУ им. АбуалиибниСино, E.mail: jasur5000@yandex.ru. тел.: 918-52-92-35*

Rakhimov Jasur Jumaboevich *– full-time postgraduate student of the Department of Propedeutics of Internal Diseases of the Abuali ibn Sino TSMU jasur5000@yandex.ru. tel.: 918-52-92-35*

ТАЪСИРИ “ЛИЗИНОПРИЛ” БА ПАРАМЕТРҲОИ МОРФОФУНКСИОНАЛИИ ДИЛ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРАЁНИИ КАЛОНСОЛ

Ҳиммат М.Ё.

Кафедраи бемориҳои дарунии №3, МДТ «ДДТТ ба номи Абпалӣ ибни Сино»

Муҳиммият. Дар давраи ҳозира фишорбаландии шараёнӣ (ФШ) ҳамчун яке аз бемориҳои ғайрисироятии паҳншуда ба ҳисоб меравад, ки дар 25,0-40,0% аҳолии калонсол вомехпрад. Қариб 90,0-95,0% ҳамаи воқеиятҳои ФШ ин бемории фишорбаландӣ аст [1,5,7,10]. Ба муриш аз бемориҳои дилу рагӣ (БДР) саҳми фишори шараёнӣ калон аст: давомнокии ҳаёт дар мардони аз ФШ ситамдида 8-10 сол кам гардида, дар занон бошад 5-6 сол кам аст [5,11].

ФШ шахсони калонсол ва пиронсол муҳимияти мусаллас дорад. Фишори шараёнии баланд зиёда аз 50,0%-и мардон ва занони аз 60 сола боло ва зиёда аз 80,0% дар шахсони аз 80 сола боло дида мешавад [2].

Пешгпйии фардӣ дар беморони фишори хуни баланддошта бисёр вақт аз дарачаи осебёбии узвҳо-нишон хусусан миокарди меъдачаи чап вобастагӣ дорад. Пайдоиши гипертрофияи меъдачаи чап (ГМЧ) омили муриши умумиро 4 маротиба зиёд намуда ва муриш аз БДР-ро 7-8 маротиба зиёд менамояд. Дар беморони ФШ ва ГМЧ дошта дар қиёси беморони массаи миокарди меъдачаи чап меъёридошта, омили пайдоиши 2-6 маротиба зиёд, оризаҳои дилу рагӣ исбот гардидааст. Дар ин ҷо массаи меъдачаи чап бо зиёдшавии БДР ва муриш коррелятсияи рост дорад. Калоншавии индекси миокарди меъдачаи чап ба 50г/м^2 ба зиёдшавии омили пайдоиши бемории ишемикии дил (БИД) ба 50,0% ҳамроҳӣ мекунад [3,4].

Омили нисбии муриш дар калоншавии миокарди меъдачаи чап ба 100гр ба 2,1 маротиба афзоиш ёфта, дар калоншавии ғафсии девораи қафои меъдачаи чап ба 0,1см ба 7 маротиба афзоиш меёбад. Пайдоиши ГМЧ омили муришро аз ҳамаи воқеаҳо 4 маротиба зиёд ва муриш аз БДР бошад 7-8 маротиба зиёд мешавад. Калоншавии индекси массаи миокарди меъдачаи чап ба ҳар як 10г/м^2 омили пайдоиши оризаҳои дилу рагӣ (ОДР) ба 22,0% афзоиш меёбад [6,8].

Омили муҳими пайдоиши ОДР дар ФШ ин вайроншавии профили меъёрии шабонарпзии фишори хун аст. Эҳтимолияти пайдоиши оризаҳои кардиоваскулярӣ дар шахсоне, ки пастшавии нокифоя ё барзиёди фишори хуни шабонарпзӣ доранд, нишон дода шудааст [9].

Дар замони ҳозира натиҷаҳои ташхисҳои илмии зиёд, ки ба омпзиши таъсири гурпҳҳои гуногуни маводҳои гипотензивӣ ба параметрҳои морфофункционалии беморони ФШ бахшида шуда буданд, аз нашр баромадаанд. Ташхисҳо бахшида ба таъсири маводҳои гипотензивӣ мухталифанд [12].

Нишони тадқиқот. Омпхтани таъсири лизиноприл (ингибитори ферменти ангио-

тензинмубаддалшуда) ба параметрҳои морфофункционалӣ дар беморони гирифтори фишорбаландии шараёнии шахсони калонсол дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.

Маводҳои тадқиқот. Ба ташхис 60 бемор (26 мардон ва 34 занон) синну солашон аз 60 то 73 сола (синни миёна 66,0±3,4 сол) бо ФШ I-II дараҷа аз рпи таснифоти ТУТ (1999) дохил гардидаанд. Дар 22 нафари онҳо ФШ I дараҷа (мулоим), дар 38 нафар – II дараҷа (миёна) ФШ ташхис шудааст (аз рпйи таснифоти ТУТ/МОАГ, 1999). Давомнокии беморӣ 9,6±2,2 солро ташкил додааст. Аз ташхис бемороне, ки фишорбаландии алоимӣ, норасогии дилии II-III дараҷа, диабети қанди декомпенсатсионӣ, вайроншавии вазнини ритми дилдошта хориҷ гардидаанд. Пас аз гузоштани ташхис беморон ба 2 гурпҳ тақсим гардиданд. Ба гурпҳи якум 30 нафар беморон сокинони таҳҷойии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ба гурпҳи дуюм 30 нафар беморон сокинони Ҷумҳурии Исломии Афғонистон дохил гардиданд.

Вояи аввали лизиноприл 5мг буд, ки дар оянда мувофиқи таъсири гипотензивии мавод зиёд карда шуда буд. Вояи миёнашабонарпзӣ 15мг-ро ташкил намуд. Нишондодҳои морфофункционалии дил бо ёрии усули эхокардиография ва доплер-кардиография аз рпйи усули стандартӣ аппарати “Philips medical sestems 455961284641 соли 2006” гузаронида шуд. Нишондодҳои зерин омпхта шуданд: андозаи диастоликии охир (КДР,мм), андозаи систоликии охир (КСР,мм), ҳаҷми диастоликии охир (КДО,мл), меъдачаи чап (ЛЖ), ҳаҷми систоликии охир (КСО,мл), ғафсии девораи пушти меъдачаи чап (ТЗСЛЖ,мм), дар диастола ва тавораи байнимеъдачавӣ (ТМЖП,мм), фраксияи партоиш (ФВ). Барои баҳодиҳии функсияи меъдачаи чап суръати максималии хунгардиши трансмитралӣ дар фазаи пуршавии тези меъдачаи чап (пик Ем/с) суръати максималии хунгардиши трансмитралии даҳлезҳо (пик А, м/с) муайян шудааст.

Модели геометрикии меъдачаи чап аз рпи массаи миокарди меъдачаи чап (ММЛЖ) ва ғафсии нисбии деворaҳо (ОТС) баҳо дода шуд. Массаи миокарди меъдачаи чап бо ёрии формулаи R.Devereux ҳисоб карда шуд: ММЛЖ=1,04 [(МЖП + ЗСЛЖ + КДР)^3 – (КДР)^3] – 13,6; ки дар он ҷо 1,04 зичии миокард (дар г/см^3) ва 13,6 – фактори ислоҳот ба граммҳо. Зиёдшавии массаи миокарди меъдачаи чап зиёда аз 220гр/м^2 барои мардон ва 160г/м^2 барои занон ҳисобида шуд. Ғафсии нисбии деворaҳо (ОТС), ки ҳамчун муносибати суммаи ТМЖПд ва ТЗСЛЖд (дар диастола) бар КДРЛЖ буд, ҳисобида шуд. Барои аниқ намудани хислатҳои азнавшавии сохторӣ-функсионалӣ индекси массаи миокарди меъдачаи чап, ҳисоб карда шуд. Майдони масоҳати бадан аз рпи формулаи ДюБуа: ППТ (м^2) = 0,007184 х қад^{0,725} (м) х массаи бадан 0,425 (кг); ки дар он ҷо 0,007184-коффисиенти эмпирии доимӣ ёфт шуда, ҳисоб карда шудааст. Аз рпйи натиҷаҳои ба дастомада намудҳои ГМЧ ва ремодели аниқ карда шуд. Гипертрофияи консентрикии миокарди меъдачаи чап (КГЛЖ) – ИММЛЖ 125г/м^2 барои мардон ва > 110г/м^2 барои занон, гипертрофияи эксентрикии миокарди меъдачаи чап (ЭГЛЖ) калоншавии ИММ г/м^2 ЛЖ ОТС ЛЖ < 0,45; ремоделии консентрикӣ (КРЛЖ) – ИММЖ < 125-110г/м^2 ОТС ЛЖ 0,45 аст.

Мониторинги шабонарпзии фишори хун (СМАД) бо ёрии монитори Terminal HewLett Packad (USA) гузаронида шуд. Индекси шабонарпзӣ (СИ) аз рпйи формулаи СИ = ФХрпзона – ФХшабона / ФХрпзона х 100,0% ҳисоб карда шуд. Вобаста аз бузургии индекси шабонарпзии ибтидоӣ гурпҳҳои зерини беморон тақсимот шуданд: “дипперҳо”, “нон-дипперҳо”, “овердипперҳо” ва “найт-пикерҳо”.

Барои таҳлили омории натиҷаҳои ташхис программаҳои стандартии оморӣ “STATISTICA” 6,0 (StatSoftine, USA, 2001) истифода бурда шуд. Нишонаҳои миқдории ташхисӣ бо тақсимоти меъёрӣ дар кори гузаронидашуда ба намуди M±m пешниҳод гардидааст, ки (M)-андозаи миёна, (m)-майли стандартӣ аст. Нишондодҳои ВРД ҳамчун нишонаи миқдоре, ки ба тақсимоти меъёрӣ дохил намешавад, дар ташхис ҳамчун фарқият байни гурпҳҳо ва алоқаи коррелят-

сионӣ оварда шудааст, омори боваринок дар p < 0,05, ҳисобида мешавад.

Нишондодҳои зерин ба ҳисоб гирифта шуд: андозаи диастоликии охири (КДР) меъдачаи чап (МЧ), фраксияи партоиш (ФП), ҳаҷми систоликии охир ва ҳаҷми диастоликии охир (КСО ва КДО) меъдачаи чап.

Ба модели геометрикии МЧ аз рпйи массаи миокарди МЧ ва ғафсии нисбии деворaҳо баҳо дода шуд. Аз рпйи нишондодҳои бадастомада геометрияи меъёрӣ, намудҳои ГМЧ ва ремоделӣ аниқ карда шуд.

Баҳодиҳии функсияи дистоликии МЧ дар ритми синусии реҷаи импулсии Д – ЭхоКГ гузаронида шуд. Нишондодҳои зерини хунгардиши трансмитралӣ муайян карда шуд: суръати қуллавии пуршавии диастоликии барвақтаина (Е, см/с) ва дерина (А, см/с), индекси Е/А.

Натиҷаҳои бадастомада: ба гурпҳи якум рақамҳои ибтидоии ФХ систоликӣ 158,6±14,3мм.сут.сим. ва ФХ диастоликӣ 100,2±8,8мм.сут.сим. ба ташхис ворид карда шуд. Дар охири курси табобати гурпҳи асосии беморон пастшавии саҳеҳи САД то 134,4±3,9мм.сут.сим. (ба 15,9%) ва ДАД то 80,4±6,4мм.сут.сим. (ба 19,7%) ба назар расид. Натиҷаи мусбати гипотензивӣ (пастшавии ФХ ба 10,0% ва аз он зиёд аз сатҳи аввалия) дар 84,2% воқеият ба даст омад. Сатҳи нишонии ФХ (САД 140мм.сут.сим. ва ДАД 90мм.сут.сим. ва аз он пасттар) дар 67,5% беморони ташхисшуда вохпрд.

Дар гурпҳи дуюми ташхисӣ дар вақти табобат эътиборнокии мусбат дида шуд, лекин назар ба гурпҳи якум на он қадар барҷаста буд. Ҳамин хел САД аз 156,2±3,3 то 137,9±3,2мм.сут.сим. (-11,7%), ДАД бошад аз 98,7±2,8 то 84,4±2,5мм.сут.сим. Дар ташхиси гемодинамикаи дарунидилӣ дар рафти табобат хусусиятҳои гуногун дида мешавад (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. Ҷараёни нишондодҳои эхокардиографӣ дар рафти табобати гурпххо

Нишондод	Беморони ҶТ n=30		Беморони ҶИА n=30	
	То табобат	Баъди табобат	То табобат	Баъди табобат
КДР, см	4,71±0,4	4,67±0,5	4,68±0,4	4,81±0,5*
КСР, см	2,8±0,4	2,78±0,3	2,87±0,4	2,95±0,5
КДО, мл	84,8±19,5	81,65±16,5*	77,4±15,7	78,3±18,3*
КСО, мл	38,59±0,4	34,65±0,5	37,03±0,4	35,8±0,5
ФВ, %	54,5	57,5*	52,3	54,3*
Е/А, ед	0,89±0,07	1,08±0,06	0,88±0,06	0,98±0,05

Эзоҳ: * - эътиборнокӣ нисбати нишондодҳои пеш аз табобат (p<0,05)

Чи хеле ки аз ҷадвали 1 бармеояд, дар беморон сокинони ҶТ (гурпҳи I), дар охири табобат пастшавии КДР ва КСР ва дар гурпҳи II (ҶИА) баландшавии эътиборнок КДР ва КСР дида мешавад. Мунтазамии монанд нисбати нишондодҳои ҳаҷмии гемодинамикаи дарунидилӣ низ дида мешавад. Ҳамин хел, дар гурпҳи I нишондодҳои КДО ва КСО паст шуда, дар гурпҳи II бошад хеле баланд гардидаанд. Дар баҳодиҳии нишондодҳое, ки ҳолати функсияи диастоликии МЧ (Е/А) нишон медиҳад, зиёда аз 22,0% хубшавии он дар сокинони ҶТ дида мешавад, дар гурпҳи II сокинони ҶИА 11,3%, ҳамин тариқ, нишондодҳои бадастомадаи гемодинамикаи дарунидилӣ аз ҷунбиши мусбат дар беморони ҶТ шаҳодат медиҳад.

Дар гурпҳи II намудҳои ФХ ба намуди “dippers”-32,0%, “non-dippers”-43,0%, “over-dippers”-13,0%, “night-peakers”-12,0% ба назар мерасид. Баъди курси табобати гипотензивӣ шумораи беморон бо профили ФХ - “dippers” то 50,0% зиёд шуд. Шумораи беморони “non-dippers” то 35,0%, “over-dippers” то 11,0% ва “night-peakers” то 4,0% кам шуд.

Аз рпйи натиҷаҳои МШФХ беморони гурпҳи I чунин тақсим гардиданд: dippers-30,0%, non-dippers-45,0%, over-dippers-15,0%, night-peakers-10,0%. Баъди курси табобати гипотензивӣ шумораи беморон бо профили физиологии ФХ – “dippers” то 60,0% зиёд гардидааст. Шумораи беморони “non-dippers” то 25,0% кам шуда “over-dippers” то 10,0% ва “night-peakers” то 5,0% кам гардидааст.

Инчунин КСР ҳам моил ба пастшавӣ дошт. Камшавии ИОТс МЧ (ба 11,0%) дар заминаи дигаргуниҳои дар боло зикршуда аз тарафи нишондодҳои ЭхоКГ аз ремоделии МЧ шаҳодат медиҳад.

Дар вақти гузаронидани табобат аз тарафи нишондодҳое, ки дараҷаи гипертрофияи МЧ (ТЗС, ТМЖП, ИММ) нишон медиҳад, ҷунбиши мусбат дида шуд. Дар охири курси табобат ТЗС МЧ ба 12,8% кам шуда, ТМЖП то 14,7%, ИММ ЛЖ то 13,7% кам гардидааст (Ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. Ҷараёни нишондодҳои морфофункционалии беморон пеш ва пас аз табобат бо лизиноприл

Нишондод	Пеш аз табобат	Баъди табобат
ТЗС ЛЖ, мм	11,7±0,1	10,2±0,1*
ТМЖП, мм	12,2±0,1	10,4±0,1*
МН ЛЖ, г	218,6±4,0	190,9±3,4*
ИММ ЛЖ, г/м	123,2±1,6	106,3±4,5*
ИОТС ЛЖ	0,527±0,006	0,469±0,005*
КДР, см	4,706±0,004	4,721±0,003*
КСР, см	2,841±0,004	2,796±0,003*
КДО, мл	91,4±1,0	86,4±0,9*
КСО, мл	37,5±0,2	33,8±0,2*
ФВ, %	60,1±0,3	60,1±0,2*
Е/А, ед	0,887±0,007	0,864±0,003*

Эзоҳ: * - саҳеҳӣ ба муносибати нишондодҳо пеш ва баъд аз табобат (P<0,05)

Дар вақти баҳодиҳии нишондодҳо, ҳолати диастоликии функсияи МЧ, хубшавии хеле зиёд (то 25,1%) ба намуди афзоиши суръати қуллагии пуршавии диастоликии барвақтаина ва дерина (Е/А) ба назар мерасад. Таъсири мусбат ба функсияи кашишхрии МЧ дил бо баландшавии фраксияи партоиш аз 10,0% ҳам зиёд дар вақти табобат, исбот шудааст.

Дар саршавии ташхиси беморони ҶТ КРЛЖ дар 21,0% беморон интисоб шуда буд, КГЛЖ дар 33,0% ва ЭГЛЖ дар 15,0% воқеият. Геометрияи меъёрии МЧ дар 31,5% шахсони ташхисшуда аниқ шуд. Дар охири табобат бемороне, ки лизиноприлро мегирифтанд, таъсири мусбати ин мавод ба ремоделии МЧ дил ба назар расид. Шумораи беморон КРЛЖ то 31,5% зиёд гардида, геометрияи меъёрии МЧ то 34,5%, ЭГЛЖ 12,0%-ро ташкил дода, шумораи беморони КГЛЖ то 22,0% кам гардидааст.

Дар беморони ҶИА геометрияи меъёрӣ дар 28,0%, КРЛЖ дар 24,0% КГЛЖ дар 30,0% ва ЭГЛЖ дар 18,0% беморон дида мешавад. Дар замимаи табобат бо лизиноприл дар ин гурпҳ ҷараён камтар буд. Шумораи беморони КРЛЖ то 30,0% зиёд гардида, ба ҳамин қадар (3,0%), шумораи шахсони ЭГЛЖ кам гардидааст. Шумораи шахсон бо геометрияи меъёрии МЧ ва ЭГЛЖ бошад, дигар нашудааст, дар қиёси пеш аз табобат ва таносубан 28,0% ва 18,0%-ро ташкил намудаанд.

Ҳамин тариқ, дар асоси нишондодҳои бадастомада, хулоса баровардан мумкин аст, ки лизиноприл дар вояи миёнатабобатӣ ба нишондодҳои морфофункционалии беморони фишорбаландии шараёнии шахсони калонсоли ҶТ таъсири мусоид мерасонад. Дар беморони ҶИА нишондодҳои бадастомада камтар ифода гардидааст. Ин ҳам ба нишондодҳои гемодинамикаи дарунидилӣ, ҳам ба профили шабонарпзии ФХ ва протсессҳои ремоделии МЧ тааллуқ дорад.

АДАБИЁТ

1. Бойцов С.А. Артериальная гипертония среди лиц 25-64 лет: Распространённость, осведомлённость, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ / С.А. Бойцов, Ю.А. Баланова, С.А. Шальнова и др. // Ж. Кардиоваскулярная терапия и профилактика-2014;4(13)

2. Зволинская Е.Ю. Эпидемиологическая ситуация по основным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации среди лиц молодого возраста / Е.Ю. Зволинская, А.А. Александров и т.д. // Ж. Кардиология-2015;12, стр. 63-69.

3. Зотова Т.Ю. Особенности клинического течения артериальной гипертензии в зависимости от полиморфного варианта гена AGTR1 / Т.Ю. Зотова, А.П. Кубанова и тд. // Ж. Клиническая медицина-2017;95(4), стр. 404-407.

4. Коннов М.В. Собственные и родительские предикторы низкого уровня холестерина липопротеидов высокой плотности у детей лиц с ранней коронарной болезнью сердца / М.В. Коннов, Л.М. Доборджгинидзе и др. // Ж. Кардиология-2016;3, стр.12-18.

5. Медведев И.Н. Состояние тромбоцитарной активности у больных артериальной гипертонией при метаболическом синдроме / И.Н. Медведев // Ж. Клиническая медицина-2017;95(8), стр. 719-723.

6. Михайлова О.О. Влияние модифицируемых факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений на "ускользание" эффективности антигипертензивной терапии / О.О. Михайлова, А.Ю. Литвин и др. // Ж. Терапевтический архив-2017;9, стр. 10-14.

7. Ураков К.З. Распространенность тревоги и депрессии у больных гипертонической болезнью пожилого возраста в сравнительном аспекте / К.З. Ураков, Г.Б. Ходжиева и др. // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. Душанбе-2018. стр. 94-97.

8. Фомина И.Г. Гипертрофия левого желудочка при артериальной гипертензии и риск развития аритмий / И.Г. Фомина, Т.А. Дьякова // Ж. Кардиоваскулярная терапия и профилактика-2006;8(5)

9. Bowen K.J., Ebi K. Multi-layered governance framework for incorporating social science insights into adapting to the health impacts of climate change. Citation: Glob Health Action 2013,6:21820.

10. Fares A. Winter Cardiovascular Diseases Phenomenon. N. Am J. Med Sci. 2013;5(4):266-279

11. Perk J., De Backer G., Gohlke H. et al. The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societjes on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J. 2012;33:1635-1701

12. Silva R., Silva D., Bastos J., et al. Anthropometric measures change and incidence of high blood pressure levels among adults. J. of Hypertension 2017;35(1):39-46

ДЕЙСТВИЕ ЛИЗИНОПРИЛА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Химмат М.Ё.

Кафедра внутренних болезней №3, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,

В исследование включены 60 пациентов в возрасте от 60 до 74 лет с артериальной гипертонией I-II степени тяжести по классификации ВОЗ (1999г). В I группу включены 30 больных коренных жителей Республики Таджикистан, II группу составили 30 пациентов проживающих в Исламской Республики Афганистан. Лизиноприл назначался в суточной дозе 15мг. При проведении исследования в I группе исходные цифры САД составили 158,6±3,3мм.рт.ст. и ДАД 100,2±8,8мм.рт.ст. и к концу курса лечения произошло достоверное понижение САД до 133,4±3,9мм.рт.ст. (-15,9%) и ДАД до 80,4±6,8мм.рт.ст. (-19,7%). При этом позитивный гипотензивный результат был достигнут в 85,2% случаев. Целевой уровень АД (САД 140,0мм.рт.ст. и ДАД 90,0мм.рт.ст. и ниже) отмечен у 67,5% обследованных пациентов.

Во II группе гипотензивный эффект также был достоверно положительным, но менее выраженным, по сравнению с I группой. Так, САД снизилось с 156,2±3,3 до 137,9±2,9мм. рт. ст. (-11,7%), ДАД соответственно с 98,7±2,8 до 84,4±2,5мм.рт.ст. (-14,4%).

При анализе внутрисердечной гемодинамики у больных проживающих в РТ (I группа), к концу курса лечения наблюдалась тенденция к снижению КДР и КСР, то во II группе (жителей ИРА) отмечено достоверное увеличение КДР и тенденция к увеличению КСР. Аналогичная закономерность наблюдалась и в отношении объёмных показателей внутрисердечной гемодинамики. Так в I группе КДО и КСО снижались, а во II они значительно возрастали. При оценке показателей, отражающих состояние диастолической функции ЛЖ (Е/А) констатировано её улучшение более 22,0% у жителей РТ и на 11,3% у лиц, проживающих ИРА. Полученные данные внутрисердечной гемодинамики свидетельствуют о более благоприятных сдвигах у пациентов, проживающих в РТ.

В начале исследования у жителей РТ КГЛЖ было установлено у 33,0% против 30,0%, ЭГЛЖ в 15,0% против 18,0% случаев. Нормальная геометрия ЛЖ констатировано у 31,5% против 28,0% обследованных лиц.

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать заключение, что лизиноприл при оптимальных среднетерапевтических дозах благоприятно влияет на морфофункциональные показатели у пожилых больных артериальной гипертонией проживающих в РТ. У пациентов наблюдаемых в ИРА полученные результаты были менее выраженными. Это касается как показателей внутрисердечной гемодинамики так и суточного профиля АД и процессов ремоделирования ЛЖ.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, гипертрофия левого желудочка, сердечно-сосудистые заболевания, Республика Таджикистан, Исламская Республика Афганистан, лизиноприл, ЭхоКГ, суточное мониторирование.

THE EFFECT OF LISINOPRIL ON THE MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL PARAMETERS OF THE HEART IN ELDERLY AGE PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASE.

Himmat M.Y.

Department of Internal Diseases № 3State educational institution Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino,

The study included 60 patients aged from 60 to 74 years with arterial hypertension of I-II degree severity according to the classification of the World Health Organization (1999). Group I included 30 sick native inhabitants of the Republic of Tajikistan, group II consisted of 30 patients living in the Islamic Republic of Afghanistan. Lisinopril was prescribed in a daily dose of 15 mg. When conducting a study in group I, the initial figures for Systolic Blood Pressure were 158.6 ± 3.3 mm Hg and Diastolic Blood Pressure 100.2 ± 8.8 mm Hg, and by the end of the course of treatment there was a significant decrease in Systolic Blood Pressure up to 133.4 ± 3.9 mm Hg and Diastolic Blood Pressure up to 80.4 ± 6.8 mm Hg (-19.7%). At the same time, a positive hypertensive result was achieved in 85.2% of cases. The target level of Blood pressure (Systolic blood pressure 140.0 mm Hg and Diastolic Blood Pressure 90.08 mm Hg and below) was observed in 67.5% of the examined patients.

In group II, the hypertensive effect was also significantly positive, but less pronounced, compared with group I. Thus, Systolic Blood Pressure decreased from 156.2 ± 3.3 mm Hg to 137.9 ± 2.9 mm Hg (-11.7%), Diastolic Blood Pressure, respectively, from 98.7 ± 2.8 to 84.4 ± 2.5 mm Hg (-14.4%).

When analyzing intracardiac hemodynamics in patients living in the Republic of Tajikistan (group I), by the end of the course of treatment, there was a tendency towards a decrease in the End Diastolic Size and the End Systolic Size,

then in group II (residents of the Islamic Republic of Afghanistan) there was a significant increase in the End Diastolic Size and a tendency to an increase in the End Systolic Size.

The similar pattern was observed in relation to the volumetric parameters of intracardiac hemodynamics. So in group I the End Diastolic Volume and the End Systolic Volume decreased, and in group II they increased significantly. When assessing indicators reflecting the state of diastolic function of the left ventricle (E/A) was stated that it is improved by more than 22.0% at residents of the Republic of Tajikistan and by 11.3% at people living in the Islamic Republic of Afghanistan. The obtained data of intracardiac hemodynamics indicate more favorable changes in patients living in the Republic of Tajikistan.

At the beginning of the study, in residents of the Republic of Tajikistan, the concentric hypertrophy the left ventricular was found in 33.0% versus 30.0%, and eccentric hypertrophy the left ventricular in 15% versus 18.0% of cases. The normal geometry of the left ventricle was found at 31.5% versus 28.0% of the examined individuals.

Thus, on the basis of the data obtained, it can be concluded that Lisinopril at optimal average therapeutic doses has a favorable effect on morphological and functional indicators in elderly age patients with arterial hypertension living in the Republic of Tajikistan. At patients observed in the Islamic Republic of Afghanistan, the results were less evident. This applies to both the indicators of intracardiac hemodynamics and the daily profile of blood pressure and the processes of left ventricular remodeling.

Key words: The hypertension disease left ventricular hypertrophy, cardiovascular diseases, the Republic of Tajikistan, the Islamic Republic of Afghanistan, Lisinopril, Echocardiogram, daily monitoring.

Ҳиммат Муҳаммад Ёсин *– докторанти PhD кафедраи бемориҳои дарунии №3, МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"*

Химмат Мухаммад Ёсин *– докторант PhD кафедры внутренних болезней №3, ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино"*

Himmat Muhammad Yosin *– doctor PhD of department of internal diseases № 3, SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino"*

БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

КРУНОВИРУС ОМИЛИ БЕСУБОТИИ СИҲАТ ВА ИҚТИСОД ДАР ХОНАВОДА (ДАР ШАРОИТИ АФҒОНИСТОН)

Залмай Мавлавизода
Донишкадаи Донишгоҳи тиббӣ, кафедраи атфоли Балх
(Ҷумҳурии Исломии Афонистон)

Муқаддима. Дар авохири декабри соли 2019, куруновирус (коронавирус)-и ҷадиде бо номи коронавируси навин ё Covid-19 боиси оғози шиюуи (паҳншавии) пневмония аз Воҳон (бозори ғизоҳои дарёии Ҳонон) ба саросари кишвари Чин шуд, ки дар ҳоли ҳозир таҳдидоти сиҳии бузургро барои саломатии умумиҷаҳонӣ эҷод кардааст. Давлат ва муҳаққиқони ҳавзаи сиҳии Чин иқдомоти сареъро барои контрули шиюъи (паҳншавӣ) он анҷом додаед ва таҳқиқоти этиологиро оғоз карданд. Дар 12.01. с.2020 созмони сиҳии ҷаҳон (WHO) ба таври муваққат ин вируси ҷадидро ба унвони коронавируси навин – 2019 номгузорӣ кард. Дар 30.01.2020 WHO шиюи коронавируси навинро ба унвони фаврияти сиҳати умумӣ бо нигароиши байналмилалӣ (PHEIC) эълом кард. Дар 11.02. с.2020 WHO расман маризии эҷодшуда аз коронавируси навин-2010-ро маризии Corona Virus Disease (Covid-19) номгузорӣ кард. Дар ҳамон рӯз, гурӯҳи мутомеи короновирус (esG)-и кумитаи байналмилалии табақабандии вирусҳо онро ба унвонисиндроми танаффусии (нафаскашӣ) ҳод ($SARS^2$) каронавирус 2- (SARS-CoV-2) номгузори кард. Дар 23.02. с.2020 теъдоди 71.47 воқеаи ковид-19 дар Чин таъйид шуд. Ин теъдоди антон (сирорят) аз паҳншавии синдроми шадиди танаффусии ҳод мвсум ба САРС дар соли 2002 дар Чин фаротар рафт (Алимпур, 1399).

Маризии сори Ковид-19 ночиӣ аз короновируси навин-2019 дар саросари ҷаҳон дар ҳоли густариш аст ва то авали марти 2020 теъдоди 67 кишвар, аз ҷумла кишвари мо мубтало ва даргир кардааст. Тибқи омори ҷаҳонӣ эъломшуда нархи маргу мир 3,4% барои ин мариз сабт шудааст. Алоими аввалияи Ковид-19 шомили пневмония, таб, дардҳои азалоти, ва хастагӣ мебошанд. То ба имрӯз давои зиддивирусии муваффақиятомезе барои уфунатҳои коронавируси навин-2019 аз назари клиникӣ таъйид нашуда ва дар дастрас нест, агарчӣ мутолиот дар дохил ва хориҷи кишвар дар ин замина оғоз шуда ва идома дорад. Бинобар ин вуқая (пешгирӣ) ва контроли антон ва риояти усули сиҳӣ тавассути усули мардум дар авлавият мебошад. Таҳқиқоти густурдае дар мавриди коронавируси навин-2019 ниёз аст, то машри интиқоли он ва механизмҳои патогении он ба таври дақиқ ва комил равшан шавад ва аҳдофи билқувваи муолиҷавӣ шиносоӣ гардад, ки метавонад дар тавсеаи иқдомоти мутадовили виқоявӣ (профилактикӣ) ва муолиҷавӣ муассир бошад. Бо таваҷҷуҳ ба маншаи падид омадани маризии Ковид-19 ба назар мерасад тавсияҳои тағзияӣ ва сиҳии дини мубини Ислом, ба вижа ғизои ҳалол ва бо таваҷҷуҳ ба маншаи падид омадани вируси Ковид-19-ро беш аз пеш бояд мавриди таваҷҷуҳ қарор дод ва барои муаррифии он ба саросари дунё талош кард. Адами эҷоди стресс ва изтироб дар миёни мардум зимни тавсия ва омӯзиши мардум ба риояти ҳама усули сиҳӣ ва саломат, ҳифзи оромиши мардум низ барои муқобила бо ин маризии Ковид-19 аз тариқи тавлиди ваксин ва даво ва ҳамчунин иқдомоти сиҳии муолиҷавӣ дар ояндаи наздик муҳаққиқ шавад.

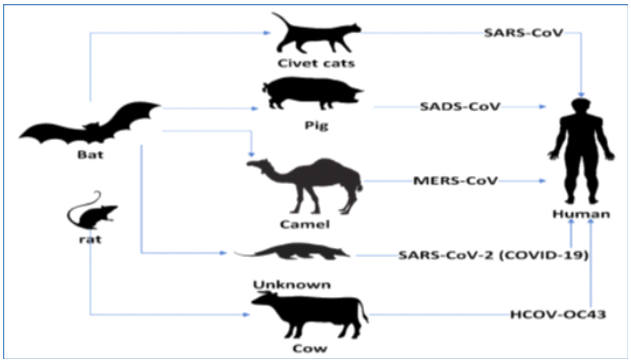
Аҳамият ва зарурати таҳқиқ. Коронавирусҳо хонаводаи бузурге аз вирусҳо ҳастанд, ки аз вируси сармохӯрдагӣ маъмулан то омили маризии SARS–ро шомил шуда, яке аз вижагии зоҳирии онҳо завиди (зиёдатии) тоҷмонанд бар рӯи сутуҳи хориҷии деворае онҳоест, ки ваҷҳи тасмияи (номгузории) онҳо ба номи коронавирус мебошад.

Пешина.

Коронавирусҳо ҷузъи вирусҳои RNA–дар

риштаи пушдор ва бо қутри 80-120 нм ҳастанд ва ба 4 гурӯҳ – алфа, бета, делта ва гама тақсим мешаванд. Пеш аз шиносоии COVID-19, танҳо 6 навъ коронавирус метавонистанд инсонро олуда кунанд ва COVID-19, ки узви хонаводаи беткоронаи вирусҳост, ҳафтумини онҳост. Аз байни ин вирусҳо чаҳор коронавирус –HcoV – 0C43, HCoV – 229E, HCoV – NL63, HCoVHKUI чандин патогенӣ нестанд ва фақат амрози танаффусии хафиф эҷод мекунанд (2), вале ду коронавирус –

Расми 1. – Маншаи ҳайвонии вирусҳои корона ё инсонӣ.

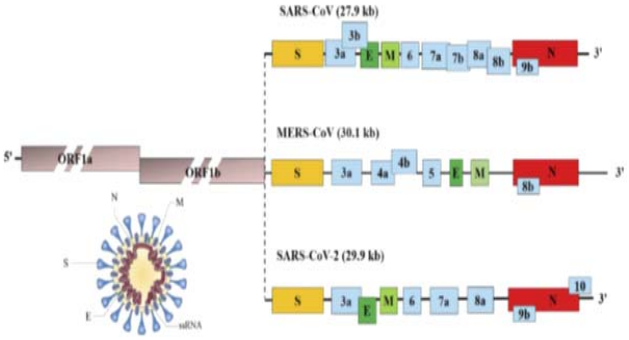


Вале ду коронавирус- SARS – CoV ва MERS_CoV, к ибо тартиб аз пишак ва шутур ба инсон интиқол шудаанд, ду эпидемияи кушандаро рақам задаанд. Дар ин миён механизми патогенези SARS–CoV ба COVID-19 бисёр мутобиқ аст. Ба иллати созгор шудани COVID-19 дар бадани хафош (кӯршабпарак), ки дараҷаи ҳарорати болотаре аз бадани инсон дорад, ин вирус нисбат ба демо (ҳарорат муқовимати бештаре аз SARS–CoV дорад.

Коронавирус дорои чаҳор протеини сохтмонии аслӣ ба номҳои S (SpiKe), E(Envelope), N (Nucleocapsid) ва M (Membrane) аст.

COVID-19 аз тариқи домени муттасилшаванда ва ретсептор ё RBD, ки протеини Spike қарор дорад, аз низоми энзим навъи 2 мубадали ангиотенсии ACE 2 ба унвони ретсептор истифода карда ва ҳуҷароти дорои ACE2-ро олуда мекунад. Ретсептори ACE2 дар ҳуҷароти алвеолярӣ, миосити қалб ва эндотелии уруқ (рагҳо) ба фавт ёфт мешавад. Ба иллати майли иттисолӣ болои COVID-19 ба ACE, теъдоди вирусе, ки ҳиҷаротро олуда мекунад, бештар аз соир коронам вирусҳост. Перитони ACE дар физиюлунсӣ ва патологияи системаи тамосулӣ аз ҷумла байза ва тухмдон низ муассир аст. COVID-19 эҳтимолан аз ин тариқ бар тавлиди сперма таъсир мекунад ва сабаби коҳиши теъдоди ин мешавад ва ҳамчунон бар тавлиди гармонҳои ҷинсӣ низ муассир аст ва метавонад ба коҳиши майли ҷинсӣ мунҷар шавад (2)

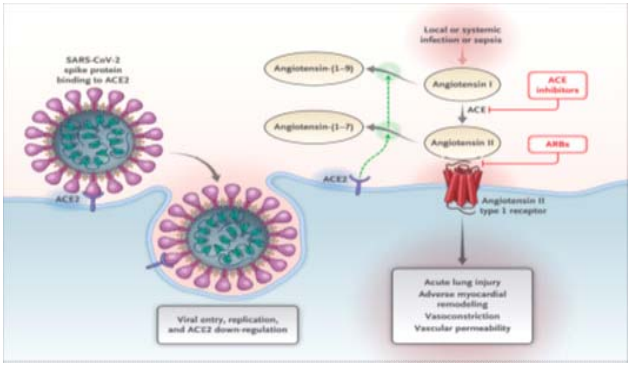
Расми 2. Муқоисаи ген ва массаи вируси куруно ва прутинҳои сохтмонии аслии вирусаш шомили ***N*** (***Nucleocapsid)***, ***E (Envelope)***, ***Ӯ S (Spike)*** ва ***M (Membrane)***.



Spike ва S гликотротеини хунсоз аст, ки ғишои интеграли навъи I дар ACE2 муттасил мешавад; сипас эндоситез вобаста ба pH рух медиҳад pH атсиди лизозома ва эндозем боиси фаъол шудани инзоимҳои котепсини B ва L ва шикаста шудани S гликопротеин ба ду зервоҳиди S1 ва S2 мешавад.. зери воҳиди S1 барои иттисол ва S2 барои идғом бо ғишои ҳуҷраи мизбон истифода мешавад. Вирус барои вуруд ба ситозоли ҳуҷра низ ниёз ба муҳити атсидӣ бо pH ҳудуди 3 дорад. Дар ситоплазмаи ҳуҷайра вирус бо кӯмаки RNA племар аз худ шурӯъ ба таксир мекунад ва ин вирусҳо пас аз хуруҷ аз ҳуҷайра, ҳуҷайраҳои муҷоварро олуда мекунанд. Ҳуҷайраҳои мизбон ҳамчунон бо баёни протеини Spike дар сатҳи худ боиси иттисоли ғишои ҳуҷайраҳои муҷовир ба якдигар ва эҷоди синни Syncytium мешавад. Куруновирусҳо бо эҷоди везикулаҳои дулоя, аз байни распаторҳои шиносоикунандаи алгу (PRR[5]) мамогисат карда ва дар натиҷа системаи муъофияти (иммунии) зотии онҳоро шиносоӣ намекунад ва даруни везикул ба талсири худ идома медиҳад, онҳо тавли-

ди энтероферменҳои типо I ба унвони яке аз муҳимтарин фоктурҳои зиддивурусиро аз кор меандозанд. Куруновирусҳо ҳамчунон дар арзаи антиген тавассути ҳуҷайраҳои муъофиятӣ ихтилол эҷод мекунанд.

Расми 3.**Вобастагии *19 COVID бо ретсептори ACE2.***



Алоими клиникӣ ва мушаххасоти лаборатории афроди маюб (мубтало) ба COVID-19 иборатанд аз: таб (9,87%), сурфа (7,67%), хастагӣ (1,38%), исҳал (7,3%), истифроғ (5%) алоими нодир аст, ки аз ин назар, мушобеҳи соир куруновирусҳо бо маншаи ҳайвонот аст. Синдроми дисстреси нафаскаши ҳод ё ARDS, ҳудудан 9 рӯз пас аз шурӯи антон буруз мекунад. Ин вирус илова бар рия (шуш) ба соир ансоҷ (бофтаҳо), аз ҷумла қалб, куллия (гурда), кабид (ҷигар), чашм ва системаи асаб осеб мезанад.

Омӯзиши маризон ва ҳамроҳон. Як муроқибати саломати огоҳ бояд контроли вазъияти мариз то беҳбуди дар иртибот бошад. Персоналии муроқибатҳои сиҳӣ бояд вазъияти сиҳии маризрл аз назари пешрафти алоим аз тариқи тамоси телефонӣ ва дар сурати имкон бо муроҷиаи ҳузурӣ ба сурати рӯзмарра баррасӣ намоянд. Мавриди DPD, ки дар 14 рӯз қабл дар шаҳри Hubai – Чин будаанд, низ шомили намунагирӣ дар ин дастурамал то иттилои баъдӣ мебошанд.

Илова бар ин маризон ва аъзои хонавода бояд дар заминаи сиҳати фардӣ, равишҳои вуқоя (пешгирӣ) ва контроли антон (сироят), тарзи муроқибат аз афроди машкук ба антон, тарзи пешгирӣ ва интиқоли сироят ба соир аъзои хонавода омӯзишҳои лозимро дарёт намоянд. Мариз ва хонавода бояд дар як ҳуҷраи ҷудогона ва бо таҳвияи (вентилятсияи) муносиб қарор диҳад.

Тавсияҳои зерро бояд амалӣ кард:

· Маҳдудияти иртиботи тамоси мариз бо афроди дигар, барои муроқибати мариз як нафар ихтисос дода шавад;

· Аъзои хонавода бояд равуо ба утоқи бистарии мариз худдорӣ намоянд;

· Тарадуд ва ҷобаҷоии марикро маҳдуд боша два фазои муштаракро баҳадди ақал бирасонед;

· Фарди мароқибаткунанда аз мариз замоне, к ибо фарди мариз дар як утоқ қарор дорад, бояд аз моски маъмулӣ истифода намояд;

· Сиҳати дастро фавран ба дунболи тамос бо афроди мариз ё муҳити атрофии онҳо анҷом диҳад;

· Ҳангоми истифода аз об ва собун, аз хулаҳои коғазии якбормасраф истифода шавад;

· Сиҳати танаффусӣ (нафаскашӣ) бояд дар ҳама аъзо ба вижа дар хусуси афроди мариз анҷом шавад;

· Маводи мавриди истифода қароргирифта барои пӯшонидани даҳон ва бинӣ баъд аз истифода ба равиши муносиб ҷамъоварӣ ва дафъ гардад, ё ба равиши муносиб шӯста шавад;

· Аз тамоси мустақим бо малоти бадан, ба хун тарашшуҳоти даҳан ё танаффус ва мадфуъ худдорӣ кунед;

· Дасткашҳо, ҳулаҳо, москҳо ва соир пасмондаҳои тавлидшуда тавассути мариз ё дар ҳинни анҷоми фароянди муроқибат аз мариз қабл аз дафъ бо соир пасмондаҳои хонагӣ бояд дар як зарфи сарпӯшдор дар утоқи мариз ҷамъоварӣ гардад;

· Риояти сиҳати фардӣ зарурист ва бояд истифода аз зуруфи ғизоӣ муштарак, сигори муштарак, ҳула ё дигар ашёи муштарак худдорӣ шавад;

· Шустушӯи зарфи ғизоии мариз бо об ва моеи зарфшӯӣ тавсия мешавад;

· Ба далели эҳтимоли эҷоди зарроти рези олудакунанда аз таконидани либосҳо ва дигар ашёи мариз худдорӣ шавад;

· Тавсия ба пайгирии тадовӣ ва муроҷиати муҷаддади мариз дар сурати буруҷи алоими хушдор.

Тавсияҳои Маркази сиҳии муҳит ва кор.

Маркази сиҳии муҳит ва кор дар ростан вазоифи кӯмакии худ иқдом ба тадвини дастурамал дар ин хусус барои ҳифзи сиҳати муҳити шифохонаҳо ва соир имкони умумӣ ва марокази таҳия ва тавзиҷи маводи ғизоӣ намуда, ки таваҷҷуҳ ба он метавонад дар ҷилавгирӣ аз ибтило ба ин маризӣ бисёр муфид ба фоида бошад.

Тавсияҳо барои имкони умумӣ ва марокари таҳия ва тавзичи маводи ғизоӣ

1. Насби роҳнамои контроли муҳити муқобила бо амрози нафаскашӣ дар маҳалу назорати мутасаддӣ нисбат ба иҷрои саҳеҳи он тавассути коркунон.

2. Насби табулҳои омӯзиши вуқаяҳо азинтиқоми амрози нафаскашӣ ба теъдоди кофӣ дар маҳал.

3. Вуҷуди маводи шӯянда, зиддиуфуникунанда, имконот ва таҷҳизоти назофат ба миқдори кофӣ ва лозим дар маҳал.

4. Истифода аз ҳавокаш ва системаи таҳвияи (вентилятсия) муносиб дар сервисҳои сиҳӣ.

5. Истифода аз персоналии махсус ба унвони масъули назофат ва истифода аз моск, дасткаш, либоси кор, хилъат дар ҳангоми назорат.

6. Ҷудосозии сатил, дастмолҳо ва соир васоили нафаскашӣ ва зиддиуфунатӣ кардани сервисҳои сиҳӣ аз васоили имконҳои дигар.

Пешниҳодот:

· Маризоне, ки аз назари клиникӣ дорои аърозу алоими COVID-19 ҳастанд ило сиҳатманд шудан аз зоир шудан ба иҷтимоот ҷилавгирӣ намоянд.

· Маризони маюб ба COVID-19-ро, ки вазъияташон вахим аст ба шифохонаи марбута роҷеъ ба тадобири ҷиддии сиҳӣ иттихоз гардад.

Тавсия ба оммаи мардум:

· Тавсияҳо ва дастурамалҳое, ки аз тарафи органҳои сиҳӣ ба мардум ироа мегардад. Ба гунаи ҷиддӣ муроот шавад.

· Тавсия мегардад, то ҳангоми воксин шудан тамоми мардум дар баробари вируси куруно бояд дар тақвияи системаи муъофият (иммунитетӣ)-и хеш талош намоянд.

Манобеъ

1. ایرانی، م. (1398)، مروری بر علایم ، مسیر های انتقال، روش های تداوی و راهای کنترول شیوع ویروس (COVID-19)، نشریه دانشگاه علوم پژشکی البرز شماره 2
2. فرنوش، غ.ر، علیشیری ، غ.ح. , حسینی و همکاران (1398) شناخت کرونا ویروس نوین 2019 و کوید 19 بر اساس شواهد موجود ، مجله طب نظامی ، دوره 22 ، شماره 1
3. ثبوتی، ف. , سواسری ، آریانا وهمکاران (1399) ویروس کرونا چالش جدید کنترول عفونت در دندان پژشکی ، مجله دانشگاه علوم پژشکی مازندران دوره 30 شماره 186
4. توکلی ، وحدت، کشاورز (1398) کرونا ویروس جدید 2019 (COVID-19) مریضی انتانی نوظهور در قرن 21 ، دوماه نامه طب جنوب دانشگاه علوم پژشکی و خدمات بهداشتی تداویی بوشهر، سال 22 ، شماره 6
5. موحدی،م. , فایزی، یوسفی (1398) ویروس کرونای جدید : از پشگیری و تداوی تا سازوکار تکثیر و گسترش در بدن انسان، نشریه نشأ علم، سال دهم ، شماره 1
6. امینی، کتایون وحدت ، اعظم ، اکرم نجفی و همکاران (1392) مروری بر کرونا ویروس جدید عامل سندروم حاد تنفسی خاورمیانه (MERS) ، دانشگاه علوم پژشکی وخدمات بهداشتی بوشهر ، شماره 6
7. شهیاد، محمدی ،(۱۳۹۹)، آثار روانشناختي گسترش مریضی کووید- ۱۹ بر وضیعت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری
8. M.M. Sajadi, P. Habibzadeh, A. Vintzileos, et al.,(2020): Temperature, Humidity, and Latitude Analysis to Predict Potential Spread and Seasonality for COVID-19
9. Charoenngam . N, Holick.M.F ,(2020) : Immunologic Effects of Vitamin D on Human Health and Disease
10. Brenner.H, Holleczek . B , Schцttker . B, (2020) : Vitamin D Insufficiency and Deficiency and Mortality from Respiratory Diseases in a Cohort of Older Adults: Potential for Limiting the Death Toll during and beyond the COVID-19 Pandemic
11. Paula M. O'Shea1* , Tomбs P. Griffin: Michelle Brennan3 and Eamon C. Mulkerrin3(2020). COVID-19: the older adult and the importance of vitamin D sufficiency
12. Carlos A. Camargo Jr.1 and Adrian R. Martineau2:(2020): Vitamin D to prevent COVID-19: recommendations for the design of clinical trials

КОРОНАВИРУС КАК ФАКТОР ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ ЗДОРОВЬЯ И ЭКОНОМИКИ ДОМОХОЗЯЙСТВ (В УСЛОВИЯХ АФГАНИСТАНА)

Залмай Мавлавизода,
Медицинский факультет Балхского университета
(Исламская Республика Афганистан), кафедра педиатрии.

Цель исследования. Изучить ситуацию с коронавирусной инфекцией Ковид-19 в Афганистане, ее влияние на экономическую ситуацию в домохозяйствах и предложить меры по оптимизации мер по предупреждению заболеваний.

Результаты исследования. В статье излагаются общие сведения о ситуации с коронавирусной инфекцией в мире и в Афганистане. Приводятся наиболее часто встречаемые клинические синдромы и лабораторные признаки больных Ковид-19, временной промежуток с момента заражения и до проявления наиболее выраженных симптомов, к примеру, острого респираторного дистресс-синдрома, кратко излагаются результаты влияния вируса, кроме легких, на другие органы: сердце, почки, печень, глаза и нервную систему.

Вывод. Больным и членам домохозяйств необходимо соблюдать меры личной и общей профилактики и предупреждения заражения Ковид-19, необходимо разработать нормы и меню здорового питания с учетом особенностей халяльного питания для мусульман.

Ключевые слова: Ковид-19, профилактики, заражения, домохозяйств.

CORONAVIRUS AS A FACTOR OF DESTABILIZING THE HEALTH AND ECONOMY OF HOUSEHOLDS (IN THE CONDITIONS OF AFGHANISTAN)

Zalmay Mavlavizoda,
Medical University of Balkh (Islamic Republic of Afghanistan), children's department

Purpose of the study. To study the situation with coronavirus infection Covid-19 in Afghanistan, its impact on the economic situation in households and propose measures to optimize disease prevention measures.

Research results. The article provides general information about the situation with coronavirus infection in the world and in Afghanistan. The most common clinical syndromes and laboratory signs of patients with Covid-19 are given, the time interval from the moment of infection to the manifestation of the most pronounced symptoms, for example, acute respiratory distress syndrome, the results of the effect of the virus, except for the lungs, on other organs are summarized: heart, kidneys, liver, eyes and nervous system.

Conclusion. Patients and members of households must comply with measures of personal and general prevention of infection with Covid-19, it is necessary to develop norms and a menu of healthy eating, taking into account the peculiarities of halal nutrition for muslims.

Key words: Covid -19, prevention infection households

Залмай Мавлавизода *– ассистенти кафедраи педиатрияи факултети тиббии Донишгоҳи Балх.*

Залмай Мавлавизода *- асситент кафедры педиатрии медицинского факультета Балхского университета:*

Zalmay Mavlavizoda *- Assistant of the Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Balkh University.*

ХУСУСИЯТҲОИ ҶАРАЁНИ КЛИНИКӢ ВА ТАБОБАТИ СИРОЯТИ НАВИ КОРОНАВИРУС COVID-19 ДАР КӮДАКОНИ СИННУ СОЛИ МАКТАБӢ ВА КАЛОНСОЛОН ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Мадҷонова М.Ҷ., Хоҷаева Н.М.

Кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакони МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муҳиммият. Сирояти коронавирусии соли 2019 (COVID-19) сирояти роҳҳои нафас аст, ки тавассути коронавирус ба вуҷуд меояд, вай бори нахуст дар Ухан, Чин, дар декабри соли 2019 ошкор карда шуд. Маълум аст, ки дар аксари бештари одамони гирифтори COVID-19 танҳо ҷараёни сабук ё беоризаи беморӣ дида мешавад, ва тақрибан дар 14% -и беморон ҷараёни вазнини беморӣ сурат мегирад ва бистарикуниро талаб мекунад, танҳо дар 5%-и ҳолатҳо ба шуъбаи реаниматсия ва табобати интенсивӣ гузаронидани беморон лозим мешавад [1,2,3,4,6]. Дар ҳолатҳои вазнин дар беморони аз 60-сола боло хатар зиёд мешавад ва сирояти COVID-19 метавонад оризаҳои дистресс-синдроми шадиди респираторӣ, сепсис ва шоки септикӣ, норасоии бисёрузвӣ, аз ҷумла норасоии шадиди гурдаҳо ва осебҳои миокардро ба бор оварад [2,5,7,8]. Омилҳои хатари ҷараёни вазнини клиникӣ дар беморон бемориҳои ҳамроҳшудаи ғайрисироятӣ мебошанд: диабет, бемории фишорбаландӣ, бемориҳои дил, бемориҳои музмини шушҳо, сил, серебровакулярӣ, бемориҳои музмини гурдаҳо, фарбеҳӣ, иммуносупрессия ва саратон, ки фавтияти баланд ҳамбастагии зич доранд [1,4,5,6,8]. Таъкид кардан ба маврид аст, ки дар 6 моҳи соли 2020 дар ҷумҳурӣ 40 ҳазор кӯдаки аз 1- то 18-сола гирифтори сироятҳои вирусии шадиди респираторӣ гаштаанд. Аз онҳо дар 80 нафар (0,1%) таҳлилҳои махсуси сирояти COVID-19 натиҷаҳои мусбат доданд.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои клиникии ҷараён ва табобати сирояти нави коронавирус Covid-19 дар калонсолон ва кӯдакони Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ташхиси сирояти нави коронавирус Covid-19 дар беморони бистришуда ва амбулаторӣдар асоси аломатҳои клиникии асосӣ ва намунаҳои мусбати молишакҳои роҳҳои болоии нафаскашӣ аз биниву ҳалқ ё ҳалқум ва баъдан гузоштани аксуламали полимеразии занҷирӣ бо траскрипсияи баръакс (ОТ-ПСР) гузошта шуд. Ҳангоми нигоҳ боқӣ мондани шубҳа ва натиҷаҳои манфии тести намунаҳо аз роҳҳои болоии нафаскашӣ молишак-намуна аз роҳҳои поёнии нафаскашӣ гирифта шуд. Таҳқиқоти клиникии доштани 60 нафар бемори калонсол, ки дар табобати статсионарии беморхонаи сироятии ш. Регар қарор доштанд ва 80-кӯдаке, ки дар табобати амбулатории Ҷумҳурии Тоҷикистон, аз ҷумла кӯдакон аз ш. Душанбе 65 (81,2%), аз вилояти Хатлон 12(15%), вилояти Суғд 3 (3,8%) буданд.

Аз ҷумлаи беморони калонсоли бистаришуда, шахсони то 30-сола 7 (11,7%), аз 30 то 60-сола 42(70%), болотар аз 60-сола 11 (18,3%) бемор бюуданд, беморӣ бештар дар марҷдҳо 40(66,7%), нисбат ба занҳо 20 (33,3%) ба қайд гирифта шуд.

Меъёрҳои дараҷаҳои вазнинии COVID-19 дар ҳамаи бемороназ рӯйи возеҳии симптомҳои интоксикатсия ва оризаҳо, ҳамчунин аз рӯйи мавҷуд будани бемориҳои ҳамроҳшуда, баҳогузорӣ карда шуд.

Коркарди омории маълумотҳои ба даст овардашуда бо истифода аз бастаи таҳлили омории маълумотҳо «Statistica», 6.0 анҷом дода шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Аз ҷумлаи кӯдакони аз тарафи мо таҳқиқшудаи дорои COVID-19, 20% кӯдакон ягон аломати клиникии бемориҳои сироятиро надоштанд, дар 80 % -и кӯдакон зуҳуроти сабуки катаралӣ дар шакли дарди гулӯҳангом фурӯбарии хӯрок дар 28(35%), сулфаҳои ягон-ягони хушк дар 23(28,7%), сурх шудани ҳалқум дар 20(25%) кӯдак, ҳамчунин табларзаи субфебрилӣ дар 25(31,2%) ба мушоҳида расид. Дар муқоиса аз беморони калонсол, дар кӯдакон аломатҳои норасоии нафаскашӣ, ҳарорати баланд ва симптомҳои интоксикатсия дида шуд. Ҳамаи кӯдакон таҳти муоинаи амбулаторӣ қарор доштанд

ва бо мақсади пешгирӣ ва табобати шаклҳои сабуки беморӣ мо доруҳои интерферон альфа2b Виферонро дар шакли марҳам барои молидан ба сӯрохиҳои бинӣ 2-3 маротиба, Виферон дар шакли супозитория бо 1,5 000 0 МЕ 2 маротиба per.rectum, дар давоми 10 рӯз, ҳамчунин нӯшокии зиёд, чойқонидани гулӯ бо маҳлулҳои бактериотсидиро (маҳлули намак, декасан, горостен) 5-6 маротиба таъйин кардем.

Нишондод барои бистарикунонии калонсолони гирифтори сирояти коронавирусии COVID-19 баланд шудани ҳарорат дар давоми зиёда аз 5 рӯз, нафастангӣ >25 дар як дақиқа, оксигендории хун (SpO2) камтар аз 93% буданд. Тибқи маълумотҳои анамнези беморони бистаришудаи гирифтори COVID-19 муқаррар карда шуд, ки бештари онҳо 53 (88,3%) дер, баъди 5 рӯзи саршавии беморӣ ва танҳо 7(11,7%) баъди 3-4 рӯзи саршавии беморӣ ба беморхона омадаанд. Дар анамнези беморони дер ба беморхона воридшуда табобат бо якчанд доруҳои зиддибактериявӣ сурат гирифтааст, ки ҳам ба таври дохилимушакӣ ва ҳам дохиливаридӣ тазриқ шудаанд, инчунин маҳлули Рингера, Реосорбилакта, маҳлули 10%-и глюкоза қатрагӣ ворид карда шудаанд. Дар беморони гирифтори COVID-19, ки аз тарафи мо муоина шудаанд, аломатҳои клиникӣ бо симптомҳои гуногун ҷараён дошт. Беморӣ дар ҳамаи онҳо ба таври шадид бо симптомҳои махсус дар шакли баланд шудани ҳарорат дар 50(83,3%), сустии умумӣ дар 45(75%), беиштиҳоӣ дар 28(46,7%), нафастангӣ дар 25(41,7%), эҳсоси вазнинӣ дар мавзеи қафаси сина дар 22 (36,7%), дарди мушакҳо дар 11(18,3%) сар шудааст. Ғайр аз ин, симптомҳои номахсус дар шакли дарди сар дар 45(75%), маҳкам шудани бинӣ дар 29(43,3%), дилбеҳузуршавӣ дар 25(41,7%), дарди гулӯ дар 18(30%), диарея дар 10(16,7%), қайкундар 6(10%) бемор ба мушоҳида расид.

Ҳамчунин, дар сурати пайдо шудани симптомҳои респираторӣ дар 28(46,7%) бемор нест шудани ҳисси шомма (бӯйҳискунӣ) ё худ аносмия, дар 18(30%) бемор нест шудани зоиқа ё агевзия дида шуд. Аз беморони бистаришудаи гирифтори COVID-19 бемориҳои ҳамроҳшуда дар шакли фарбеҳӣ дар 7(11,7%), диабети қанд дар 6 (10%), фишорбаландӣ дар 6 (10%), эпилепсия (саръ) дар 3 (5%) бемор ба чашм расид.

Дар ҷараёни беморӣ, дар бештари онҳо 49 (81,7%) таҳлука, дар 40(66,7%) депрессия, дар 15(25%) – таҳрикоти психомоторӣ ба назар расид.

Дар ҷараёни беморӣ, дар **11(18,3%)** бемори калонсолони аз 60-сола болои гирифтори сирояти коронавирусии COVID-19 вобаста аз суст будани масуният ҷараёни атипӣ муайян карда шуд, зеро беморӣ бидуни табларза сурат гирифт ва дар айни замон дар ҳамаи онҳо сустии умумӣ, беиштиҳоӣ, дида шуд, дар 6 (54,5%)-и беморон паст шудани мутаммарказсозии таваҷҷуҳ ва фаъолнокии ҷисмонӣ, дар 3(27,2%)- и беморон делирия муайян карда шуд.Беморӣ дар аксари бештари беморони гирифтори COVID-19 дар синну соли то 30 -сола 52(86,7%) дар шакли вазнин ва дар 8(13,3%) дар шакли миёнаи вазнинӣ ҷараён дошт.

Дар беморони мубтало ба шакли миёнаи вазнинӣ дар рентгенограммаи шушҳо аломатҳои пневмонияи ҳиссаҳои поёнӣ дида шуд, SpO2 зиёда аз 93%, миқдори нафаскашӣ аз 30 дақиқа зиёд буд.

Табобати беморони гирифтори сирояти нави коронавируси COVID-19-ро мо тибқи тавсияҳои муваққатии методии кории аз тарафи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии ҶТ тасдиқшуда (нашри 3) аз 21-уми июли соли 2020, №345 гузаронидем.

Дар табобати беморони мубтало ба шакли миёнаи вазнини беморӣ аз рӯзҳои аввали бистаришавӣ сар карда, интерферон алфа 2b (виферон дар намуди супозиторҳо) бо 3 000 000 МЕ, 2 маротиба дар шабонарӯз, per rectum давоми 10 рӯз, азитромитсин бо 500 мг як маротиба дар шабонарӯз,баъдан бо 250 мг.(давоми 4 рӯз), сефтриаксон 1 гр. 2 маротиба д\м,аспирин (кислотаи атсетилсалитсилинӣ) то 300 мг. 2 маротиба, витамини Д3(1000-2000 МЕ) д\м дар шабонарӯз, ҳамчунин нӯшокии зиёд то 3 3 литров дар шабонарӯз таъйин карда шуд.

Азбаски беморони гирифтори COVID-19 дар шакли вазнини беморӣ то 5 рӯз дер ба

беморхона омадаанд, ба онҳо мутаносибан тибқи протоколҳои тасдиқшуда чунин дорухо дар шакли интерферон алфа2b (виферон дар намуди супозиторҳо) бо 3 000 000 МЕ, 2 маротиба дар шабонарӯз, per rectum давоми 10 рӯз, левофлоксатсин бо 500 мг 2 маротиба д/в, 7-10 рӯз ё сефтриаксон +сулбактамам -1,5 гр х 2 маротиба д/м 10 рӯз, витамини Д3(1000-2000 МЕ)д\м дар шабонарӯз. Ғайр аз ин, антикоагулянтҳо дар шакли видеклексан 0,6 х 2 маротиба ё гепарин 5000 воҳид дар ҳар як 6 соат п\к тайин карда шуд.

Бо мақсади барқарор намудани норасоии нафаскашӣ дар беморони гирифтори шакли вазнини беморӣ оксиген дода шуд, ҳамчунин дар 15 (28,9%) –и беморон баъди шабонарӯзи 5-уми бистаришавӣ бинобар юад шудани ҳолати саломатӣ антибиотики меропенем бо 1 гр. 2 маротиба д\в ва ҳамзамон бо мақсади пешгирӣ намудани дисбактериози рӯдаҳо биопрепаратҳо дар намуди лактоджи, линекса бо 1 капсула 3 маротиба, ва флуканазол бо дозаи 150 мг 2-3 маротиба таъйин карда шуд. Ҳамчунин беморони калонсол магний В6 бо 2 ҳабб 4 маротиба, ва 3 (20%) бемори дорои табларзаи устувор ва тӯлнӣ (зиёда аз 38, ^{0}С), ҳангоми зиёд шудани миқдори лейкоситҳо, лимфоситҳо ва CRP дар хун ингибиторҳои ретсепторҳои ИЛ-6 – Тотсилизумаб(анти ИЛ-6) - 800 мг. д\в (дар шакли инфузия) дар 100 мл. 0,9% NaCl давоми 60 дақиқа як маротиба однократно ва дар як (6,7%) бемор таҳти назорати фишори шарёнӣ бо истифода аз метил преднизолон ба миқдори 1000 мг. Дохиливаридӣ яккарата давоми 3 рӯз пулсотерапия гузаронида шуд. Беморони гирифтори шаклҳои вазнини беморӣ 10 (19,2%) вобаста аз пайдо шудани тарсу ваҳм ва таҳлука персин, фенибут, афобазол ва се нафари онҳо, ки эпилепсия дошганд, доруи феназипам таъйин кардем.

Беморони бистаришуда таҳти назорати доимӣ қарор доштанд, ҳамарӯза якчанд маротиба ҳарорати бадан, миқдори нафаскашиашон ва SpO2-и хунашон чен карда мешуд.

Таҳти назорати фишори марказии варидӣ ва диурез дар беморони вазнини гирифтори COVID-19 бо мақсади пешгирӣ намудани гиповолемия регидрататсияи оралӣ ва инфузия бо маҳлулҳои Рингер, глюкоза, реосорбилакт, реамберин гузаронида шуд.

Бо мақсади пешгирӣ намудани омоси майнаи сар ва варами шушҳо бо гузаронидани табобати инфузионӣ мо лазикс/фурасемид 1% 2-4 мл д/м ё д/в болюсӣ-ро таъйин кардем. С целью предупреждения отёка мозга и отёка лёгких с проведением инфузионной терапии нами были назначены

Аз ҷумлаи беморони бистаришуда дар 2 нафар синдроми вазнини шадиди респираторӣ пайдо шуд, бинобар ҳамин ин беморон ба дастгоҳи ИВЛ (вентиялятсияи сунъии шушҳо) насб карда шуданд, дар натиҷа як нафар бемор дар шабонарӯзи дуюм фавтид ва бемори дуюм баъди беҳтар шудани ҳолаташ дар шабонарӯзи 8-уми нафасгирии сунъӣ аз дастгоҳ нафасдиҳӣ гирифта шуд.

Беҳтар шудани ҳолати бисёр беморон (66,7%) бо беҳтар шудани симтпромҳои клиникӣ ва нишондиҳандаҳои лабораторӣ хун дар шабонарӯзи 8-10 ум, дар 33,3% дар шабонарӯзи 14-20 –уми баъди бистаришавӣ ба назар расид. 59 беморони гирифтори COVID-19 ҳангоми шифоёбии клиникӣ аз статсионар дар сурати ба даст овардани 2 натиҷаи манфӣ бо фосилаи 24 соат аз беморхона рухсат карда шуданд..

Хулосаҳо. Аз миқдори умумии кӯдакони мубтало ба COVID-19, дар 20% ягон аломати клиники бемориҳои сироятӣ набуд, дар 80 %-и кӯдакон аломатсабуки клиникӣ ба назар расид. Бо мақсади пешгирӣ ва табобати кӯдакони мубтало ба шакли сабуки беморӣ доруи интерферон алфа 2b виферон дар намуди марҳам барои ба сӯрохиҳои бинӣ молидан, (Виферон дар намуди супозитория) бо 1,5 000 0 МЕ 2 карат per.rectum, дар давоми 10 рӯз таъйин карда шуд. Дар бештари 53 (88,3%) беморони гирифтори COVID-19 ба статсионар дер овардани онҳо ба назар мерасад. Аз миқдори беморони мубтало ба сирояти коронавируси нав COVID-19 дар 18,3%-и беморони аз 60-сола боло COVID-19 вобаста аз суст будани ма-

суният, ҷараёни атипии беморӣ ба қайд гирифта шуд, дар 54,5%-и беморон паст шудани консентратсияи таваҷҷуҳ ба фаъолнокии ҷисмонӣ ва дар 3(27,2%) -и онҳо пайдо шудани делирия ба мушоҳида расид.

Дар табобати беморони калонсоли дорои шаклҳои миёнавазнин ва вазнини COVID-19 низ доруи самараноки махсуси этиотропӣ доруи алфаи рекомбинантии 2b интерферон (Виферон дар шакли супозитория) бо 3 000 000 МЕ, 2 карат дар як шабонарӯз, per rectum дар давоми 10 рӯз ба шумор меравад, дар3 (20%) бемори дорои табларзаи тӯлонӣ ва устувор (зиёда аз 38,^{0}C), ҳангоми зиёд шудани миқдори лейкоситҳо, лимфоситҳо ва СРБ дар хун ингибиторҳои ретсепторҳои ИЛ-6 - Тосилизумаб(анти ИЛ-6) - 800 мг. д\в (дар шакли инфузия) бо 100 мл. 0,9% NaCl давоми 60 дақиа яккарата ба ҳисоб меравад.

АДАБИЁТ

1. Клиническое ведение тяжелой острой респираторной инфекции при подозрении на новую коронавирусную(2019-nCoV) инфекцию. Временные рекомендации. 27 мая 2020 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020 г. Имеется по адресу https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332196/WHQ-2019-nCoV-clinical -2020. 5-rus.pdf?sequence=19&isAllowed=y

2. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge. Geneva: World Health Organization; 2009. Имеется по адресу http: //apps.who. int/iris/handle/10665/44102, по состоянию на 20 января 2020 г.).

3. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. BMJ. 2020;368:m1182. Epub2020/03/28.

4. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M, ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. Lancet. 2005;365(9459):579-87. Epub2005/02/15.

5. European Medicines Agency. EMA gives advice on the use of non-steroidal anti-inflammatories for COVID-19. March 2020. https: //www.ema. europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19.

6. Adarsh B., Morgan R L., Shumakeat A H. al Infectious Diseases Society ofAmerica Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID 19 Infection. 11 April 2020 https://www.idsociety.org/COVID19guidelines.

7. Coronavirus disease 2019 (covid-19). BMJ Best practice 2020. Last updated 20 May 2020:https://bestpractice.bmi.com/topics/en-gb/3000168.

8. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Министерство здравоохранения Российской Федерации. (обращение 3 июня 2020).

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ВЗРОСЛЫХВ РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Маджонова М.Дж., Ходжаева Н.М.

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения и лечение новой коронавирусной инфекции Covid-19 у взрослых и детей в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. Диагноз новой коронавирусной инфекции Covid-19 госпитализированным и амбулаторным больным был выставлен на основании клинических признаков и положительных образцов мазков из верхних дыхательных путей (ВДП) из носоглотки или зева с последующей постановкой полимеразной цепной ре-

акции с обратной транскрипцией (ОТ-ПЦР). При сохранении клинического подозрения и отрицательном результате тестирования образцов из ВДП мазки - пробы брались из нижних дыхательных путей (НДП).

Результаты исследования и их обсуждение. Из числа наблюдаемых нами детей с COVID-19, 20% детей не имели никаких клинических признаков инфекционного заболевания, а у 80 % детей были отмечены лёгкие катаральные проявления в виде болей в горле при глотании у 28(35%), единичного сухого кашля у 23(28,7%), покраснения зева у 20(25%) детей, а также субфебрильной лихорадки у 25(31,2%). В отличии от взрослых-больных, у детей не были отмечены признаки дыхательной недостаточности, высокие цифры повышения температуры и симптомы интоксикации. Все дети находились на амбулаторном наблюдении, причём им с целью профилактики и лечения лёгких форм болезни нами были назначены препарат интерферон альфа 2b Виферона в виде мази для смазывания носовых ходов 2-3 кратно, Виферона в виде супозитория по 1,5 000 0 МЕ 2 кратно per.rectum, в течении 10 дней, а также обильное питье, полоскание горла бактериоцидными растворами (солевой раствор, декасан, горостен) 5-6 кратно.

Выводы. Из общего числа детей с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, 20% не имели никаких клинических признаков инфекционного заболевания, а 80 % детей имели легкие клинические признаки.

Ключевые слова: ковид, дети, формы тяжести, кашель, лихорадка.

CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OF NEW CORONAVIRUS INFECTION COVID-19 IN SCHOOL-AGE CHILDREN IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Madzhonova M.J., Khodzhaeva N.M.
Department of Pediatric Infectious Diseases, GOU TSMU named after Abualiibni Sino.

Aim. To study the features of the clinical course and treatment of the new coronavirus infection Covid-19 in adults and children in the Republic of Tajikistan.

Material and methods. The diagnosis of new coronavirus infection Covid-19 in hospitalized and outpatients was made on the basis of clinical signs and positive samples of upper respiratory tract (URT) swabs from the nasopharynx or pharynx, followed by reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR). If clinical suspicion persisted and the result of testing samples from the URT was negative, smears were taken from the lower respiratory tract (LRT).

Research results and their discussion. Of the children we observed with COVID-19, 20% of children had no clinical signs of an infectious disease, and 80% of children had mild catarrhal manifestations in the form of sore throat when swallowing in 28 (35%), a single dry cough in 23 (28.7%), redness of the throat in 20 (25%) children, as well as subfebrile fever in 25 (31.2%). Unlike adult patients, children did not show signs of respiratory failure, high numbers of fever and symptoms of intoxication. All children were on outpatient observation, and for the purpose of preventing and treating mild forms of the disease, we were prescribed the drug interferon alfa 2b Viferon in the form of an ointment for lubricating the nasal passages 2-3 times, Viferon in the form of a suppository, 1.5 000 0 IU 2 times per.rectum, within 10 days, as well as drinking plenty of fluids, gargling with bactericidal solutions (saline, dekasan, gorosten) 5-6 times.

Conclusions. Of the total number of children with the novel coronavirus infection COVID-19, 20% had no clinical signs of an infectious disease, and 80% of children had mild clinical signs.

Key words:covid, children, forms of severity, cough, fever.

Мачонова М.Ҷ. *– н.и.т., мудирикафедраибемориҳои сироятии кӣдакона МД «ДДТТ ба номиАбпалӣ ибни Сино» +992 93 404 94 34*

МаджоноваМ.Дж. *–к.м.н., заведующая кафедры детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ имени АбуалиибниСино» +992 93 404 94 34*

MadzhonovaM.Dzh. *- Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Pediatric Infectious Diseases, State Educational Institution "TSMU named after Abualiibni Sino" +992 93 404 94 34*

Хоҷаева Н.М. *–д.и.т., профессори кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакона, МД «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино». + 99291 983-44-22*

Ходжаева Н.М. *– д.м.н., профессор кафедры детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». + 99291 983-44-22.*

Khodzhaeva N.M. *- Professor of the Department of children infectious diseases, Avicenna Tajik State Medical University, nigina51@rambler.ru +992919834422*

ТАВСИФИ СИМПТОМҲОИ COVID – 19 ДАР БАЙНИ ДОНИШҶУЁНИ ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБӮАЛӢ ИБНИ СИНО ДАР ДАВРАИ ПАНДЕМИЯИ СОЛИ 2020

Бойназарова М.Х., Одинаев Н.С.

Кафедраи эпидемиология ва бемориҳои сироятии ДМТ

Муҳимияти мавзпъ. Пандемияи COVID-19 ки дар як муддати кутоҳ қариб дар ҳамаи мамоликҳои ҷаҳон паҳн гардида, яке аз мавзуъҳои муҳим ва ҷиддитарини имрпз мебошад. Бинобар ин дар пеши олимон махсусан мутахасисони ин соҳа ва дар маҷмуъ ҳамаи соҳаи тандурустии илмиву амалии ҷаҳон пробломаҳои ҷидди пеш гузоштааст. Чи тавре, ки маълум аст маълумоти аввали хуруҷи бемории вирусии номаълум моҳи декабери соли 2019 аз шаҳрӣ Ухани вилояти Хубей аз маркази ТУТ дар мамлакати Чин чун барангезандаи номаълуми илтиҳоби атитикии шуш паҳн гардид [2-7]

Аз 21 январи соли 2020, ТУТ ҳамарпза бо воситаи матбуот ва шабакахои ичтимои аз воқеъияти шабонарпзии ин беморӣ аз шумораи сироятёфтагон, аломатҳои беморӣ, санади фавтидагон, сатҳи хатари беморшавӣ, инчунин маслиҳатҳо барои назорати ин бемори, роҳҳои пешгирӣ ва профилактикаи он маълумот медиҳад [3-4,7].

Ҳамин тавр аз 11 феврали соли 2020 ин барангезандаи номаълум чун короновируси сироятии нав бо номи COVID-2019 (Cor) ва худи барангезандаи вирус бо номи SARS-CoV-2 маълум гардид [1-4,7].

Аз руи маълумотҳои Назорати давлатии санитарии эпидемикии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз оғози баҳори соли 2020, аниқтараш 29 апрели ин сол, баландравии бемории COVID-19 ба кайд гирифта шуд, дар ин вақт фавти бемороне, ки дар онҳо аломатҳои ин беморӣ ба назар мерасид, низ ба кайд гирифта шуд[6]. Афспс, дар байни ин беморон аз сабаби даст надодани фурсат тахлили лабораторӣ гузаронида нашуда буд. Ҳамин тавр дар муҳити ноустувори эпидемиологӣ ки дар баъзе мамлакатҳо ҳамеша ба болоравӣ майл дорад ва характери пандемияро гирифтааст, ягона роҳи пешгирӣ ва эмин нигоҳ доштани ҷомеаи башар ваксинагузаронӣ дар байни ҷомеа мебошад [7]. Таъсирнокии иммунопрофилактика дар бештари бемориҳои сироятӣ бо мурури замон роҳи ҳалли худро ёфта хатари талаф ёфтани аҳолиро аз байн мебарад. Имрпз ҳам бе баҳс мо медонем, ки ваксинопрофилактика усули қавитарин ба муқобили ин душмани биологии мо мебошад.

Дар ин мақола мо COVID-19 омилҳои паҳншавӣ ва симптомҳои асосии онро дар байни донишҷуён омпхтем, ки пешкаши шумо менамоем.

Мақсади тадқиқот. Омпзиши хусусиятҳои симптомҳои COVID – 19 дар байни донишҷуён дар давраи пандемияи соли 2020.

Мавод ва усули тадқиқот. Тадқиқоти ретроспективӣ, таҳлили маълумотҳо аз дафтар-

чаи тиббии амбулаторӣ, пурсишнома (анкетирование), натиҷаи тадқиқотҳои лаборатори инструменталӣ.

Натиҷаи тадқиқот. Ҳамагӣ 174 (100%) донишҷуёни ДДТТ ба номи Абпалӣ ибни Сино ба тадқиқот ҷалб гардиданд, ки аз ин миқдор 117(67,2%) нафар мардон ва 57(32,7%)нафарро занон ташкил медоданд.

Ҷадвали 1. Гурӯҳбандии донишҷуён аз рӯи синну сол ва ҷинс.

Синну сол 18-30	Мардон		Занон		Ҳамагӣ	
	n	%	n	%	n	%
Гирифтори COVID -19	64	36,7	23	13,2	87	50
Ҳамаи таҳқиқшудагон	117	67,2	57	32,7	174	100

Аз ҳамаи 174 (100%) донишҷпи аз тадқиқот гузашта ҳамаги 87(50%) ба бемории COVID-19 гирифтор шудаанд, ки аз ин миқдор 64(36,7%) нафарро мардон ва 23(13,2%) нафарро занон ташкил медиханд.

Дар ҷадвали 2 шикоятҳои асосии беморони COVID – 19, ки аз донишҷуён иборат буд омухта дарҷ намудем.

Ҷадвали 2. Шикоятҳои (симптом) асосии COVID – 19, ки дар байни донишҷуён дида мешавад.

Миқдорӣ беморон		Луобшорӣ аз бинӣ				Тез-тез нафаскашӣ				Дард дар мушакхо			
		Мардон		Занон		Мардон		Занон		Мардон		Занон	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
87	100	35	20,1	12	6,8	6	3,4	4	2,2	14	8	7	4

Симптоми луобшорӣ аз бинӣ дар донишҷуёне, ки ба бемории COVID – 19 гирифтор шудаанд, то 47(27%) дида мешавад, аз ин миқдор мардон то 35(20,1%), занон то 12(6,8%) дида мешавад. Ҳаминро дарҷ намудан ҷоиз аст, ки обшорӣ аз бинӣ дар ин беморӣ назар ба бемории зуком ва ё бемориҳои шадидӣ роҳҳои болоии нафас хеле каммаҳсултар мебошад. Симптоми тез-тез нафаскашӣ дар байни донишҷуён то 10(5,7%) вомехпрад, ки аз ин миқдор 6(3,4%) мардон ва 4(2,2%) занонро ташкил медиҳад. Дард дар мушакҳо бошад то 21(12%) мушоҳида карда мешавад, ки аз ин миқдор мардон 14(8%) ва занон бошад, то 7(4%) ба назар мерасад.

Дар ҷадвали навбатии 3. Шикоятҳо аз нест шудани ҳиссиёти буйфаҳмӣ ва мазаи таъомро дар байни донишҷуён, ки ба бемории COVID–19 гирифтор гардидаанд, омухтем. Маълум гардид, ки аломатхои нест шудани ҳисиёти буйфаҳмӣ то 72(41,3%) дида мешавад, аз ин миқдор дар мардон то 28(16%) ва занон бошад то 44(25,2%) вомехурад. Симптоми нест шудани эҳсосоти мазафахми бошад, то 80(45,9%) дида мешавад, ки аз ин миқдор мардон то 24(13,7%) ва занон то 56(32,1%)ба назар мерасад. Ҳамин тавр дар ин беморӣ ин ду симптоми ҳисиёти буйфаҳмӣ ва эҳсосоти дарк накардани маззаи хӯрок тез-тез вомехӯрад.

Ҷадвали 3. Симтомҳои асосие, ки дар байни донишҷуёни ба беморони COVID – 19 гирифтор мушоҳида шудаанд.

Беморон		Нест шудани ҳисиёти буйфаҳмӣ				Нест шудани эҳсосоти мазафаҳмӣ				Фазлаи тунук (диарея)			
		Мардон		Занон		Мардон		Занон		Мардон		Занон	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
87	100	28	16	44	25,2	24	13,7	56	32,1	2	1,1	0	0

Инчунин, дар байни донишҷуён аломати шикамравӣ низ пайдо шуда буд. Маълум гардид, ки ин шикоят ба ин беморӣ хос набуда то 1,1% дида мешавад. Дар ҳақиқат дар байни гирифторони каронавирус буданд нафароне ки шикоят аз шикамравӣ дошганд. Сабаби ин аз як тараф таъсири худи вирус аз тарафи дигар таъсири манфии антибиотикҳое, ки барои табобати оризаҳои ин беморӣ истифода мешаванд мебошад.

Ҷадвали 4. Шикоятҳои (симптом) асосии COVID – 19, ки дар байни донишҷуён дида мешавад.

Беморон		Сулфаи хушк				Сулфаи намнок				Фаромӯшхотирӣ			
		Мардон		Занон		Мардон		Занон		Мардон		Занон	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
87	100	24	13,7	10	5,7	4	2,2	2	1,1	8	4,5	5	2,8

Дар ҷадвали 4 аломатҳои сулфаи хушк, сулфаи намнок, нафастангӣ ва фаромушхотириро ки дар бемории COVID–19 вомехпранд омпхтем. Маълум гардид, ки симптоми сулфаи хушк дар байни донишҷуён то 34 (19,5%) вомехпрад, ки аз ин миқдор 24(13,7%) онҳоро мардон ва 10(5,7%) занон ташкил медиҳанд. Сулфаи намнок бошад назар ба сулфаи хушк камтар то 6(3,4%) дида мешавад, аз ин миқдор 4(2,2%) мардон ва 2(1,1%) занон мебошанд. Ҳамин тавр сулфа низ яке аз симптомҳои асосии бемории COVID–19 хисобида мешавад. Аломатҳои фаромушхотирӣ бошад то 14,9% дида мешавад, аз ин миқдор бештари онҳоро то 8(9,0%) мардон ташкил медиҳанд.

Ҳароратбаландӣ дар байни донишҷпёни гирифтори бемории COVID–19 то 50(28,7%) ба назар мерасад, ки аз ин миқдор 33(18,9%) онро мардон ва 14 (8%) занон ташкил медиҳанд. Ҳароратбаландӣ то 38єС дар байни беморон 33(18,9%) ташкил медиҳад аз ин миқдор 24(13,7%) мардон ва 9(5,1%) занон ташкил медиҳанд. Инчунин ҳароратбаландии аз 38єС боло17(9,7%) ки аз ин миқдор 9(5,1%) мардон ва 8 (4,5%) занон ташкил медиҳанд. Давомнокии ҳароратбаландӣ аз 5рпз болоро мо дар 9(5,1%) беморон мушоҳида намудем.

Ҷадвалӣ 4. Симптоми ҳароратбаландӣ дар бемории COVID – 19 дар байни донишҷуён

Беморон		То 38º				Аз 38º боло				Давомноки боло аз 7 шабонарӯз			
		Мардон		Занон		Мардон		Занон		Мардон		Занон	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
87	100	24	28	9	10,3	9	10,3	8	9,1	5	6	4	4,6

Дар ҷадвали 5 аломатҳои дарди сар, беҳолӣ, бемадорӣ ва давомнокии онҳоро дар бемории COVID–19 дар байни донишҷпён дида баромадем. Маълум гардид, ки дардӣ сар ҳамагӣ дар 53(30,4%) донишҷпён ба назар мерасад, ки аз ин миқдор 39(22,4%) мардон ва 14(8%) занон ташкил медиҳад. Инчунин омузиши давомнокии симптоми сардарди нишон дод, ки то 6(3,4%) ин симптом аз 5 рпз боло давом мекард.

Ҷадвалӣ 5. Симтомҳои асосии бемории COVID–19 дар байни донишҷуён

Беморон		Дарди сар				Беҳолӣ				Давомноки аз 5 рӯз боло			
		Мардон		Занон		Мардон		Занон		Мардон		Занон	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
87	100	39	44,8	11	12,6	11	12,6	6	6,9	4	4,6	2	2,3

Ҳамин тавр, аломати сардардӣ дар беморони COVID – 19 назар ба бемории зукоми мақбулӣ камтар дида мешавад. Аломати дигаре, ки дар байни доиҷпёни гирифтори ин беморӣ дида мешуд ин аломатҳои захролудӣ яъне беҳолӣ ва бемадорӣ буд. Ин аломатҳо дар байни донишҷуён шидатнокии баланд надошта то якчанд рпз давом мекунад.

Ҷадвали 6. Ҷои таббобати донишҷуёни ба бемории COVID – 19 гирифторшуда

Тарз ва ҷои табобат																	
Беморон		Амбулаторӣ				Табобати мустақилона						Дар беморхонаҳо					
		Мардон		Занон		Мардон		Занон		Ҳамагӣ		Мардон		Занон		Ҳамагӣ	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
87	100	43	49,4	10	11,5	19	21,8	11	12,7	29	33,3	2	2,3	2	2,3	4	4,6

Чуноне ки дар чадвали 6 дида мешавад, 75(43,1%) донишҷӯён ба табиб муроҷиат мекунанд, 71(40,8%) табобати амбулаторӣ гирифтанд, аз онҳо 53(30,4%) мард ва 18(10,3%)

занҳо мебошанд. 4(2,2%) табобати статсионари гирифтанд, ки аз онхо 2(1,1%) мардхо ва 2(1,1%) занҳо буданд, 12(6,8%) донишҷпён табобати худсарона кардаанд.

Хулоса

1. Аломати луобшорӣ аз бинӣ дар байни бештари донишҷуёни гирифтори COVID–19 дида мешавад. Дигар аломатҳои ин беморӣ бо фоизҳои муқарраршуда ба мисли сулфа, нафастангӣ, дарди сару мушакҳо, беҳолӣ бемадорӣ ва басташавии иштиҳо дида мешавад.

2. Симптоми нест шудани эҳсосоти буй (82,7%) ва маззафаҳмӣ (91,9%) дида мешавад. Дар байни беморон бештар шикоятҳо аз сулфаи хушку сулфаи балғамдор, кам шудани ҳисиёти буй ва маззафаҳмӣ, асабхастагӣ, фаромушхотирӣ ва аломатҳои дигари ин беморӣ доштанд. Чуноне дар рафти тадқиқот муайян карда шуд, аломатҳои дар боло зикр гардида бештар дар байни мардҳо дида мешавад.

3. Бештари донишҷӯёне, ки ба бемории COVID–19 гирифтор шудаанд барои гирифтани ёрии тибби муроҷиат намудаанд ва табобат гирифтанд, аммо буданд донишчуёне ки аз сабаби вазнин будани ҳолаташон табобатро дар шароити статсионар гирифтанд. Аз ҷумла нафароне низ буданд, ки бо тарзи худтабобаткунӣ шифо ёфтанд.

АДАБИЁТ

1. Дастурамали муваққатӣ Оиди муоина, ва ташхис ва табобати бемории сироятии коронавирусӣ - (COVID-19) 2021, 16 стр.

2. Временная руководства по коронавирусу (COVID-19) //Н.С. Одинаев/ 2020. 340с.

3. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronovirus-019/ technical-uidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-19)-and-the-virus-that causes-it.

4. Wuhan Municipa Health Commission briefing on the pneumonia epidemic situation / 31 dectmber 2019 (in Mandarin) https://wjw.wuhan.gov.cn / front / web / show Detail / 2019123108989

5. Technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-19)-and-the-virus-that causes-it. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronovirus-019/

6. Coronavirus disease (COVID-19) situation reports. http:// who.int/ emergencies/ diseases/ novel = coronavirus-019/situation-reports 6 https:// rospotrebnadzor.ru/ region/ rss/rss/php? ELEMENT_ID=13524.

1. COVID-19 in people with diabetes:understanding the reason for worse outcomes.//Mateo Apicella, Maria Cristina Campopiano.etc.// July 17,2020 https://dio.org/10.1016/s2213-8587(20)30238-2.

2. Situation reports. http://who.int/emergencies/diseases/novel=coronavirus-019 /situation-reports 6https:// rospotrebnadzor.ru / region / rss / rss / php? ELEMENT_ID=13524

ХАРАКТЕРИСТИКА СИМПТОМОВ COVID-19 СРЕДИ СТУДЕНТОВ ТАДЖИКИСЕОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ АБУАЛИ ИБН СИНО В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ 2020 ГОДА

Бойназарова М.Х., Одинаев Н.С.

Кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней ТНУ

На основании обследования 117 (67%) студентов на предмет изучения наличия возникновения основных симптомов COVID–19 выяснилось, что первыми возникают симптомы насморка, которые встречалась у 26,9%, преобладает мужчин 20,1%, одышка встречается на 4-6 день заболевания и встречается у 5,6%, здесь также встретилось преобладание мужского пола. Боли в мышцах встречаются в 12%, они параллельно возникают с насморком и повышением температуры, при этом преобладают среди мужчин. Симптомы потери чувства обоняния и вкуса встречаются часто, 41,2% и 45,8% соответственно обычно во второй – третий день заболевания . Оба симптома больше

встречаются среди лиц женского пола, 25,2% и 32,1% соответственно.

Ключевые слова: Пандемия COVID-19, студенты, место проживания, вирус.

DESCRIPTION OF COVID-19 SYMPTOMS AMONG STUDENTS OF TAJIK STATE MEDICAL UNIVERSITY NAMED AFTER ABUALI IBNI SINO DURING PANDEMIC 2020

Boynazarova M.Kh., Odinaev N.S.
Department of Epidemiology and infection Diseases TNU

Bases on examination of 117(67%) students in order to study the presence of the main symptoms of the common cold, which occurred in 20,1% prevailing men 5,6%, dyspnea occurs on the 4-6th day of illness and occurs in 5,6%, there also a predominance of males. Muscle pain occurs in 12%, it occurs in parallel with common cold and fever, while prevails among men. Symptoms the loss of sense of smell and taste occurs often 41,2% and 45,8%, accordingly usually on the second or third day of illness. Both symptoms are more common among females 25,2% and 32,1%, respectively.

Key words: COVID-19 pandemic, students, place of residence, virus

Бойназарова Малоҳат Ҳикматуллоевна *- унвончӯйи МД «Пажуҳишгоҳи тиббии профилактикии Тоҷикистон», ш. Душанбе; тел.-934 44 42 26*

Бойназарова Малохат Хикматуллоевна *- соискатель Института профилактической медицины Таджикистана, г. Душанбе. тел.-934 44 42 26*

Boynazarova Malohat Khikmatulloevna *- Competitor of the Institute of Preventive Medicine of Tajikistan, Dushanbe. tel.-934 44 42 26*

Одинаев Ниёз Сафарович *– д.и.т., мудири кафедраи эпидемиология ва бемориҳои сироятии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон, тел.- 918-62-31-29*

Одинаев Ниёз Сафарович *– доктор технических наук, заведующий кафедрой эпидемиологии и инфекционных болезней Таджикского национального университета, тел.: 918-62-31-29*

Odinaev Niyoz Safarovich *- Doctor of Technical Sciences, Head of the Department of Epidemiology and Infectious Diseases of the Tajik National University, tel.: 918-62-31-29*

БЕҲДОШТ

ОМӮЗИШИ МУҚОИСАВИИ ХУСУСИЯТИ ГИПОГЛИКИМИИ ФЕРАЗОН, ФЕРУСИНО-РК,ФЕРУСИНО- Р ҲАНГОМИ ДИАБЕТИ АЛЛОКСАНӢ ДАР ХАРГӮШҲО

Бобоев Ҷ.А.

Пажӯҳишгоҳи давлатии илмӣ-таҳқиқотии "Ғизо"-и Вазорати саноат ва технологияҳои нави Ҷумҳурии Тоҷикистон, ОМИТ-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Муҳиммият. Яке аз вазифаҳои муҳими илми тиббӣ-биологӣ ва фармакологӣ дар марҳилаи кунунӣ таҳия ва татбиқи доруҳои нав дар асоси рустаниҳои шифои, равғанҳои атрии дорои таъсири ками токсикӣ ва самараноки баландӣ фитотерапии баҳисоб меравад, ки хосиятҳои гиполипидемӣ, гепатопротекторӣ, зиддидиабетӣ, зиддиилтиҳобӣ, зиддиихтилоҷӣ, иммунномодулӣ ва адаптогенӣ дошта бошад ва устувории баданро ба таъсири омилҳои касалиовар тақвият диҳанд. [1,5, 9 11, 12,14,16]

Аз ин лиҳоз имрӯз дар аксари мамолики ҷаҳон истифода рустаниҳои шифои ҳамчун маводи аз ҷузҳои фаъоли биологӣ бойю безарар равнақ ёфта,мувофиқи маълумотҳои амиқ истифодаи онҳо дар давлатҳои иттиҳоди Аврупо 10% ва дар Япония ва давлатҳои Ҷанубу-Шарқи Осиё 40%-ро ташкил медиҳад. Аз ҷумла дар Хитой истифодаи рустаниҳои шифоӣ 50% умумии доруҳоро ташкил медиҳад.[8]

Яке аз бемориҳои маъмулу васеъ паҳншудаи гурӯҳи бемориҳои синдроми метаболикӣ ва ғайрисирояти диабети қанд ба ҳисоб меравад . Мувофиқи Ҳисоботи Созмони ҷаҳонии тандурусти (СҶТ-2010) Диабет –бемории ҷиддию музмин буда, дар ҳолати аз тарафи ғадуди зермеъда ҳосил нашудаи миқдори лозимаи маводи инсулин, ки сатҳи глюкозаи таркиби хунро ба танзим меорад ё дар ҳолате, ки буня наметавонад,ки инсулини ҳосилшударо истифода барад ба амал меояд. [2]

Профессор И. И. Дедова, [2019] диабети қандро чунин шарҳ додааст; Диабети қанд — ин гурӯҳи бемориҳои метаболикӣ (мубодилавӣ)-ест, ки хусусияти гипергликемия музминро дошта, дар натиҷаи вайроншавии тарашшӯҳи инсулин ё таъсири инсулин ва ё ҳарду омил ба амал меояд. [4] Дар ин раванд омилҳои асосие, ки ба бемории диабети қанди навъи-2 оварда мерасонад, аз ҷумла тарзи ҳаёти носолим, (тамокукашӣ, истеъмоли барзиёди шароб, маводи психотропӣ, ғизои носолим, истеъмоли ғизоҳои серчарбую ширин, нушокиҳои ширини ранга, истифодаи зиёди қанду шакар, ғизоҳои тезтайёр (фас-фудҳо), садамаҳои гуногуни рӯҳию иҷтимоӣ, камҳаракатӣ, камхобӣ, зиёдвазнию фарбеҳӣ ва ғайра мебошанд.[7,15]

Муқаррар карда шудааст, ки дар пешгирӣ ва муолиҷаи диабети қанд ҷойи асосиро парҳезгорӣ аз ғизоҳои таркибашон аз карбогидратҳои тезҳазмшаванда, доруҳои зиддидиабетӣ ва растаниҳои шифоию ғизои хусусияти зиддидиабети дошта ишғол менамоянд. Дар ин маврид муҳимияти истифодаи маҷмуи растаниҳо ва изофаҳои фаъоли биологӣ дар ғизо (ИФБ) бояд қайд карда шавад. То имрӯз бештар аз 40 маҷмуи рустанигии шифобахши зиддидиабетӣ [4, 6, 10,13] ва даҳҳо ИФБ барои ғизои беморони диабети қанд таҳия шуда, ба диабетологияи амалӣ ворид гардида бошандҳам аммо на ҳамаи онҳо мушкилоти ин бемориро рафъ месозанд. [4, 6, 10,13] Аз ин лиҳоз омӯзиш ва ҷустуҷӯи доруҳои зиддидиабетӣ имрӯз дар бисёр аз марказҳои ватанию хориҷӣ идома дорад . Вобаста ба ин мо тасмим гирифтем, ки хусусияти зиддидиабетӣ ва ҳератоҳифозатии феразон, ферусино РК ва ферусино-Р-ро ки дар асоси хокаи қатрони камоли будбуй ва рустаниҳои полисахаридор омода шудааст оиди омӯзиш карор диҳем.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши муқоисавии хусусятҳои зиддидиабетӣ ва ҳепатоҳифозатии феразон, ферусино-РК, ферусино –Р дар харгӯшҳои озмоишӣ.

Мавод ва усули тадқиқот. Омӯзиш дар Маркази илмию –тадқиқотии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯали ибни Сино амалӣ карда шуд.

Тадқиқотҳо дар 108 харгӯш бо вазни 1900-2100 г. гузаронида шуданд, ки дар тӯли 18-соат гуруснагӣ мекашиданд. Ҳайвонҳо ба 9 силсила бо 12 харгӯш тақсим карда шуда, аз онҳо 1-гурӯҳ – ҳайвоноти солим; 2-гурӯҳ – назоратӣ (аллоксангидрат 80 мг/кг д/ш); 3-4-гурӯҳ – ҳайвонҳое,ки Ферусино РК-ро ба андозаи 0,25 ва 0,35г/кг; 5-6-гурӯҳ – харгӯшҳое, ки Ферусино-Р-ро ба андозаи 0,25 ва 0,35г/кг; 7-8-гурӯҳ – ҳайвоноҳое, ки Феразонро аз рӯи нақшаи боло ба ҳамон миқдор гирифтаанд. Ба сифати маводи муқоисавӣ арфазетини 10%-а бо вояи 5 мл/кг вазн 2 маротиба дар як рӯз истифода шуд.

Диабети аллоксаниро тавассути гузаронидани маҳлули 10% маводи аллоксангидрат дар меъёри мг/кг вазн ба зерпӯсти дохилишиками харгушщо бо истифоди сӯзандору татбиқ намудем. Ба ҳайвонҳои назорати миқдори баробари NaCl 0,9 % ворид намудем [Вылчегорский 2004].

Миқдори гликогени таркиби бофтаҳои ҷигарро бо усули антронӣ (М. Прохорова ва диг., 1985) муайян намудем.

Миқдори глюкозаро дар таркиби хун бо истифодаи усули глюкооксидазӣ ва истифодаи маҷмуи био-латестҳои «Фотоглюкоза» (ООО «ИМПАКТ») муайян кардем. Принсипи усул ба оксидшавии в-D-глюкоза бо оксигени атмосфера ҳангоми таъсири каталитикии оксидаза глюкоза асос ёфтааст.

Маълумоти рақамии ба даст овардашуда бо усулҳои анъанавии оморӣ бо истифода аз компютери шахсӣ бо истифода аз барномаи SPSS бо бастаи таҳлил барои Windows 10 коркард карда шуданд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо

Бо мақсади иҷрои вазифаҳои гузошташуда мо бо истифоди усули диабети аллоксанӣ дар 108 харгӯшҳо татқиқотҳоро амалӣ намудем. Муқаррар карда шудааст, ки барои муайян кардани масъалаҳои патогенез, тасвири клиникӣ, табобат ва пешгирии диабети қанд истифодабарии усулҳои таҷрибавии он ниҳоят муҳим аст.

Дар фармакология ва диабетологияи муосири таҷрибавӣ асосан усулҳои кимиёвии диабети қанд васеъ истифода мешаванд. Мувофиқи маълумотҳои дар адабиёт овардашуда, стрептозотосин дар 69% ҳолатҳо барои дубора амалисозии диабети таҷрибавӣ ва дар 31% ҳолатҳо - аллоксан истифода шудааст ва таъсири диабетогении онҳо ҳангоми воридкунии парентералии-дохиливенагӣ, зерипӯстӣ, дохилимушакӣ ва интраперитонеалӣ зоҳир мегардад.

Омӯзиши сатҳи глюкозаи зардоби хуни харгӯшҳо баъди 15, 30 ва 60 шабонарӯз пас аз ворид кардани аллоксангидрат амали карда шуд. Таъсирнокии ИФБ-и таҷрибашаванда аз рӯйи фоизи зинда мондан, динамикаи вазн, сатҳи глюкоза дар зардоби хун, ҳаҷми оби нӯшидашуда, гликогени ҷигар, мубодилаи липидҳо, ферментҳои трансаминизатсия ва ғайра арзёбӣ гардид.

Тавре аз маълумоти (ҷадвали 1.) дида мешавад, пас аз ворид кардани аллоксангидрат дар гурӯҳи назоратӣ (аллоксангидрат 80 мг/кг) 50%-и харгӯшҳо фавтиданд, дар ҳайвонҳои бо маводи аллоксан зархролудшуда ва бо Ферусино-РК ва Феразон дар меъёри 0,25 ва 0,35 г/кг табобат ёфта буданд, миқдори ҳайвонҳои зиндамонда мутаносибан 70-80% -ро ташкил дод.

Ҷадвали 1. Зиндамонии харгӯшҳо бо диабети аллаксанӣ, ки бо воситаҳои озмоишшаванда дар муддати 2-моҳ муолиҷа карда шудаанд

Гурӯҳи ҳайвонот вояҳо дар г/кг вазн		Зинда монд		Фавтид		
		Теъдоди ҳайвонот	теъдод	в %	теъдод	в %
		Аллоксангидрат 80 мг/кг з/п як маротиба				
1	Солим-оби соф 2мл/кг	6	6		-	100%
2	Назорати	12	6	50	5	50%
3	Ферусино РК 0,25г/кг.	10	7	70	3	30%
4	Ферусино- РК 0,35 г /кг	10	8	80	2	20%
5	Ферусино- Р 0,25 г/кг	10	6	60	4	40%
6	Ферусино- Р 0,35 г/кг	10	7	70	3	30%
7	Феразон- 0,25 г/кг	10	8	80	2	20%
8	Феразон0,35 г/кг	10	8	80	2	20%
9	Арфазетин 10% 5 мл/кг	10	6	60	4	30%

Дар ҳайвонҳое, ки маводи муқоисавии Арфазетин ба миқдори 5 мл/кг ва Ферусино-Р-ро ба миқдори 0,25 ва 0,35 г/кг табобат карда шуданд , миқдори ҳайвонҳои зинда монда 60-70%-ро ташкил дод.

Муайян карда шудааст, ки шабонарӯзҳои аввал баъд аз ворид кардани аллоксангидрат камшавии вазни бадани ҳайвонот ба чашм мерасад, ва ин раванд то муътадил шудани он мунтазам коҳиш меёбад. Тибқи натиҷаҳои бадаст омада вазнгумкунӣ дар ҳайвонҳои назоратӣ дар шабонарӯзи 15-ум дар муқоиса бо маълумотҳои ибтидоӣ ба ҳисоби миёна 6%, пас аз 30-шабонарӯз 12% ва пас аз 60-шабонарӯз 13%-ро ташкил дод.

Дар ҳайвоноте, ки Ферусино-РК, Феразонро дар вояи 0,35 г / кг вазни бадан то 2 моҳ пас аз оғози озмоиш гирифтаанд, дар муқоиса бо нишондиҳандаи ибтидоии вазнашон зиёдшавии мутаносибан дар сатҳи 13%, 10% ва 16% мушоҳида гашт (Ҷадвали 2.).

Дар харгӯшҳо, ки пас аз 60 рӯз бо Арфазетин ба миқдори 5 мл / кг муолиҷа карда шуданд, афзоиши вазни бадан 6% -ро ташкил дод.

Дар баробари муайян кардани вазни бадан ҳангоми омӯзиш, ҳаҷми оби нӯшокӣ дар ҳайвоноти таҷрибавӣ ва назоратӣ. чен карда шуд. Аз ҷумла, ҳаҷми моеъе, ки харгӯшҳои назоратӣ менӯшиданд, (ҷадвали 2.) дар рӯзи 30-юми диабети аллоксанӣ нисбат ба харгӯшҳои солим 4,6 маротиба зиёд буд.

Ҷадвали 2.- Афзоиши вазни бадани харгӯшҳое, ки бо Ферусино-РК,Ферусино-Р ва Феразон дар заминаи диабети аллоксанӣ табобат шудаанд.

Гурӯҳи ҳайвонот ва вояҳо дар г/кг вазн	Вазни миёна дар гур.			
	Вазни ибтидоӣ -100%	Афзоиши вазни бадан дар % па аз;		
		15	30	60-шабонарӯз
	Аллоксангидрат 80 мг/кг з/п як маротиба			
Солим оби соф 2 мл д/м.	1980,0±17,6	2012±16,1 102	2350±24,1 119	2530,0±21,6 128
Назорати	2070,5±16,9	1945,4±13,1 94	1830,0±15,1 88	1800,0±17,7 87
Ферусино-РК 0,25 г/кг	2090,1±21,6	2156,0±16,06 103	2220,0±19,9 106	2260±17,7 108
ФерусиноРК 0,35 г/кг	2040,0±13,2	2115,0±17,7 104	2200,0±10,7 108	2300±18,6 113
Ферусино Р 0,25 г/кг	2000,0± 22,9	2100,6±35,8 105	2160,0±19,9 108	2200,0±25,8 110
Ферусино Р 0,35 г/кг	2020,0± 22,9	2130,6±35,8 105,4	2180,0±19,9 104,35	2220,0±25,8 109,9
Феразон 0,25 г/кг	2065,0±17,7	2160,0±16,6 105	2240,0±21,6 108	2350±1606 114
Феразон 0,35 г/кг	2070,0±13,9	2190±12,6 106	2280±18,6 110	2395±17,9 116
Арфазетин 10%-5 мл/кг	2000,0±12,2	2002±11,3 102	2004,0±14,1 104	2006,0±12,5 106

Ҳаҷми моеъи нӯшидаи ҳайвонҳое, ки бо Ферусино-РК, Ферусино-Р ва Феразон дар андозаи 0,35 г/кг дар муддати 1-моҳ табобат гирифта буданд дар муқоиса бо ҳаҷми обӣ истеъмолкардаи ҳайвоноти назоратӣ мутаносибан 51,0%, 42,0% ва 56,3% камтар буд. Ҳамзамон ошкор гардид, ки баъди 60-шабонарӯз ҳаҷми моеъи нӯшидашудаи ҳайвоноти назоратӣ дар муқоиса бо маълумоти пас аз 1-моҳ муайян шуда, нисбатан то 40,04% поин рафтааст (яъне дар ҳайвоноти назоратӣ). Дар ҳайвонҳое, ки бо маводи санҷидашаванда дар миқдори 0,35 г/кг вазн табобат шудаанд, дар муқоиса бо ҳайвонҳои назоратӣ, пас аз 60-шабонарӯз ҳаҷми моеъи нӯшидаашон мутаносибан 38,1%, 27,8% ва 47,5% кам шуд (ҷадвали № 3).

Дар ҳайвонҳое, ки бо қиёми Арфазетин ба андозаи 5 мл/кг вазн муолиҷа карда шудаанд, дар шабонарӯзи 30-юми табобат ҳаҷми оби истеъмолшуда дар муқоиса бо ҳайвоноти солим 2,8 маротиба зиёд шуда, нисбати ҳайвоноти назоратӣ бошад 34.8% кам шуд; дар шабонарӯзи 60-

ум бошад ин нишондиҳанда 18,8% (агар баъд аз 30-шабонарӯз ҳаҷми моеъи нӯшидашуда 119,8± 4,5 мл-ро ташкил медод, пас баъд аз 2-моҳ ҳаҷми мазкур то 89,7± 3,75 мл дар шабонарӯз кам гардид), ташкил дод.

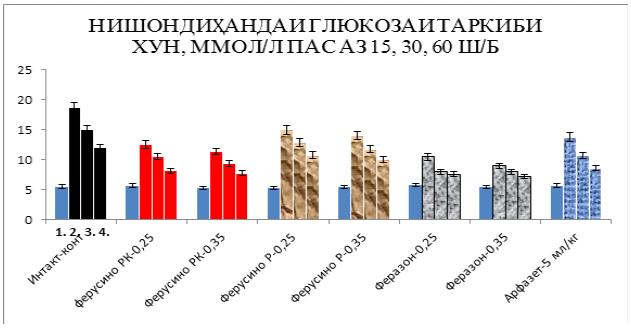
Ҷадвали 3. - Ҳаҷми шабонарӯзии оби нӯшидаи харгӯшҳои диабети аллоксанӣ, ки дар муддати ду моҳ бо Ферусино-РК, Ферусино-Р ва Феразон табобат шудаанд

Гурӯҳи ҳайво- нот ва вояҳо бо г/кг	Ҳаҷми оби нӯшида шуда дар шабонарӯз дар мл баъд аз				
	7	15	30	45	60
Солим-оби соф 2 мл/кг	38,0± 0,3	29,5±0,2	38,8±0,4	39,8±0,1	36,4±0,67
Аллоксангидрат 80 мг/кг д/ш як маротиба					
Назоратӣ	96,0± 2,56	128,7±7,1	183,8±6,4	134,5±1,7	110,2±5,8
	p≤ 0.001	p≤ 0,001	p ≤0,001	p≤0,001	p≤0,001
Ферусино-РК 0,25 г/кг	70,5±3,4	80,0±4,8	108,5±5,6	79,5±3,8	75,8±6,4
	p≥0,05	p≤0,05	p≤0,001	p≤0,05	p≤0,05
Ферусино-РК 0,35 г/кг	60,0±3,0	88,5±8,6	p≤90,0±4,9	69,5±4,8	68,2±2,98
	p≤0,05	p≤0,05	p ≤ 0,001	p ≤0,001	p≤0,05
Ферусино-Р 0,25 г/кг	73,3± 4,4	91,2±4,6	p≤118,6±5,2	87,4±3,3	82,5±5,65
	p≥0,05	p≤ 0,05	p ≤0,001	p≤0,05	p≥0,05
Ферусино-Р 0,35 г/кг	70,6±3,4	90,2±7,7	p≤106,5±4,4	80,0±6,7	79,5± 3,6
	p≥0,05	p≤0,05	p≤ 0,001	p≤0,05	p≤0,05
Феразон 0,25 г/кг	68,5± 3,12	95,5±6,3	101,0±3,	67,0±3,3	60,9±6 ,5
	p≤0,05	p≤0,05	p ≤ 0,001	p≤0,001	p≤0,001
Феразон 0,35 г/кг	62,5±2,1	80,0±5,45	80,3±4,2	60,0±2,4	57,8±3,77
	p≤0,05	p ≤ 0,05	p ≤ 0,001	p≤0,001	p≤0,001
Арфазетин 0,5 мл/кг	74,0±4,2	100,6±4,3	119,8±4,5	99,9±2,5	89,8±3,75
	p≥0,05	p≥0,05	p≤0,05	p≤0,05	p≥0,05

Эзоҳ; нишондиҳандаи ре” барои гурӯҳҳои назорати дар нисбати ҳайвонҳои солим ва барои гурӯҳҳои озмоиши нисбати ҳайвонҳои назорати дода шудааст.

Таносуби бевоситаи байни таъсири қандпасткунии вояҳои гуногуни воситаҳои озмудашаванда ба мушоҳида мерасид – ҳар қадар ки сатҳи қанди хун боло бошад, ҳамон қадар ҳаҷми миёнаи оби дар шабонарӯз нӯшидашаванда зиёд аст.

Ғайр аз ин муайян карда шуд, ки ҳангоми пастшавии сатҳи қанди хун ҳаҷми моеъи истифодашаванда мунтазам кам мешуд ва ба нишондодҳои меъёр наздик мегардид, ки ин ҳангоми омӯзиши хусусиятҳои қандпасткунии воситаҳои озмоишӣ дар ҳайвонҳо дар мисоли модели диабети аллоксанӣ аз ҷониби мо мушоҳида гардид. Тибқи натиҷаҳои ба даст омада (расми № 1.), диабети аллоксанӣ бо вайроншавиҳои вазнин ҳамроҳ буд – дар шабонарӯзи 15-уми таҷрибагузаронӣ миқдори глюкоза дар зардоби хуни ҳайвоноти назоратӣ 18,7±0,9 ммол/л-ро дар муқобили 5,6±0,06 ммол/л дар ҳайвоноти солим ташкил дод. Муқаррар гардид, ки ин гуна болоравии зуди сатҳи глюкоза дар хун бо норасоии аввалинаи инсулин вобаста аст, ки дар натиҷаи вайрон шудани в-ҳуҷайраҳои ҷазирачаҳои Лангенгарс бо таъсири аллоксангидрат ба вуҷуд меояд.



Расми. 1. Таъсили ферусино-РК, ферусино Р ва феразона ба сатҳи глюкозаи таркиби хуни харгушҳои бо маводи Аллоксанд заҳролудкарда пас аз 15, 30, 60 руз. (1-солим 2, 15 руз, 3-30 руз, 4-60 рӯз)

Дар муҳлатҳои боқимондаи таҳқиқот пастшавии начандон зиёди ҷамъшавии қанди хун ба мушоҳида мерасид ва дар шабонарӯзи 60-уми пас аз оғози таҷриба са-

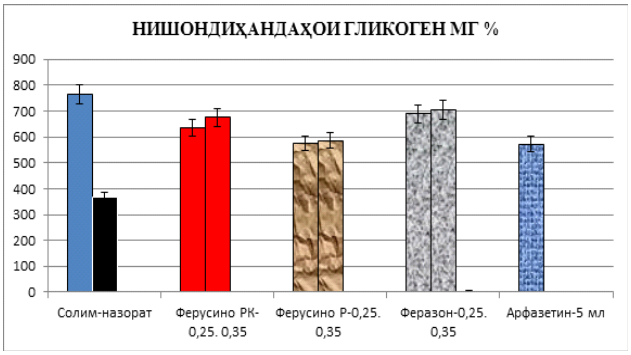
тҳи қанд дар ҳайвоноти назоратӣ то 12,0± 0,23 ммол/л дар муқобили 5,9 **±0,08** ммол/л поён рафт.

Миқдори глюкоза дар хунобаи ҳайвоноте, ки воситаҳои озмоишшавандаро гирифтаанд, дар силсилаи доруҳоии қабулнамуда дар вояи 0,25 г/кг вазн нисбатан возеҳ паст мешавад.

Тибқи натиҷаҳои ба даст омада дар ҳайвоноти Ферусино-РК, Ферусино-Р ва Феразонро ба андозаи 0,25 ва 0,35 г/кг дар тӯли 1 моҳ қабулкарда сатҳи глюкозаи таркиби хунашон дар муқоиса бо назоратиҳо мутаносибан то 29,3%, 37,3% коҳиш меёбад. Дар ҳайвоноҳои Ферусино-Р гирифта бошад, сатҳи қанди хун дар ҳамин муҳлат то 27,3%, 34,6% паст шуд, дар гурӯҳои бо Феразон татбобат ёфта миқдори глукозаи таркиби хунашон то 46% ва 48,6% поён рафт.

Дар шабонарӯзи 60-уми озмоиш сатҳи қанд дар таркиби хуни харгӯшҳои назоратӣ дар муқоиса бо муҳлати якмоҳа то 65,92% поин рафт. Агар ҳангоми диабети аллоксании якмоҳа сатҳи қанд дар ҳайвоноти назоратӣ дар муқоиса бо ҳайвоноти солим то 180% баланд шуда бошад, пас ҳангоми муҳлати 2-моҳаи диабет нишондоди мазкур то 114 % (расми 1.) коҳиш ёфт. Ҳамзамон дар гурӯҳҳои таҷрибавии маводи озмоиширо ба андозаҳои дар боло қайдгардида қабулкарда, тамоюли мусбӣ оид ба камшавии сатҳи глюкоза ба мушоҳида мерасад, ки боз ҳам аёнтар дар гурӯҳҳои Ферусино-РК ва махсусан Феразон гирифта ба назар мерасад. Нишондодҳояшон ба ҳайвоноти солим нисбатан наздик мебошад. Ҷамъшавии қанди таркиби зардоби хуни ҳайвоноти дар ҳаҷми 0,35 г/кг Феразонгирифта 6,8**±0,7**ммол/л дар муқобили 5,5**± 0,33** ммол/л-ро (ҷадвали 3.2.5) ташкил дод. Дар шабонарӯзи 60-ум дар ҳайвоноти бо қиёми Арфазетин муолиҷашуда мавҷудияти қанд дар хун дар муқоиса бо назоратӣ то 15,3% ва баъд аз 2 моҳ то 11,6% ҳамчунин коҳиш ёфт.

Ҳамин тавр, воситаҳои озмоишӣ ҳангоми воридсозии дурудароз тавассути даҳон (Per os) дар заминаи диабети аллоксанӣ аз рӯйи муассирӣ ва хусусиятҳои зиддидиабетӣ ба таври зерин ҷойгир шуданд: Феразон, Ферусино РК ва Ферусино Р ба андозаи 0,35 г/кг.



Расми 1.- Таъсири ферусино –РК (0,25. 0,35), ферусино –Р (0,25. 0,35), ва феразон ба миқдори гликогени таркиби ҷигар ҳангоми диабети Аллаксани дар харгушҳо.

Дар баробари ин, дар харгӯшҳои мазкур аз ҷониби мо ҷамъшавии гликоген дар гомогенатҳои бофтаҳои ҷигар омӯхта шуданд. Тибқи маълумотҳои дар ҷадвал овардашуда, ҷамъшавии гликоген дар ҷигари каламушҳои назоратӣ 365,5**± 6,9** мг% дар муқобили 765,0±10,7 мг% дар харгӯшҳои солим ташкил намуд. Ҳамин тавр, дар ҳайвоноти дорои диабети аллоксанӣ вобастагии мутақобила миёни ҷамъшавии қанди таркиби хун ва гликогени ҷигар ошкор карда шуд.

Муқаррар карда шуд, ки зери таъсири воситаҳои озмоишӣ дар ҳайвоноти дорои диабети аллоксанӣ дар баробари баланд шудани истифодабарии глюкоза маҳви раванди гликогенолиз дар ҷигар ба амал меояд. Дар ин хусус далели зуд паст шудани ҷамъшавии гликоген дар ҷигари каламӯшҳои дорои диабети аллоксанӣ шаҳодат медиҳад.

Мавҷудияти гликоген дар бофтаи ҷигари харгӯшҳои дорои диабети аллоксанӣ ва тайи 60-рӯз бо Ферусино-РК, Ферусино-Р ва Феразон дар вояи 0,25 ва 0,35 г/кг вазн муолиҷа карда шуда дар муқоиса бо ҳайвоноти назоратӣ аниқ баланд мешавад, ки дар ин бора зиёдшавии миқдори он матаносибан то 85%,82% ва 93% дар ҷигари харгӯшҳои воистаҳои озмоиширо ба андозаи 0,35 г/кг дар тӯли 2-моҳ гирифта шаҳодат медиҳад.

Дар ҳайвоноти қиёми моъегии Арфазетинро ба андозаи 5 мл/кг вазн дар заминаи

диабети аллоксанӣ дар тӯли 2-моҳ қабулкарда, миқдори гликоген ба ҳисоби миёна 512,8±5,4 мг% ташкил дод, ки аз таъсири ҳамранги Феразон хеле заифтар баромад.

Ҳамин тавр, воситаҳои озмоишӣ ҳангоми воридсозии давомдор тавассути даҳон дар заминаи диабети аллоксанӣ аз рӯйи самаранокӣ ва хусусиятҳои зиддидиабетӣ ба таври зерин ҷойгир шуданад: Феразон, Ферусино РК ва Ферусино Р ба андозаи 0,35 г/кг.

Натиҷаҳои ба даст омада аз он шаҳодат медиҳанд, ки Ферусино РК ва Ферусино-Р дар вояҳои озмоишӣ таъсири муътадили зиддидиабетӣ мерасонанд, нишондодҳои таъсири зиддидиабетии Феразон дар ҳаҷмҳои озмоишӣ бошад, аз рӯйи ҳамаи бузургиҳо аз таъсири ҳамсони на танҳо Арфазетин, балки ҳам Ферусино РК ва ҳам Ферусино Р дар шароити диабети аллоксанӣ бартарӣ доранд.

Эҳтимоли қавӣ меравад, ки таъсири зиддидиабетии маводи озмоишӣ бо мавҷудияти теъдоди зиёди полисахаридҳо (инулин), флаваноидҳо, кумаринҳо, равғанҳои эфирӣ ва антиоксидантҳо, ки ба пурзӯр гардидани оксидшавии глюкоза дар бофтаҳо ва камшавии миқдори он дар хун мусодат мекунанд, алоқаманд аст.

Хулоса; Маълумотҳои ба даст омада гувоҳи онанд, ки ҳангоми ба ҳайвонҳои озмиши гузаронидани маводи диабетовари аллоксан миқдори глюкозаи таркиби хуни ҳайвонҳо озмоиши баланд шуда, вазни баданашон коҳиш ёфта, истеъмоли об афзуда, миқдори гликоген дар бофтаҳои ҷигарашон кам мешавад. Дар баробари ин ҳайвонҳои бо маводи озмоишии Ферусино-Р, Ферусино-РК ва Феразон хусусан дар меъёри 0,35 г/кг вазн дар раванди бо маводи аллоксан заҳролудшуда табобат ёфта таъсири баръалои гипогликомики нишон доданд, ки далели он пастшавии сати глюкозаи таркиби хун, ба эътидол омадани миқдори истеъмоли об, вазни бадан ва сатҳи гликогени бофтаҳои ҷигар мебошад, ки дар натиҷаи таъсири маводи диабетогении аллоксан тағир ёфта буданд.

АДАБИЁТ

1. Азонов Д.А. Лечебные свойства геранорет инола и эфирных масел/ А.Д.Азонов., А.К. Холов., Г.В. Разыкова (монография)// Душанбне «Матбуот.-2011.-135 с

2. Глобальный доклад по диабету [Global report on diabetes]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Данные CIP доступны по ссылке: http://apps.who.int/iris/2010. – 455 с.

3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета. Сахарный диабет. 2017. Т. 20. № 1. С. 13–41.

4.Дедов И.И. «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» (Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова 9-й выпуск) / И.И. Дедов, М.В. Шестакова., А.Ю. Майоров О.К. Викулова и др.// Сахарный диабет. 2019;22(1S1):1-144. https://doi.org/10.14341/DM221S1

5. Демидова Т.Ю. Фитотерапия при диабете // Проблемы эндокринологии.- 2012.-N 6.- С.53-59

6. Жетмекова Ж.Т.Руководство сахарный диабет 2 типа у взрослых адаптированное клиническое сестринское руководство// Жетмекова Ж.Т., Алибаева Г.А., Абдужаппарова А.С и др.// Нур Султан.- 2019.-51 с.

7.Есеев Б. Лечебное питание при сахарном диабете 2-го типа//Бюллетень науки и практики.- 2019.- Т. 5. №10.- С. 77-83

8. Монографии ВОЗ о лекарственных растениях, широко используемых в но- Мусаева Э.М. Возможности фармакологической коррекции патологий гепатобилиарной систем/ Э.М Мусаева,, Г.А. Гусейнова Ш.М. Полухова и др.// 2018.- Архив.- Том 20,№ 2.- 221-225 (Текст)

11. вых независимых государствах (ННГ) [Текст] / Всемирная организация
12. Здравоохранения. – Франция: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data
13. Маслов М.И., Бородулин В.В. Средство и спосорб лечения сахарного диабета// ПатентRV2545765 С1.- 10 04. 2015.- Бюл.№ 10._
14. Сапронова Н.Н. Фундаментальные основы поиска лекарственных средств для терапии сахарного диабета 2-го типа //Новая аптека.-2010.-N 7.-С.40-42
15. Холов А.К., Изучение токсичности ферусинола в условиях трехмесячного эксперимента на белчх крысах/ А.К. Холов, А.Д. Азонов, Г.В. Разыкова, И.Д.Азонов, и др// Современные концепции научных исследований XLV111Международная научная конференция.- Москва .-2019, ч.2.- С.117-
16. Damasceno D., Leal-Silva T., Soares T. et al. Medicinal Plants for Diabetes Treatment During Pregnancy // Curr. Med Chem.; 2017; 24(4); p. 404-410; doi: 10.2174/0929867323666161003122914.
17. Matschinsky F.M., Porte D. Glucokinase activators (GKAs) prom-ise a new phar-macotherapy for diabetics. F1000. Med. Reports. 2010; 43 (2): 1776–1783.
18. Mirmiran P., Bahadoran Z., Azizi F. Functional foods-based diet as a novel dietary approach for management of type 2 diabetes and its complications: a review // World journal of diabetes. 2014. V. 5. №3. P. 267. https://doi.org/10.4239/wjd.v5.i3.267
19. Khanum F., Bawa A.S., Singh B., Rhodiola rosea: a versatile adaptogen/ F. . Khanum, A.S. Bawa,. B. Sin^i //Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety. 2005. Т. 4. № 3. С. 55-62.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГИПОГЛИКИМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ФЕРАЗОНА,ФЕРУСИНО-РК И ФЕРУСИНО-Р ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ ДИАБЕТЕ НА КРОЛИКАХ

Бобоев Дж.А.
ГНИИ-Питания Министерство промышленности и новых технологии Республики Таджикистан, ЦНИЛ-ТГМУ им. Абуали ибн Сино.

Данная статья посвящена сравнительному исследованию гипогликемичеких свойств Феразона, Ферусино-РК и Ферусино-Р на фоне аллоксанового диабета на 108 кроликах массой 1900-2000 кг.

Экспериментальными исследованиями установлено,что БАД-ы Феразон, Ферусино-РК и Ферусино-Р в дозах 0,25 и 0,35 г/кг массы оказывают заметный сахароснижающий эффект при ааоксановом диабете. При сравнительном анализе было выявленно,что испытуемые средства наиболее эффективным сахароснижаюшим свойством обладают в дозе 0,35 г,кг массы. По парпаметрам антидиабетического действия Феразон в дозе 0,25 и 35 г/кг превосходил аналогичне свойства Ферусино-РК , Ферусино-Р и Арфазетин.

Наряду с этим испытемые средства положительно влияют на показатели выживаемояти, массы тела, нормализуют количество потребляемый жидкости и улучшают синтез гликогена в тканях печени подопытных животных, уровень которого по сравнению с показателями контрольных животных достоверно (Pd”0,05-0,001) повышается,что по всей вероятности связано с гипогликемическими, панкреопротекторными и антиоксидантыми свойствами био-активных веществ состава Феразона,Ферусино-РК и Ферусино-Р.

Ключевые слова; гипогликемия, диабет, аллоксан, феразон, ферусино-РК, ферусино-Р, кролики, гликоген.

COMPARATIVE STUDY OF HYPOGLYCIMIC PROPERTIES OF FERAZON, FERUSINO-RK AND FERUSINO-R IN ALLOXAN DIABETES IN RABBITS.

Boboev J.A.
GNII-Nutrition Ministry of Industry and New Technologies of the Republic of Tajikistan, TsNIL-TSMU im. Abuali ibn Sino.

This article is devoted to a comparative study of the hypoglycemic properties of Ferazone, Ferusino-RK and Ferusino-R against the background of alloxan diabetes on 108 rabbits weighing 1900-2000 kg.

Experimental studies have established that dietary supplements Ferazon, Ferusino-RK and Ferusino-R in doses of 0.25 and 0.35 g / kg weight have a noticeable hypoglycemic effect in aoxane diabetes. Comparative analysis revealed that the tested drugs have the most effective antihyperglycemic properties in a dose of 0.35 g, kg of weight. In terms of antidiabetic action parameters, Ferazone at a dose of 0.25 and 35 g / kg was superior to those of Ferusino-RK and Ferusino-R and Arfazetin.

Along with this, the tested agents have a positive effect on survival rates, body weight, normalize the amount of fluid consumed and improve the synthesis of glycogen in the liver tissues of experimental animals, the level of which is significantly higher than in control animals (Pd"0.05-0.001), which increases by in all likelihood associated with the hypoglycemic, pancreoprotective and antioxidant properties of bio-active substances of the composition of Ferazon, Ferusino-RK and Ferusino-R.

Keywords; hypoglycemia, diabetes, alloxan, ferazone, ferusino-RK, ferusino-R, rabbits, glycogen.

Бобоев Ҷ.А. *– ассистенти кафедраи ташхиси тиббии ДМТ, унвонҷӯйи Пажӯҳишгоҳи давлатии илми-таҳқиқотии Гизоӣ Вазорати саноат ва технологияҳои нави Ҷумҳурии Тоҷикистон, ОМИТ-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино*

Бобоев Дж. А. *- ассистент кафедры медицинской диагностики Таджикского национального Университета. Соикатель ГНИИ Питания Министерство промышленности и новых технологии РТ и ЦНИЛ-ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Тел. 919 50 05 16*

Boboev J. A. *- Assistant of the Department of Medical Diagnostics of the Tajik National University. Soikatel GNII Food Ministry of Industry and New Technologies of the Republic of Tatarstan and TsNIL-GOU TSMU im. Abuali ibn Sino.*

ТАЪСИРИ ДЕТЕРМИНАНТҲОИ ИҶТИМОӢ БА САЛОМАТИИ РӮҲИИ ЗАНҲОИ МУҲОҶИРОНИ МЕҲНАТӢ

Пирова Г.Д.
Кафедраи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ва омори тиббӣ бо курси таърихи тиб, МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Тоҷикистон".

Муқаддима. Муҳоҷирати меҳнатӣ яке аз стратегияҳои асосии зиндагӣ дар кишварҳои дорои сатҳи паст ва миёнаи даромад буда, ба саломатии ҷисмонӣ ва рӯҳии онҳое, ки дар хона мондаанд, таъсир мерасонад [Сафаров Б.Г., 2014; Wilkerson, J. A. etal., 2009; Ullmann, S. H., 2012; Edelblute H.B. etal., 2014; Sultana A., 2014].

Имрӯз дар протсесси муҳоҷират одамони гуногун, сар карда аз муҳоҷирони легалӣ ва ғайри легалӣ, сайди одамфурӯшон, шахсони паоҳҷуй ва шахсони ба ватан баргардандаро дидан мумкин аст.

Муҳоҷирати оммавии аҳолии марди синну соли ҷавон ва миёнасол вазъи моддӣ ва ахлоқӣ- эмотсионалии занҳои дар Ватан мондашударо бад месозад: камбағалӣ, сатҳи пасти таҳсилот, нобаробарии гендерӣ, маҳдудиятҳои иҷтимоӣ ва зиддиятҳо [Рогачева Т.В., 2012; Шатилова Е.С., 2018; AfifiM., 2007; Patel V.etal., 2007;], ки дар ин ҷо детерминантҳои иҷтимоии онҳо ташаккул меёбанд ва ба

солимии рӯҳӣ (СР) таъсир расонида, онҳоро ба депрессия, худкушӣ ва зӯроварии оилавӣ аз тарафи шавҳар ё хешовандони онҳо водор месозад [IOM, 2015]. Онҳо ба дараҷаи баланди стигма дар ҷамъиятҳо ва душвории дастрасӣ ба захираҳои хизматрасонии солимии рӯҳӣ (СР) дучор мегарданд [Фасхутдинов Г., 2015; Semrau M. etal., 2015].

Асосан ин ба набудани дастгирӣ аз тарафи шавҳар –муҳоҷир вобаста аст, ки гароянда аз афзояндаи масъулият барои кӯдакони худ, ҳамчунин мушкилоти ҷойи зист ва оилавӣ, дучор гаштани онҳо ба зӯроварии ҷисмонӣ, рӯҳӣ ё алоқаи ҷинсӣ аз тарафи хешовандони шавҳар –муҳоҷир меафзояд (6). Вобаста аз ин, омӯзиши таъсири детерминантҳои иҷтимоӣ ба солимии рӯҳии занҳои муҳоҷирони меҳнатӣ (ЗММ) проблемаи мубрам барои системаи нигоҳдории тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон маҳсуб мешавад.

Таваҷҷуҳи рӯзафзун нисбат ба муайян кардани омилҳои ба СР-и занони синну соли репродуктивӣ таъсиркунанда ва масъалаҳои профилактикаи СР дар пажӯҳишҳои як қатор муҳаққиқони хориҷӣ, рус ва ватанӣ инъикос ёфтаанд [Лукьянов Н.Б, 2009; Тюрюканова Е.В., 2011; Ситнянский Г.Ю., 2016; Якимов А.Н., 2017; GartaulaH. N., 2012; GrossJ.J, 2014].

Таҳқиқотҳое, ки ба омӯзиши СР (синдромҳои депрессии ва таҳлука, стрессҳои посттравматикӣ) ва маҳдудияти иртиботи мутақобилаи онҳо бо ҳодисаҳои осебрасонандаи рӯҳӣ ва як қатор нишондодҳои демографӣ кам ҳастанд ва маълумоти гуногун доранд [Jacka T., 2012; YiJ., Zhong B., Yao S., 2014]. Пажӯҳишҳое, ки ба муайян кардани таъсири детерминантҳои иҷтимоӣ ба ихтилолҳои рӯҳии ЗММ дар Тоҷикистон бахшида шуда бошанд, тақрибан вуҷуд надоранд.

Мақсади таҳқиқот: Баҳодиҳӣ ба таъсири детерминантҳои иҷтимоӣ ба ихтилолҳои рӯҳии ЗММ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Объекти таҳқиқот занҳое буданд, ки дар синну соли аз 18 то 45-солагӣ никоҳ кардаанд ва дар ш. Душанбе сукунат доранд, барои дар пурсиш иштирок намудан ва рафтан ба марказҳои саломатии шаҳрӣ розӣ ҳастанд. Аз рӯйи натиҷаи санҷиш 2 гурӯҳи муқоисавташкил карда шуд: занҳои муҳоҷирон (n=102) ва ғайри муҳоҷирон (n=223).

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши ихтилолҳои депрессивӣ, таҳлука ва стрессҳои посттравматикии занҳои муҳоҷирони меҳнатӣ (ЗММ) буд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Натиҷаҳои ба даст товардаи баҳодиҳии ихтилолҳои депрессивӣ дар ЗММ нишон доданд, ки дар ЗММ – и муоинашуда миқдори ихтилолҳои депрессивӣтибқи шкалаи Гамилтон (HAM-D) ҳам дар муқоиса бо гурӯҳи занҳои ғайримуҳоҷирон ($p<0,0002$), ҳам нисбат ба гурӯҳи умумӣ ($p<0,0001$) зиёдтар дучор мешавад. Зиёдшвии депроессия дар занҳои гурӯҳи 2 (занҳои муҳоҷирон) ба баъзе зиёдшавиҳои депрессияи муътадил (21,6%; $p>0,05$) ва асосан аз зиёдшавии назарраси дараҷаи вазнини ихтилолҳои депрессивӣ (24,5%; $p <0,0001$) вобастаанд. Зи-

Ҷадвали 1.

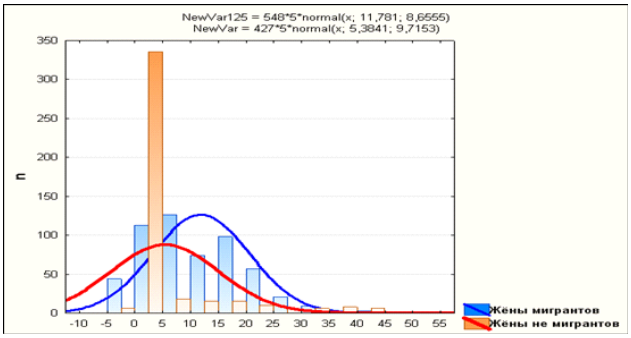
Шакли депрессия (HAM-D)	Гурӯҳи занҳо (мутлақ /%).			p_{1-2} p_{1-3} p_{2-3}
	Ҳамаи интихоб (n=325)	Занҳои муҳоҷирони меҳнатӣ (n=102)	Занҳои ғайримуҳоҷирон (n=223)	
Депрессия нест. (0-7 балл)	132 (40,6%)	28 (27,5%)	104 (46,6%)	<0,0001 <0,05 <0,0002
Сабук (8-14 балл)	92 (28,3%)	27 (26,5%)	65 (29,1%)	>0,05 >0,05 >0,05
Муътадил (15-23 балл)	60 (18,5%)	22 (21,6%)	38 (17%)	>0,05 >0,05 >0,05
Вазнин (≥24 балл)	41 (12,6%)	25 (24,5%)	16 (7,2%)	<0,01 <0,02 <0,0001

Эзоҳ: p – эътимоднокӣ дар байни гурӯҳҳои муқоисашаванда (тибқи меъёрҳои ч2).

ёдшавии шакли сабуки депрессия дар занҳои ғайри муҳоҷир (мутаносибан 26,5% ва 29,1% - дар занҳои гурӯҳҳои 1 ва 2; p>0,05) дида мешавад. Бояд зикр кард, ки аксари бештари занҳои ғайримуҳоҷир (46,6%; p<0,0001) ихтилолҳои депрессивӣ вуҷуд надошт (Ҷадвали 1).

Маълумотҳои дар расми 1 овардашуда нишон медиҳанд, ки дар занҳои ғайримуҳоҷирон асосан намудҳои сабук ва муътадили ихтилолҳои депрессивӣ дида мешавад, ҳол он ки миқдори дараҷаи вазнини он аз 10% (7,2%) зиёд нест.

Дар занҳои муҳоҷирон ҳамаи шаклҳои (возеҳи) депрессия бо миқдори тақрибан якхела ба назар мерасад ва аз 20% (мутаносибан 26,5; 21,6 ва 24,5% - миқдори депрессияҳои сабук, муътадил ва вазнин).



Расми 1. – Таносуби депрессия (возеҳии он) дар занҳои муҳоҷир (n=102) ва ғайри муҳоҷир (n=223).

Таҳлили муқоисавии ифодаҳои мутлақи депрессия дар гурӯҳҳои муқоисашаванда тибқи Kruskal-WalisANOVA гузаронида шуд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2.

Шкала	Гурӯҳи занҳо(M±SD)			p_{1-2}
	Ҳамаи интихоб (n=325)	Занҳои муҳоҷирон (n=102)	Занҳои ғайримуҳоҷирон (n=223)	
Депрессия, балл	11,3 ± 9,1	18,3 ± 13,2	9,7 ± 8,6	p<0,0001 p_{1-2}<0,001

Эзоҳ: p – эътимоднокӣ дар байни нишондиҳандаҳои мутлақ (тибқи Kruskal -Wallis); p_{1-2} - эътимоднокӣ дар байни занҳои гурӯҳҳои 1 ва 2 (тибқи меъёри U – Манн-Уитни).

Муқаррар карда шудааст, ки фарқияти байни возеҳии депрессияи байни гурӯҳҳомуҳим аст: дар занҳо интихоби умумӣ 11,3 ± 9,1 балл, дар ЗММ - 18,3±13,2, дар занҳои ғайримуҳоҷирон - 9,7±8,6 балл аст, дараҷаи нисбатан возеҳтари ИД (ихтилолҳои депрессивӣ) дар занҳои ғайримуҳоҷирон дида мешавад (p<0,0001).

Натиҷаҳои ба даст овардашударо ҷамъбаст намуда, тасдиқ кардан мумкин аст, ки дар ЗММ ИД бештар ба назар мерасад, дар 1/4 ҳиссаи ҳолатҳо возеҳии ин синдром дар шакли вазнин рух медиҳад. Вобаста аз ин, ифодаи миёнаи возеҳии депрессия дар ЗММ аз занҳои ғайримуҳоҷирон хеле баланд аст. Натиҷаҳои омӯзиши баҳогузорӣ ба возеҳии синдроми таҳлука дар ЗММ тибққи шкалаи Гамилтон (HAM-A) сурат гирифта, дар ҷадвали 3 оварда шудааст.

Ҷадвали 3.

Шаклҳои таҳлука (HAM-A)	Гурӯҳи занҳо (мутлақ/%).			p_{1-2} p_{1-3} p_{2-3}
	Ҳамаи интихоб (n=325)	ЗММ (n=102)	Занҳои ғайримуҳоҷирон (n=223)	
Таҳлука нест (0-7 балл)	129 (39,7)	19 (18,6)	110 (49,3)	<0,0001 <0,05 <0,0001
Сабук (8-14 балл)	85 (26,2)	33 (32,4)	52 (23,3)	>0,05 >0,05 =0,0855
Муътадил (15-23 балл)	77 (23,7)	30 (29,4)	47 (21,1)	>0,05 >0,05 >0,1010
Вазнин (≥24 балл)	34 (10,5)	20 (19,6)	14 (6,3)	<0,05 >0,05 <0,0002

Эзоҳ: p – эътимоднокӣ дар байни гурӯҳҳои муқоисашаванда (тибқи меъёрҳои ч2).

Маълумотҳои пешниҳодшуда гувоҳӣ медиҳанд, ки набудани таҳлука бештар дар занҳои гурӯҳи сеюм ва хеле кам дар занҳои гурӯҳи дуюм (мутаносибан 18,6% ва 49,3% - дар ЗММ ва ғайри муҳоҷирон; p<0,0002) ба назар мерасад. Миқдори зиёди таҳлука дар занҳои ғайри муҳоҷирон (зиёда аз 50%) буд, ки аз зиёдшавии шакли возеҳии сабуки таҳлука (23,3%) ва ммуътадил (21,1%) вобаста буд. Дар ЗММ низ бештар шакли сабуки таҳлука (32,4%) дида шуд, аммо басомади шакли муътадил (29,4%), ва шакли вазнини он низ (19,6%) – баланд буд. Ҳангоми муқоиса кардани занҳои ғайри муҳоҷирон, тамоюли зиёдшавии таҳлукаи муътадил дар ЗММ (p<0,1) ба мушоҳида мерасад.

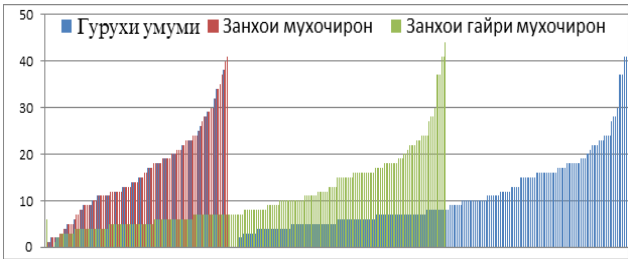
Шакли вазнини таҳлука мутаносибан 10,5 – 18,6 ва 6,3% дар занҳои интихоби умумӣ, ЗММ ва занҳои ғайри муҳоҷирон дида шуд; p<0,0002.

Зиёд шудани синдроми таҳлукаи возеҳиҳои гуногун дар ЗММ (71,4%) на танҳо дар муқоиса аз гурӯҳи умумӣ (60,3%; p<0,0001), балки аз гурӯҳи занҳои ғайри муҳоҷирон низ (50,7%; p<0,0001) дида шуд. Муқоисаи ифодаҳои мутлақ дар занҳои интихоби умумӣ (12,3±0,5) бо гурӯҳҳои ЗММ (15,6±8,3) ва ғайри муҳоҷирон (11,3±7,7) тибқи Kruskal-Walis фарқияти назарраси байни гурӯҳҳоро нишон дод (p<0,01).

Муқоисаи ифодаҳои мутлақи таҳлука дар занҳои интихоби умумӣ (12,3±0,5) бо гурӯҳҳои ЗММ (15,6±8,3) ва ғайри муҳоҷирон (11,3±7,7) тибқи Kruskal-Walis муҳим будани фарқияти байни гурӯҳҳоро нишон дод (p<0,01).

Ин фарқиятҳо бо зиёдшавии назарраси майдони ифодаҳои нисбатан баландтари таҳлука, асосан аз ҳисоби возеҳии муътадил ва вазнини он дар ЗММ (n=102), дар муқоиса бо занҳои гурӯҳи умумӣ (n=325) ва занҳои ғайри муҳоҷирон (n=223) вобастагӣ доранд, ки ин ба таври айёнӣ дар расм 2 нишон дода шудааст.

Маълумотҳои ба даст овардашуда гувоҳӣ медиҳанд, ки дар занҳои ғайри муҳоҷирон миқдори зиёди таҳлука аз зиёдшавии шакли сабуки таҳлука ва возехии муътадили он вобаста аст. Шакли сабуки таҳлука бештар дар ЗММ дида мешавад, аммо дар ин ҳолат миқ-

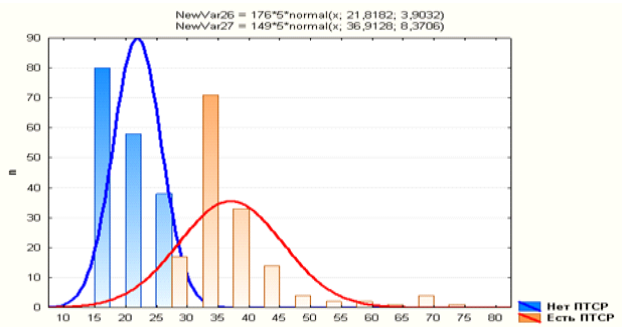


Расми 2. – Сатҳи таҳлука дар ЗММ (n=102), занҳои ғайри муҳоҷирон (n=223) занҳои гурӯҳи умумӣ (n=325; мутаносибан).

дори шаклҳои муътадил ва вазнини таҳлука низ дар сатҳи баланд аст. Шакли вазнини таҳлука дар ЗММ ва дар занҳои ғайри муҳоҷирон ба назар мерасад. Зиёдшавии синдроми таҳлукаи возеҳиашон гуногун дар ЗММ бештар аст дар муқоиса аз гурӯҳи занҳои ғайри муҳоҷирон. Ин фарқият, асосан, аз ҳисоби возеҳии муътадил ва вазнини он дар ЗММ вобаста аст.

Натиҷаҳои омӯзиши ихтилолҳои стресси посттравматикӣ (ИСПТ) дар гурӯҳҳои занҳои ба таҳқиқот ворид кардашуда возеҳии ИСПТ омӯхта шуда, баъдан иртиботи мутақобилаи он бо ҳолатҳои пешакӣ муқарраршудаи садамаовари рӯҳӣ (садамаҳои мустақим ё ғайримустақим) муқаррар карда шуданд.

Ҳангоми омӯхтани мавҷудияти зуҳуроти ИСПТ дар гурӯҳҳои умумии занҳо бо ёрии анкетаҳо (шкалаҳои PCL-C-14 – Нусхаи ихтисоршудаи Феҳристи назоратии стрессҳои посттравматикӣ барои аҳолии ғайринизомӣ) вуҷуд надоштани он дар 176 (54,2%) зан, бо фарқияти иифода аз 0 то 29 балл (расми 3) муқаррар карда шуд. Ифодаи миёнаи ИСПТ дар гурӯҳи занҳое, ки тағйиротҳои патологӣ надоранд, 21,8±3,9 баллро (M±SD) ташкил мекунанд.



Расми 3. – Вуҷуд доштани ИСПТ ва ифодаи он (балл) дар занҳои гурӯҳи умумӣ. (n=325).

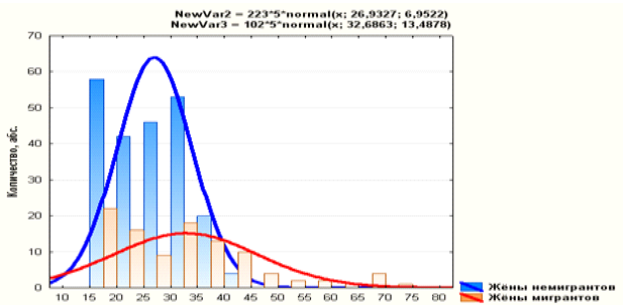
Занҳое, ки дар онҳо ИСПТ муайян карда шудааст, 149 нафар (45,8%) буданд, фарқияти байни ин нишондиҳанда (аз 30 то 70 балл) баланд буд. Ифодаи миёнаи ИСПТ дар гурӯҳи дуюми занҳо 36,9±8,3 балл (M±SD) буд. Шаклҳои стрессҳои посттравматикӣ дар занҳои гурӯҳҳои муқоисашаванда дар ҷадвали 4 оварда шудааст.

Ҷадвали 4.

Шаклҳои ихтилоли стресси посттравматикӣ (ИСПТ / PCL-C)	Гурӯҳи занон **(мутл/%).**			p1-2
	Ҳамаи интихоб (n=325)	Занҳои муҳоҷирон (n=102)	Занҳои ғайри муҳоҷирон (n=223)	
Нет ПТСР(0-29)	176 (54,2)	44 (43,1)*	132 (59,2)	<0,01
Мягкое (30-39)	114 (35,1)	32 (31,4)	82 (36,7)	>0,05
Умеренное (40-49)	22 (6,8)	15 (14,7)*	7 (3,1)	<0,001
Тяжёлое (≥50)	13 (4,0)	11 (10,8)*	2 (0,9)*	<0,002

Эзоҳ: p – эътимоднокии фарқиятҳо дар байни гурӯҳҳои 2 ва 3; * - фарқиятҳои муҳим (p<0,05) бо гурӯҳи 1 (тибқи меъёрҳои ч2).

Тибқи маълумотҳои дар ҷадвал овардашуда, набудани ИСПТ дар зиёда аз 50%-и занҳои гурӯҳҳои умумӣ ва занҳои ғайри муҳоҷирон ба мушоҳида мерасад, ҳол он ки дар ЗММ набудани онҳо танҳо дар 43% (p<0,01) зан ба назар расид. ИСПТ дар занҳои гурӯҳи муқоисашаванда асосан дар шакли сабук ба назар мерасад, ки тақрибан 1/3-ро ташкил медиҳад ва фарқияти басомади он ночиз (p>0,05) аст. Аммо шаклҳои муътадил (14,7%; p<0,001) ва вазнин (10,8%; p<0,002) ИСПТ бештар дар ЗММ ба назар мерасад. Бояд зикр кард, ки басомади ИСПТ муътадил ва вазнин дар занҳои ғайримуҳоҷир камтар (мутаносибан ИСПТ-и муътадил ва вазнин. 3,1% ва 0,9%). Вобаста аз ин, аҳамияти возеҳии ИСПТ дар ЗММ аз ҳамин гунна нишондодҳои гурӯҳи умумӣ ва гурӯҳи занҳои ғайри муҳоҷир хеле баланд аст (расми4).



Расми 4. - Таносуби возеҳии ИСПТ дар гурӯҳи (n=102) ва ғайри муҳоҷир (n=223).

Таҳлили муқоисавии ифодаҳои мутлақи ИСПТ дар занҳои интихоби умумӣ (28,7± 9,8) бо гурӯҳи ЗММ (32,7 ± 13,5) ва гурӯҳи занҳои ғайри муҳоҷир (26,9±6,9) тибқи Kruskal-Walis аҳамиятнокии фарқияти нишондиҳандаҳои миёнаи байни гурӯҳҳоро (p<0,001) нишон дод, яъне дараҷаи возеҳи ИСПТ дар ЗММ ба қайд гирифта шуд (ҷадвали 5).

Ҷадвали 5.

Шкала	**Гурӯҳи занҳо(M±SD)**			**P**
	Ҳамаи интихоб (n=325)	Занҳои муҳоҷир **(n=102)**	Занҳои ғайри муҳоҷир **(n=223)**	
ИСПТ, балл	28,7± 9,8	32,7±13,5	26,9±6,9	<0,001

Эзоҳ: p – эътимоднокии фарқиятҳои нишондиҳандаҳои мутлақ (тибқи Kruskal -Wallis).

Дар натиҷаи таҳқиқоти гузаронидашудаи иҷтимоӣ дар гурӯҳҳои занҳои интихобшуда чунин **хулоса** баровардан мумкин аст:

1) Таъсири детерминантҳои иҷтимоӣ, ҳодисаҳои осебрасонандаи рӯҳӣ (мустақим ва ғайримустақим), ки ба зӯроварихои ҷисмонӣ ва психологӣ дар занҳои муҳоҷирони меҳнатӣ (ЗММ) вобастаанд, ба пайдошавии ихтилолҳои умумии депрессивӣ, таҳлука ва ихтилолҳои стрессии посттравматикӣ оварда мерасонад;

2) Қисми бештари занҳо, ки ба маркази ёрии аввалияи тиббӣ-санитарӣ дар ш. Душанбе мурочиат мекунанд, аз дарачаҳои муътадил ё вазнини депрессия шикоят мекунанд;

3) Нишондиҳандаҳои баланди ихтилолҳои рӯҳӣ аз муҳим будани сари вақт ошкор намудани онҳо дар байни занҳое, ки ёрии аввалияи тиббӣ-санитарӣ гирифтаанд ва ба зарурати дахолатҳои муносиби ноҳияи солимии рӯҳӣ ниёз доранд.

АДАБИЁТ

1. Лукьянов Н.Б, 2009; Тюрюканова Е.В., 2011; Ситнянский Г.Ю., 2016; Якимов А.Н., 2017; GartaulaH. N., 2012; GrossJ.J, 2014].

2. Пирова Г.Д., Раджабзода С. Социально-демографические факторы, влияющие на общее и ПЗ жён трудовых мигрантов. АвджиЗухал (ISSN 2616-5252) №2, соли 2021, С. 51 -57.

3. Пирова Г.Д. Определение влияния фактора физического насилия на жен мигрантов и немигрантов. Материалов научно-практическая конференция молодых ученых и студентов им.АбуалиибниСино с международным участием посвященная 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан «Медицинская наука: достижения и перспективы», ТГМУ - Душанбе, 2016 - С.425 [Рогачева Т.В., 2012; Шатилова Е.С., 2018; AfifiM., 2007; Patel V.etal., 2007;],

4. IOM, 2015].

5. Сафаров Б.Г., 2014; Wilkerson, J. A. et al., 2009; Ullmann, S. H., 2012; EdelbluteH.B. et al., 2014; Sultana A., 2014].

6. Фасхутдинов Г., 2015; Semrau M. etal., 2015]

7. JackaT., 2012; Yi J., Zhong B., Yao S., 2014].

ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТОВ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕН ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Г.Д. Пирова

Кафедра общественного здравоохраненияи медицинской статистики с курсом истории медицины, ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино РТ.

В работе представлены результаты анализа анкетного опроса с использованием статистического пакета Statistica-10,0, который показал, что прогностическими значимыми многомерными детерминантами психического здоровья являются: для депрессии коэффициент детерминации (R2=0,49) это муж - мигрант и перенесенные прямые психотравмирующие события; для тревоги коэффициент детерминации (R2=0,38) это муж - мигрант, перенесенные прямые психотравмирующие события и более старший возраст; для посттравматического стрессового расстройства коэффициент детерминации (R2=0,46) это муж – мигрант, перенесенные прямые психотравмирующие события и насилие в течение прошлого года.

***Ключевые слова**:* жены мигрантов, психическое здоровье, психические расстройства.

***Пирова Г.Д.-** аспиранти кафедраи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ, омори тиббӣ бо курси таърихи тиб, МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. E-mail: gulya.pirova@gmail.ru*

***Пирова Г.Д.-** аспирант кафедры общественного здравоохраненияи медицинской статистики с курсом истории медицины, ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино РТ. E-mail: gulya.pirova@gmail.ru .*

***Pirova G.D.-** graduate student department of public health and medical statistics with a course in the history of medicine, TSMU named after Abuali ibn Sino, Tajikistan, pirova@gmail.ru.*

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

УСУЛҲОИ МУОСИРИ ТАБОБАТИ ХАДШАҲОИ АТРОФИКИИ ПӮСТ

Муҳамадиева К.М., Шодиева М. О.
Кафедраи дерматовенерологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

Муҳиммият. Зуҳуроти хурдтарини аломатҳои бемориҳои пӯст, махсусан дар синну соли ҷавонӣ нороҳатии психологӣ ба бор меоранд, хосиятҳои коммуникативии шахсиятро кам мекунанд, дезадаптатсияи иҷтимоиро ташаккул медиҳанд. Намуди зоҳирӣ ба некуаҳволии иҷтимоӣ, мутобиқшавии ҷамъиятӣ ва сифати ҳаёти одамон таъсири назаррас мерасонанд. Стандартҳои олии эстетики ҷаҳони муосир нисбат ба намуди зоҳирии занҳо боиси дар 80%-и онҳо ташаккул ёфтани невроз ва психоз мешавад. Рӯйи одам ин фардияти ӯ аст. Аз ҳамин сабаб камбудиҳои модарзодӣ ва интихоби косметикӣ дар мавзеи рӯй комплекси проблемаҳои психологиро ва коммуникатсияи иҷтимоиро ба вуҷуд меоваранд. Дар робита ба ин, барқарор шудани симои асосиву табиии одам аз нуқтаи назари ҳолати психологӣ ва адаптатсия дар ҷамъият вазифаи муҳим ба шумор меравад. Дар даҳсолаи якуми асри XX1 рушди устувори хадшаҳои осебҳои пӯст ҷарроҳии нақшавӣ, садама, сӯхтагиҳо, ҷароҳатҳо муқаррар карда шуд. Ҳиссаи бемороне, ки ба муассисаи тиббӣ оид ба нуқсонҳои хадшавии пӯст муроҷиат карданд, тибқи маълумотҳои таҳқиқотҳои гуногун то 20-25% расид [17,3,12,14]. Хадшаҳои атрофикӣ паҳншудатарин намуди деформатсияи хадшавӣ ба ҳисоб мераванд. Тибқи маълумоти муаллифони гуногун хадшаҳои атрофикӣ аз 8- то 90%-и ҳамаи деформатсияҳои хадшавиро ташкил медиҳанд [1, 11, 15]. Дар ин маврид таҳлил аз рӯйи аҳамияти мавқеи ҷудокунӣ дар сохтори гирифторшавии беморони соҳаи дерматокосметологӣ аз он гувоҳӣ медиҳад, ки онҳо дар сохтори умумии муроҷиат оид ба осебҳои хадшавии рӯй ва гардан 25%-ро ташкил медиҳанд.

Айни замон деоматокосметологияи муосир ва ҷарроҳии пластикӣ дорои имкониятҳои васеи табобати хадшаҳои атрофикии деформатсияи пӯст номгӯи бузурги методикаҳоро дар ихтиёр дорад. Дар хусуси рафтори беморони дорои хадшаҳои пӯст нуқтаи назари ягонаи мутахассисон мавҷуд нест. Ин ба гуногунии сершумори зуҳуроти клиникӣ ва исботҳои нокифояи базаи таҷрибаи ҳама методикаҳои пешниҳодшуда вобаста аст. Усулҳои терапевтӣ ё доругии ислоҳи беморӣ гурӯҳҳои гуногуни фармакологиро дар бар мегирад ва дар ҳар як марҳалаи инкишофи хадша нуқтаи мувофиқатӣ доранд (доруҳои кортикостероидӣ, препаратҳои ферментӣ, ситостатикӣ, сертромбосити плазма (PRP), кислотаи гиалуронӣ).

Мезотерапия протседураи мураккаб нест. Таҳлили аксҳои беморон пас аз гузаронидани табобат нишон медиҳад, ки релефи пӯст хеле беҳтар шудааст, ҳамчунин беҳтаршавии ҳолати умумии пӯст низ ба мушоҳида мерасад [13]. Комплексҳои витаминҳои беҳтаркунандаи микросиркулятсияи бофтаҳо, доруҳои фаъоли биологӣ истифода мешаванд. Аммо ба андешаи муаллифони дигар истифодаи ин усул дар комбинатсияи вай бо типҳои гуногуни сайқалдиҳии (пилинг, дермабразия, шл.._лазерӣ) ва дигар муҳлатҳои барвақти пайдошавии хадшаҳо асоснок мекунанд [9]. Муаллифони дигар тасдиқ мекунанд, ки усулҳои мезотерапиявӣ барои ислоҳ кардани стрияҳои ҷавону ташаккулёбанда муассиранд, зеро бузургшавии онҳоро пешгирӣ мекунад. [22].

Биоревитализатсия – тазриқи препаратҳои ноустувори кислотаи гиалуронӣ. Аксар вақт барои ислоҳи хадшаҳои атрофии post-acne препаратҳои кислотаи гиалуронӣ истифода мешаванд [7,15]. Бо мақсади табобати рихинак ва пост-акне (post-acne) як идда муаллифон дар пажуҳишҳои худ солҳои охир мақсаднок будани истифодаи аз плазмаҳои тромбосит бой асоснок карданд. Самаранокии клиники плазмаҳои аз тромбосит бой ҳангоми ҳолатҳои атрофикии пӯстро дар

маҷмӯ як қатор муаллифон нишон доданд. Дар плазмаҳои аз тромбосит бой тромбоситҳои фаъолнокшуда комплекси омилҳои рушд, монанди омили тромбоситарии инкишоф, омили рушди фибробластҳо, омили эпителиалии инкишоф, омили инкишофи эндотелияи рагҳо, омили интиқолдиҳандаи (трансформатсионии) инкишоф тарашшухкунанда мешаванд. Омили тромбоситарии инкишоф пролифератсияи ҳуҷайравӣ-ангиогенез, синтези коллагенро стимулятсия менамояд. Омили инкишофи фибробластҳо барои синтези коллаген ва кислотаи гиалуронавӣ, репаратсияҳои бофтаҳо мусоидат мекунанд. Омили трансформатсионии инкишоф ва омили эпителиявии инкишоф пролифератсияи эпителиоситҳо, ангиогенез ва репаратсияҳои бофтаҳоро стимулятсия мекунад. Омили рушди эндотелияи рагҳо ангиогенезро стимулятсия мекунад. Бар иловаи омилҳои хатар, плазмаи аз тромбосит бой дорои интерлейкинҳои 1,1а, 8 мебошад; протеинизҳои матриксӣ ММП 1 ва 2, ингибиторҳои бофтавӣ протеинази матриксӣ ТИМП 1,2,4: омилҳои ҳуҷайраҳои бунёдӣ; сафедаҳои адгезивӣ, омилҳои лахтбандии хун, пептидҳои зиддимикробӣ, ки ҳангоми дегранулятсияи ҳуҷайраҳо хориҷ мешаванд. Комплекси омилҳои инкишоф пролифератсия ва дифференсиатсияи ҳуҷайраҳо, ангиогенез, синтези компонентҳои матрикси хориҷи ҳуҷайравиро стимулятсия мекунад, таъсири зиддимикробӣ дорад. Аз ҳисоби муҳтавои комплексии омилҳои инкишоф оптимизатсияи регенератсия ба амал меояд. Ин имконият медиҳад, ки профилактикаи тағйироти постэриптивӣ таъмин карда шавад [7,16]. Дигар муаллифон чунин меҳисобанд, ки ин усулро дар якҷоягӣ бо дигар усулҳои табобат барои ба даст овардани таъсири хуб истифода намудан мумкин аст [36].

Мақсади истифода кардани филлерҳои дериалӣ дар муолиҷаи хадшаҳои атрофикӣ, постакне пурра гаштани ҳаҷм ба ҳисоб меравад. Маъмулан, коллаген ё препаратҳои кислотаҳои гиалуронӣ истифода мешаванд, аммо самаранокии протседура тақрибан то 3-6 моҳ нигоҳ дошта мешавад, ки ин заруратӣ курсҳои такрориро ба миён меоварад. Аммо муаллифоне низ ҳастанд, ки ислоҳи деформатсияҳои хадшавиро бо ёрии филлерҳои дермӣ танҳо бо истифодаи онҳо дар хадшаҳои атрофикии U-шакли бо зичии на чандон зиёди бофтаҳои хадшавӣ маҳдуд мешаванд [9]. Гурӯҳи дигари муаллифон чунин меҳисобанд, ки табобати захмҳои атрофикӣ аз доначаҳои рихинакӣ бо ёрии тазриқи кислотаҳои гиалуронӣ дар ду сатҳи нисбатан самараноктар аст [26]. Филлерҳои дермалии гидроксиаптити калсий ва PLLA тазриқи дорои таъсири тӯлонӣ бинобар таъсири устувор бартарӣ доранд. Трансплантатсияи чарби аутологӣ самаранокии худро ҳангоми табобати хадшаҳои постакне исбот кардааст ва бо биоивазкунии пурраи худ бартарӣ дорад. Ин усул барои ислоҳи дарозмуддат потенсиал дорад, аммо самаранокӣ аз техникаи гузаронидани протседура вобаста аст [6,8,32,40].

Натиҷаи хуби ислоҳи хадшаҳои макулярӣ, яъне хадшаҳои доғдор, диахрония пилинги химиявии миёнасатҳӣ, мобайнӣ (гистраэпидермалӣ)-ро нишон медиҳанд: кислотаи гликоловӣ 70%, кислотаи салитсиловӣ 30%, кислотаи пировиноградӣ 40-70%, кислотаи трихлорсирка (ТСА) 20-35%, маҳлули Уенсер, ичро кардани пилингҳои сатҳии химиявӣ бо алфагидрокислотаҳо имконият медиҳанд, ки регрессии диахромӣ то 92,2% ҳолат ва псевдоатрофия дар 54,4% ҳолат ба даст оварда шавад, аммо тақрибан ба миқдори деформатсияҳои хадшавӣ таъсир намерасонад [7,9,16].

Аксари бештари пилин-гҳои химиявӣ кислотаи гликолӣ доранд. Муқаррар карда шудааст, ки кислотаи гликолӣ озодшавии ситокинҳои кера-тиноситҳоро ба амал меорад, онҳо ба таҷдиди матрикс ва син-тези коллагени нави фибробласта-ҳои дерма таъсир мерасонанд. Ин таъсир аз ҷиҳати клиникӣ ба бартарафсозии доғҳои рукудкарда, ҳамвор ва суфташавии релефи пӯст оварда мерасонад. Таҳти таъсири кислотаи гликолӣ ғафсии эпидермис аз ҳисоби ҳуҷайраҳои зинда зиёд мегардад, сатҳи кислотаи гиалуронӣ дар эпидермис ва дерма баланд мешавад. Таъсири табобатии кислотаи манделӣ (mandelic acid) дар муқоиса бо кисло-

таи гликолӣ камтар аст, аммо таъсири таҳриккунандааш низ зиёд нест. Ғайр аз ин, таъсири бактеритсидии он истифодаи онро дар таркиби пилингҳои омехта барои табобати акне мувофқи мақсад месозад[7].

Муаллифони дигар менависанд, ки кислотаи салитсилӣ яке аз беҳтарин воситаҳои тозакунанда барои табобати хадшаҳо аз доначаҳои рихинак аст. Консентратсияи нисбатан таъсирбахштар барои хадшаҳои постэруптивӣ 30%-ро ташкил медиҳад. Таъсирҳои манфии пилинги кислотаи салитсилӣ – эритема ва хушкӣ, сабук ва гузарандаанд.

Бартарии кислотаи салитсилӣ аз профили муқарраршуда, бехатарӣ барои ҳама намудҳои пӯст, пайдо шудани таҳшини сафед барои санҷидани якхела пошидан ва дар таъсири анестезикунанда иборат аст. Камбудии кислотаи салитсилӣ дар два сӯзиши сахт аст [32].

Ба андешаи баъзе муҳаққиқон пилинги бо кислотаи гликолии 50% ва кислотаи салитсиловии 30% ҳангоми табобати хадшаҳои майда ва муътадил аз доначаҳои рихинак бехатаранд. Бештари пилин-гҳои химиявӣ кислотаи гликолӣ доранд. Муқаррар карда шудааст, ки кислотаи гликолӣ ситокинҳои кера-тиноситҳоро озод мекунад [29]. Муаллифони дигар менависанд, ки самаранокии нисбии пи-лингҳо дар асоси кислотаи гликолии 30% ва кислотаи салитсилии 30% ҳангоми табобати акне мувофиқат мекунанд. Аммо баъди 2 моҳи анҷом ёфтани курси табобат натиҷаҳои истифодабарии пилинги салитсилӣ нисбатан боварибахштар буданд [7].

Кислотаи pyruvic acid алфа-кетокислота ва воситаи тозакунанда аст. Вай дорои хосиятҳои кератолитикӣ, антимикробӣ ва себостатикӣ бо воситаи самараноки тозакунандагӣ аст. Барои тоза кардани изҳои захм аз рихинаки дараҷаи вазниниаш миёна истифода намудани кислотаи пирувинии аз 40 то 70% тавсия карда шудааст. Бартарии кислотаи пирувинӣ дар якхела ворид шудан бо эритемаи якхела, тозакунии осон, давраи кӯтоҳи пас аз ҷарроҳӣ ва имконпазирӣ барои ҳама намудҳои пӯст аст. Норасоии он дарди шадид ва эҳсоси сӯзиш, нейтрализатсияи ҳатмӣ, ҳамчунин буғҳои захрнок ва таҳриккунанда барои пардаи луобии роҳҳои болоии нафаскашӣ мебошанд [32].

Аммо баъзе муаллифон натиҷаи қаноатбахши ин методикаро ислоҳ кардани хадшаҳои макулярӣ, V- шакл ва амиқи U- шакл тасдиқ мекунанд. Дар ин маврид ихтилолҳои транзитории пигментатсия имконпазир аст, ки зарурати интихоби ҷиддӣ ва тайёр кардани беморонро барои протседура ба миён меоварад [21].

Таҳқиқотҳое низ мавҷуданд, ки индуксияи таҳтипӯстии коллагенро (бо ёрии дермороллер) бо кислотаи трихлорсирко (trichloroacetic acid) ҳангоми табобати хадшаҳои атрофикии доначаҳои рихинак муқоиса мекунанд. Ба андешаи онҳо ҳарду усул ҳам натиҷаи хуб медиҳанд [35].

Ба усулҳои механикии суфтакунии пӯст дермабразия, микродермабразия ва нидлингро бо истифодаи мезороллерҳо дохил мекунанд. Истифодаи дермабразияи механикӣ ҳангоми мавҷуд будани миқдори зиёди хадшаҳои атрофикии постакне, ки ба якдигар наздик ҷойгир шудаанд, имконпазир аст. Аммо ин усул барои бемор осебпазир ва дарднок мебошад, реабилитатсияи тӯлониро талаб мекунад, хатари пайдо шудани таъсирҳои манфӣ, ба монанди хадшаҳои патологӣ ва дисхромия, зиёд ва истифодааш хеле махдуд аст [9, 32]. Муаллифони дигар чунин меҳисобанд, ки ин усул барои ислоҳ кардани хадшаҳои V- шакл ва U-шакл самаранок мебошад, бар иловаи дарднокӣ ва тӯлонӣ будани давраи шифоёбӣ, метавонад, ки ихтилолҳои ҷубронашавандаи пигментатсия ва пайдошавии хадшаҳои гипертрофӣ ва келлоидиро ба вуҷуд орад [21, 32].

АДАБИЁТ

1. Анойко Е. А. Рубцовые изменения на коже: этиология, клиника, методы лечения. Bulletinofmedicalinternetconferences (issn 2224-6150) 2016. Volume 6. Issue 5 Стр. 608
2. Бычкова Н. Коррекция постакне. Облик. Estheticguide ноябрь 2019 стр. 58-63
Бюллетень медицинских интернет-конференций (issn 2224-6150) 2016. Том 6. № 5 стр. 605

3. Вертиева Е. Ю., Олисова О. Ю., Кочергин Н. Г., Пинсон И. Я. Обзор патогенетических механизмов и методов коррекции рубцов. Российский журнал кожных и венерических болезней 2015; 18 (1): 51-57

4. Качанова Т. А., Юдин В. А., Кочуков В. П.. Устранение рубцовых деформаций лица и тела методом липофилинга. Manupropria стр. 30-32

5. Клименкова Н.В., Шиманская И.Г. Современный подход к лечению акне и постакне. Международные обзоры: клиническая практика и здоровье 3 2017, стр. 53-68

6. КолчеваА П. С., М. Талыбова,А. Г. Стенько.Инновационные методы в лечении пациентов с атрофическими рубцами постакне. Медицинский алфавит № 6 / 2020, дерматология (1) стр. 47-51

7. Круглова Л. С., Колчева П. А., Корчажкина Н. Б. Обзор современных методов коррекции рубцов постакне. Вестник новых медицинских технологий – 2018 – т. 25, № 4 – с. 155–163

8. Куй-беда О. В., Тищенко А. Л., Сергеева Н. С. Линейные атрофии и актуальные методы их устранения. Медицинский вестник мвд № 1 (86), 2017 г. Стр. 46-49

9. Кунгуров Н. В., Толстая А. И., Зильберберг Н. В., Голиков М. Ю. Современные методы коррекции рубцов постакне. Уральский медицинский журнал 2011№08(86) august стр. 97-104

10. Курганская И. Г. Комплексная коррекция патологических рубцов кожи. Диссертация, 2011

11. Мухамадиева К. М., Валиева М. С. Современные взгляды на патогенез рубцов постакне. Ҳифзи тандурустииТоҷикистон, № 1, 2017 стр. 54-60

12. Ногеров А.Р. Минимально инвазивные эстетические процедуры для молодых пациентов: современные возможности коррекции рубцов постакне. Бюллетень медицинских интернет-конференций (issn 2224-6150) 2016. Том 6. № 5 стр. 605

13. Поплавская Н. Б. Комбинированные протоколы лечения постакне. Дерматология в России 2018 (прил. 1) стр. 136-138

14. Потекаев Н. Н., Круглова Л. С., Жукова О. В., Пташинский Р. И., Фриго Н. В. Способ лечения патологических рубцовых деформаций кожи. Клиническая дерматология и венерология 2, 2017 стр. 83-88

15. Сафонов И. Г. Лечение и коррекция рубцов. Атлас 2015

16. Свечникова Е. В., Дубина Л. Х., Кожина К. В.. Современные представления о постакне. Новые возможности коррекции. Медицинскийальманах № 3 (54) май 2018 стр. 137-140

17. Степанкина Е. С., Бармин Е. В., Степанкин С. Н., Трофимов Е. И. Причины и патогенез формирования патологических рубцов кожи (обзор литературы). Вестник восстановительной медицины № 1•2017 стр. 103-109

18. Талыбова А. П., Стенько А. Г. Эффективность комбинированного применения неодимового (1064 нм) лазера и фракционного фототермолиза в коррекции гормонально-зависимых атрофических рубцов. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2017; 16(4) стр. 177-181

19. Течиева С. Г. Комбинированное применение фореза экстракта плаценты и лазерных технологий в коррекции атрофических рубцов. Диссертация, 2017

20. Фисенко Г. И. Коррекция посттравматических и послеожоговых рубцов в детском и подростковом возрасте методом механической дермабразии. Детская хирургия, №1, 2012 стр. 27-30

21. Шиманская И. Г., Волотовская А. В. Методы коррекции рубцовых изменений кожи у пациентов на фоне угревой болезни. Медицинские новости №9, 2015 стр. 38-40

22. Юсова Ж. Ю. Новое в лечении стрий. Вестник последипломного образования №4, 2014 стр. 17

23. Abdel Kareem IM, Fouad MA, Ibrahim MK. Effectiveness of subcision using carboxytherapy plus fractional carbon dioxide laser resurfacing in the treatment of atrophic acne scars: comparative split face study. J Dermatolog Treat. 2020 May;31(3):296-299. doi: 10.1080/09546634.2019.1595505. Epub 2019 Apr 2.

24. Abdel-maguid EM, Awad SM, Hassan YS, El-Mokhtar MA, El-deek HE, Mekkawy MM. Efficacy of stem cell-conditioned medium *vs.* Platelet-rich plasma as an adjuvant to ablative fractional CO_2 laser resurfacing for atrophic post-acne scars: a split-face clinical trial. J DermatologTreat. 2021 Mar;32(2):242-249. doi: 10.1080/09546634.2019.1630701. Epub 2019 Jul 5.

25. Abid Keen, Gousia Sheikh, Iffat Hassan, Yasmeen Jabeen, Shagufta Rather, Syed Mubashir, Insha Latif, SumayaZeerak, Muzafar Ahmad, Aqib Hassan, Peerzada Ashraf, FaizanYounis, NajamulSaqib. Treatment of post-burn and post-traumatic atrophic scars with fractional CO_2 laser: experience at a tertiary care centre//Lasers in Medical Science volume 33, pages1039–1046(2018)

26. Artzi O, Cohen S, Koren A, Niv R, Friedman O. Dual-plane hyaluronic acid treatment for atrophic acne scars. J CosmetDermatol. 2020 Jan;19(1):69-74. doi: 10.1111/jocd.12991. Epub 2019 May 10.

27. Basma Ali, NagehElMahdy, Nashwa NaeemElfar. Microneedling (Dermapen) and Jessner's solution peeling in treatment of atrophic acne scars: a comparative randomized clinical study. J Cosmet Laser Ther 2019;21(6):357-363.

28. Disphanurat W, Kaewkes A, Suthiwartnarueput W. Comparison between topical recombinant human epidermal growth factor and aloe vera gel in combination with ablative fractional carbon dioxide laser as treatment for striae alba: a randomized double-blind trial. Lasers Surg Med 2020 Feb;52(2):166-175. doi: 10.1002/lsm.23052. Epub 2019 Jan 6.

29. Dr. Sarojpurohit, Dr. Ram Singh Meena, Dr. BabitaBargujar, Dr. Anil Kumar Jain. Glycolic acid peels versus salicylic acid peels in atrophic acne scars : a randomized comparative study. International multispecialty journal of health (imjh) issn: [2395-6291] [vol-2, issue-7, july- 2016]

30. Galal O, Tawfik AA, Abdalla N, Soliman M. Fractional co2 laser versus combined platelet-rich plasma and fractional co2 laser in treatment of acne scars: image analysis system evaluation. J CosmetDermatol. 2019 Dec;18(6):1665-1671. doi: 10.1111/jocd.12909. Epub 2019 Apr 9.

31. Kravvas G, Al-niaimi F. A systematic review of treatments for acne scarring. Part 2: energy-based techniques. Scars Burn Heal. 2018 Aug 16;4:2059513118793420. doi: 10.1177/2059513118793420. eCollection Jan-Dec 2018.

32. Maya ValeskaGozali, Bingrong Zhou. Effective Treatments of Atrophic Acne Scars// J ClinAesthetDermatol. 2015 May; 8(5): 33–40.

33. Moetaz El-Domyati, Manal Barakat, SherifAwad, WalidMedhat, Hasan El-Fakahany, and Hanna Farag. Microneedling Therapy for Atrophic Acne Scars//J ClinAesthetDermatol. 2015 Jul; 8(7): 36–42.

34. Park CS, Park JH, Kim CR, Lee JH. Objective analysis of volume restoration in atrophic acne scars and skin pores: a split study using human stem cell-conditioned media. J Dermatolog Treat 2021 Feb;32(1):73-77. doi: 10.1080/09546634.2019.1628915. Epub 2019 Jul 5.

35. TahraLeheta, Amira el Tawdy, Rania Abdel Hay, Sally Farid. Percutaneous collagen induction versus full-concentration Trichloroacetic acid in the treatment of atrophic acne scars. 2011 by the american society for dermatologic surgery, inc. _ published by wiley periodicals, inc.Issn: 1076-0512 _ dermatolsurg 2011;37:207–216 _ doi: 10.1111/j.1524-4725.2010.01854.x

36. Tyng-Shiuan Hsieh, Wen-Kuan Chiu, Ten-Fang Yang , Hsian-Jenn Wang, Chiehfeng Chen. A Meta-analysis of the Evidence for Assisted Therapy with Platelet-Rich Plasma for Atrophic Acne Scars Aesthetic PlastSurg2019 Dec;43(6):1615-1623.

37. WenyanJin , Zhouna Li , ZhehuJin , ChenglongJin. A novel technique for treating atrophic facial scars in Asians using ultra-pulse CO_2 laser. J CosmetDermatol. 2020 May;19(5):1099-1104. doi: 10.1111/jocd.13335. Epub 2020 Feb 19.

38. WoraphongManuskiatti, DaranpornTriwongwaranat, SupenyaVarothai, SasimaEimpunth, Rungsimawanitphakdeedecha. Efficacy and safety of a carbon-dioxide ablative Fractional resurfacing device for treatment of atrophic Acne scars in asians. Dermatologic surgery. J am acaddermatol Volume 63, number 2 2019, p. 274-283

39. Zeinab A, Ibrahim MD Amal A, El Ashmawy MD Ola A, Shora MDTherapeutic effect of microneedling and autologous platelet rich plasma in the treatment of atrophic scars: A randomized study. J CosmetDermatol2017 Sep;16(3):388-399.

40. ZichunGu, Yirun Li, and Hua Li. Use of Condensed Nanofat Combined With Fat Grafts to Treat Atrophic Scars. JAMA FacialPlastSurg2018 Mar 1;20(2):128-135

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ

Мухамадиева К.М., Шодиева М. О.

Кафедра дерматовененрологии (заведующая кафедры д. м. н. Мухамадиева К. М.)
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье приведены методы коррекции атрофических рубцовых деформаций кожи. Дается краткая характеристика пилингов, богатой тромбоцитами плазмы, а так же таких методов как мезотерапия, биоревитализация, дермабразия, микродермобразия, нидлинг, лазерные методы, хирургические методы, липофилинг, ульразвуковая терапия, интрадермальная стимуляция рубцовой ткани. Кроме того приведены некоторые комбинированные методы лечения атрофических рубцов. В зависимости от типа, степени тяжести рубца и фототипа пациента необходим индивидуальный подход для получения удовлетворительных результатов лечения.

Ключевые слова: атрофический рубец, фототип, пилинг, мезотерапия, биоревитализация, дермабразия, микродермобразия, нидлинг, лазерная терапия.

Мухамадиева Кибриёхон Мансуровна-*д.и.т., мудири кафедраи дерматовенерологияи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, e-mail: kibriyo_67@mail.ru, тел: +992931277575*

Шодиева Махбуба Октябровна*, докторант PhD кафедраи дерматовенерологияи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, e-mail: makhbubashodieva@gmail.com, тел: +992939999485*

Мухамадиева КибриёхонМансуровна- *д.м.н,. заведующая кафедры дерматовенерологии Таджикиского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, e-mail: kibriyo_67@mail.ru, тел: +992931277575*

Шодиева Махбуба Октябровна*, докторант PhD кафедры дерматовенерологии Таджикиского государственного медицинского университета им. АбуалиибниСино, e-mail: makhbubashodieva@gmail.com, тел: +992939999485.*

Muhamadieva Kibriyokhon Mansurovna - *Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Dermatovenereology, Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino, e-mail: kibriyo_67@mail.ru,, tel: +992931277575*

Shodieva Makhbuba Oktyabrovna, *PhD candidate, Department of Dermatovenereology, Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino, e-mail: makhbubashodieva@gmail.com,tel: +992939999485*

УСУЛИ ТАБОБАТИ БЕМОРОНИ ВИТИЛИГО

Соҳибназарова Р.Ҳ.
Кафедраи дерматовенерология бо курси косметологияи ДТБКСТ ҶТ

Муҳиммият. Витилиго яке аз дерматозҳои омилаш мухталифи дисхромияи пӯст ба шумор меравад. Тибқи маълумоти Созмони Умумиҷаҳонии Тандурустӣ ба ин беморӣ зиёда аз 1% аҳолӣ мубтало мебошанд. Витилиго метавонад дар ҳама синну сол оғоз шавад, аммо тақрибан дар 70% ҳолатҳо он дар 10-25-солагӣ ва дар 25% ҳолатҳо беморони витилиго кӯдакони то 10-сола мебошанд [12, 14].

Витилиго бо пайдоиши ногаҳонии нуқтаҳои дипегментӣ, ки хусусияти ба канораҳо паҳншавӣ доранд ва боиси вайрон шудани вазифаи секретории меланоситҳо ё марги онҳо мегардад, ба мушоҳида мерасад. Гарчанде рушди беморӣ бо бадшавии ҳолати ҷисмонӣ ё нишонаҳои субъективӣ асос намеёбад ва ба саломатӣ таҳдид намекунад,, вале дар аксарияти беморони гирифтори витилиго нишонаҳои ихтилоли афсурдагӣ ба мушоҳида мерасад, табъ якбора хира ва малакаҳои муошират бад мешаванд, диққат ба нуқсонҳои косметикӣ ва ҷустуҷӯи имкониятҳои муолиҷаи он равона мегардад [9]. Паст шудани сифати зиндагӣ ва самаранок набудани маводҳои табобатии истифодашуда вазъи рӯҳию равонии беморонро боз ҳам бадтар мекунад [3,13].

Ба саволи омилҳои инкишофи депигментатсия, сарфи назар аз таваҷҷӯҳи калон ба ин масъала, мутаассифона ҳанӯз ҳам ҷавоби мукаммал вуҷуд надорад. Гурӯҳи омилҳое вуҷуд доранд, ки метавонанд ба ихтилоли пигменти таъсир расонанд. Омилҳои аз ҳама назарраси беруна стресс, нуфузи механикӣ, осеб, радиатсияи аз ҳад зиёди ултрабунафш ва воситаҳои химиявӣ аз қабили онҳо мебошанд. Бемориҳои музмин, агентҳои сироятӣ ва захролудшавӣ низ метавонанд ба функсияи пигмент таъсир расонанд [4,7]. Омилҳои инкишофи витилиго тиреоидити аутоиммунӣ, артрити тарбодӣ, эритематоз, доманаи атопикӣ, бемориҳои ҷигар аз пайдоиши сироятӣ ё захролудшавӣ ва гелминтоз аз шумори онҳо мебошанд. Ҳамзамон, басомади витилиго дар ин беморон нисбат ба дигар табақаҳои аҳолӣ дар маҷмӯъ баланд нест.

Назарияҳои маъмултарини патогенези витилиго инҳоянд: назарияи ихтилоли иммунитет (нақши асосӣ ба аксуламалҳои бо ҳуҷайра алоқаманд иборат аст); назарияи фишори оксидитивӣ (радикалҳои озод бо муҳофизати нокифояи антиоксидант ба кератиноситҳо ва меланоситҳо таъсири мустақим доранд); назарияи нейрогенӣ (депигментатсия аз сабаби норасоии функсионалии системаҳои индоламин ва катехоламин, ки ҷавобан ба стресс, фаъолияти сусти системаи нейротрансмиттер, пептидҳо ва ретсепторҳо ба вуҷуд меояд ва депигментатсия яке аз нишонаҳои ихтилоли соматизатсия мешавад; назарияи генетикӣ (таҳқиқоти генетикии молекулавӣ шумораи зиёди генҳоеро ошкор сохтанд, ки метавонанд ба патогенези молекулавии витилиго шомил шаванд, аммо то ҳол муайян кардани генҳои асосии масъули ҳассосият ба ин беморӣ нестанд) [2,4,5].

Имрӯзҳо усулҳои зиёде барои табобати витилиго мавҷуданд, аммо дар аксари ҳолатҳо ин танҳо як созиш аст, аз ин рӯ табибон ва беморон аксар вақт аз натиҷаҳои онҳо норозӣ ҳастанд [6]. Муваффақияти усулҳои анъанавии табобат (доруҳои мис, руҳ, ки микросиркулятсияро беҳтар мекунанд, витаминҳо, маводҳои седативӣ, доруҳои фурокоумарин), тибқи маълумоти бисёр муҳаққиқон, аз 30-35% зиёд нест [3,8]. Лазерҳои гуногун, вариантҳои фототерапия ба таври васеъ истифода бурда мешаванд, аммо ин табобатҳо тӯлонӣ буда, хавфи авориз ба амсоли гиперемияи доимӣ, гиперпигментасия ва бемориҳои варами пӯст ҷой доранд [6, 10, 11]. Тадқиқотҳо дар бораи самаранокии истифодаи дарозмуддати глюкокортикостероидҳо ва дигар воситаҳои мавзеии дорои таъсири иммуносупрессивӣ ҳастанд, ки онҳо низ ҳангоми бемории нав оғозгардида, дар ҳолати ҷой доштани иллатҳои хурду маҳдуд самаранок мебошанд [11].

Мақсади тадқиқот. Баҳодиҳии самаранокии клиникии истифодаи систематикӣ ва мавзеии доруи Пигментин дар беморони мубталои витилиго.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти назорат 31 нафар беморони мубталои шаклҳои гуногуни витилиго (21 мард ва 10 зан), синну солашон аз 15 то 46-сола қарор доштанд. Давомнокии беморӣ аз 5 то 39 солро ташкил медод. Дебюти витилиго дар кӯдакон дар 18 бемор қайд карда шуд, дар 13 бемор аломатҳои аввалини беморӣ дар синни зиёда аз 20- солагӣ пайдо шуданд.

Шакли маҳдудгардида дар 10 (32,3%) ҳолат ва паҳнгардида дар 21 (67,7%) ҳолат ба қайд гирифта шудааст. Ба гуногунии марказии (як ё якчанд нуқтаҳо дар як минтақа) шакли маҳдудшудаи витилиго дар 4 (12,9%) бемор ва сегментарӣ дар 6 (19,4%) бемор (дар рафти асаб ё плексусҳои он) ба қайд гирифта шудаанд. Аз шаклҳои маъмулии дерматоз, варианти дағалӣ дар 13 (41,9%) бемор, дар акрофатсия дар 8 (25,8%) бемор ба мушоҳида шудааст. Масоҳати депигментатсияи пӯст, ки ба андозаи хурмо муайян карда шудааст, дар 4 (12,9%) бемор дар 1-2% сатҳи бадан, дар 7 (22,6%) - аз 3 то 10%, дар 15 (48,4%) - 11-40%, дар 5 (16,1%) бемор аз 41 то 70% ба қайд гирифта шудааст.

Раванди прогрессивии патологӣ дар 17 бемор (54,8%) мушоҳида шудааст - беморон пайдоиши манбаъҳои нави депигментатсияро дар 6 моҳи охир қайд карданд, 14 (45,2%) нафар бистаришудагон ин бемориро доштанд.

14 (37.8%) беморон эҳтимолияти зуҳури витилигоро бо стресс ва изтироби шадид мансуб медонанд. Дар 5 ҳолат (16,1%), тамаркузи депигментатсия пас аз сӯхтан ё дар мавзеи ҷарроҳӣ пайдо шудааст, дар 9 (29%) нафар шаклҳои мухталифи витилиго ба қайд гирифта шуданд. Дар байни хешовандони наздик ва 3 нафар беморон (9,7%) пайдоиши депигментатсияро бо ягон омил вобаста намекунанд.

Дар 25 (80,6%) ҳолат бемориҳои ҳамҷоя муайян карда шуданд: дар 13 (41,9%) нафар бемориҳои системаи ҳозима (холесистит, дискинезияи биларӣ, гепатозҳои равғанӣ, панкреатит музмин, гастрити музмин, колит), дар 19 (61, 3%) нафар бемориҳои гуногуни сироятӣ (ҳамлаи гелминтӣ, тонзиллит, герпес, ситомегаловирус, сироятҳои бактериявӣ ва паразитӣ, сироятҳои бо роҳи ҷинсӣ гузаранда, гепатити B, C) ва 9 (29%) нафар бемориҳои эндокринӣ (ҷоғи эндемикӣ, диабети қанд), дар 8 (25,8%) нафар пиелонефрити музмин ва уролитиаз ба қайд гирифта шудааст.

Ҳамаи беморон бо истифодаи доруи Пигментин, ки барои табобати беморони витилиго дар шакли терапияи системавӣ ва мавзеи (истеҳсоли PRC) истифода мешавад, муолиҷа гирифтанд. Ба таври систематикӣ, Пигментини дозааш 0,1-ро 4-ҳабӣ 3 маротиба пас аз хӯрок истеъмол менамуданд. Маҳлули онро бошад дар сатҳи мавзеи депигментатсия 1-2-маротибагӣ истифода мебурданд. Давомнокии табобати умумӣ 3 моҳ, берунӣ то 6 моҳро ташкил медод.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Ҳамаи беморон муолиҷаро хуб гузарониданд ва авориз ба қайд гирифта нашудааст. Рушди аксуламал дар 6 моҳ назорат карда шуд. Дар ҳамаи беморон дар тӯли давраи мушоҳида тамоюли мусбат ба мушоҳида мерасид. Дар охири моҳи аввали табобат, дар аксари беморон мавзеъҳои репигментатсияи хусусияти перифолликулярӣ дошта то андозаи 3-4 мм пайдо шуданд, дар 6 нафар бемор бошад, репигментатсия дар моҳи дуюми табобат ба қайд карда шуд. Дар 8 нафар бемор аксуламали возеҳ ба истифодаи берунаи доруи Пигментин дар шакли эритемаи дурахшон ва каме варам мушоҳида карда шуд. Бо назардошти ин, ба ин беморон Пигментин дар як шабонарӯз як маротиба тавсия дода шуд. Қитъаҳои репигментатсияшудаи андозаашон хурд танҳо пас аз 14-16 ҳафтаи муолиҷа пайдо шуданд. Мушоҳидаҳои минбаъда барқароршавии пуршиддати ранги муқаррарии пӯстро дар манбаи патологӣ нишон доданд ва дар якҷоягӣ бо репигментатсияи перифолликулярӣ ҳамчунин марзҳо байни пӯсти муқаррарӣ ва пастсифат ҳамвор карда шуданд (вайроншавии corolla-и гиперпигменттонидашуда).

Репигментатсия зудтар дар беморони фототипи II ва III рух дод (аз рӯи нишондоди Фитспатрик). Дар ҳамаи 4 нафар беморони фототипи I эритема ҳангоми табобат пайдо шуд, аммо гиперпигментатсияи минбаъда нисбат ба беморони пӯстаашон гандумгун камтар мушоҳида карда шуд. Дар ин беморон 100% репигментатсия ба мушоҳида нарасид. Эҳтимол дорад, ки дар беморони фототипи I пӯст дорои миқдори камтари меланоситҳо буда, онҳо қобилияти пасти синтетикӣ доранд.

Натиҷаҳои табобат чунинанд: барқароршавии клиникӣ (100% барқарор шудани қитъаҳои витилиго) дар 8 (25,8%) бемор ба даст оварда шуд; беҳтаршавӣ (такрори беш аз 75%-и майдони осеб) дар 9 (29%) бемор, беҳтаршавӣ (такрори 50-75%) дар 3 нафар ба қайд гирифта шудааст. Майдони нуқтаҳои бечӯшуда - дар 6 (19,4%) нафар, каме беҳтаршавӣ (такрорӣ то 50%) - дар 4 (12,9%) нафар, бе натиҷа (такрорӣ то 30%) - дар 4 (12,9%) нафар беморон ба мушоҳида мерасид.

Дар ҳамаи 10 (100%) нафар беморони дорои шакли маҳдудкунандаи витилиго ва 7 (33,3%) нафар аз 21 нафар беморони маъмул барқароршавӣ ва беҳбудиҳои назаррас ба даст оварда шуданд.

Натиҷаҳои хуби табобат дар 9 (81,8%) бемор аз 11 беморе, ки майдони осеби то 10% -и сатҳи пӯст доштанд ва дар 7 (46,7%) нафар аз 15 беморон бо майдони вайроншавии аз 11 то 40% ва дар 1 (20%) ҳолат аз 5 нафар беморон бо вайроншавии зиёда аз 40% сатҳи бадан ба қайд гирифта шудаанд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, тадқиқотҳо самаранокии хуби истифодаи доруи Пигментинро дар муолиҷаи кӯтоҳмуддати умумӣ ва мавзеии дерматозҳо витилиго нишон медиҳанд. Натиҷаҳои аъло ва хуб дар 54,8% беморон ва қаноатбахш дар 19,4% беморон ба қайд гирифта шудаанд.

АДАБИЁТ

1. Адаскевич, В.П. Кожные и венерические болезни: руководство / В.П. Адаскевич, В.М. Козин – М.: Медицинская литература, 2006. – 672 с.

2. Герейханова Л.Г., Ломоносов К. М, Башлакова К.А. Окислительный стресс в патогенезе витилиго и методы его коррекции. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2016; 19(1): 45-8.

3. Дерматовенерология. Национальное руководство / Ю.К. Скрипкин [и др.]. – М.: ГЭОТАР, 2017. – 895 с.

4. Дерматология Фицпатрика в клинической практике / Л.А. Голдсмит [и др.]. – М.: Панфилов, 2015. – Т 1. – 1166 с.

5.Кошевенко Ю.Н. К вопросу о причинах гибели меланоцитов при витилиго. Иммунологические механизмы// Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2001. – 6. – С 63 - 70.

6. Кузьмина Т.С., Ткаченко С.Б., Потекаев Н.Н. Витилиго: патогенетическое обоснование использования лазера. // Экспер. и клин. дермато-косметол. 2005; 4: 14-16.

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

Сохибназарова Р.Х.

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОСЗ РТ

Цель исследования. Оценка клинической эффективности системного и наружного использования препарата пигментин у больных витилиго.

Материал и методы. Проведено лечение 31 больного витилиго (мужчин 21, женщин 10) в возрасте от 15 до 46 лет. Пигментин больные принимали по 4 таблетки 3 раза в день, наружно раствор препарата наносился на очаги поражения 2 раза в день. Курс системной терапии пигментином составил 3 месяца, наружной – 6 месяцев.

Результаты. Клиническое выздоровление и значительное улучшение полу-

чено у 17 (54,8%), улучшение – у 6 (19,4%).

Заключение. Препарат Пигментин показал хорошую эффективность в лечении больных витилиго – одного из торпидных в терапии дерматозов.

Ключевые слова: витилиго, пигментин, системное лечение, таблетки витилиго...

TREATMENT METHOD OF VITILIGO

Sohibnazarova R. Kh.
Department of Dermatology, STIs and Cosmetology, IPME, RT

Aim. To evaluate a clinical efficiency of systemic and topical Pigmentin in patients with vitiligo.

Material and methods. 31 patients with vitiligo (men – 21, women – 10) at the age of 15-46 years old. Patients took 4 tablets of Pigmentin thrice a day and applied topical solution twice a day. Systemic course took 3 months, topical 6 months.

Results. Clinical rehabilitation and considerable improvement seen in 17 (54.8%), improvement in 6 (19.4%).

Conclusion. Pigmentin showed a good efficiency in the treatment of vitiligo, one of the most therapy-torpid dermatoses.

Key words: vitiligo, pigmentin, systemic treatment, vitiligo pills...

Соҳибназарова Р.Ҳ. *– ассистенти кафедраи фанҳои муолиҷавии №1-и Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон, унвонҷӯйи кафедраи дерматовенерология бо курси косметологияи ДТБКСТ ҶТ, rsohibnazarova@gmail.com, тел. +992 905 00 90 07*

Соҳибназарова Р.Ҳ. *– ассистент кафедры лечебных дисциплин №1 Хатлонского государственного медицинского университета, соискатель на учёную степень кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ; rsohibnazarova@gmail.com, тел. +992 905 00 90 07*

Sohibnazarova R. Kh. *– assistant of the Department of Medical Disciplines No. 1 of the Khatlon State Medical University, Ph.D applicant of the Department of Dermatovenereology with a cosmetology course of the State Educational Institution of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan; rsohibnazarova@gmail.com, Tel. +992905009007*

ОНКОЛОГИЯ

ХУСУСИЯТҲОИ ТАБОБАТИ ШУОӢ, ПЕШГИРӢ ВА ОФИЯТЁБӢ

Сайфутдинова М.Б.
Кафедраи онкология, ташхис ва муолиҷаи шуоии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», ш. Душанбе

Муҳиммият. Табобати шуоӣ истифодаи навъи махсуси энергияи шуоъҳои электромагнитӣ ё нурҳои зарраҳои ҳастаии ибтидоӣ мебошад, ки қодир ҳастанд, ҳуҷайраҳои омосро қатъ кунанд ё афзоиш ва тақсимоти онҳоро боз доранд. Дар давраи муолиҷа баъзе ҳуҷайраҳои солиме, ки ба минтақаи афканишот ворид мешаванд, ҳамчунин осеб мебинанд, аммо аксарияти онҳо қодир ҳастанд, ки барқарор шаванд. Ҳуҷайраҳои омосӣ нисбат ба ҳуҷайраҳои солиме, ки атрофи онро иҳота намудаанд, тезтар тақсим мешаванд. Аз ин рӯ, афканишот ба онҳо нисбатан марговартар таъсир мерасонад. Маҳз, ин фарқиятҳо самаранокии табобати шуоии саратонро муайян мекунанд.

Мақсади тадқиқот. Табобати шуоӣ барои муолиҷаи навъҳои гуногуни саратон истифода мешавад [1].Айни замон, аз нисф зиёди беморони гирифтори саратон, ки аз ягон намуди он ранҷ мебаранд, бо роҳи табобати шуоӣ муваффақона табобат карда мешаванд.

Табобати шуоӣ метавонад ҳамчун усули мустақили муолиҷа истифода шавад. Баъзан табобати шуоӣ пеш аз ҷарроҳӣ барои коҳиш додани варам ва ё баъд аз амали ҷарроҳӣ барои нест кардани ҳуҷайраҳои боқимондаи саратонӣ гузаронида мешавад. Аксар вақт, барои нобуд кардани омос табибон амали афканишоти нуриро дар якҷоягӣ бо истеъмоли доруҳои зиддисаратонӣ истифода мебаранд. Ҳатто барои он бемороне, ки омоси онҳоро бурида гирифтан иҷозат дода намешавад, табобати шуоӣ имконият медиҳад, ки андозаи омос коҳиш ёбад, дард сабук шавад ва вазъи умумии бемор беҳтар гардад. Барои гузаронидани табобати шуоӣ дастгоҳҳои махсуси мураккаб истифода мешаванд, ки онҳо имкон медиҳанд ҷараёни нури шифобахш ба омос равона гардад. Ин дастгоҳҳо аз рӯи принсипи фаъолият фарқ мекунанд ва бо мақсадҳои гуногун истифода мешаванд. Баъзеи онҳо барои табобати саратони сатҳӣ, аз ҷумла саратони пӯст истифода мешаванд, баъзеи дигар барои табобати омосҳое, ки дар бадан амиқтар паҳн гаштаанд, нисбатан самараноктар мебошанд. Барои табобати беморон истифодаи кадом намуди дастгоҳ беҳтар ва манфиаттар аст, аз ҷониби духтури табобатӣ муайян карда мешавад [3,4].

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ҷараёни гузаронидани табобати шуоӣ ба давраҳо ҷудо карда мешавад. Асосан, ин ҷараён ба се давра ҷудо карда мешавад: давраи пеш аз шуоъдиҳӣ, давраи шуоъдиҳӣ ва давраи баъди шуоъдиҳӣ. Ҳар яке аз ин давраҳо хусусиятҳои ба худ хос доранд, ки қоидаҳои рафтори беморро муайян мекунанд. Риоя намудани ин қоидаҳо ҳангоми гирифтани табобати шуоӣ натиҷаҳои муолиҷаро беҳтар мегардонад ва басомади таъсироти онҳоро коҳиш медиҳад[4].

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Давраи пеш аз шуоъдиҳии табобатӣ. Дар ин давра, бо мақсади дақиқтар кардани минтақаи омос ва арзёбии ҳолати бофтаҳои солиме, ки атрофи манбаи патологиро иҳота намудаанд, таҳқиқоти иловагӣ гузаронида мешаванд. Пеш аз оғози ҷараёни табобати шуоӣ миқдори афканишот бодиққат ҳисоб карда мешавад. Усулҳои истифодаи самараноки афканишот, ки дар натиҷаи он ҳуҷайраҳои омос ба ҳадди аксар нобуд шаванд ва бофтаҳои солим дар минтақаҳои дучоршуда муҳофизат карда шаванд, муайян мегардад.

Табиби муолиҷавӣ миқдори афканишоти ба бемор зарурӣ, тартиби иҷро кардани он, муддат ва давраҳои гузаронидани табобати шуоиро муайян менамояд. Барои иҷрои ин ҳисобҳои мураккаб як гурӯҳи пурраи мутахассисони баландихтисос – физи-

кҳои тиббӣ, дозиметристҳо, рентгенологҳо дар ҳамкорӣ нақша тартиб медиҳанд, ки баъзан, барои қабули қарори мушаххас якчанд рӯз лозим мешавад. Иҷрои ин расмиёт нақшагирӣ номида мешавад.

Ҳангоми гузаронидани табобати шуоӣ аз бемор хоҳиш карда мешавад, ки оромона рӯи мизи табобатӣ хобад. Дар ин мавриd духтури радиолог майдони афканишотро муайян мекунад. Чунин майдонҳо метавонанд якчандто бошанд. Майдонҳои афканишот дар пӯст бо нуқта ё хатҳои рост аломатгузорӣ карда мешаванд, ки бо ин мақсад ранги махсусро истифода мебаранд. Ишораҳои рангӣ бояд дар пӯст то ба анҷом расидани давраи муолиҷа боқӣ монанд. Бинобар ин, ҳангоми шустушӯй бемор кӯшиш кунад, ки ин аломатҳо шуста, пайи онҳо тоза нашавад. Агар хатҳо ва нуқтаҳо тоза шаванд, дар ин маврид ба табиб мурочиат кардан лозим аст. Бемор худаш ҷойи нуқта ва хатҳоро мустақилона ранг накунад.

То оғози давраи пеш аз шуоъдиҳӣ истифодаи қиёми йод ва ангезандаҳои дигар дар ҷойҳои пӯст, ки ба ин минтақаҳо афканишот гузаронида мешавад, иҷозат ва сайру гашт ё истодан дар зери офтоб тавсия дода намешавад. Дар ҳолати дар болои пӯст пайдо шудани ягон намуди доғ ё доначаҳо бемор ҳатман ба табиби муолиҷавӣ мурочиат намояд. Духтури табобаткунанда барои муолиҷа истифодаи маводи мувофикро тавсия медиҳад. Агар табобати шуоӣ барои муолиҷаи омосҳои минтақаи луобпардаҳо, ковокии даҳон ва гулу равона гардида бошад, бояд муолиҷаи пешакӣ ва тоза кардани даҳон, аз ҷумла канда гирифтани дандонҳои пӯсида ва муолиҷаи онҳо зарур аст. Ин тадбири муҳимтарини пешгирии мушкилоти аз афканишот сармезада дар ковокии даҳон ба ҳисоб меравад.

Давраи шуоъдиҳӣ. Марҳалаи муқаррарии муолиҷа 4-7 ҳафта давом мекунад. Дар баъзе ҳолатҳо, вақте ки табобати шуоӣ пеш аз ҷарроҳӣ бо мақсади кам кардани андозаи варам ва ё сабук кардани ҳолати бемор гузаронида мешавад, давомнокии марҳалаи муолиҷа 2-3 ҳафтаро ташкил медиҳад. Амали табобати шуоӣ дар як ҳафта 5 маротиба гузаронида мешавад. Баъзан, барои ҳифз намудани бофтаҳои муқаррарӣ дар минтақаи шуоъдиҳӣ миқдори шабонарӯзӣ ба 2-3 давра тақсим карда мешавад. Танаффуси дурӯза дар охири ҳафта имкон медиҳад, ки бофтаҳои солим барқарор шаванд. Қарор дар бораи миқдори умумии афканишот ва шумораи давраҳо аз ҷониби табиб-радиолог дар асоси андоза ва маҳалли ҷойгиршавии омос, намуди он, ҳолати умумии бемор ва намудҳои дигари табобати кардашуда қабул мегардад.

Ҳангоми оғоз намудани амали табобатӣ аз бемор хоҳиш карда мешавад, ки дар рӯи мизи табобатӣ дароз кашад ва ё дар курсии махсуси табобатӣ нишинад. Аз рӯйи минтақаҳои қаблан дар рӯйи пӯст ишорагардида мавзеъҳои минтақаҳои шуоъдиҳӣ дақиқтар муайян карда мешаванд. Бофтаҳои солим дар минтақаи осебдида бо лавҳаҳоимахсус муҳофизат карда мешаванд. Аз ин рӯ, ҳангомишуоъдиҳӣ бемор набояд ҳаракат кунад. Вай бояд оромона дароз кашида, ягон хели фишороваріро ба худ роҳ надиҳад, нафаскашиаш табиӣ, ором ва ҳамвор бошад. Бемор дар ҳуҷраи табобатӣ 15-30 дақиқа қарор мегирад, давомнокии ҷараёни табобат бошад ҳамагӣ аз 1 то 5 дақиқа давом мекунад.

Пеш аз ба кор даровардани дастгоҳ кормандони тиб ба ҳуҷраи дигар мегузаранд ва беморро бо воситаи камераҳои назоратӣ мушоҳида мекунанд ва бо баландгӯякҳо дар тамос мешаванд.

Баъзе қисмҳои дастгоҳи табобати шуоӣ метавонанд ба ҳаракат дароянд ва ҳангоми кор овоз ва садо бароранд, дар ин маврид бемор пешакӣ огоҳонида мешавад. Аз ин рӯ, дар ин ҳолат бемор набояд ҳаросон шавад, зеро ҷараёни коркарди тачҳизот зери назорати табибон ва кормандони дигар мебошад.

Ҷараёни афканишот бедард аст. Агар бемор ҳангоми нурпошӣ худро бад ҳис кунад, ягон амали мустақилона накарда, фавран бояд садо барорад ва ё бо ишора ба табиб мурочиат намояд. Тачҳизотро ҳар вақту ҳолат хомӯш кардан мумкин аст.

Эҳтимол, агар бемор дард дошта бошад,

аллакай ӯ дар аввали табобат камшавии дардро ҳис мекунад. Одатан, таъсири нисбатан бештари муолиҷавии табобати шуоъ пас аз ба анҷом расидани давраи табобат ба амал меояд. Барои натиҷаи хуб ва табобати самаранок гирифтан бемор бояд тамоми давраҳои муолиҷаи муқарраршударо ба анҷом расонад.

Таъсироти бадани инсон ба табобати шуоъ инфиродӣ мебошад. Аммо, дар ҳар ҳолат, раванди табобати шуоъ ба бадан сарбории ҷисмонии зиёдро пеш меорад. Аз ин рӯ, дар ҷараёни гирифтани табобати шуоъ дар бемор ҳисси хастагии зиёд пайдо мешавад. Дар робита ба ин, бемор бояд ҳарчи бештар истироҳат кунад. Вақте бемор мехоҳад, ки хоб равад, бигзор хоб кунад. Ин ҳиссиёт ва хоҳиш, одатан, баъд аз 4-6 ҳафтаи пас аз ба охир расидани табобати шуоъ аз байн меравад. Бемор аз фаъолияти ҷисмонӣ набояд тамоман канорагирӣ кунад, зеро он қобилияти муҳофизатии бадан ва муқовимат намудан ба таъсироти зарароварро афзоиш медиҳад.

Тавсияҳои методӣ оид ба интихоби машқҳои ҷисмонӣ ва муҳлату ҳаҷми он аз ҷониби духтури муолиҷавӣ ва ё духтур-методисти машқҳои варзишии муолиҷавӣ дастрас карда мешаванд.

Баъд аз гирифтани табобати шуоъ шояд нишонаҳое ба вуҷуд оянд, ки бемор ҳангоми мушоҳидаи онҳо назорати навбатии ташхисиро интизор нашуда, сари вақт ба духтури муолиҷавӣ мурочиат кунад. Ин нишонаҳо чунинанд: пайдоиши дард ва дар давоми чанд рӯз худ аз худ бартараф нашудани он; дилбеҳузурӣ, дарунравӣ, аз байн рафтани иштиҳо; баланд шудани ҳарорати бадан ва пайдо шудани сулфа; пайдоиши омос, варам ва доғҳои ғайриоддӣ дар пӯст; инкишоф ёфтани варамии дастҳо дар канораи минтақаи табобати шуоъ гирифта ва ғайра.

Баъди ба охир расонидани табобати шуоъ пӯсти шуоъгирифтаро аз таъсири нури офтоб ва ҷароҳат бардоштан ҳадди ақал як сол нигоҳубин ва муҳофизат кардан лозим аст. Пас аз табобат ва ҳатто шифо ёфтани пӯст ҳатман ҳар рӯз ба минтақаи пӯсти шуоъгирифта 2-3 маротиба марҳами серғизо молидан лозим аст. Истифодаи маводи ангезишдиҳанда иҷозат дода намешавад. Кӯшиш карда шавад, ки нишонаҳои дар пӯст мавҷудбуда, ки пас аз шуоъдиҳӣ боқӣ мондаанд, маҷбуран тоза карда нашаванд, зеро онҳо худ аз худ тадриҷан нест мешаванд.

Агар дар минтақаи пӯсти шуоъгирифта нороҳатӣ ва ангезиш боқӣ монад, ба духтур мурочиат кардан зарур аст. Духтур ба бемор табобати мувофиқро таъйин мекунад.

Хулоса. Бемори табобати шуоъгирифта дар хотир дошта бошад, ки дарди сабук дар минтақаи шуоъгирифта зуҳуроти маъмул ва васеъ паҳнгашта мебошад. Дар сурати пайдо шудани дарди сабук бемор метавонад аз дорухои дардро сабуккунанда истифода барад.

АДАБИЁТ

1. Атлас рентгеноанатомии и укладок : руководство для врачей / ред. М. В. Ростовцев. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 320 с.

2. Зикириёхоҷаев, Д. З.Фарҳанги тафсирии русӣ-тоҷикии истилоҳоти саратоншиносӣ [Матн] : фарҳанг / Д. З. Зикириёхоҷаев, М. Б. Сайфутдинова, Р. З. Юлдошев ; муқарриз Б. П. Ахмедов ; муҳаррир А. И. Юсуфов. - Душанбе : ООО"Бебок", 2021. - 232 с. - ISBN 978-99985-57-00-0

3. Ланге, С. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной клетки [Электронный ресурс] : руководство.Атлас / С. Ланге, Джеральдин Уолш ; пер.с англ., под ред. С. К. Тернового, пер., под ред. А. И. Шехтера. - Электрон. текстовые дан. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2015. - 413 с. : 1118 ил., 35 табл. - Систем. требования: PDF. - Загл. с титул. экрана. - Электрон. версия печ. Публикации

4. Онкология: китоби дарсӣ /Р.З.Юлдошев, Д.З.Зикириёхоҷаев, М.Б.Сайфутдинова; тақризг.:д.и.т., проф. Б.П.Ахмедов, д.и.т.,проф. Ш.Қ.Назаров; таҳрири н.и.ф., дотс. А.И.Юсуфов; каф. онкология, ташхис ва муолиҷаи шуоии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».- Душанбе,2021.- 400с.

5. Основы лучевой диагностики и терапии : национальное руководство / гл. ред. тома С. К. Терновой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1000 с.

6. Сайфутдинова, М. Б. Лучевая терапия.аспекты лечения, профилактика осложнений и реабилитация [Электронный ресурс] : методические рекомендации / М. Б. Сайфутдинова, Д. З. Зикрияходжаев, Р. З. Юлдошев. - Электрон. текстовые дан. – Душанбе,2021. - 14 с.

7. Сайфутдинова, М. Б. Табобати нурӣ. Хусусиятҳои табобат,пешгирӣ ва офиятёбӣ [Захираи электронӣ] : дастури методии тавсиявӣ / М. Б. Сайфутдинова, Д. З. Зикриёхочаев, Р. З. Юлдошев. – Душанбе, 2021. - 21 с.

8. Тарутин, И. Радиационная защита в лучевой терапии.-М.,2015.-

9. Терновой С. К. Лучевая диагностика и терапия [Электронный ресурс] : учебное пособие / С. К. Терновой, В. Е. Синицын. - Электрон. текстовые дан. - М : ГЭОТАР- Медиа, 2010. - 304 с. : ил.

10. Труфанов Г.Е. Лучевая терапия (радиотерапия): учебник / Г. Е. Труфанов [и др.] ; под ред. Г. Е. Труфанова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 208 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-4420-7.

11. Черенков, В. Г. Онкология [Электронный ресурс] : учебник / В. Г. Черенков. - Электрон. текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 366 с. - Систем. требования: PDF.

ОСОБЕННОСТИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ, ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

М.Б.Сайфутдинова

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

В статье рассматриваются особенности лучевой терапии, проведение ее этапов, возможность эффективности данного вида лечения, практические советы, необходимые рекомендации по профилактике этого заболевания и его последствий.

Ключевые слова: рак, лучевая терапия, пациент, химиотерапия, опухоль, врач-радиолог, опухолевые клетки, здоровые ткани.

FEATURES OF BEAM THERAPY, PREVENTION AND REHABILITATION

M.B.Saifutdinova

Department of Oncology, Radiation Diagnostics and Therapy ATSMU

The article considers the specifics of beam therapy, the conduct of its stages, the possibility of effectiveness of this type of treatment, practical advice, necessary recommendations for the prevention of this disease and its consequences.

Сайфутдинова М.Б.- *номзади илми тиб, ассистенти кафедраи онкология, ташхис ва муолиҷаи шуоии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»; E-mail:detochka1984@bk.ru, тел. 918-66-52-61*

Сайфутдинова М.Б. - *к.м.н., ассистент кафедры онкологии,лучевой диагностики и терапии ГОУ «ТГМУ им. Абӯалӣ ибни Сино»; E-mail:detochka1984@bk.ru, тел.918-66-52-61*

M.B.Saifutdinova.- *Candidate of Medical Sciences, Department of Oncology, Radiation Diagnostics and TherapyATSMU*

ПЕДИАТРИЯ

АЛОМАТҲОИ АСОСИИ КЛИНИКИИ ИЛТИҲОБИ ШУШҲО (ПНЕВМОНИЯ) ДАР КӮДАКОНИ ХУРДСОЛ

Абдураҳимов Р.М.
Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Муҳиммият. Ба сифати нишонаҳои нисбатан доимии илтиҳоби шушҳо метавон тахипноэ, сулфа, ҳолисаҳои захролудиро муайян намуд. Дар раванди таҳқиқи кӯдаки бемори аз илтиҳоби шушҳо азиятказанда ҳангоми перкуссияи сатҳи қафаси сина дар минтақаи ҷароҳат кутоҳшавии садои кӯфтан (перкуторӣ) мушоҳида карда шуда, тағйирёбии хусусияти нафаскашӣ ба қайд гирифта мешавад, ҳангоми гӯш андохтан хирросҳои хурдхубобчагӣ ва қарсосзананда шӯнида мешавад [2]. Амалан то ҳол бетағйир тибқи «стандарти тиллоӣ»-и муайянкунии ташхиси бофтаҳои шуш рентгенографияи узвҳои қафаси сина боқӣ мемонад [3]. Натиҷаҳои таҳқиқоти мазкур имкон медиҳанд андозаҳо ва шаклҳои тағйиротҳои инфилтративии шушҳо ба таври хос муайян карда шуда, баҳои мавҷудият ё набудани тарашшуҳоти шушпарда ё вайроншавии бофтаҳои шуш муайян карда шавад.

Дар асоси шаклҳои клиникию морфологӣ метавон нишонаҳои зеринро муайян кард: пневмонияи паренхиматозӣ (ё алвеолярӣ), ки ба манбавӣ, манбавию омехта, қисмӣ (сегментарӣ), ҳиссавӣ (илтиҳоби шушпарда) ҷудо карда мешавад. Илтиҳоби алоҳидаи интерстисиалӣ (ё мобайнӣ), ки дар байни онҳо – илтиҳоби манбавӣ, манбавию омехта ҷудо карда мешаванд [5]. Аз рӯи возеҳияти ҷоришавӣ чунин мсешаванд: илтиҳоби шадид ва тулонӣ. Дар раванди гузаронидани муолиҷаи мувофиқ илтиҳоби вазниннашуда дар муддати 2-4 ҳафта баробар шуда, вазниншуда бошад то 2 моҳ давом мекунад. Ҷоришавии тулонӣ одатан муайян карда мешавад, агар набудани ҷараёни баръакс аз 2то 6 моҳ ҷой надошта бошад.

Мақсади кор. Омӯзиши нишонаҳои асосии клиникии илтиҳоби шушҳо (пневмония) дар кӯдакони хурдсол.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили ҷараёни илтиҳоби шушҳо дар 45 кӯдаки хурдсол гузаронида шуд, ки дар байни таҳқиқшудагон 49,5%-ро духтарон ташкил медоданд. Ҳамаи кӯдакон дар муолиҷа дар шӯъбаи пулмонологияи МД Маҷмааи «Истиқлол» қарор доштанд. Ба ҳама кӯдакон усулҳои умумибеморхонавии таҳқиқот (таҳлили умумии хун, пешоб, таҳлили биохимиявӣ, ҷамъоварии балғам), рентгенографияи узвҳои қафаси сина гузаронида шуд. барои таҳлили оморӣ бастаи барномаҳои амалии Statistica 10.0 (StatSoft, USA) истифода бурда шуд.

Натиҷаҳо. Ҷараёни беморхонавии илтиҳоби шушҳо (пневмония) дар кӯдакони хурдсол бо хусусиятҳои худ фарқ мекунад, ки бо ибтидои шадид ва тезу тунд зоҳир гашта, аксаран бо ҳодисаҳои захролудие ҳамроҳӣ мекунад, ки ҳамчунин хусусиятҳои хоси худро дорад. Нишонаҳои нахустини илтиҳоби шушҳо ва умуман дилхоҳ сироят дар кӯдакон, бо зуҳуроти аломоти захролудӣ амалӣ мегардад. Маҷмӯи аломоти мазкур, назар ба духтарбачагон, аксаран ва бештар дар писарбачагон зоҳир гаштанд, гарчанде фарқият на ҳамеша аз ҷиҳати оморӣ боэътимод буданд. Яке аз зуҳуроти асосии аломоти захролудӣ, дар кӯдакон дар 72,3% ҳолатҳо тахипноэ буд, дар ҳоле ки дар байни духтарон 50,7% буд. Рангпаридагии қабатҳои пӯст бо ҳамон зудӣ мисли нишонаҳои пешина мушоҳида карда шуд, ғайр аз ин захролудӣ бо мавҷудияти доначаҳо дар пӯст (писарбачагон 92,6% ва духтарон 88,1%) зоҳир гашт.

Нишонаҳои аз ҳама асосии ташхисии пневмония тибқи ақидаҳои ҳамаи олимон ва педиатрҳои тачрибадор сулфа мебошад. Тибқи маълумотҳои МКБ- 10 сулфа ба нашри «R00–R09. Аломот ва нишонаҳое, ки ба системаҳои хунгардиш ва нафас дахл доранд» бо рамзи «R05 — Сулфа» дахл дорад.

Сулфа, тибқи шарҳи фарҳанги тиббӣ, — ин раванди рефлекториест, ки бо яку якбора афзудани фишори дохили қафаси сина аз ҳисоби тарангшавии якҷояи мушакҳои нафаскашӣ ва ёридиҳанда ҳангоми маҳкам будаи ковокии овозӣ бо минбаъд кушодашавии он ва нафасбарории босуръати теладиҳанда, ки ҳангоми он аз роҳҳои нафас таркиботи Высочина И.Л., Чернышова О.Е. фаъолона бароварда мешавад, тавсиф дода мешавад [6].

Ҳангоми гузаронидани таҳқиқот мо муқарар кардем, ки чунин нишонаи илтиҳоби шушҳо (пневмония) мисли тахипноэ дар раванди ташхиси пневмония ва гипоксия нақши муҳим мебозад. Ин маҳз дар минтақаҳои дуҳаҳои куҳӣ хеле мубрам аст, ки дар он ҷойҳо имконоти сари вақт гузаронидани ташхисҳои рентгенӣ ҷйо надорад. Таҳлилҳои гузаронидаи таърихи бемории кӯдакони аз илтиҳоби шушҳо азияткашанда имкон дод муқарар намоем, ки рентгенографияи узвҳои қафаси сина ҳамчун усули асосии ташхисӣ дар 98,6%-и ҳолатҳо истифода бурда шуд. Аз ин лиҳоз, то ҳол рентгенографияи узвҳои қафаси сина ҳангоми ташхиси илтиҳоби шушҳо мавқеи сарвариро ишғол мекунад. Меъёри дигари хеле муҳими ташхисӣ пулсоксиметрия буд, ки имкон медиҳад дараҷаи тезшавии нафас ва возеҳияти гипоксияро дар кӯдакони беморӣ илтиҳоби шушҳо санҷида шавад.

Бартарафшавии раванди имрозӣ дар шушҳо дар кӯдакон хусусиятҳои хоси худро дорад, масалан дар зиёда аз нисфи кӯдакон (53,10%) пневмонияи манбавӣ ҷой дорад, дар ҳар 4-ум қудак (25,20%) пневмонияи дутарафа, дар 11,9%-и ҳолатҳо дар тасвирҳои рентгенӣ мавҷудияти пневмонияи омехта муқаррар карда шуд. ба ҳиссаи пневмонияи сегментарӣ ва интерститсиалӣ мувофиқан 5,1% ва 4,7% мувофиқ меояд. Фарқияти байни пневмонияи манбавӣ ва манбавию омехта аз ҷиҳати оморӣ дуруст аст (P<0,001).

Мавҷудияти кулли гуруҳи аломатҳои сариpии муҳими бақайдгирифташуда бо мақсади санҷиши муҳимияти онҳо аз ҷониби мо санҷиши «ҳассосият» гузаронида шуд. Нишонаи дигар «махсусият» аст, ки дар бораи эҳтимолияти мавҷудияти нишонаҳо дар байни кӯдакони аз пневмония азияткашанда шаҳодат медиҳад.

Дар кӯдакони ду гуруҳи синнусолии соли аввали ҳаёт санҷиши аломоти нисбатан асосии пневмония – сулфа доир ба ҳассосият ва махсусият гузаронида шуд. Муқаррар карда шуд, ки барои кӯдакони 14 сола ҳассосияти аломоти мазкур 91,9%, махсусият – 23,7%-ро ташкил медиҳад, дар кӯдакони хурдсол ҳассосият назар ба кӯдакони яксола баландтар мебошад ва 98,2%-ро ташкил медиҳад. Аммо барои кӯдакони хурдсол махсусияти нишона назар ба кӯдакони яксола 11,6% камтар аст, фарқият аз ҷиҳати оморӣ дуруст аст (P<0,05).

Ҳассосияти чунин нишонаҳо ба монанди – нафастангӣ, маҳлулшавӣ (сатуратсия)-и O_2 , ҳарорати субфебрилӣ ва фебрилӣ дар кӯдакони яксола назар ба кӯдакони хурдсол балантар буд. Баръакс, чунин нишона, мисли нафастангии суст дар кӯдакони хурдсол назар ба кӯдакони яксола нисбатан ҳассостар аст (мувофиқан 76,6% ва 56,8%), фарқият (P<0,001). Нишонаи дигар аксаран муайяншавандаи хирросҳо дар шушҳо барои кӯдакони ҳарду гуруҳ якхеле ҳассосанд (97,2%). Нишонаи мавҷӯдияти балғам барои кӯдакони хурдсол баландҳассос -75,4%, дар ҳоле ки дар кӯдакони яксола ин нишондиҳанда 15,4%-ро ташкил медиҳад, фарқият аз ҷиҳати оморӣ дуруст аст (P<0,001). Нишонаҳои рентгенологӣ барои ҳарду гуруҳи кӯдакон ҳассосияти баланд доранд (мувофиқан 92,8% ва 89,2%), аммо махсусияти ин нишона низ дар байни кӯдакони ҳарду гуруҳ хеле баланд аст.

Хулоса. Барои кӯдакони хурдсол, сулфа ба нишонаҳои нисбатан асосӣ дохил мешавад, ҳассосияти аломоти мазкур 98,9%, махсусият – 23,7%-ро ташкил медиҳад. Ҳассосияти чунин нишонаҳо, мисли – нафастангӣ, маҳлулшавӣ (сатуратсия)-и O_2, ҳарорати субфебрилӣ ва фебрилӣ дар кӯдакони яксола назар ба кӯдакони хурдсол баландтар буд. Нафаскашии суст дар кӯдакони хурдсол назар ба кӯдакони якчола нисбатан ҳассос буд (мувофиқан 76,6% ва 56,8%), фарқият (P<0,001).

АДАБИЁТ

1. Алиева Ж.К. Боконбаева С.Д. Особенности этиологической структуры и клиники внебольничной пневмонии у детей раннего возраста из многодетных семей// Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 4 URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27832

2. Антипкин Ю.Г., Лапшин В.Ф., Уманец Т.Р., Принципы диагностики и лечения негоспитальных пневмоний у детей// Педиатрия 2016 № 24/1 С.36-41

3. Бобровничий В. И. Пневмонии у детей: эпидемиологические аспекты//Медицинский журнал 2018 №2 С.29-30

4. Внебольничная пневмония у детей. Диагностика и лечение. Учебное пособие / С.Н. Незабудкин, М.О. Ревнова, М.С. Рукуйжа, А.С. Незабудкина, Г.Э Ульрих. – СПб.: СПбГПМУ, 2019. – 36 с.

5. Геппе Н.А., Розинова Н.Н., Козлова Н.В. и др. Рациональная антибактериальная терапия при внебольничной пневмонии у детей // Клин.неотл. пед. — 2015. — Т. 1, № 1. — С. 24.

6. Казанцев В.А. Внебольничная пневмония : руководство для практикующих врачей Гэотар-Медиа 2016. 116с.

7. Курочкин М.Ю., Довыдова М.Г. Особенности интенсивной терапии внегоспитальных инфекции у детей// Медицина неотложных состояний 2015 № 7 (70) С. 56-60

8. Пневмония у детей Клинические протоколы МЗ РК – 2017 14 с.

9. Шихнебиев Д.А. Современные подходы к антимикробной терапии внегоспитальных пневмоний (обзор литературы) / Шихнебиев Д.А. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. № 4. С. 101-104.

10. Тахирова Р.Н., Пирназарова Г.З. Роль медико-социальных и конституционнофоновых факторов в формировании дыхательной недостаточности при осложненной пневмонии у детей раннего возраста// Современные проблемы науки и образования. 2016. №2 URL:http//www.science-ducation.ru/ru/article/view?id

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПНЕВМОНИИ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Абдураҳимов Р.М.

Цель работы: Изучить основные клинические признаки пневмонии у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Проведен анализ течения пневмонии у 45 детей раннего возраста, среди обследованных 49,5% составили девочки. Все дети находились на лечении в отделении пульмонологии ГУ МК «Истиклол». Всем детям были проведены общеклинические методы исследования (общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ, посев мокроты), Рентгенография органов грудной клетки.

Результаты. Проведенные исследования показали, что более половины детей (53,10%) имело место очаговая пневмония, у каждого 4 ребенка (25,20%) двусторонняя пневмония. У более чем (11,90%) детей, на рентгеновском снимке установлено наличие сливной пневмонии. Одним из основных проявлений сливной пневмонии было наличие синдрома интоксикации, было наличие сыпи на коже (мальчики 92,6% и девочки 88,1%), у мальчиков чаще имело место (72,3%) по сравнение с девочками (50,7%) тахипноэ. Бледность кожных покровов, встречалось с такой же частотой, как и предыдущий признак.

Заключение. Для детей раннего возраста, кашель относится к наиболее основным признакам, чувствительность данного симптома составляет 98,9%, специфичность – 23,7%. Чувствительность таких признаков как – одышка, сатурация О2 субфебрильная и феб-

рильная температура была выше у детей 1 года жизни по сравнению с детьми раннего возраста. Ослабленное дыхание более чувствительно у детей, раннего возраста, по сравнению с детьми 1 года жизни (76,6% и 56,8% соответственно), разница (P<0,001).

Ключевые слова:дети, пневмония, кашель, одышка.

MAIN CLINICAL SIGNS OF PNEUMONIA IN EARLY CHILDREN

Abdurakhimov R.M.

State Institution Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery

Purpose of the work: To study the main clinical signs of pneumonia in young children.

Materials and methods. The analysis of the course of pneumonia in 45 young children was carried out, among the surveyed 49.5% were girls. All the children were treated at the pulmonology department of the Istiklol MC. All children underwent general clinical research methods (general analysis of blood, urine,вiochemical analysis, sputum culture), chest X-ray.

Results. Studies have shown that more than half of children (53,10%) had focal pneumonia, each 4 children (25,20%) had bilateral pneumonia. More than (11.90%) children had drainage pneumonia on X-ray. One of the main manifestations of confluent pneumonia was the presence of intoxication syndrome, there was a skin rash (boys 92,6% and girls 88,1%), boys were more likely to have it (72,3%) compared to girls (50,7%).) tachypnea. Pallor of the skin, met with the same frequency as the previous symptom.

Conclusion. For young children, cough is one of the most basic symptoms, the sensitivity of this symptom is 98,9%, the specificity is 23,7%. The sensitivity of such signs as shortness of breath, low-grade O2 saturation and febrile temperature was higher in children of 1 year of age compared with young children. Weakened breathing is more sensitive in children, young age, compared with children 1 year of age (76,6% and 56,8%, respectively), the difference (P <0,001).

Key words: children, pneumonia, cough, shortness of breath.

Абдурахимов Рустам Миралиевич *–унвончӯйи ПИТ «Тибби профилактикӣ» ВТ ва ҲИА ҶТ, кафедраи анатомияи факултети тиббии ДМТ: 919 31 34 43 rustamm.1966@mail.ru*

Abdurahimov RustamMiralievish*, Applicant, State Research Institute of Preventive Medicine, Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan: 919 31 34 43 rustamm.1966@mail.ru*

Абдурахимов Рустам Миралиевич *– соискатель ГУ НИИ Профилактической медицины МЗ и СЗН РТ. ТНУ, мед. Фак. каф. анатомии: 919 31 34 43 rustamm.1966@mail.ru*

ХУСУСИЯТҲОИ ВАЙРОНШАВИИ СИСТЕМАИ ГЕМОСТАЗ ДАР ИЛТИҲОБИ ШУШИ БАКТЕРИАЛӢ ДАР КӮДАКОНИ НАВЗОД.

Исмоилов К.И., Давлатов С.Т., Исмоилова М.А.

Кафедраи бемориҳои кӯдаконаи № 2, ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

Муҳиммият. Вайроншавиҳои гемостаз дар амалияи неонатологӣ зуд-зуд рух дода, аҳамияти махсус доранд, зеро онҳо дар заминаи ноустувории физиологии система ва зери таъсири равандҳои гуногуни патологӣ ба осонӣ авҷ мегиранд. Аксар вақт маҳз вайроншавии гемостаз марги беморро ҳангоми сироятҳои бактериявӣ, сепсис, пневмопатия, нуқсонҳои модарзодӣ ва ғайра муайян мекунад. Вобаста ба омӯзиши гемостаз дар кӯдакони навзод кӯшишҳои зиёди муҳаққиқон маълуманд, вале аксари корҳо ба омӯзиши яке аз звеноҳои ин системаи бисёрҷузъӣ бахшида шудаанд, ки тасаввуроти моро оид ба равандҳои мутобиқшавии системаи гемостаз дар давраи навзодӣ ба таври назаррас заиф месозанд (1.2. 3).

Раванди патологиро лахташавии дохилирагӣ ҳамроҳӣ мекунад, ки боиси вайрон шудани микросиркулятсия, суддабандӣ, хунравӣ, ишемия ва гипоксияи бофта мегардад (4,5).

Ин мушкилот дар адабиёти мавҷудаи ватанӣ ва хориҷӣ ниҳоят нокифоя инъикос ёфтааст. Аз ин рӯ, он то ҳол ҳангоми бемориҳои гуногуни сироятӣ ва илтиҳобӣ, аз ҷумла илтиҳоби шуши бактериалӣ дар кӯдакони навзод мавриди омӯзиши ҳамаҷонибаю ҷиддӣ қарор нагирифтааст.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши вайроншавии системаи гемостаз дар кӯдакони навзоди бо илтиҳоби шуши бактериалӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мо 70 тифли навзоди гирифтори илтиҳоби шуши бактериалии шадиди аз 1-рӯза то 1 моҳаро таҳти муоина қарор додем. Дар байни навзодони муоинашуда писарон 47 (67,1%) ва духтар 23 (32,9%) нафар буданд. Аз онҳо 45 нафар расида (солим) (64,3%), 15 нафар СИДБ (21,4%) ва 10 нафар (14,3%) тифлони норасидбуданд. Кӯдакони гирифтори илтиҳоби шуш, ки аз ҷониби мо муоина шуданд, шартан ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Ба гурӯҳи якум 35 нафар кӯдакони зухуроти ибтидоии вайроншавии гемостаз, ба гурӯҳи дуюм 23 нафар беморони гирифтори коагулятсияи истеъмолӣ ва ба гурӯҳи сеюм 12 нафар кӯдакони гирифтори зуҳуроти шадиди геморрагикӣ дохил карда шуданд. Гурӯҳи назоратӣ аз 28 кӯдаки синнусоли мувофиқ иборат буд. Ба беморони мушоҳидашуда усулҳои тадқиқоти умумии клиникӣ (таҳлили умумии хун бо муайян кардани миқдори тромбоситҳо), коагулятсия (вақти лахташавии хун аз рӯи нишондоди Ли-Уайту, дараҷаи тромботест, шохии протромбин, фибриноген, фаъолнокии фибринолитикии хун)инчунин, санҷишҳои паракоагулятсионӣ (этанол, сулфат протиамин) гузаронида шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Ҳолати ҳамаи кӯдакони муоинашуда вазнин ва ниҳоят вазнин арзёбӣ шуда, оғозёбии шадиди беморӣ бо зуҳуроти аломатҳои захролудшавӣ ва осебёбии узвҳои нафаскашӣ, вайроншавии микросиркулятсия ба қайд гирифта шуд. Тақрибан дар 1/3 кӯдаки навзод (33,3%) баландшавии ҳарорат аз 37,80 С то 390 С ба қайд гирифта шуда, дар зиёда аз 2/3(66,4%) беморон ҳароратбаландӣ дар ҳудуди аз 39,1^{0}С то 40,5^{0}С муайян карда шуд. Маҳкамшавии бинӣ, атса, кабудшавии секунҷаи лабу даҳон дар 56(80%) кӯдакони муоинашуда дида шуд. Дар 30(42,9%) кӯдаки бемор сулфаи хушк, аммо дар 7(10%) кӯдак сулфаи тар ба қайд гирифта шуд. Зиёда аз нисфи кӯдакон (53,5%) изтироб, ҳаяҷони психомоторӣ, аангезиши асабӣ- рефлекторӣ бо эҳёшавии рефлексҳои пайӣ доштанд. Дар қатори ин дар 9 бемор ларзиши дасту пойва манаҳ ҷой дошт. Дар 22 (31,5%) кӯдаки бемор сустӣ, хоболудӣ, беҳаракатӣ, пастшавии рефлексҳои пайӣ ва чархиши кӯтоҳмудати ихтилоҷӣ ба қайд гирифта шуд. Ихтилоҷи тоно-клоникӣ дар 11 кӯдак ва мидраз дар 2 кӯдакҷой дошт. Дар ҳамаи кӯдакони муоинашуда сурхшавии луобпардаҳои гулӯ ва конъюктиви чашм дида шуд. Ба таври аускультативӣ нафаскашии дурушт дар ҳамаи кӯдакон шунида мешавад, лекин дар 8- нафар хирросҳои хушк ва намнок дар баландии нафасбарорӣ ва оғози нафаскашӣ ва нафаскашии возеҳ (шн=66-84. мин) дар ҳамаи кӯдакон тақрибан баръало мушоҳида карда мешавад. Норасоии нафаскашӣ (НН) дар тамоми ҳолатҳо бо якҷоягии кашишхӯрии мушакҳои байни қафаси сина ва кабудшавии секунҷаи лабу даҳон дида шуд. Дар 57 кӯдакони (81,4%) баъзе минтақаҳои шушашон илтиҳобёфта хирросҳои намноки майдаҳубобчадор шунида мешавад.

Бояд қайд намуд, ки дар ҳамаи кӯдакони гуруҳи якуми бо илтиҳоби шушилова бааломатҳои клиникии дар боло дарҷгашта, инчунин аломатҳои умумиклиникии вайроншавии микросиркуляторӣ, сафедии пӯсти бадан бо намуди мармарӣ ба қайд гирифта шуд.

Дар кӯдакони гуруҳи дуюм зоҳиршавии ҷараёни клиникии илтиҳоби шуш дар якҷоягӣ бо мармарнокии ранги пӯсти бадан, хунравӣ аз ҷойи сӯзандору, камшавии диурез (62-80%) ба мушоҳида мерасид. Ғайр аз ин дар 14(60,8) нафар кӯдакони муоинашуда хунпартоии қаҳвамонанд, лекин дар 8(34,8%) бемор бошад наҷосати қатроншакл дида шуд. Дар кӯдакони гуруҳи сеюм аломатҳои возеҳизаҳролудшавии умумӣ бо норасогии нафас, вайроншавии микросиркуляторӣ, олигурия (камшавии ҳаҷми пешоби шабо-

нарӯзӣ камтар аз 50%), доғҳои геморрагӣ дар пӯст, бештар дар қисми поини панҷаҳои пой дида мешуд. Қайд кардан лозим аст, ки дар ҳамаи кӯдакони ин гурӯҳ қайкунӣ бо омехтаи хун ва наҷосати сиёҳча дида мешуд, вале дар як кӯдак хунравӣ дар конъюктиви чашм ба назар мерасид.

Омӯзиши ҳолати лахтабандии хун дар беморони гурӯҳи якум кӯтоҳ шудани вақти лахташавии хун мувофиқи Ли-Уайт (2-5 дақиқа), кам шудани тромботест (4-5-ум) муайян гардид. Боқимондаи нишондодҳои коагулограмма бетағйир монданд. Бояд қайд кард, ки дар ҳамаи беморони ин гурӯҳ санҷиши тести этанолӣ мусбат буданд. Дар кӯдакони гурӯҳи дуюми илтиҳоби шуш низ арзиши вақти лахташавии хун (4-5 дақиқа) ва санҷиши тромботикӣ аз нишондиҳандаҳои ба ин монанди гурӯҳи назоратӣ фарқи ҷиддӣ надоштанд, гарчанде ки онҳо майли афзоиш доранд. Дар баробари ин, дар кӯдакони ин гурӯҳи тадқиқотӣ дар муқоиса бо нишондодҳои гурӯҳи назоратӣ коҳиши назарраси арзиши миёнаи тромботест (3-4ст), шохиси протромбин (50-80%) ва фибриноген (1-2г / л) ошкор карда шуд. Илова бар ин, дар ҳамаи беморони ин гурӯҳ шумораи умумии тромбоситҳо дар хуни музофотӣ аз меъёр (146,41 ± 7,33) ба таври назаррас камтар буд. Миқдори тромбоситҳо дар кӯдакони ин гурӯҳ аз 140 то 170х109 / л буд.

Дар беморони гурӯҳи сеюми гирифтори илтиҳоби шушдавомнокёбиинишондодилахташавии хун аз рӯи Ли-Уайт (зиёда аз 12 дақиқа), коҳиши назарраси шохиси тромботест (3-1), шохиси протромбин (камтар аз 30%) ва фибриноген (камтар аз 1 г / л) ба назар мерасад. Дар беморони ин гурӯҳ афзоиши назарраси фаъолнокии фибринолитикӣ (140-180 дақ) мушоҳида шуд. Илова бар ин, дар ин гурӯҳи беморон миқдори тромбоситҳо дар хуни музофотӣ нисбат ба меъёри муқаррарӣ (камтар аз 100х109 / л) хеле кам буд.

Ҳамин тариқ, дар кӯдакони навзоди гирифтори илтиҳоби шадид марҳилаи ибтидоии синдроми ВЛХ бо зуҳуроти гиперкоагулятсия бештар инкишоф меёбад ва марҳилаҳои минбаъдаи раванди патологӣ дар шакли коагулопатияи истеъмолӣ ва зиёдшавии фибринолиз бо синдроми универсалии геморрагикӣ хеле камтар ба назар мерасанд.

Хулоса.

1) Ҳангоми ҷараёни шадиди илтиҳоби шуши бактериалӣ дар навзодон вайроншавии гемостаз дар шакли синдроми ВЛХ бо нишонаҳои шадиди захролудшавӣ ва норасоии нафас имконпазир аст.

2) Дар кӯдакони навзоди бо илтиҳоби вазнин ва ниҳоят шадиди шуш зуҳуроти ибтидоии синдроми ВЛХ бо тағйиротҳои гиперкоагулятсионӣ бештар мушоҳида мешавад, коагулятсияиистеъмолӣ то андозае камтар мушохида мешавад ва фибринолизи агрессивӣ бо зухуроти возеҳи геморрагикӣбошад комплекси нисбатан нодири клиникӣ-коагулятсионии аломатхои коагулятсия маҳсуб меёбад.

АДАБИЁТ

1. Баркаган З.С. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза. /З.С. Баркаган., А.П. Мамот. -Ньюдиамед, 2008 г. 292 с.

2. Володина Н. Н. Неонатология. Национальное руководство /под ред. Н.Н. Володина/ /. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2015. 743 с.

3. Горячко А.Н. Геморрагические нарушения у новорожденных детей : учеб.-метод. пособие / А. Н. Горячко [и др.]. – Минск : БГМУ, 2010. – 58 с

4. Долгов В. В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза /В.В Долгов, П.В. Свирин//. М-Тверь: ООО «издательство Триада». 2005. 447с.

5. Кузьменко Г.Н. Состояние гемостаза у недоношенных новорожденных с респираторным дистресс-синдромом /Г. Н. Кузьменко, С. Б. Назаров В. В. Чемоданов//-Иваново: АО “Ивановский издательский дом”.- 2016. 300с.

6. Самсыгина, А. Г. Пневмонии у детей / Г. А. Самсыгина. М. ГЭОТАР-Медиа, 2018. 176с.

7. Шабалов Н.П. Неонатология Т-II / Н. П. Шабалов //- М 2016. 789с.

ОСОБЕННОСТИ РАСТРОЙСТВА СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ

Исмоилов К.И, Давлатов С.Т, Исмоилова М.А.
Кафедра детских болезней №2 ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино".

Цель исследования. Изучение растройства системы гемостаза у новорождённых детей при бактериальной пневмонии.

Материалы и методы исследования.Под нашеим наблюдением находились 70 новорождённых с тяжёлым и очень тяжёлым течением пневмонии в возрасте от 1 дня до 1 месяца. Среди обследованных мальчиков было 47(67,1%), а девочек 23(32,9%). Из них доношенных было 45(64,3%), ЗВУР 15(21,4%) и 10(14,3%) были недоношенные дети. Обследованные нами дети с пневмонией условно были разделены на 3 группы. Первую группу составляли 35 детей с начальными проявления нарушения гемостаза, во вторую группу вошли 23 больных с коагулопатией потребления, а третья группа была представлена 12 детьми с выраженными геморрагическими проявлениями. Контрольную группу составили 28 детей соответствующего возраста. Наблюдаемым больным были проведены общеклинические (общий анализ крови с определением количество тромбоцитов), коагуляционные (время свёртывание крови по Ли-Уайту, степень тромботеста, протромбиновый индекс, фибриноген, фибринолитическая активность крови) методы исследования, также паракоагуляционные (этаноловый, протиаминсульфатный) тесты.

Результаты исследования и их обсуждение. В коагулограмме у больных первой группы обнаружены укорочение времени свёртывания крови по Ли-Уайту (2-5 мин), уменьшение тромботеста (4-5ст). Остальные показатели коагулограммы оказались без изменении, но положительный этаноловой тест. У детей второй группы значение времени свёртывания крови (4-5мин) и тромботеста заметно не отличались от соответствующих показателей контрольной группы, хотя они имели тенденция к нарастанию, однако отмечались снижение средней величины тромботеста (3-4ст), протромбиного индекса(50-80%) и фибриногена (1-2г/л), кроме того общее количество тромбоцитов в переферического крови оказались ниже норм (146,41±7,33).

У больных третий группы с очень тяжелое пневмонией имело место удлинение показателя свёртывание крови по Ли-Уайту (более 12мин), значительное уменьшение показателей тромботест (3-1ст), протромбинного индекса (менее30%), фибриногена (менее1г/л). У больных этой группы обнаружено значительное повышение фибринолитической активности (140-180мин). Кроме того у этой группы пациентов количество тромбоцитов в переферической крови оказалось значительно ниже нормы (менее $100x10^9$/л).

Заключение. Таким образом, проведённые нами исследования показали что у больных с тяжёлой формой пневмонии наблюдаются умеренное, а с очень тяжёлым течением пневмонического процесса выраженные гемостатические сдвиги.

Ключевые слова: новорождённые дети, гемостаза, пневмония.

FEATURES OF THE DISORDER OF THE HEMOSTATIC SYSTEM IN BACTERIAL PNEUMONIA IN NEWBORNS

Ismoilov K.I., Davlatov S.T., Ismoilova M.A.
Department of Children's Diseases №2, GOU TSMU named after Abualiibni Sino.

Aim. Purpose of the study. Study of the disorder of the hemostatic system in newborn children with bacterial pneumonia.

Material and methods. We observed 70 newborns with severe and very severe pneumonia, aged from 1 day to 1 month. We observed 47 (67.1%), boys and 23 girls (32.9%).

Of these, 45 full-term (64.3%), IUGR 15 (21.4%) and 10 (14.3%) premature babies. The children with pneumonia examined by us are conditionally divided into 3 groups. The first group consisted of 35 children with initial manifestations of hemostasis disorders, the second group included 23 patients with consumption coagulopathy, and the third group consisted of 12 children with severe hemorrhagic manifestations. The control group consisted of 28 children of the corresponding age. The observed patients underwent general clinical (general blood test with determination of the number of platelets), coagulation (time of blood coagulation according to Lee-White, degree of thrombotest, prothrombin index, fibrinogen, fibrinolytic activity of blood research methods, as well as paracoagulation (ethanol, prothiamine sulfate) tests.

Results. In the coagulogram of patients of the first group, a shortening of the blood coagulation time according to Lee-White (2-5 minutes), a decrease in thrombotest (4-5st) were found. The rest of the coagulogram parameters were unchanged, but a positive ethanol test. In children of the second group, the value of blood clotting time (4-5 min) and thrombotest did not differ significantly from the corresponding indicators of the control group, although they tended to increase, however, there was a decrease in the average value of thrombotest (3-4st), prothrombin index (50-80%) and fibrinogen (1-2 g / l), in addition, the total number of platelets in the peripheral blood was below the norm (146.41 ± 7.33). In patients of the third group with very severe pneumonia, there was an increase in the blood coagulation index according to Lee-White (more than 12 min), a significant decrease in the thrombotest index (3-1st), prothrombin index (less than 30%), and fibrinogen (less than 1 g / l). Patients in this group showed a significant increase in fibrinolytic activity (140-180 min). In addition, in this group of patients, the number of platelets in the peripheral blood was significantly lower than normal (less than 100x109/1)

Conclusion Thus, our study showed that in patients with moderate pneumonia observed pronounced hemostatic changes, in patients with severe pneumonia pronounced very hemostatic changes

Keywords: newborn children, hemostasis, pneumonia.

Исмоилов Комилджон Исроилович, *д.и.т., профессори кафедраи бемориҳои кӯдакон, №2, МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел: 985-12-78-45.*

Давлатов СамихилТиллоевич, *н.и.т., ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакон, №2, МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел: 985-28-71-15.*

Исмоилова Матлуба Ахмедовна, *н.и.т., ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакон, №2, МДТ ДБДКСТ ҶТ, тел: 918936015.*

Исмоилов Комилджон Исроилович, *д.м.н. профессор кафедры детских болезней №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино тел: 985-12-78-45.*

ДавлатовСамихилТиллоевич, *к.м.н. ассистент кафедры детских болезней№2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино тел: 985-28-71-15.*

Исмоилова Матлуба Ахмедовна, *к.м.н. ассистент кафедры детских болезней ГОУ ИПО в СЗ РТ тел: 918936015.*

IsmoilovKomiljonIsroilovich, *MD professor, of Pediatric Diseases №2 of the AvicennaTSMU.tel: 985-12-78-45.*

DavlatovSamihilTilloevich, *Ph.D. assistant of children diseases department №2 of the AvicennaTSMU.tel: 985-28-71-15.*

IsmoilovaMatlubaAkhmedovna*, Ph.D. Assistant of the Department of Childhood Diseases, GOU IPO in the North-West of the Republic of Tajikstan, tel: 918936015*

АРЗЁБИИ САТҲИ ОГОҲӢ, ДОНИШ ВА АМАЛКАРДИ МАРДУМОН ДАР МАВРИДИ КОЛОСТРУМ (COLOSTRUM) ВА ФАВОИДИ ОН НАЗДИ МУРОҶИИНИ СЕРВИСИ НИСОӢ ВА ВУЛОДИИ ШИФОХОНАИ ТАДРИСИИ «ШАҲРОРО»

Абдулматин Идрок

Муҳиммият. Тағзияи атфоли навзод аз ҳангоми таваллуд яке аз мавзуоти муҳим мебошад, ки аксар доктарони навзод(он) онро барои модарон тавсия менамоянд. Colostrum ё фалла шири модар аст ба ранги зард ва ғализ, ки билфосила баъд аз валодат ва дар тӯли ҳафтаи аввал тарашшуҳ мегардад. Пас аз ин муддат шир сафед хоҳад шуд. Таркиби Colostrum бо шир комилан мутафовит аст, зеро Colostrum ҳовии протеин, карбогидрат, аминоглобулин (А), локтоферин, ҳамчунин глобелҳои сафед мебошад, ки чарбӣ ва лактози камтар дорад. Ин ширро ба номи «шири аввал» низ ёд мекунанд, ғанӣ аз протеин, , карбогидрат ва витамини А аст, аммо миқдори шаҳм (чарб), питотсини он ба таносуби шир камтар мебошад. Додани Colostrum барои навзодон на танҳо, ки муфид аз нигоҳи тағзия аст, ин шир ҳовии қобили мулоҳизаи аз маводи муҳофизатӣ ё иммунӣ барои саломатии бадани навзод мебошад. Colostrum ҳовии иммуноглобулинҳои муҳофизатиянд, ки навзодро то 4–моҳагӣ метавон аз масоб шудан ба бисёре аз амроз, монанди бемориҳои системаи нафаскашӣ, системаи ҳозима нигоҳдорӣ ва муҳофизат намояд ва надодани он тифлро метавонад бинобар надоштани муъофияти касбӣ аз модар дар муқобили баъзе аз амрози замони навзодӣ дар маърази хатар қарор диҳад (Godhia & Patel, 2013) (Joshi, 2014).

Шавоҳиди ҷаҳонӣ баёнгари ин аст, ки тавсияи Colostrum боиси коҳиши маргу мири баъд аз валодат дар атфоли навзод мегардад (Das, 2018).

Дар Афғонистон бинобар русум ва анъанаҳои мухталиф ва бардошти нодир аст, мувофиқи тачриба баъзе аз хонаводаҳо аз Colostrum бинобар тағйири рангу сахт будани қивом онро баъзан ююба атфоли навзод тавсия намекунанд, ин таҳқиқ кӯшиш намуда, то дониш ва рафтори модарони ширдеҳро ки дар шифохонаи «Шаҳроро» дар ҷараёни як моҳ муроҷиат намудаанд, дарёфт намояд.

Дараҷаи омӯзиши мавзӯъ. Дар заминаи шиносоии дониш, сулук ва рафтори модарон дар робита ба тасияи Colostrum дар ҷаҳон таҳқиқоти зиёде сурат гирифтааст, ки аз ҷумла баъзе онон қарори зайл аст.

Дар маҷаллаи байналмилалии «Улуми формасӣ» дар бораи аҳамияти Colostrum гуфтаанд, ки дар ҳақиқат як муъофияти ғайрифаъолро аз модар ба тифли навзод мунтақил месозад (Shrinivas, Rajesh, & Manisha, 2010).

Дар таҳқиқи дигаре, ки соли 2012 дар Непал сурат гирифтааст, пурсиши модарони ҳомила дар бораи огоҳӣ доштан аз Colostrum нишон дод, ки 74%-и модарон дар бораи он шунидаанд, 49% дар бораи фоидаи он огоҳӣ доранд, аз онҳо дар бораи аҳамияти муҳофизатии он ва 41% дар бораи таъсири он ба рушди тифл маълумот доранд. Ин таҳқиқ ҳамчунин дарёфт намуд, ки 30%-и хонумҳо маълумотро аз тариқи расонаҳои мухталиф, 14% тавассути афроди хонавода ва дӯстон ва 12 % бо рафтан ба марокази сиҳӣ ва дарёфти хадамоти муроқибатҳои қабл аз валодат дастрас намудаанд.

Таҳқиқи дигаре, ки соли 2014 дар Jaipur Rajastan сурат гирифтааст, нишон дод, ки 48%-и модарон дар бораи Colostrum огоҳӣ доштанд, танҳо 8,3%-и онҳо дар бораи муҳтавиёти он огоҳӣ касб намуда буданд ва 64%-и онҳо бовар доштанд, ки ҳазми он барои навзод вазнин аст ва 61,3% аз хонумҳо Colostrum-ро барои атфолашон додаанд (Goyal & Tomar, 2015).

Бо дар назардошти ҳама мавридҳои таҳқиқоти зикршуда дар сатҳи ҷаҳонӣ шиносоии ин масъала дар Афғонистон низ қобили аҳамият мебошад, то аз мизони огоҳии модарон дар бораи Colostrum ва фоидаҳои он дар муқоиса аз соири кишварҳо дунё баррасӣ гардад.

Мақсади таҳқиқот. Мақсади асосии ин таҳқиқ арзёбии сатҳи огоҳӣ, дониш ва амалкарди модарон дар мавриди додани Colostrum

ба навзодонашон ҳарчӣ оҷил баъд аз таваллуд мебошад ва ширдиҳӣ.

Усулҳои таҳқиқот. Ин таҳқиаз навъи ташреҳии таҳқиқ ё Descriptive cross sectional мебошад, ки дар як мақтаъ змони хос дар як гурӯҳи модарони ҳомила, ки вориди саропоии шифохонаи нисоӣ ва вулодии «Шаҳроро» муроҷиа менамоянд, мавриди татбиқ қарор гирифтааст.

Равиши намунагирӣ: арқоми роҷистари (сабти) маризони саропоии ин шифохона , нишон дод, ки ҳадди авсат (миёна) дар ҳар моҳ ба теъдоди 298 нафар хонуми ҳомила барои дарёфти хадамоти нисоӣ ва вулодӣ ба вориди саропоии ин шифохона муроҷиа менамояд. Бо дар назар доштани ин, ки теъдоди маризон дар ин шифохона дар як моҳ зиёд намебошад, тамоми маризони вориди саропоии ин шифохона, ба истиснои модароне, ки ҳамли аввалбориашон мебошад ва ё ин ки таърихчаи (собиқаи) ҳомилагӣ надоранд, дар ҷараёни як моҳ мавриди баррасӣ қарор хоҳад гирифт. Дарёфтҳои ин таҳқиқ ба гунаи тафсилӣ Descriptive дар чортҳои (схемаҳои) мудаввар ва сутунӣ ба ташреҳ гирифта шудааст.

Мушаххасоти идхол (дохилкунӣ):

- модарони ҳомила, ки ба таври саропо ба сервиси нисоӣ –вулодии «Шаҳроро» муроҷиат менамоянд.

- модарони дорои таърихчаи қаблӣ, ки ба вориди саропоии ин шифохона, ғарази ахзи хадамоти қабл аз вулодат муроҷиа менамоянд.

Мушахассоти ихроҷ (хоричкунӣ).

- хонумҳое, ки дорои ҳамли аввалборианд;

- хонумҳое, ки таърихчаи ҳамл ва вулодатро надоштаанд;

- хонумҳое, ки ризоят ба мусоҳиба надоранд;

- хонумҳое, ки барои соир хадамот ба ҷуз аз муроқибати қабл аз валодат муроҷиа менамоянд.

Васоили таҳқиқ пурсишнома ва истифода аз барномаи Ms. Excel буд.

Дарёфтҳо (Findings). Дар ин таҳқиқ дар маҷмӯъ ба теъдоди 128 модар аз шифохонаи нисоӣ ва вулодии «Шаҳроро» ба равиши намунагирии сода интихоб гардида буд, ки дар ҷараёни як моҳи соли 1395ҳ. (2017 м.) мавриди арзёбӣ қарор гирифтанд. Аз ҷумлаи онҳо 121 нафар дар мутолиа ҳозир ба иштирок гардиданд, ки аз лиҳози категорияи синнӣ дар 3 категория тақсимбандӣ шуданд. Категорияи аввал байни синну соли 18-25 сол, категорияи дуюм байни синну соли 26-35 сол, категорияи сеюм байни синну соли 36-50 сол буданд.

Ҷадвали 1. Синни иштироккунандагон

Син	Теъдод	%
17-25	46	36.3
26-35	47	37.0
36-50	14	11.0
Сафед	20	15.7
Ҳамагӣ	127	100.0

Тавре ки аз ҷадвал дида мешавад, тамоми иштироккунандагон дар категорияи синнӣ тақсим гардидаанд- категорияи 18-25 (22,8%), категорияи 26-35 (38,30%), категорияи 36-50 (41,1%) –и иштироккунандагони ин таҳқиқро нишон медиҳад.

Дар посух ба доштани савод назди модароне, ки дар ин мусоҳиба шудаанд, ба теъдоди 94 онҳо посухи «бале» гуфтанд, ки 74%-и тамоми модаронро ташкил медиҳад. Ин дар ҳолест, ки 24,4%-и онҳо гуфтаанд, ки савод надоранд ва фақат 1,6% ба ин савол посух надодаанд.

Ҷадвали 2. Сатҳи таҳсили модарон ва таснифи он ба асоси сутуҳи мухталифа.

Сатҳи саводи модарон	Теъдод	%
Стнфи 6-12	27	28,8
Фориғи синфи 12	45	47,9
Лисонс	16	17
Болотар аз лисонс	6	6,4
Ҳамагӣ	94	100

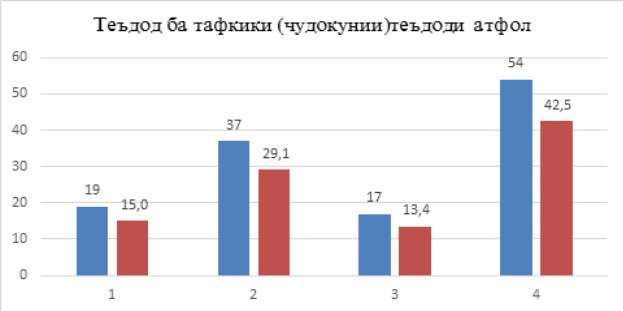
Тавре ки дида мешавад,бештарини теъдоди модарон, яъне 76,6%-и онҳо сатҳи саводи байни синфи 6 ило фориғи синфи 12-анд ва фақат 23,4%-и онҳо лисонс ва ё болотар аз лисонс сатҳи таҳсил доштаанд.

Ҷадвали 3. Шуғли модарон.

Шуғли модарон	Теъдод	%
Хонуми хона	83	65.35
Корманди давлат	27	21.26
Муаллим	14	11.02
Адами посух	3	2.36
Ҳамагӣ	127	100.00

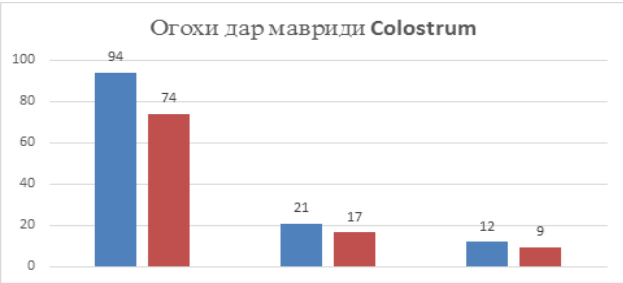
Тибқи маълумоти ҷадвали боло аз ҷумлаи модароне, ки дар ин таҳқиқ иштирок кардаанд, 83 (65.35%) модарон хонуми хона, 27 модар (21.26%) корманди давлат, 14 модар (11.02%) муаллим ва 3 модар (2.36%) ҳеҷ ҷавоб надоданд.

Расми 1. Теъдоди атфоли модарон.



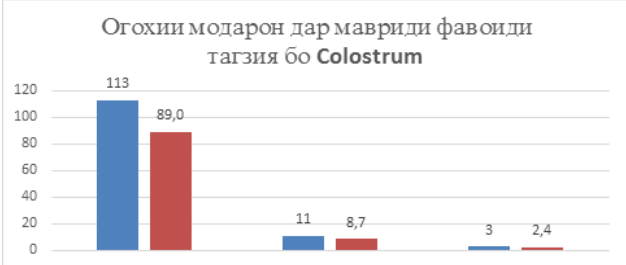
Аз ҷумлаи иштироккунандагон 19 модар (15%) аз модарони дорои 1 тифл ва 29% дорои 2 тифл, 13% дорои 3 тифл ва 43% дорои 4 тифл будаанд.

Расми 2. Мизони огоҳии модарон дар бораи Colostrum.



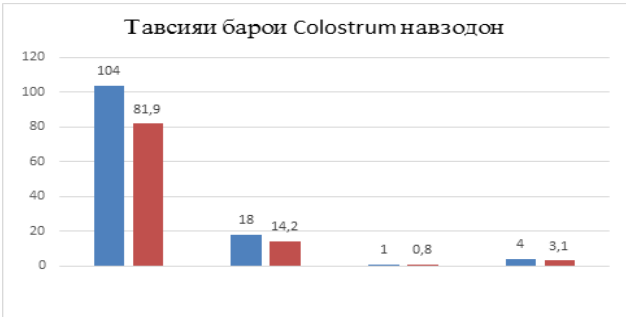
Ин расм нишон медиҳад, ки аз ҷумлаи 127 модар, ки дар ин таҳқиқ иштирок карда буданд, 74% дар бораи Colostrum огоҳӣ доштанд, 16% дар бораи Colostrum огоҳӣ надоштанд, 9%-и модарон аслан ҷавоб надоданд.

Расми 3. Мизони огоҳии модарон дар мавриди фавоиди Colostrum ва тағзияи навзод бо Colostrum.



Дар расм дида мешавад, ки аз ҷумлаи иштироккунандагон 89%-и модарон ба ин бовар буданд, ки Colostrum боиси баланд бурдани муъофият (иммунитет)-и тифл шуда ва ҳамчунин дорои маводи мағзӣ мебошад. 8,7%-и модарон ба ин бовар буданд, ки Colostrum кадом фоидае надорад ва тағзияи онро лозим намедонистанд ва 2,4% аслан дар бораи он намедонистанд.

Расми 4. Мизони тавсияи Colostrum барои навзодон тавассутои модарон.



Тавре ки дар расми боло дида мешавад, ҳудуди 81,9%-и модарон ҳамеша Colostrumро ба навзодонашон тавсия мекунанд, ҳол он ки мизони тавсия гоҳе низ 14,2% мебошад ва фақат наздик ба 4%-и модарон ё дар мавриди Colostrum намедонанд ва ё ҳеҷ гоҳе тавсия накардаанд.

Ҷадвали 4. – Манбаи дарёфти огоҳии модарон дар бораи Colostrum дар даврони ахзи муроқибатҳои қабл аз валодат.

Навъи манбаи огоҳӣ	%
Табиби муолиҷ	54.3
Расона	2.4
Модар	22.8
Соири аъзои фомил (оила)	15.0
Ҳеҷ кас	5.5

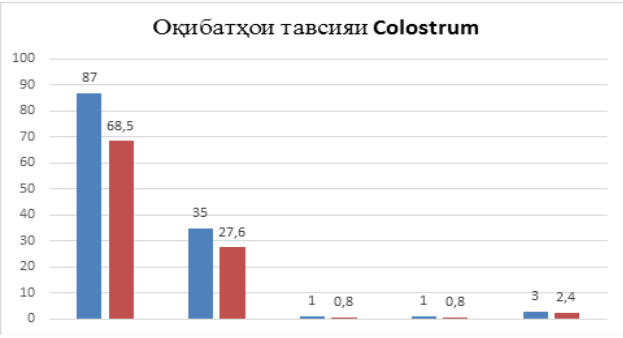
Ҷадвали боло нишон медиҳад, ки манбаи огоҳидиҳӣ барои модарон дар мавриди Colostrum табибони муолиҷа дар шифохонаҳо ва ё муоинахонаҳояшон буда, баъдан ҳам модарон ва ҳам соир аъзои хонавода будааст.

Ҷадвали 5. Мизони огоҳии модарон дар бораи иллати тавсия ва тағзияи навзод бо Colostrum.

Иллати тавсияи Colostrum	Теъдод	%
Ба хотири баланд бурдани муъофият	79	62.2
Ба хотире, ки тифл гурусна мебошад	11	8.7
Ба хотире, ки шир аст	14	11.0
Ҳеҷ надодаам	8	6.3
Намедонам	1	0.8
Адами посух	14	11.0
Ҳамагӣ	127	100.0

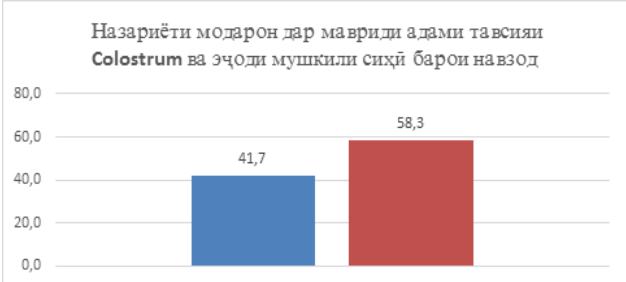
Ҷадвали боло нишон медиҳад, ки 62,2%-и модарон бовар доштанд, ки Colostrum боиси баланд шудани муъофият дар навзодон мегардад, ҳол он ки 8,7% ба далели гурусна будани навзод ва 11% ба далели ин ки шир аст, онро ба навзодон тавсия мекунанд.11%-и ин модарон ба ин савол посух надодаанд.

Расми 5. Тавзеҳи оқибатҳои тавсияи Colostrum ба асоси посухи модарон.



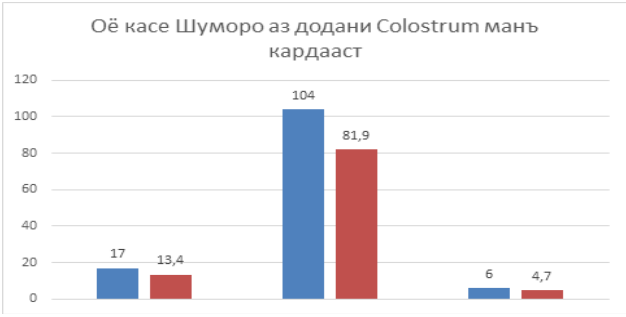
Модарон ҳамчунон дар посух ба саволи ин ки оё надодани **Colostrum** боиси мушкили сиҳӣ барои навзодон мегардад ё не, посухи модарон қарори шакли зайл будааст.

Расми 6.- Тавзеҳи %-и посухи модарон дар мавриди адами тавсияи Colostrum ва эҷоди мушкили сиҳӣ барои навзодон.



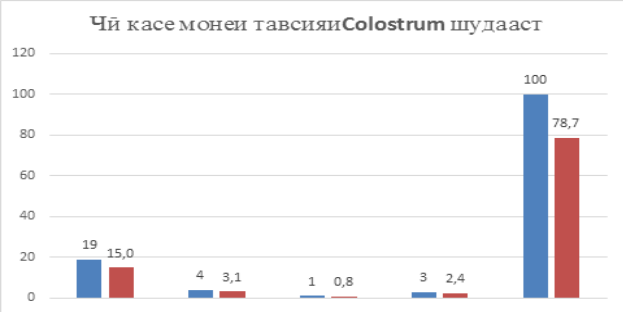
Замоне, ки аз модарон дар мавриди ин ки оё аз касе адами тавсияи Colostrum манъ шуда бошад, пурсида шуд, посухи модарон қарори зайл будааст.

Расми 7.- Тавзеҳи % ва теъдоди афрод барои манъи тавсияи Colostrum.

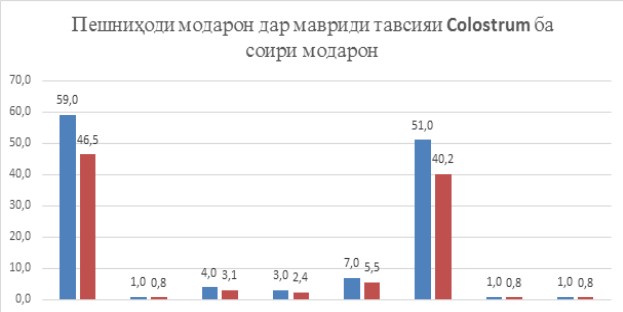


Замоне, ки мушаххасот дар мавриди ин, ки чӣ касе монеи тавсияи Colostrum шудааст, посухи модарон қарори зайл будааст.

Расми 8. - Тавзеҳи % ва теъдоди монеи тавсияи Colostrum.



Расми 9.- Тавзеҳи % ва теъдоди модарон бар асоси тавсияи Colostrum ба соири модарон.



Натиҷагирӣ.

Ин таҳқиқ ба манзури дарёфти мизони огоҳии модарон дар бораи Colostrum ва фоидаи он дар байни модарони шифохонаи тадрисии нисоӣ ва вулодии «Шаҳроро» анҷом шуд. Ин таҳқиқ мизони огоҳии модарон дар бораи Colostrumро 74% дарёфт намуда, ки аз он ҷумла 81,9% -и модарон навзодонашонро бо Colostrum тағзия намудаанд. Табибони муолиҷ бештарин нақшро дар огоҳидиҳӣ дар ин мавриддоштаанд ва бештарини %-и модарон (62%) нақши муъофияти Colostrum-ро хеле муҳим барои навзодон медонистанд ва назарашон ин буд, ки боиси рушду нумӯи навзод мегардад.

Тақрибан андаке бештар аз ними модарон, ки дар ин таҳқиқ мавриди мусоҳиба қарор гирифта буданд, ба ин назар буданд, ки адами тавсияи Colostrum боиси кадом мушкили сиҳҳӣ дар навзодон нахоҳад шуд. Бештар аз 81% баён доштанд, ки касе монеи тавсияи Colostrum ба тифлашон нашудааст, аммо барои касоне, ки монеъ шуда буданд, бештаринашон ба ин назар буданд, ки модарони шаҳаронашон аз касоне буда, ки монеи тавсияи Colostrum назди атфолашон шудаанд.

Хулоса, тақрибан ниме аз модарон ба ин бовар буданд, ки додани Colostrum ба навзодон муфид аст ва барои соир модарон низ онро тавсия мекунанд.

Адабиёт

1. Ambike, D., Ambike, A., Raje, S., & Chincholikar, S. (2017). Knowledge, awareness and breast-feeding practices of postnatal mothers in a rural teaching hospital: a cross sectional survey. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, *6*(12), 5429. https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20175255

2. Das, K. (2018). COLOSTRUM FEEDING PRACTICES WORLDWIDE/ : A REVIEW REVIEW ARTICLE COLOSTRUM FEEDING PRACTICES WORLDWIDE/ : A REVIEW * Koel, (June). https://doi.org/10.9754/journal

3. Fjeld, E., Siziya, S., Katepa-bwalya, M., Kankasa, C., Moland, K. M., & Tylleskдr, T. (2008). assessment of potentials and barriers in the promotion of exclusive breastfeeding in southern Zambia, *12*, 1–12. https://doi.org/10.1186/1746-4358-3-26

4. Godhia, M. L., & Patel, N. (2013). Colostrum - Its composition, benefits as a nutraceutical/ : A review. *Current Research in Nutrition and Food Science*, *1*(1), 37–47. https://doi.org/10.12944/CRNFSJ.1.1.04

5. Goyal, M. K., & Tomar, A. (2015). Original article/ : Study of knowledge , attitude and practice towards feeding of colostrum in a tertiary care center of Jaipur , Rajasthan, (December), 651–656.

6. Gupta, V., Bala, N., Bose, D. K., & Kumari, J. (2018). Study on infant feeding practices among mothers in rural areas of Faizabad District (U.P.), India. *Journal of Applied and Natural Science*, *10*(3), 831–837. https://doi.org/10.31018/jans.v10i3.1704

7. Haider, R., Rasheed, S., Sanghvi, T. G., Hassan, N., Pachon, H., & Islam, S. (2010). Breastfeeding in infancy/ : identifying the program-relevant issues in Bangladesh, 1–12.

8. Hanif, R., Khalil, E., Sheikh, A., Harji, A., Haris, S., Rasheed, M. W., … Yaseen, T. (2010). Knowledge about breastfeeding in accordance with the national policy among doctors, paramedics and mothers in baby-friendly hospitals. *Journal of the Pakistan Medical Association*, *60*(10), 881–886.

9. Joshi, S. K. (2014). Colostrum Feeding/ : Knowledge , Attitude and Practice in Pregnant Women in a Teaching Hospital in Nepal. *International Journal of Medicine and Molecular Medicine*, (October), 1—14.

10. Kulkarni, R. N., Anjenaya, S., & Gujar, R. (2004). Breast Feeding Practices in an Urban Community of Kalamboli , Navi Mumbai, *XXIX*(4), 179–180.

11. Shrinivas, B., Rajesh, P., & Manisha, S. (2010). Colostrum: All-in-one medicine. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, *2*(SUPPL. 1), 31–36.

12. Tiwari, V., & Singh, A. (2007). Knowledge, attitude and practice regarding breastfeeding in an urban area of Fazidabad district (U.P). *Indian Journal of Preventive and Social Medicine*. Retrieved from http://medind.nic.in/ibl/t07/i1/iblt07i1p18g.pdf

13. Yeshambel Wassie, A., Atnafu Gebeyehu, N., & Abebe Gelaw, K. (2020). Knowledge, Attitude, and Associated Factors towards Colostrum Feeding among Antenatal Care Attendant Mothers in Gununo Health Centre, Wolaita Zone, Ethiopia 2019: Cross-Sectional Study. *International Journal of Pediatrics*, *2020*, 1–10. https://doi.org/10.1155/2020/3453502.

14. Ambike, D., Ambike, A., Raje, S., & Chincholikar, S. (2017). Knowledge, awareness and breast-feeding practices of postnatal mothers in a rural teaching hospital: a cross sectional survey. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, *6*(12), 5429. https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20175255

15. Das, K. (2018). COLOSTRUM FEEDING PRACTICES WORLDWIDE/ : A REVIEW REVIEW ARTICLE COLOSTRUM FEEDING PRACTICES WORLDWIDE/ : A REVIEW * Koel, (June). https://doi.org/10.9754/journal

16. Fjeld, E., Siziya, S., Katepa-bwalya, M., Kankasa, C., Moland, K. M., & Tylleskдr, T. (2008). assessment of potentials and barriers in the promotion of exclusive breastfeeding in southern Zambia, *12*, 1–12. https://doi.org/10.1186/1746-4358-3-26

17. Godhia, M. L., & Patel, N. (2013). Colostrum - Its composition, benefits as a nutraceutical/ : A review. *Current Research in Nutrition and Food Science*, *1*(1), 37–47. https://doi.org/10.12944/CRNFSJ.1.1.04

18. Goyal, M. K., & Tomar, A. (2015). Original article/ : Study of knowledge , attitude and practice towards feeding of colostrum in a tertiary care center of Jaipur , Rajasthan, (December), 651–656.

19. Gupta, V., Bala, N., Bose, D. K., & Kumari, J. (2018). Study on infant feeding practices among mothers in rural areas of Faizabad District (U.P.), India. *Journal of Applied and Natural Science*, *10*(3), 831–837. https://doi.org/10.31018/jans.v10i3.1704

20. Haider, R., Rasheed, S., Sanghvi, T. G., Hassan, N., Pachon, H., & Islam, S. (2010). Breastfeeding in infancy/ : identifying the program-relevant issues in Bangladesh, 1–12.

21. Hanif, R., Khalil, E., Sheikh, A., Harji, A., Haris, S., Rasheed, M. W., … Yaseen, T. (2010). Knowledge about breastfeeding in accordance with the national policy among doctors, paramedics and mothers in baby-friendly hospitals. *Journal of the Pakistan Medical Association*, *60*(10), 881–886.

22. Joshi, S. K. (2014). Colostrum Feeding/ : Knowledge , Attitude and Practice in Pregnant Women in a Teaching Hospital in Nepal. *International Journal of Medicine and Molecular Medicine*, (October), 1—14.

23. Kulkarni, R. N., Anjenaya, S., & Gujar, R. (2004). Breast Feeding Practices in an Urban Community of Kalamboli , Navi Mumbai, *XXIX*(4), 179–180.

24. Shrinivas, B., Rajesh, P., & Manisha, S. (2010). Colostrum: All-in-one medicine. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, *2*(SUPPL. 1), 31–36.

25. Tiwari, V., & Singh, A. (2007). Knowledge, attitude and practice regarding breastfeeding in an urban area of Fazidabad district (U.P). *Indian Journal of Preventive and Social Medicine*. Retrieved from http://medind.nic.in/ibl/t07/i1/iblt07i1p18g.pdf

26. Yeshambel Wassie, A., Atnafu Gebeyehu, N., & Abebe Gelaw, K. (2020). Knowledge, Attitude, and Associated Factors towards Colostrum Feeding among Antenatal Care Attendant Mothers in Gununo Health Centre, Wolaita Zone, Ethiopia 2019: Cross-Sectional Study. *International Journal of Pediatrics*, *2020*, 1–10. https://doi.org/10.1155/2020/3453502.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ, ЗНАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ О КОЛОСТРУМЕ И ЕГО ПОЛЬЗЕ, А ТАКЖЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЛОСТРУМА, НА ОСНОВЕ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ЖЕНСКИХ РОДИЛЬНЫХ УСЛУГ УЧЕБНОЙ КЛИНИКИ “ШАҲРОРО”, г. КАБУЛ

Абдулматин Идрок

Кафедра дерматологии КГМИ, Клиники “Майванд”Исламская Республика Афганистан.

Исследование было проведено с целью выяснения уровня осведомленности матерей о Колоструме и его пользе среди матерей клиники “Шахроро”. Опрос показал, что 74% матерей знали о Колоструме, в том числе 81,9% матерей, которые давали своим детям Колострум. Врачи сыграли важную роль в информировании об этом, и большинство матерей (62%) считали роль Колострума очень важной для младенцев и полагали, что он способствует развитию новорожденных.

Около половины матерей считают, что давать Колострум новорожденному полезно, и рекомендуют его и другим матерям.

Ключевые слова. Колострум, младенцы, матери.

ASSESSMENT OF THE LEVEL OF AWARENESS, KNOWLEDGE OF THE POPULATION ABOUT COLOStrum AND ITS BENEFITS, AS WELL AS THE USE OF COLOStrum, BASED ON THE DATA OF PATIENTS OF THE FEMALE MATERNITY SERVICES OF THE EDUCATIONAL CLINIC “SHAHRORO”

Abdulmatin Idrok, Azimov G.

Department of Dermatology KVU? Clinic “Maiwand”

The study was conducted in order to find out the level of awareness of mothers about Colostrum and its benefits among the mothers of the Shahroro clinic. The survey showed that 74% of mothers knew about Colostrum, including 81.9% of mothers who gave their children Colostrum. Physicians played an important role in informing about this and the majority of mothers (62%) considered the role of Colostrum to be very important for babies and believed that it promotes the development of newborns.

About half of mothers believe that giving Colostrum to a newborn is beneficial and recommend it to other mothers as well.

Keywords: Colostrum, babies, mothers

Абдулматин Идрок *- муаллими кафедраи улуми рафторӣ ва таълимоти сиҳӣ, ДТК, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.*

Абдулматин Идрок *- преподаватель кафедры поведенческой науки и санитарного просвещения КМУ, ИГА,*

Abdul Matin Edrak *-lecturer of Behavioral Science and health Education Department, KMU.*

РЕФЛЮКСИ ГАСТРОЭЗОФАГАЛӢ ДАР КӮДАКОНИ СИННУ СОЛИ БАРВАҚТ

Мамадҷонова Г.С.[1], Саидмурадова Г.М.[2], Насридинова Н.Н.[1],
Кафедраи бемориҳои кӯдаконаи №1 ва кафедраи бемориҳои сироятии кӯдаконаи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муҳиммият. Мавҷуд набудани тасаввурот дар бораи хусусиятҳои клиникии рефлюкси гастроэзофагеалӣ (РГЭ), ки дар кӯдакони синну соли барвақт зиёд ба мушоҳида мерасад, меъёрҳои возеҳи ташхиси тафриқии байни ин бемориҳо ва қайкунӣ, мувофиқат накардани вазнинии ҳолат ва муолиҷа боиси ҷараёни музмини беморӣ аз синну соли барвақти кӯдакӣ, паст шудани сифати ҳаёт ва дар баъзе мавридҳо ҳатто маъюбшавӣ мегардад [2].

Айни замон рефлюкси гастроэзофагеалиро партоби ғайриихтиёрии муҳтавои меъда ва ё меъдаву рӯдаҳо ба сурхрӯда мешуморанд, ки дар натиҷаи пастшавии мунтазам ё гузарандаи тонуси сфинктери поёнии сурхрӯда ба амал меояд ва ин ҳаракатнокии физиологии луқмаи ғизоро вайрон карда, боиси он мегардад, ки ба сурхрӯда муҳтавои барояш нолозим ворид мегардад ва ба осебҳои физикӣ-химиявии пардаи луобии он оварда мерасонад [4]. Маъмулан РГЭ-и физиологиро фарқ мекунанд, ки ба пайдо шудани рефлюкс-эзофагит оварда намерасонад ва РГЭ-и , и патологӣ, ки ба осеб дидани пардаи луобии сурхрӯда ва ташаккул ёфтани рефлюкс-эзофагит ва оризаҳои ба он вобаста оварда мерасонад [3,5].

Клиникаи РГЭ бо хусусиятҳои маълуми анатомиву физиологии инкишофи узвҳои роҳи ҳозима муайян карда мешавад [1,2]. Дар кӯдакони навзод шакли сурхрӯда қифмонанд аст ва дар қисмигардан бештар танг мешавад, то яксолагӣ тангшавии диафрагмавӣ вуҷуд надорад ё хеле суст возеҳ аст. Дар замони таваллуд шудани кӯдак пардаи луобӣ ва пардаи зерлуобии сурхрӯда хуб инкишоф ёфтааст, қабати мушакии он хеле суст намоён мебошад.Ташаккули мускулатураи мукаммали сурхрӯда дар давоми даҳсоли авали хаёти кӯдак давом мекунад. Дар кӯдакони навзод ва ширмак даромадгоҳи меъда васеъ аст, қисми дисталии сурхрӯда болотар аз диафрагма қарор дорад, норасоии физиологии жоми кардиалӣ дида мешавад, ки дар сатҳи диафрагма ва ё дар зери он ҷойгир шудааст, асосан ҳолати горизонтали кӯдак боиси фишори паст ба сфинктери поёнии сурхрӯда мегардад. Дар синну соли калонтар жоми кардиалӣ нисбат ба диафрагма ба поён ба ковокии шикам ҳаракат мекунад, пойчаҳои диафрагма ҳангоми нафасгирӣ кӯтоҳтар мешаванд ва фишорро дар ноҳияи сфинктери поёнии сурхрӯда зиёд мекунанд. Дар соли якуми ҳаёт дар кӯдакон инкишофи сусти қабати мудаввари мушакҳои қисми кардиалии сурхрӯда низ ба назар мерасад, қисми кардиалии меъдаро бошад, гиреҳи Виллизиева пурра фаро намегирад [1,5]. Дар кӯдакони синну соли авали ҳаёт қайкунӣ ҳамчун муодили РГЭ дониста мешавад ва ҳамчун зуҳуроти тақрибан муътадили физиологӣ дар кӯдакони моҳҳои авали ҳаёт эътироф мегардад.

Ихтилоли механизмҳои антирефлюксӣ ва механизмҳои резистентнокии бофтаҳо ба спектри васеи ҳолатҳои патологӣ оварда мерасонад, ки қаблан нишон дода шудаанд ва ислоҳи заруриро талаб мекунанд [3].

Мақсади таҳқиқот. Муайян кардани усулҳои ислоҳи рефлюкси гастроэзофагалӣ дар кӯдакони синну соли барвақти кӯдакӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мо 269 кӯдакони давраи навзодӣ ва синну соли барвақти кӯдакиро дар давраи солҳои 2018-2021 дар пойгоҳи МТ «Истиклол» дар шуъбаҳои «Модару кӯдак», инчунин дар шуъбаи септикӣ таҳқиқ кардем. Дар хамаи кӯдакон усулҳои иловагии таҳқиқот, аз қабили рентгеграфия, таҳқиқоти ултрасадоии меъда гузаронида шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Мо таҳқиқоти когортиро дар давоми 3 сол дар пойгоҳи муассисаи табобатӣ гузаронидем. Мувофиқи пурсиши волидайн дар 148 кӯдак, миқдори қайкунӣ аз 1 то 4 маротиба дар як шабонарӯз дар ҳар як кӯдаки дуюми то 3-моҳа ба мушоҳида расид. Дар 5%-и кӯдакони 10-12-моҳа қайкунӣ дида шуд. Тибқи маълумоти адабиёти илмӣ, қуллаи баландтарини қайкунӣ дар 4-моҳагӣ (дар 67%-и кӯдакон) ба қайд гирифта мешавад, дар синну соли 6-7-моҳагӣ якбора аз 61 то 21% кам мешавад ва онҳо худ ба худ баъди 12-18 моҳ и пас аз таваллуд нест мешаванд [1, 2].

Ин рефлюкс дар кӯдакон дида шуд, ки пеш аз муҳлат таваллуд шудаандвстречался(4,0%),ёгипоксияи музмини дохилибатниро (45,0%), асфиксия ҳангоми таваллудшавӣ, садамаи наталии қисми гарданиисутунмуҳраро аз сар гузаронидаанд(3,8%), аз аллергияи ғизоӣ ранҷ мебинанд (34,2%).

Ҳанӯз дар соли 2006 В.Ф. Приворотский омилҳои нохуби анамнези барвақти кӯдакони дорои РЭГ –ро ҷудо карда буд, ки дар байни онҳо патологияи перинаталӣ дар ьная 72,5%, аллергоанамнези вазнинкунанда дар 49,6% ва ғизодиҳии сунъии 37,4% ба чашм мерасанд .

Дар кӯдакони синну соли авали ҳаёт аллергия ба сафедаҳои шири гов барои пайдо шудани рефлюкс дар 15-21% мушоҳида ба назар мерасад. РГЭ симптоматикаи клиники типӣ надорад, табобати анъанавии зиддирефлюксӣ самараи кам дорад, ки ин водор месозад, ки ҷустуҷӯйи минбаъдаи ташхисӣ, махсусан ба ҳисоб гирифтани басомади баланди патологияи тавсифшуда идома дода шавад.

Арзёбии муносиби ин вазъият имконият медиҳад, ки табобати комплексии зиддирефлюксӣ сари вақт оғоз карда шавад.

Мувофиқи тавсияҳо, табобати қайкунӣ бояд пай дар пай дар якчанд марҳила гузаронида шавад: корҳои фаҳмондадиҳӣ бо волидай ба мақсади дастгирии психологӣ, муътадил сохтани режими синамаконӣ ва миқдори ғизои истеъмолшуда, парҳезшифоии муносиб.

Ҳангоми ғизодиҳии табиӣ ғализкунандаҳои шири синаи модар истифода мешаванд. Кӯдакони синну соли аз 1-2-моҳа болоро пеш аз ҳаря ғизодиҳӣ ғизои хуб, масалан 1 қошуқча шавлаи биринҷии бешир додан мумкин аст.

Ҳангоми ғизодиҳии сунъӣ аз омехтаҳои махсуси антирефлюксии мутобиқшудаи ширӣ (АМС) истифода мекунанд, ки лузуҷати (часпакии) онҳо аз ҳисоби ба таркиби онҳо ворид кардани ғализкунандаҳо – шилм 1 оҳар (биринҷӣ ё ҷуворӣ) баланд мешавад.

Айни замон чунин омехтаҳои антирефлюксӣ мавҷуданд, ки дар таркибашон шилм доранд- Нутрилон АР («Nutricia», Нидерланд), Хумана АР («HumanaGmbH», Германия), Фри-совом («Frisland», Нидерланд), Нутрилак АР («Нутритек», Россия), Бабушкино Лукошко АР («Нутрибио», Россия).

Мо омехтаи Нутрилон АР-ро дар 190 навзод дар ҳаҷми на бештар аз 1/3-1/2 аз ҳаҷми умумии омехта, ки дар ҳар як ғизодиҳӣ гирифта мешавад, истифода намудем.

Категорияи дигари омехтаҳои махсуси антирефлюксӣ, ки полисахарид — крахмали ҳазмшаванда доранд, дар 60 навзод барои пурра иваз кардани омехтаи қаблан истеъмолшаванда тавсия карда шуд, барои ба даст овардани самаранокии устувор истифодаи давомноку тӯлонии нишон дода шудааст. Ба сифати ғализкунанда омехта крахмали картошка дорад, ки часпакии оптималиро ба вуҷуд меорад, пурра ҳазм ва ҷаббида мешавад, осмолярнокӣ ва птенсиали ферментативии паст дорад, ба ферментатсияи микрофлора камтар дучор мешавад, ки садди роҳи пайдошавии нороҳатии функсионалӣ ва халаи рӯдаҳо мегардад.

Компоненти сафеда дар ин омехтаҳо аз сафедаи ба таври муътадил гидролизшуда иборат аст, ки бо суръати шири синаи модар ба сабукӣ ҳазм ва аз меъда хориҷ мешавад, ин фишори дохили меъдаро паст ва барои кам гаштани қайкунмусоидат менамояд. Дар ин лаҳза сафедаи ба таври муътадил гидролизшуда барои ташаккул ёфтани пасафканди мулоим мусоидат намуда, пешгирии аллергия нисбат ба сафедаи шири синаро таъмин мекунад, барои инкишоифи мукаммал таркиби аминокислотавӣ дорад.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда аз суботкории субклиникии осеби сурхрӯда дар синну соли барвақтӣ гувоҳӣ медиҳанд, ки зарурати анҷом додани таҳқиқотҳои популятсионии эпидемиологии РЭГ, таҳқиқоти тӯлонии когорти оиларо ба миён меоварад, ки дар онҳо РЭГ дар синну соли барвақти кӯдакӣ сабт шудааст.

Адабиёт

1. Дмитриева Н.В., Шатская Е.Е., Дмитриев А.В. Варианты гастроинтестинальных нарушений у новорожденных детей. Материалы XIII Конгресса детских гастроэнтерологов России - 2016г. - С.86-87.

2. Приворотский В.Ф. Гетерогенность гастроэзофагеальнойрефлюксной болезни у детей: Автореф. дисс... д-ра мед. наук. СПб,.-2006. -43 с.

3. Цветкова Л.Н., Цветков П.М. Состояние пищевода и гастроэзофагеального перехода у детей, страдающих хроническим запором. Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2018. - Т. 6. № 53. - С. 30-42

4. Gold BD Is gastroesophageal reflux disease really a life-long disease: do babies who regurgitate grow up to be adults with GERD complications? Am J Gastroenterol. -2016 .-1(3).- P.641-4.

5. Young RJ, Lyden E, Ward B. et al. A retrospective, case-control pilot study of the natural history of pediatric gastroesophageal reflux. Dig Dis Sci. 2017 .-52(2).- P.457-62.

ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.

Мамаджанова Г.С, Саидмурадова Г.М., Насридинова Н.Н.

Кафедра детских болезней №1 и детских инфекций ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР), встречается довольно часто у детей раннего возраста. Нами было исследовано 269 детей периода новорожденности и раннего возраста на базе МК «Истиклол» в отделениях «Мать и дитя». Этот рефлюкс встречался у детей, родившихся преждевременно (4,0%), перенесших хроническую внутриутробную гипоксию (45,0%), асфиксию в родах, натальную травму шейного отдела позвоночника (3,8%), страдающих пищевой аллергией (34,2%). ГЭР не имеет типичной клинической симптоматики, традиционная антирефлюксная терапия малоэффективна, что побуждает проводить дальнейший диагностический поиск, особенно учитывая высокую частоту описываемой патологии.

Ключевые слова:гастроэзофагальный рефлюкс, желудочно-кишечный тракт, дети.

GASTROEOSOPHAGAL REFLUX IN EARLY CHILDREN.

Conclusion. Gastroesophageal reflux (GER) is quite common in young children. We examined 269 children of the neonatal period and early age on the basis of MK “Istiklol” in the departments “Mother and Child”. This reflux was found in children born prematurely (4.0%), having undergone chronic intrauterine hypoxia (45.0%), birth asphyxia, natal injury of the cervical spine (3.8%), suffering from food allergies (34.2%). GER does not have typical clinical symptoms, traditional antireflux therapy is ineffective, which prompts further diagnostic search, especially given the high frequency of the described pathology.

Keywords: gastroesophageal reflux, gastrointestinal tract, children.

Мамаджанова Гулнора Сидикджановна, *н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои кӯдакон №1, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Email: gulnora.mamadjanova@gmail.com. Телефон: 918720903.*

Саидмурадова Гавхар Мирбакоевна, *н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакон МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Email: gafhar.saidmuradova@mail.ru телефон: 907706744.*

Насридинова Нилуфар Насриевна, *ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакон №1, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Email: n.n.nasridinova@bk.ru телефон: 901062512*

Мамаджанова Гулнора Сидикджановна *к.м.н., доцент кафедры детских болезней №1 ГОУ «ТГМУ имени АбуалиибниСино» Email: gulnora.mamadjanova@gmail.com. Телефон: 918720903*

Саидмурадова Гавхар Мирбакоевна, *к.м.н., кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Email: gafhar.saidmuradova@mail.ru телефон: 907706744*

Насридинова Нилуфар Насриевна, *ассистент кафедры детских болезней №1 ГОУ «ТГМУ имени АбуалиибниСино», Email: n.n.nasridinova@bk.ru телефон: 901062512*

Mamadjanova Gulnora Sidikdjanovna *PhD, Associate Professor of the Department of children’s diseases № 1 of the State Educational Institution «AvicennaTajikStateMedicalUniversity» Email: gulnora.mamadjanova@gmail.com. Phone: 918720903*

Saidmuradova Gavkhar Mirbakoevna *Candidate of Medical Sciences, Department of Pediatric Infectious Diseases of the State Educational Institution «AvicennaTajikStateMedicalUniversity», Email: gafhar.saidmuradova@mail.ru phone: 907706744*

Nasridinova Nilufar Nasrievna *Assistant of the Department of children’s diseases № 1 of the State Educational Institution «AvicennaTajikStateMedicalUniversity» Email: n.n.nasridinova@bk.ru phone:*

СТОМАТОЛОГИЯ

ТАДҚИҚИ ВАЗЪИЯТИ КОНСТРУКСИЯҲОИ ОРТОПЕДИИ КОВОКИИ ДАҲОН

Зарипов А.Р., Шарипов Х.С., Аминов П.О.
Кафедраи стоматологияи ортопедии (мудири кафедра н.и.т., дотсент Зарипов А.Р.)
МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муҳиммият. Мувофиқи далели муаллифон [1,3,5], дар байни муроҷиаткунандагони бори аввал барои ёрии стоматологӣ то 75% шахсон дорои нуқсонҳои окклюзионӣ мебошанд. Ҳангоми табобати онҳо намуди гуногуни протезҳои гирифташаванда (лавҳагӣ, бюгелӣ) ва гирифтанашаванда (пулмонанд, консолӣ), инчунин якҷоя ниҳодани онҳо бо истифодаи маводи гуногуни стоматологӣ истифода мешавад.

Мувофиқи маълумотҳо [2,4] гуногуншаклии нишонаҳои клиникии талабгорони табобати ортопедӣ, дар як қатор ҳолатҳо набудани стандарти ягонаи маҳорати духтуриро муайянкунанда, фаъолияти стоматолог-ортопедро мушкил гардонида, сабаби эҳтимолияти пайдоиши хатогиҳо ва ориза баъди муолиҷа мегарданд. Исбот шудааст,-ки аз 50% зиёда ҳолатҳо сифати протезҳои дандониро муайянкунанда, вуҷуд надоштани муоинаи мукаммали беморон то оғози табобати ортопедӣ маълум аст [2,3].

Мақсади тадқиқот: Муайян намудани вазъияти клиникии конструкцияҳои гирифтанашавандаи ковокии даҳон.

Мавод ва усули тадқиқот. Тадқиқи клиникии 100 нафар муроҷиаткунандагони Маркази таълимӣ, илмӣ-клиникии «Стоматология»-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино гузаронида шуд. Онҳоро ба 4 гурӯҳи синнусолӣ ҷудо намудем: якум – 20 – 29 сола, дуюм – 30 – 39, сеюм – 40 -49 ва чорум - 50 сола ва зиёда. Дар ҳар як гурӯҳи синнусолӣ мардон ва занон ба миқдори баробар буданд – 12 нафарӣ. Дар рафти таҳқиқот ҳолати тартиби ҷоғу дандон ва қисман набудани дандонҳо дар муҳлати гуногун пас аз протезмонӣ омӯхта шуд.

Дар байни беморони муоинашуда,ки такроран барои табобати ортопедӣ муроҷиат намудаанд, аксарият занон буданд (60 нафар- 59,6%). Тақсимоти муоинашудагон аз рӯи синну сол чунин аст: гуруҳи аз ҳама сершуморро (42 нафар-41,3%) беморони аз 50 сола калонтар ташкил доданд, дар ҷойи дуюм – гуруҳи беморони аз 40 то 49 сола (28 нафар-27,4%). Беморони синнашон аз 30 то 39 сола (21 нафар) 22,6%-ро ташкил доданд, аз 20 то 29-сола (9 нафар) – 8,7%.

Дар 37 нафар (36,8%)–и беморони муоинашуда нуқсонҳои маҳдудшудаи қатори дандонҳо вуҷуд дошт. Дар 33 нафар (32,2%) -и беморон нуқсонҳои омехтаи қатори дандонҳо мушоҳида шуд, дар 22 нафар (22,7%) - нуқсонҳои охира. Дар 8 нафар (8,3%)-и беморон дандонҳои яккаи боқимонда вуҷуд дошт.

Дар 70 нафар беморон муоинаи 300 адад (82,2%)-и сохтҳои ортопедӣ муайян намуд,-ки бояд иваз карда шаванд. Бештари беморон (65 нафар) якчандтоӣ протез доштанд.

Аз миқдори умумии муоинашудагон 52%-и протезҳо (190 протези ортопедӣ) сохтҳои гирифтанашаванда буданд. Онҳо асосан сохтҳои сиккагӣ – васлшуда (147 адад - 77,6%) буданд. Аз ин протезҳо 12,5% (16 адад) дорои рӯйкаши пластмассӣ буданд. Дар байни сохтҳои кулрехташуда протезҳои фулузию сафолотӣ (металлокерамика) афзалият доштанд.

Ҳиссаи протезҳои гирифташаванда дар байни сохтҳои муоинашуда 175 адад (48%) -ро ташкил дод. Аз ин протезҳо 63% (110 адад) -и сохтҳои гирифташаванда протезҳои гирифташавандаи ҷузъӣ буданд, протезҳои бюгелӣ танҳо 5% (9 адад) -ро ташкил доданд. Ҳиссаи протезҳои гирифташавандаи пурра 32% (56 адад) -ро ташкил дод. Аксарияти миқдори протезҳои гирифтанашаванда (118 адад- 62,1%) мӯҳлати хизмати 5 – 7 сол доштанд, протезҳои гирифташаванда (85адад-48,6%) – 3 – 5 сол.

Натиҷаи тадқиқот ва баррасии онҳо. Таҳлили протезҳои гирифтанашаванда аз

рӯи намуди сохт ва мӯҳлати истифода шаҳодат медиҳад,ки аксарияти миқдори оризаҳо ҳангоми истифодаи сохтҳои гирифтанашавандаи сиккагӣ – васлшуда дар мӯҳлати истифода то 5 сол вусъат меёбанд, ҳангоми истифодаи сохтҳои кӯлрехташуда – дар мӯҳлати зиёда аз 10 сол. Ҳиссаи оризаҳои ҳангоми истифодаи протезҳои лавҳагӣ вусъатёфта, аз ҳама бештар дар мӯҳлати 5 сол буд, протезҳои бюгелӣ – бештар аз 5 сол.

Дар рафти тадқиқот мо муайян намудем,ки аз ҳама бештар сабаби протезмонии такрорӣ ҳангоми истифодаи протезҳои гирифташаванда шикастани протезҳо (66 адад,38%-и ҳолатҳо) мебошад. Дар ҷойи дуюм (29 адад,17%) часпиши бади протезҳо, баъдан шикастани дандонҳои такягоҳ (24 адад,13%-и ҳолатҳо) ба қайд гирифта шуд. Далелҳои қайдшуда маълумотҳои умумӣ оиди протезҳои лавҳагӣ ва бюгелӣ буданд. Лекин, агар ҳар як намуди протезҳои гирифташаванда алоҳида дида баромада шавад, бояд қайд намуд,ки беморони протезҳои бюгелӣ дошта нисбати беморони дорои протези лавҳагӣ, ниҳоят кам шикоят доштанд.

Сабабҳои бурида гирифтани сохтҳои гирифтанашавандаи сиккагӣ – васлшуда бештар шикастани протез ва ба талаботҳои эстетикӣ ҷавобгӯй набудани онҳо мебошанд. Ба сабабҳои қайдшуда мо ҳам нуқсони худи ғилофакҳо, инчунин ретсессияи милк,ки мутаносибан 26,7(50 адад) ва 24,9%(47 адад) -ро ташкил медиҳанд мансуб медонем. Баъд шикастани дандонҳои такягоҳ, хоҳиши субъективии бемор, зарурияти тайёркунии протезҳои иловагӣ ҷой доранд. Сементафтии ғилофакҳои такягоҳ дар байни муоинашудагон дар 6%(11адад) ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд.

Ҳангоми вуҷуд доштани сохтҳои кулрехташуда дар ковокии даҳон расми дигар ошкор мегардад. Ҳамин тариқ, оризаи аз ҳама бештар сементафтии ғилофакҳо (45 адад - 24%) аст,ки ба ақидаи мо натиҷаи ташреҳи нодуруст бо тарзи тартибдиҳии конусшаклии зиёди мунчаи дандонҳои такягоҳ мебошад. Ғайр аз ин, дар 23% (43 адад)-и ҳолатҳо – риоя накардани талаботҳои эстетикӣ, шикастани протез дар 22% (38адад)-и ҳолатҳо, шикастани дандонҳои такягоҳ ва зарурияти тайёркунии протезҳои иловагӣ – дар17%(32 адад)- ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд.

Хулоса. Ҳамин тариқ,таҳқиқи ҳолати клиникию эпидемиологии протезҳои ортопедии ковокии даҳон ҳангоми қисман набудани дандонҳо дар калонсолон ба мо имкон дод,-ки қонунияти таасури организмро ба табобати ортопедии баргузоргашта ва вусъатёбии оризаҳои муносибро ошкор намоем.

Адабиёт

1.Зарипов А.Р. Стоматологияи ортопедӣ. / Сабуров С.К., Одинаев И.С. // Китоби дарсӣ.-2019. – 400 с.

2.Зарипов А.Р. Протезҳои металлокерамикии дандон. / Сабуров С.К. // Дастурамали таълимӣ-методӣ. -2019. – 50 с.

3.Емельянова Т.В. Клиническая оценка качества несъёмных зубных протезов у пациентов пожилого и старческого возраста, обратившихся за стоматологической помощью в различные лечебные учреждения г. Москвы /Т.В. Емельянова , И.Ю.Лебеденко // Российский стоматологический журнал. -2013. - № 5. - С.23-26.

4.Доменюк Д.А. Методы профилактики побочного действия зубных протезов/ Б.Н Зотов // Новое в теории и практике стоматологии: сб.науч.работ – Ставрополь, 2006.-С.127-129.

5. Трезубов В.Н. Критериальная оценка качества зубных и челюстных протезов. Программа для ЭВМ / С.Д. Арутюнов, А .Г. Климов // Ученые записки СПбГМУ . –СПб ., 2005.-Т.XII. - №2.-С.76-81.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ПОЛОСТИ РТА

Зарипов А.Р., Шарипов Х.С., Аминов П.О.

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

Многообразие клинических проявлений заболеваний, требующих оротопедического лечения, отсутствие в ряде случаев единых стандартов, определяющих врачебную тактику, затрудняют деятельность стоматолог – ортопеда и обуславливают возможность возникновения ошибок и осложнений. Утверждается, что более чем в 50% случаев, проанализированных по качеству зубных протезов, обнаружено отсутствие полноценного обследования пациента до начала ортопедического лечения. Анализ несъемных протезов по видам конструкции и срокам пользования свидетельствует, что наибольшее количество осложнений при использовании несъемных штампованно – паянных конструкций возникает при сроке пользования до 5 лет, при применение цельнолитых – в срок более 10 лет.

Ключевые слова: ортопедическая конструкция, несъемный протез, цельнолитые и штампованно – паянные конструкции.

STUDY STATE OF ORTHOPEDIC ORTHOPEDIC CONSTRUCTIONS OF THE ORTHOPEDIC CAVITY

Zaripov A.R., Sharipov Kh.S., Aminov P.O.

Department of Prosthetic Dentistry (Head of the Department of Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Zaripov A.R.) SEI “TSMU named after Abuali ibni Sino”

According to the information, the variety of clinical manifestations of diseases requiring orothopedic treatment, the absence in some cases of uniform standards that determine medical tactics complicates the work of a dentist - orthopedist and causes the possibility of errors and complications. It is argued that in more than 50% of cases analyzed for the quality of dentures, there was a lack of a full examination of the patient before the start of orthopedic treatment. Analysis of fixed prostheses by type of construction and terms of use shows that the greatest number of complications when using fixed stamped - brazed structures occurs with a period of use up to 5 years, with the use of solid - in a period of more than 10 years.

Key words: orthopedic construction, fixed prosthesis, one-piece and stamped-brazed constructions.

Зарипов Акбар Раҳмонович, *номзади илмҳои тиб,дотсент,мудири кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Zaripov.Dovud.98@bk.ru тел. 93-803-63-29*

Шарипов Хуршед Саидҷонович, *ассистенти кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел. 770779777*

Аминов Парвиз Олимович, *ассистенти кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел. 985-18-99-46 Rudaki@mail.ru*

Зарипов Акбар Раҳмонович, *кандидат медицинских наук,доцент, зав.кафедрой ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Zaripov.Dovud.98@bk.ru тел. 938-03-63-29*

Шарипов Хуршед Саиджонович, *ассистент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел. 770779777*

Аминов Парвиз Олимович, *ассистент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел. 985-18-99-46 Rudaki@mail.ru*

Zaripov Akbar Raҳmonovich, *Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Orthopedic Dentistry, T.G. Abuali ibni Sino, Zaripov.Dovud.98@bk.ru tel. 938-03-63-29*

Sharipov Khurshed Saidzhonovich, *Assistant of the Department of Prosthetic Dentistry, TSMU Abuali ibni Sino, tel. 770779777*

Aminov Parviz Olimovich, *Assistant of the Department of Prosthetic Dentistry, TSMU named after Abuali ibni Sino, tel. 985-18-99-46. Rudaki @mail.ru*

ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

ТАҲҚИҚОТИ ҲАМБАСТАГИИ БАЙНИ МУҲТАВОИ БИОКОМПОНЕНТҲО БО ФАЪОЛНОКИИ ЗИДДИМИКРОБӢ ВА ФУНГИТСИДӢ ВОБАСТА АЗ БАЛАНДИИ ҚАД

Мирзоева Ф.Д.
Кафедраи микробиология, иммунология ва вирусологияи
МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муқаддима. Дар дунё намудҳои гуногуни пиёз дида мешавад. Пиёз (*Allium cepa*L) яке аз қадимтарин ва муҳимтарин киштаҳои хоҷагии халқ аст. Вай барои саломатӣ батариҳои зиёд дорад, ба монанди таъсироти зиддиилтиҳобӣ, антиканцерогенӣ, кардиомуҳофизатӣ ва антиоксидантӣ [1,2]. Намояндаҳои гуногуни насли *Allium* дорои моддаҳои фаъоли биологии табиаташон гуногун мебошанд. Дар таркиби намудҳои паҳншуда ва маълуму маъруфи пиёз карбогидратҳои гуногун ва пайвастагиҳои азотӣ дохил мешаванд. Хосиятҳои фоиданоки рустаниҳои табиӣ аз муҳтавои пайвастагиҳои фаъоли биологӣ ва моддаҳои дорои таъсири антиоксидантӣ вобаста аст [3-6]. Пайвастагиҳои фенолӣ дар навъҳои гуногуни пиёз компоненти муҳимми фаъоли биологӣ ба ҳисоб мераванд ва спектри фаъолнокии фармакологии онҳо таъсирҳои антиоксидантӣ, антигипоксикӣ, зиддиомосӣ, дезинтоксикатсионӣ, биостимулятсионӣ, регенераторӣ, хосиятҳои зиддиилтиҳобӣ, адаптогенӣ, хамчунин хосиятҳои антибактериалӣ, фунгитсидӣ ва зиддивирусӣ доранд. Ғайр аз ин, хосиятҳои зиддивирусӣ ин аст, ки ба системаҳои иммунӣ, эндокринӣ ва дигар системаҳои организм таъсир мерасонанд [7,8].

Тавассути таҳқиқотҳо тасдиқ карда шудааст, ки пӯсти пиёз миқдори зиёди кверсетин, кемпферол, лютеолин вадигар ҳосилаҳои кверсетинро дорад, ки ҳамчун агентҳои зиддизанбурӯғӣ ва антибактериал омӯхта шудаанд. Ба таври анъанавӣ маҳсулоти пиёзӣ аз зарарҳои микробҳо бо истифода аз пайвастагиҳои химиявӣ муҳофизат карда мешуд, аммо дар солҳои охир истеъмолкунандагон ба он маҳсулоти ғизоӣ таваҷҷуҳ зоҳир мекунанд, моддаҳои химиявӣ надошта бошанд [9]. Кверсетин флавонол ҳамчун флавоноиди калидӣ барои маҳв кардани бактерияҳо ба таври васеъ омӯхта шудааст ва бешубҳа, муҳтавои флавоноидҳо метавонад бо таъсири зиддимикробии пиёз ҳамбастагӣ дошта бошад [10,11]. Қайд кардан муҳим аст, ки фаъолнокии зиддимикробии намояндагони насли *Allium* мустақиман бо омилҳои эндогенӣ ва экзогенӣ иртиботи мутақобила доранд: технология ва усулҳои экстраксия, маҳлулкунандаҳои истифодашаванда, консентратсияи экстрактҳо, шароити табиӣ-иқлимӣ ё экологии рушд ва дигар омилҳо [12,13].

Тавассути таҳқиқотҳо самаранокии баланди моддаҳои фаъоли биологӣ дар рустаниҳо ҳангоми табобати бемориҳои занбурӯғӣ тасдиқ карда шудааст [14].

Аз қадим маълум аст, ки хосиятҳои фунгитсидӣ дар натиҷаи консентратсияи флавоноидҳо, кумаринҳо, ксантонҳо, сапонинҳо ва дигар компонентҳои дар ҷузъҳо (узвҳо)-и гуногуни моддаҳои фаъоли биологӣ арзи вуҷуд мекунанд ([15,16]. Дар ин мавриД, консентартсияи ин пайвастагиҳо дар қисмҳои болоизаминӣ ва зеризаминии намуди мушаххас фарқ мекунад [17].

Тибқи маълумоти муаллифон [18,19] муҳтавои моддаҳои фаъоли биологӣ дар рустаниҳои пиёзӣ дар қисмҳои гуногун метавонанд фарқ кунанд. Онҳо нишон додаанд, ки таркиби хок низ ба муҳтавои полифенолҳо дар рустаниҳо низ таъсир мерасонад. Дар заминҳои серҳосил муҳтавои полифенолҳо дар қисмҳои гуногуни он назар ба дигар намуди хокҳо нисбатан баланд аст.

Таваҷҷуҳи бештарро маълумот дар бораи иртиботи имконпазири кореллятсионӣ (ҳамбастагӣ) байни омилҳои градиенти баландӣ ва рустаниҳои фаъоли биологӣ, аз ҷумла намудҳои гунгогуни ваҳшии насли *Allium* ба худ ҷалб мекунад.

Мақсади таҳқиқот: Омӯзиши иртиботи мутақобилаи коррелятсионии байни муҳтавои биокомпонентҳо бо фаъолнокии зиддимикробӣ ва фунгитсидии пиёз *A. oschaninii*

O. Fedtsch *ва A. suworowii* Regel, вобаста аз баландии рушд.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот гул, барг ва бехпиёзи 2 намуди ваҳшии насли *Allium буд: A.oschaninii* O. Fedtsch *ва A. suworowii* Regel, ки дар минтақаҳои гуногуни Ҷумҳурии Тоҷикистон мерӯянд.

Штаммҳои тестии микроорганизмҳо. Фаъолнокии зиддимикробии экстрактҳои ҳосилшуда оид ба микроорганизмҳои стандартии музейӣ (тест штаммҳо) омӯхта шуд: *Staphylococcusaureus* (ATCC 4929), *Pseudomonas aeruginosa* (ATCC 4930) ва *Klebsiella pneumoniae* (4927) *E.Coli* (4928).

Фаъолнокии зиддизанбурӯғӣ нисбат ба занбурӯғҳои насли *Candida* омӯхта шуд, ки нисбат ба намдуҳои зиёди занбурӯғҳо бештар паҳн шудааст.

Тайёр кардани экстрактҳои рустанигӣ. Экстрактҳои алкулӣ аз қисмҳои (узвҳои) гуногуни ҳар як пиёз тайёр карда шуд [20]. Барои ҳосил кардани экстракти корӣ 2 грамм намунаи таҳқиқшавандаро (гул, барг, бехпиёз) бо ёрии корд майда реза мекунанд . Намунаҳоро ба флакони 20 мл стсинтиллятсионӣ ҷой карданд. Ҳар як намуна бо маркери перманентӣ тамғагузорӣ карда шуд. Сӯзандоруи тозаро истифода карда, 4 мл этаноли 70%-ро ба флакон ворид карданд. Бо ёрии асбоби беноқили чархзанандаи Dremel мавод хеле сахт ба муддати тақрибан 2-5 дақиқа майда карда шуд. Барои ба даст овардани экстракти кории алкулӣ омехтаи қисмҳои майдакардашудаи растанӣ ва алкулро ба сӯзандору гирифта аз коғази полоиданӣ филтр карданд.

Тайёр кардани дискҳо. Барои муайян кардани фаъолнокии зиддимикробӣ ва зиддизанбурӯғии экстрактҳои ба даст овардашуда дискро мувофиқи усули пешниҳоднамудаи кормандони лабораторияи Раскин, донишгоҳи Ратгерский тайёр карданд. Бо ин мақсад дискҳои махсус (Whatman) ба экстрактҳои қисмҳои таҳқишавандаи дар ҳаҷми 90 мкл тар карда шуда, дар ҳаррати хона давоми 5-6 соат то пурра хушк шудан хушконида шуданд [20].

Муҳити кишт. Бо мақсади кишт кардани штамми эталонии (тестии) стафилококки тиллоранг (*S. aureus*) аз Muller Hinton агар истифода намуданд. Штамми тестии Pseudomonas aeruginosaдар муҳити Кинг А кишт карда шуд. Кишти штамми тестии *Kl. Pneumonia* дар муҳити махсуси Klebsiella-5-АСК 20, *E.Coli* дар имуҳити кишти Эндо кишт карда шуд.

Омӯзиши хосиятҳои зиддимикробӣ ва зиддизанбурӯғии экстрактҳои аз қисмҳои гуногуни объектҳои таҳқиқшаванда гирифташуда. Дар косачаи пур аз муҳити ғизоӣ суспензияро кишт карданд, ки пешакӣ аз штаммҳои рақиқ кардашудаи микроорганизмҳо (инокулюм) иборат баданд. Баъдан дискҳои экстарктдорро, ки аз қисмҳои гуногуни объекти таҳқиқшаванда ба даст оварда шуда буданд, ба болои агар (agar)дар фосилаи 1,5-2 см гузоштанд. Ҳамаи косачаҳо дар ҳарорати 37ЪС, 18-24 соат инкубатсия карда шуданд. Баъди инкубатсия натиҷаҳоро дар минтақаи таваққуфи рушди микроорганизмҳо дар атрофи дискҳои дорои экстрактҳо ҳисоб карда шуданд.

Омода кардани инокуляа. Штаммҳои бактерияҳо дар болои муҳитҳои дахлдори ғизоӣ дар косачаҳои Петри кишт карда шуданд: *S. aureus* – дар стафилоагар, *Ps. Aeruginosa* дар муҳити Кинг А*, Kl. Pneumonia* дар муҳити Klebsiella-5-АСК 20 *ва E.Coli* дар муҳит барои энтеробактерияҳои Эндо.

Дар натиҷа,барои ҳосил кардани кишти холис, як колонияи маҳдудшудаи типи муайянро такроран дар муҳити каҷи дахлдори агар кишт намуданд. Суспензияҳоро (инокуляты) аз киштҳои шабонарӯзии штаммҳои таҳқиқшаванда бо истифода аз таҳшини Макфарланда10 МЕ тайёр карда, консентратсияи ниҳоии микроорганизмҳоро то 2 Ч 106 КОЕ / мл расониданд.

Фаъолнокии зиддизанбурӯғӣ ба монанди фаъолнокии зиддимикробӣ омӯхта шуд. Кишти бо инокулюм тайёр кардашудаи ная *Candida*-ро дар муҳити стерилии ғизоии Сабуро кишт намуданд ва натиҷаҳоро ҳамчун кор бо штаммҳои бактерияҳо ҳисоб карданд.

Муайян кардани фаъолнокии антиоксиадантӣ **(АОА)** [20]**.**

Реактивҳои зерини химиявӣ истифода шуданд:

· ABTS [2, 2 Азино-бис 3-этилбензо-тиазолин-6- кислотаи сулфоновӣ]

· Персулфати калий ($K_2S_2O_8$) [найчаҳои пешакӣ вазнкардашуда, ки 50 мг $K_2S_2O_8$ доштанд].

· Trolox барои истифода ба сифати стандарт [найчаҳои пешакӣ вазнкардашуда, ки 15 мг Trolox доштанд].

Таҳлили умумии полифенолӣ (полифенол) [20]**.** Дар ин таҳқиқотусули модификатсионии Folin-Ciocalteu (FC) ба кор бурда шуд. Вуҷуд доштани полифенолро бо муҳтавои кислотаи Галловӣ (GA) мкг дар 1 мл экстракти растанигӣ чен карданд.

Коркарди оморӣ. Таҳлили омории маълумотҳои ба даст овардашуда дар ПК бо ёрии барномаҳои амалии «Statistica 10» (Stat Soft Inc., 1984-2011, ИМА) ва «IBMSPSS Statistics 21.0» (IBM Corp., 1989-2012, ИМА) гузаронида шуд. Таҳлили коррелятсионӣ бо усули Пирсон сурат гирифт. Фарқиятҳои ҳосилшуда ва иртиботи кореллятсионӣ ҳангоми $p<0,05$ аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳисобида шуданд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Тибқи маълумоти муаллифони алоҳида, баландӣ аз сатҳи баҳр ба динамикаи ҷамъшавии пайвастагиҳои фаъоли биологии растаниҳо таъсир мерасонад [21, 22]**.** Бо назардошти ин, иртиботҳои мутақобилаи имконпазири ин параметрҳо асоси мақсади пажӯҳиши моро ташкил дод.

Натиҷаҳои таҳқиқоти муҳтавои полифенолҳо, фаъолнокии антиоксидантии узвҳои болозаминӣ ва зеризаминии All. oshaninii иртиботҳои мутақобилаи имконпазири инҳо бо фаъолнокии зиддимикробӣ дар ҷадвали 1 оварда шудааст. Муқаррар карда шудааст, ки ҷамъ шудани биокомпонентҳои аз тарафи мо омӯхташуда дар хамаи узвҳо, новобаста аз мавзеъ ва баландии сабзиш тақрибан як хеланд. Дар айни замон, як қатор алоқамандиҳои ночизи оморӣ низ ба назар мерасад. Аз ҷумла, дар сурати як хел будани нишондиҳандаҳои умумии полифенолҳо – аз 11,11±0,11 мг/мл то 11,32±0,11 мг/мл ва фаъолнокии умумии антиоксидантӣ –аз 5,37±0,02 мг/мл то 5,65±0,02 дар бехпиёзи растаниҳои ҷамъваришуда аз бюаландиҳои гуногун аз лиҳози қобилияти манъ кунонидани рушди штамми эталонии S. aureus. Ҳамин тартиб, ҳангоми чунин нишондиҳандаҳо, минтақаи маҳвшавии рушди ин штамми эталонӣтавассути экстрактаҳои All. oshaninii, ки дар баландии 1449 м мерӯянд (атрофи деҳаи Ҳушёрӣ, Дараи Варзоб), 11,00±0,21 мм буд ва дар баландии 2320 м (Боғи Ботаникии ВМКБ) аз 8,60±0,22 мм зиёд набуд. Дар айни замон, дар мавриди чунин будани нишондиҳандаҳои биокомпонентҳо дар бехпиёзҳо, растаниҳое, ки аз баландии 1240 – 1260 м (Кондара, Дараи Варзоб ва Яфрак, Дараи Ромит) ва баландии 1400 м (Ворух, Исфара – вилояти Суғд) ҷамъоварӣ карда шудаанд, дараҷаи ба қадри кофӣ bacteriocytes – минтақаи маҳв кардани рушд то 19,50±0,31мм –ро зоҳир намуданд. Дар дигар холатҳо иртиботҳои назарраси кореллятсиои ба мушоҳида нарасид.

Иртиботи баръакси пурраи кореллятсионии байни фаъолнокии антибактериалии *E. coli* ва баландии рушд дар сатҳи баҳр дар ҳама қисмҳои пиёзи таҳқиқшаванда (тухм, барг ва бехпиёз) дида шуд - чӣ қадар ки мавқеи рушд баланд бошад, хосиятҳои зиддибактериалӣ бар зидди *E. Coli* ҳамон қадар паст аст, ва баръакс, чӣ қадар ки мавқеи рушд паст бошад, хосиятҳои зиддибактериалӣ бар зидди *E.coli* ҳамон қадар баланд мешавад ($r=-1,00$; $p<0,01$).

Ҳамин гуна хусусияти иртиботи мутақобила дар байни муҳтавои биокомпонентҳои дорои фаъолнокии фунгитсидӣ дар тухмҳои бехпиёзҳои ин намуди растаниҳо низ ошкор карда шуд. Экстрактҳои ин қисмҳои растаниҳо, ки дар баландии 1370 м (Яфрак, Дараи Ромит) мерӯянд, фаъолнокии баланди зиддизанбурӯғии онҳоро нишон дод (бо минтақаи маҳви рушд: тухмҳо- 19,60±0,34 мм ва бехпиёз - 25,00±0,37 мм), яъне, тақрибан 2 ва 2.5 маротиба назар ба фаъолнокии фунгитсидии ҳамаи узвҳои растаниҳое, ки аз сатҳи баҳр ҳам паст ва ҳам баланд мерӯянд, баланд аст.

Дар ҷадвали 2 натиҷаҳои таҳлили регрессивии муҳтавои полифенолҳо ва фаъолнокии антиоксидании ҳам узвҳои болоизаминӣ ва ҳам зеризаминии Allium suworowi ва иртибо-

ти мутақобилаи имконпазири он бо фаъолнокии зиддимикробӣ ва фунгитсидӣ бар градиенти баланд нишон дода шудааст. Коррелятсияи байни муҳтавои биокомпонентҳо бо фаъолнокии зиддимикробӣ ва фунгитсидӣ вобаста аз баландӣ ва мавқеи ҷамъоварии ашёи хоми таҳқиқшаванда ба мушоҳида мерасад, яъне фарқиятҳо аз ҷиҳати оморӣ муҳим набуданд.

Ҷадвали 1.- Ҳамбастагӣ байни муҳтавои полифенолҳо (мкг/мл), фаъолнокии антиоксидантӣ (мкг/мл) ва хусусиятҳои зиддимикробию фунгитсидии пиёзи *Allium oschaninii* O.Fedtsch вобаста аз баландии инкишоф

№	Ҷои ҷаъмоварӣ	Баландӣ аз сатҳи баҳр	Қисмҳои растаниҳо	Муҳтавои полифенолҳо	Фаъолнокии антиоксидантӣ				
					S. aureus	*Ps. aeruginosa*	*Kl. pneumonia*	*E. coli*	*C. albicans*
1	Боғи ботаникӣ, ВМКБ	2320	Тухм Барг Бехпиёз	6,09±0,06 9,51±0,08 11,64±0,11	5,14±0,03 5,33±0,04 5,35±0,05	7,30±0,15 7,20±0,13 8,60±0,22	7,70±0,15 9,77±0,17 10,80±0,20	8,20±0,13 10,20±0,20 10,20±0,20	7,80±0,39 10,90±0,34 7,80±0,39	10,40±0,39 10,40±0,34 10,40±0,34
2	Ҳушёрӣ, дараи Варзоб	1449	Тухм Барг Бехпиёз	5,87±0,01 9,70±0,09 11,11±0,05	5,35±0,05 5,14±0,03 5,33±0,04	7,20±0,13 8,10±0,18 11,00±0,21	8,10±0,18 10,90±0,35 10,90±0,23	8,20±0,13 8,30±0,15 9,70±0,09	7,80±0,39 7,40±0,34 7,80±0,39	10,40±0,34 10,40±0,34 10,40±0,34
3	Ворух, Исфара	1400	Тухм Барг Бехпиёз	6,68±0,07 9,51±0,08 11,03±0,13	5,35±0,05 5,14±0,03 5,33±0,02	7,20±0,13 11,10±0,28 11,00±0,21	8,10±0,18 9,57±0,06 10,30±0,30	8,10±0,18 10,20±0,20 10,20±0,20	7,80±0,39 7,40±0,34 7,80±0,39	10,40±0,34 10,40±0,34 10,40±0,34
4	Яфрак, дараи Ромитс	1260	Тухм Барг Бехпиёз .	6,09±0,06 9,51±0,08 11,32±0,11	5,35±0,05 5,14±0,03 5,33±0,02	7,70±0,15 9,50±0,22 19,10±0,46	9,67±0,17 22,20±0,22 11,20±0,25	13,40±0,22 9,10±0,31 13,40±0,22	14,30±0,45 14,70±0,15 10,90±0,28	19,60±0,34 13,80±0,20 25,00±0,37
5	Кондара, Ҳисор	1240	Тухм Барг Бехпиёз	6,09±0,06 9,51±0,08 11,32±0,11	5,35±0,05 5,14±0,03 5,33±0,03	7,60±0,27 10,30±0,40 18,00±0,37	9,67±0,09 19,10±0,46 11,20±0,25	8,10±0,18 10,20±0,20 13,40±0,22	14,30±0,45 14,70±0,15 10,80±0,28	18,00±0,37 13,40±0,22 25,00±0,37

Хулоса. Бори нахуст аз тарафи мо иртиботи коррелятсионии байни компонентҳои фаъоли биологӣ, хосиятҳои зиддимикробӣ ва фунгитсидии баъзе намудҳои насли *Allium*, ки дар Тоҷикистон мерӯянд, вобаста аз градиенти баландӣ мавриди омӯзиш қарор дода шуд. Натиҷаҳои ба даст овардашудаи мо имконият медиҳанд хулоса барорем, ки қисмҳои болоизаминӣ ва зеризамини намудҳои ваҳшӣ ва эндемикии насли *Allium*, бо шарофати доштани полифенолҳои умумӣ дорои дараҷаҳои гуногуни фаъолнокии антиоксидантиянд.

Муҳтавои полифенолҳои умумӣ ва қобилияти антиоксидантии экстрактҳое, ки аз узвҳои гунгун ба даст оварда шудаанд, доманаи васеи мутафовит доранд. Дар баъзе ҳолатҳо иртиботи мустақими кореллятсионии қувваҳои мухталифи байни муҳтавои полифенолҳо, қобилияти антиоксидантӣ ва хосиятҳои зиддимикробиву фунгитсидӣ ба мушоҳида мерасад. Намудҳои эндемикии - *All. shugnanicum Vved u All. pamiricun Wendelbo* аз рӯйи ин нишондиҳанда ҳам байни худ ва ҳам аз дигар намудҳои ба таври васеъ паҳншудаи насли *Allium* ба таври возеҳ фарқ мекунанд.

Адабиёт.

1. Демиденко ГА. Роль экологических факторов при выращивании пера лука репчатого в закрытых агросистемахКрасноярской агломерации *Вестник КрасГАУ*.-2016;7(10):1-11.

2. Иванова И, Бухаров АФ, Балеев ДН, БухароваАР,Кашлева АИ, Середин ТМ, Разин ОИ. Биохимический состав листьев видов Allium L. в условиях Московской области *Достижения науки и техники АПК*. 2019;33(5):47-50.

3. Мирзоева Ф.Д., Саторов С.Сравнительная оценка фунгицидной активности широкораспространённых дикорастущих и эндемичных видов рода Allium, произрастающих в Таджикстане.*Здравоохранение Таджикистана*2021;3(350):55-61.

4. Мирзоева ФД, Авербах ММ, Стержанова НВ, Саторов СС, Никоненко БВ. Влияние экстракта лука ошанина (горный Таджикистан) на течение туберкулёзной инфекции в эксперименте у инбредных мышей. *Вестник ЦНИИТ.-2021;1(14):21-7.*

5. Саторов С, Мирзоева Ф.Д. Содержание общих полифенолов и антиоксидантная активность растений рода Allium и их корреляция с антибактериальной и противогрибковой активностью. *Здравоохранение таджикистана* 2021; 2(349):85-97.

6. Саторов С, Мирзоева Ф.Д, Саторов ШС, Вахидова М, Душенков В. Сравнительная характеристика антибактериальной активности некоторыхрастений, произрастающих в центральной части Республики Таджикистан. *Вестник Авиценны*. -2019;21(4):643-654.

7. Фомина ТИ., Кукушкина ТА. Содержание биологически активных веществ в надземной части некоторых видов лука (Allium L.). *Химия растительного сырья.*-2019;(3):177-184.

8. Ahmad KhSh, Jameel M, Kanwal S, ShahidS **Medicinal Importance of *Allium* Species: A current review** *International Journal of Pharmaceutical Science and Research.*-2017;2(3):29-39.

9. Bruna de Falco, Giuliano Bonanomi and Virginia Lanzotti.Dithiosulfinates and Sulfoxides with Antifungal Activity from Bulbs of Allium sativum L. var. Voghiera. *Natural Product Communication.*- 2018;13(9):1164-1166.

10. Khalil1N, El-Jalel L, Yousifi M and Gonaid M. Altitude impact on the chemical profile and biological activities of Saturejathymbra L. essential oil.*BMC Complement Med Ther.*-2020;20(186):2-11

11. Merve K, Soylu S, Turkmen M, DA Kaya. Determination and antifungal activities of laurel and fennel essential oils against fungal disease agents of cypress seedlings. *Journal of Tekirdag Agricultural Faculty*.-2020;17 (2):264-275.

12. Mojzer BE, Hrncic MK, SkergetM, KnezZ, Bren U. Polyphenols: extraction methods, antioxidative action, bioavailability and anticarcinogenic effects. *Molecules.*-2016;21(7):901.

13. Munnй-Bosch S, Cotado A, Morales M, Fleta-Soriano E, Villellas J, Garcia M. Adaptation of the long-lived monocarpic perennial *Saxifragalongifolia* to high altitude. *PlantPhysiol.* 2016;172(2):765–775.

14. Othman L, Sleiman A and Raula M, Abdel M. Antimicrobial Activity of Polyphenols and Alkaloids in Middle Eastern Plants Leen. *Frontiers in microbiology*.-2019;10(911):1-28.

15. Pankaj S, Balqees al-Tammi, Najat Al-N, Rahma Al-Mamari. Effect of

16. Qing Liu, Xiao Meng, Ya Li, Cai-Ning Zhao, Guo-Yi Tang and Hua-BinLi.Antibacterial and Antifungal Activities of Spices. *Int.J.Mol.Sci*. -2017:18(128):3-61.

17. Sagar NA, Pareek S, Sharma S, Yahia EM, Lobo MG. Fruit and vegetable waste: bioactive compounds, their extraction, and possible utilization. *Compr. Rev. Food Sci. Food Saf*. -2018;17(1):512–531.

18. Sagar NA, Pareek S. Antimicrobial assessment of polyphenolic extracts from onion (Allium cepaL.) skin of fifteen cultivars by sonication-assisted extraction method.*Heliyon* .-2020;6(11):3-4.

19. Santas J, AlmajanoMP, CarboR. Antimicrobial and antioxidant activity of crude onion (Allium cepa L.) extracts. *Int. J. FoodSci. Technol*. -2010;45(1):403–409.

20. Satorov S, Mirzoeva F, KurbonbekovaSh, SatorovSh, VakhidovaM, Dushenkov V. Antibacterial, antifungal, antioxidant activity and polyphenol content of aerial parts and bulb of Allium schugnanicum. Avicennabulletn. 2020;22(1):98-105. Availablefrom: https://doi. org/10.25005/2074-0581-2020-22-1-98-105

21. Skubel SA, Dushenkov V, Graf BL, Niu Q,Poulev A, Kalariya HM, et al. Rapid, field deployable method for collecting and preserving plant metabolome for biochemical and functional characterization. *PLoS ONE.*- 2018;13(9): 1-19

temperature on antibiotic propcerties of garlic (Allium sativum L.) and ginger (Zingiber officinaleRosc.) *African Journal of Biotechnology*. 2012;11:16192-5.

22. ThabatiI, ElfallehW, Tlili N, Ziadi M, Graza Campos M &Ferchichi A. Phenols, Flavonoids, and Antioxidant and Antibacterial Activity of Leaves and Stem Bark of Morus Species. *International Journal of Food Properties.*-2014;17(4):842–85.

23. Wu D, Kong Y, Cong H, Chen J, Hu L, Jiang H, Shen J. D-Alanine: D-alanine ligase as a new target for the flavonoids quercetin and apigenin. *Int. J. AntimicrobAgents*.-2008;32(5):421–426

ИССЛЕДОВАНИЕ КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ СОДЕРЖАНИЕМ БИОКОМПОНЕНТОВ С ПРОТИВОМИКРОБНОЙ И ФУНГИЦИДНОЙ АКТИВНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫСОТЫ ПРОИЗРАСТАНИЯ

Мирзоева Ф.Д.
Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Изучить корреляционную взаимосвязь между содержанием биокомпонентов с противомикробной и фунгицидной активностью луков *A. oschaninii* O. Fedtsch*, A. suworowii* Regel, в зависимости от высоты произрастания

Объекты исследования. Объектом исследования являлись цветки, листья и луковицы 2-х дикорастущих видов рода *Allium: A. oschaninii* O. Fedtsch*, A. suworowii* Regel*,* произрастающие в различных регионах Республики Таджикистан. Антимикробную активность полученных экстрактов исследовали относительно стандартных музейных микроорганизмов (тест штаммы): *Staphylococcus aureus* (ATCC 4929), *Pseudomonas aeruginosa* (ATCC 4930), *Klebsiella pneumoniae* (4927), *E.Coli* (4928). Противогрибковая активность изучалась по отношению к грибам рода *Candida,* наиболее распространённым из многочисленных видов грибов.

Результаты исследования. Корреляция между содержанием биокомпонентов с противомикробной и фунгицидной активностью в зависимости от высоты и места сбора исследуемого сырья не наблюдалась. Содержание общих полифенолов и антиоксидантная способность экстрактов, полученных из различных частей растений, варьирует в больших диапазонах. В некоторых случаях, прослеживались прямые корреляционные связи различной силы между содержанием полифенолов, антиоксидантными способностями, противомикробными и фунгицидными свойствами.

Заключение. В ходе исследования обнаружены не значительные корреляционные взаимосвязи между содержанием биокомпонентов с противомикробными и фунгицидными свойствами исследуемых видов луков не зависящие от зоны произрастания.

Ключевые слова: луковые растения, ингибирование роста, экстракт, референсные штаммы бактерий

ANALYSIS OF ANTIBACTERIAL AND ANTIFUNGAL ACTIVITY OF ALLIUM OSCHANINII AND ALLIUM SUWOROWII, DEPENDING ON THE GROWTH HEIGHTF

Mirzoeva F.D.
Department of Microbiology, Immunology and Virology HEI «ATSMU»

Purpose of the research. Study of the correlation biocomponents with antimicrobial and antifungal properties of 2 kinds onions depending on the growth height.

Materials and methods. The correlation between biocomponents with antimicrobial and antifungal properties of 2 kinds onions depending on the growth height were studied. The extract samples on dry filter discs were prepared according to the method developed at Rutgers University. Screens-to-Nature (STN) and disc diffusion (DD) methods were used to assess antimicrobial properties of the extracts. The antimicrobial activity of the obtained extracts was studied against standard museum microorganisms (test strains): *Staphylococcus aureus* (ATCC 4929), *Pseudomonas aeruginosa* (ATCC 4930), *Klebsiella pneumoniae* (4927) *and E.Coli* (4928).

Research results. Correlation between the inclusion of bios components with antimicrobial and fungicidal activity depending on the height and place of infection collection was not observed. The content of a large number of polyphenols and antioxidant extraction ability, an increase from various parts

of plants, a change in large quantities. In some cases, there are direct correlations between the use of polyphenols, antioxidant properties, antimicrobial and fungicidal properties.

Conclusion. In the course of ongoing research, there are no significant correlations between biological components with antimicrobial and fungicidal natural types of onions that are not affected between growth zones.

Keywords: allium plants, growth inhibition, extracts, reference strains of bacteria.

Мирзоева Ф.Д. *- и.в. мудири кафедраи микробиология, иммунология ва вирусологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон*

Мирзоева Ф.Д. *- и.о. заведующего кафедрой микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», ORCID: 0000-0003-0187-0334, Тел.: +992 (91)919-21-91; E-mail: fazila.mirzoeva88@mail.ru*

Mirzoeva Fazila *–Acting head of the department of microbiology, immunology and virology HEI «Avicenna Tajik State Medical University», ORCID: 0000-0003-0187-0334, Tel.:+992 (91)919-21-91, E-mail: fazila.mirzoeva88@mail.ru*

ТИББИ ОИЛАВӢ

ИСТИФОДАИ ҶАРАЁНИ БАСОМАДАШ БАЛАНД ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ ОСТЕОАРТРОЗҲО

Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В.
Кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муҳиммият. Остеоартроз бемориии музминест, ки асоси онро осебҳои тағоякҳои буғумҳо ташкил медиҳанд. Ҷараёни беморӣ ба таври музмин сурат мегирад, солҳо давом мекунад ва аксар вақт боиси маъюбшавӣ мегардад. Возеҳии баланд ва миқдори зиёди аломатҳои клиникии ин беморӣ дар одамони синну соли фаъол- аз 30 то 50-сола ба қайд гирифта мешавад. Симптоми асосии марҳилаи ибтидоӣ дард мебошад. Лонаи давомноки таҳрикоти дард, ба монанди аксуламали муҳофизатӣ ташаккул меёбад, контрактураи мушакҳо пайдо мешавад. Миқдори остеоартроз бо гузашти синну сол зиёд мешавад,фарқиятҳои ҷинсӣ назаррасанд. То 50-солагӣ паҳншавии остеоартроз, дар бештари ҳолатҳо дар мардҳо нисбат ба занҳо зиёдтар аст. Баъди 50-солагӣ остеоартроз бештар дар занҳо дида мешавад ва бо гузашти синну сол зиёд шудан мегирад.

Бештар аз ҳама остеоартроз баъди аз сар гузаронидани садамааҳои буғумҳо, протсессҳои илтиҳобӣ дар беморони мубталои бемориҳои модарзодии дастгоҳи такягоҳу ҳаракат, дар одамоне, ки аз фарбеҳӣ озор мебинанд ва шахсоне, ки тарзи ҳаёти камҳаракат доранд, ба мушоҳида мерасад. Шароитҳои нохуби экологӣ, таъсири тӯлонии мавқеи ноқулай, бардоштани чизи вазнин, ки ба системаи такяву ҳаракат фишор ва сарборӣ месозанд, таъсир мерасонанд.

Мақсади таҳқиқот омӯзиши таъсири протседураҳои физиотерапевтӣ, аз ҷумла, таъсири майдони UHF дар табобати комплексии беморони мубтало ба остеоартрози буғумҳои косу рон (коксартроз) ба шумор меравад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоинаи мо 8 бемор – зан бо ташхиси остеоартрози буғумҳои косу рон (коксартроз) қарор доштанд, ки синну солашон аз 50 то 75-сола буд. Беморон аз дарди буғумҳои косу рон, маҳдуд шудани хамшавии буғум ҳангоми роҳ рафтан ё дар зина боло шудан, халалдор шудани қобили такягоҳӣ шикоят мекарданд. Дар маҷмӯи чорабиниҳои табобатӣ-реабилитатсионӣ, аз ҷумла ба табобати медикаментозӣ истиодаи UHF therapy дар ноҳияи буғумҳои косу рон аз дастгоҳи UHF 66 истифода карда шуд. Методика – босуботӣ, дозагиии интенсивӣ- олиготермикӣ, замони таъсиррасонӣ аз 10 то 15 дақиқа. Курси табобат 10-15 протседура бо танаффуси 10-14 рӯз дар байни курсҳо. Ҳамагӣ 3 курси муолиҷа.

UHF therapy – ин усули электротабобатӣ буда, асоси онро ба организми бемор, асосан бо майдони UHF электромагнитии электрикӣ таъсир расонидан ташкил медиҳад. Омили таъсиркунанда ин таъсиррасонии физиотерапевтӣ майдони ҷараёни тағйирёбанда (м.э. UHF) ба ҳисоб меравад, ки қобилияти ба умқи бофтаҳои бадан даромадан ва паҳн шударо дорад.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. UHF therapy аз ҳисоби беҳтар шудани гардиши хуну лимфа, дегидрататсияибофтаҳо ва кам шудани экссудатсия дорои таъсири зиддилтиҳобӣ мебошад. Функсияҳои бофтаҳои пайвасткунандафаъол гашта, протсессҳои регенератсия ҳуҷайравӣ стимулятсия мешавад. М.э. UHF ба мускулатураи ҳамвор таъсири антиспастикӣ мерасонад, регенератсияи системаи асабро метезонад, газаронандагии импулсҳои лифҳои асабиро қувват мебахшад, барои бедардкунонӣ ва пайдо шудани гиперемияи шарёнӣ мусоидат менамояд.

Натиҷаҳои табобат аз рӯйи ин нишондодҳо баҳогузорӣ карда шуданд: кам шудани дард дар буғумҳои косу рон, зиёд шудани амплитудаи ҳаракатҳо, беҳтар гаштани қобилияти такягоҳии андомҳо. Нишонди-

ҳандаҳои беҳтарин дар он бемороне дида шуд, ки онҳо 3 курси UHF therapy-ро дар якҷоягӣ бо табобати медикаментозӣ қабул кардаанд. Он бемороне, ки як курси табобатро гузаштаанд, дар онҳо беҳтаршавии ночизи функсияҳои буғумҳои косу рон ба назар расид.

Хулоса, истифодаи UHF therapy ҳангоми коксартрози буғумҳои косу рон дар табобати комплексӣ дар сурати муддути тӯлонӣ истифода намудани протседура натиҷаи хубу устувор медиҳад.

АДАБИЁТ

1. Комаров Л.А. Руководство по физическим методам лечения. /Л.А.Комаров, Т.В. Благовидная. М.: Медицина, 1989г.10-15 с.

2. Улащик Г.В. Применение электрического поля УВЧ в терапии./ Г.В.Улащик . М.:Медицина 2000 г. 26-31 стр.

3. Ясногородский В.Г. Электротерапия. / В.Г Ясногородский, И.М. Равич - М.:Медицина, 1997г.15-25 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЧАСТОТНЫХ ТОКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗОВ

Алиева Е.Г. ,Фаттоева Н.В.

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

В данной статье рассматриваются вопросы изучения влияния физиотерапевтической процедуры, в частности, воздействие ультравысокочастотным полем (УВЧ) в комплексном лечении больных с остеоартрозом тазобедренного сустава (коксартроза).

Под наблюдением находилось 8 больных – женщин, в возрасте от 50 до 75 лет с диагнозом остеоартроз тазобедренного сустава (коксартроз). Больные предъявляли жалобы на боли в тазобедренном суставе, ограничение сгибания сустава при ходьбе и подъёме по лестнице, нарушение опороспособности. В комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, включая медикаментозную терапию, входило применение УВЧ-терапии на область тазобедренного сустава от аппарата УВЧ-66.

Ключевые слова: физиотерапевтическая процедура, высокочастотные токи УВЧ, остеоартроз, тазобедренный сустав.

APPLICATION OF HIGH-FREQUENCY CURRENTS IN TREATMENT OF OSTEOARTHROSIS

Alieva E.G., Fattoeva N.V.

Department of Family Medicine, SEI “TSMU named after Abuali ibni Sino»

This article discusses to study the effect of a physiotherapeutic procedure, in particular, the effect of an ultra-high-frequency field (UHF) in the complex treatment of patients with osteoarthritis of the hip joint (coxarthrosis).

The study included 8 patients - women, aged 50 to 75 years with a diagnosis of osteoarthritis of the hip joint (coxarthrosis). Patients complained of pain in the hip joint, limitation of flexion of the joint when walking and climbing stairs, and impaired support. The complex of medical and rehabilitation measures, including drug therapy, included the use of UHF-therapy on the area of the hip joint from the UHF-66 apparatus.

Key words: physiotherapeutic procedure, ultra-high-frequency field, osteoarthritis, coxarthrosis

Алиева Елена Гулямовна – н.и.т., дотсенти *кафедраи тибби оилави МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», тел.: 917-58-08-62.*

Фаттоева Наталя Валеревна *– муаллими калони кафедраи тибби оилави МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», E.mail:musnat06@mail.ru, тел.:93-501-71-92*

Алиева Елена Гулямовна – *к.м.н, доцент кафедры семейная медицина ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино»*

тел.: 917-58-08-62.

Фаттоева Наталья Валерьевна *– старший преподаватель кафедры семейная медицина ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино». E.mail:musnat06@mail.ru, тел.:93-501-71-92*

Alieva Elena Gulamovna –*associate of professor of the department of medical physical training and eastern medicine of Avicenna Tajik State Medical University, tel.:917-58-08-62*

Fattoeva Natalya Valerievna *– senior lecturer of the department of medical physical training and eastern medi*

ҲАЛЛУ ФАСЛ КАРДАНИ МУШКИЛОТИ АНТИБИОТИКРЕЗИСТЕНТНОКӢ ДАР ЗВЕНОИ АМБУЛАТОРӢ

Носирова М.П., **Ёдгорова М.Ҷ., Иномзода Ҷ.**

Кафедраи тибби оилавии МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

Муҳиммият. Антибиотикҳо аз лаҳзаи пайдошавиашон дар ибтидои солҳои 20-уми беморшавӣ ва фавтиятро хеле кам кардаанд. Дар ин маврид, махсусан, дар натиҷаи нодуруст ва зиёд таъйин кардани антибиотикҳо, микроорганизмҳои зиёд нисбат ба антибиотикҳои хатти якум ва ҳатто дуюм мутобиқ шуда ва устувор гаштаанд, аз ҷумла ба Enterobactericeae (CRE), Campylobacter Candida, устуворшавӣ мунтазам меафзояд. Баъзе микроорганизмҳо, ҳатто тақрибан ба ҳамаи антибиотикҳо, масалан, CRE ва атсинетобактерия бо устуворӣ ба доруҳои зиёд устуворӣ пайдо намуданд. Сироятҳое, ки микроорганизмҳо ба вуҷуд омаданду нисбат ба доруҳои зиддимикробӣ устуворанд, ба системаи нигоҳдории тандурустӣ ва дар маҷмӯъ ба ҷомеа зиёни бузург дорад[1]. Устуворӣ маънои хатари нисбатан баланди фавтият, муҳлатҳои нисбатан тӯлонии дар статсионар будан, суст шудани протсесси сиҳатшавӣ ва дар баъзе ҳолатҳо муддати тӯлони қобилияти корӣ надоштани беморро дорад [2]. Истифода кардани АБП метавонад, ки боиси пайдо шудани резистентнокӣ гардад, аммо ҳангоми нодуруст интихоб кардани схемаи АБГ ҳолатҳои суперинфексия, аксуламалҳои аллергӣ ва дигар оризаҳо ба назар расиданд. Тамоюли аз муроҷибати беморхонагии беморони мубтало ба бемориҳои шадид ба амбулаторӣ низ боиси афзудани АБР мегардад. Дар ИМА, масалан, дар давоми сол барои беморони амбулаторӣ тақрибан 20 млн курси АБТ таъйин карда мешавад. Бештар аз ҳама АБП ба беморони 2 гурӯҳи синнусолӣ тавсия карда мешавад: барои кӯдакони d" 2-сола ва одамони аз 65 – сола боло. Тибқи маълумоти мавҷудбуда, зиёда аз нисфи ҳолатҳои таъйини амбулатории АБП ё ҳатмӣ нест. Ё нодуруст мебошад. Ба андешаи экспертҳо, ин натиҷа таъсири якҷояи се омил мебошад: амали беморон, ғалати табиб ва норасоии системаи нигоҳдории тандурустӣ. Мутахассисони звенои якум уҳдадоранд, ки кай танҳо муоина кардан лозим аст ва дар кадом ҳолатҳо таъйин кардани АБП нишондод мавҷуд аст; ба он таваҷҷуҳ бояд намуд, ки маҳз кадом доруҳоро дар бемори мушаххас таъйин намудани беҳтар аст [3]. Боз ҳам табобати бемориҳои сироятӣ – масалан, пневмония, сил, гонорея ва салмонеллез рӯз аз рӯз мушкил шуда истодаааст, ки сабаби суст шудани таъсири антибиотикҳо мебошад.

Дар натиҷаи пайдо шудани устуворӣ нисбат ба антибиотикҳо муддати дурру дароз

бистарӣ будан, афзоиши харочоти тиббӣ ва фавт ба амал меояд [4]. Дар моҳи майи соли 2015 Ассамбляи умумиҷаҳонии нигоҳдории тандурустӣ Нақшаи глобалии таъсирасонӣ ба устуворӣ нисбат ба доруҳои зиддимикробӣ, аз ҷумла устувории нисбатан ба антибиотикҳоро тасдиқ кард. Нақшаи глобалии таъсирҳо ба таъмини пешгирӣ ва табобати бемориҳои сироятӣ бо ёрии доруҳои бехатар ва самаранок [5].

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани тарзи ташкил намудани корҳо оид ба ҳаллу фасли мушкилоти антибиотикрезистентнокӣ дар звенои амбулатории нигоҳдории тандурустӣ.

Дар асоси таҳлили асноди тиббӣ: картаҳои амбулатории беморон, ҳисоботҳои ҷамъбастии мутахассисони тибби оилавӣ тасдиқ карда метавонанд, ки нишондодҳои асосӣ барои антибиотикотерапия бемориҳои респираторӣ ва ЛОР-патология ба ҳисоб мераванд, ки дар натиҷаи Str ё дигар энтеробактерияҳо: бемориҳои сироятии қабатҳои пӯст, ки тавассути St пайдо шудаанд. Ҳолатҳое низ ба мушоҳида расиданд, ки доруҳои антибактериалӣ беасос истифода мешаванд. Ҳангоми сироятҳои вирусӣ дар байни аҳолӣ бидуни таъйиноти табибон. Омилҳои худтабобаткунӣ бо антибиотикҳо дар байни беморони синну соли калон изтиробангез мебошад. Маълумотҳои анамнези бемориҳо, симптомҳои клиникӣ имконият медиҳанд, ки сироятҳои бактериалӣ ва вирусӣ фарқ карда шаванд. Дар соли ҷорӣ муоинаи амбулаторӣ ташхиси бемориҳои этиологияшон вирусӣ дар 2068 ҳолат, бо этиологияи бактериалӣ дар 1723 бемор гузошта шуд. Аз 1282 ҳолати ба муайянкунии флора ва ҳассосият нисбат ба антибиотикҳо нигаронидашуда, натиҷаҳои мусбати кишти бактериологӣ дар 940 ҳолат (73,3%) ба даст оварда шуд, ки ин ҳатман таъйин кардани антибиотикҳоро талаб мекунад. Натиҷаҳои боқимонда манфӣ буданд (342 ҳолат – 26,7%).

Ҳангоми тестгузаронии устуворӣ нисбатан ба доруҳои зиддимикробӣ ҳассосияти паст ба пенитсиллин, ампитсиллин, оксатсиллин, амокситсиллин, эритромитсин ва азитромитсин муайян карда шуд. Аз рӯи натиҷаҳои кишти бактериологӣ ҳассосияти баланд нисбат ба микроорганизмҳо ба чунин антибиотикҳо муайян карда шуд: гентамисин, левофлоксатсин, фураданин, сефтриаксон, сефазолин ва сефотаксим. Таҳлил таъйин кардани антибиотикотерапия дар асоси якчанд ҷанба сурат гирифтааст:

1. Баҳисобгирии оддӣ ва шарҳи натиҷаҳо; гузаронидани ёрии тиббӣ ба аҳолӣ. Дар 9 моҳи соли ҷорӣ ҳамагӣ 2068 нафар бо сироятҳои вирусӣ, вобаста аз вазнинии бемории асосӣ (сирояти коронавирусӣ) 79 бемор бистарӣ карда шуданд.

2. Қатъ кардан ва назорат кардани хурӯҷҳо: Дар июну июли соли 2021 хуруҷҳои беморӣ дида шуд, ки дар байни онҳо пневмония -183 ҳолат буд, аз онҳо бо ташхиси тасдиқшудаи сирояти коронавирусӣ – 73 ҳолат.

3. Зуд муайян кардани механизмҳои резистентнокӣ ба антибиотикҳо: дар 342 ҳолат натиҷаҳои манфии кишти бактериологӣ самти табобат тағйир дода шуд.

4. Назорати пурраи маълумотҳои эпидемиологӣ: муоинаи шахсоне, ки аз давлатҳои дигар баргаштаанд, ҳамагӣ 218 шаҳрванд, аз онҳо 5 ҳолат сироятнок буд.

5. Мубодилаи муносиби иттилоот: вобаста аз бемориҳои сироятӣ дар боғчаҳои кӯдакон карантин эълон карда шуд – Гепатити А –ИИ 20, 76, 111, 119: Ветр.асл. – боғчаи кӯдакони №111.

Самтҳои асосии кор бо мақсади баланд бардоштани сатҳи дониши коллективи тиббӣ ва аҳоли:

1. Амалиётҳои якҷоя дар сатҳҳои маҳаллӣ, миллӣ ва байналмилалӣ; иштироки коллективи тиббӣ дар семинарии ҷумҳуриявӣ «Резистентнокӣ ба антибиотикҳо», онлайн иштирок дар вебинарҳо.

2. Омӯзиши муттасили кормандони тиб: 69 кормандони марказ аз омӯзиш гузаштанд, ки аз онҳо 28 табиби оилавӣ ва 41 нафар ҳамшираи тибби оилавӣ.

3. Маърифати санитарии дақиқ ва сабукдастрасии беморон. Дар пойгоҳи марказ мактабҳои зерин фаъолият мекунанд: «Астмаи бронхиалӣ», «Диабети қанд», «Мактаби модар», «Онкология».

4. Ҳатман гузаронидани корҳои санитарӣ маърифатдар коллективҳои муташаккил, ки марказҳои саломатӣ ба онҳо хизмат мерасонанд – мактабҳои таҳсилоти умумии №№28, 49, 53, 72, литсей гимназияи №4, коллеҷи рассомӣ.

Самти профилактики антибиотикрезистентнокӣ чунин чорабиниҳоро дар бар мегирад:

1. Профилактикаи сироят, махсусан сироятҳои вирусӣ ва кам кардани вобастагии аҳолӣ аз антибиотикҳо: ваксинатсияи аҳолӣ. Синну соли кӯдаконӣ – тибқи тақвими иммунизатсияи. Аҳолии калонсол – зидди сирояти СоВИД-19 зидди зуком.

2. Скрининг ва назорати фаъол: сари вақт ошкор намудани беморони мубтало ба бемориҳои сироятӣ аз тарафи табибони оилавӣ ва ҳамшираҳои тиббии тибби оилавӣ.

3. Чорабиниҳои санитарӣ ва гигиенӣ: риоя кардани режими ниқобпӯшӣ, мавҷуд будани шуъбаи сироятӣ дар муассисаҳо, коркарди муносиби бино.

4. Барномаҳо оид ба табобати ратсионалии зидди микробӣ: кор бо дастурамалҳои муроқибати беморон дар звенои якум нигоҳдории тандурустӣ.

Хулоса, ба корҳои бузург ва мақсадноки анҷомдодашуда нигоҳ накарда, дар татбиқи барномаҳои профилактикаи антибиотик резистентнокӣ ва сироятҳои берун аз беморхонагӣ дар муассисаҳои профилактикӣ-табобатӣ мушкилоти воқеӣ дида мешавад:

- набудани скрининг дар бораи ҳомилии беморони бактерияҳои полирезистентӣ;

- мушкилӣ дар ҷудо карданӣ чунин беморон ва маҳдуд кардани интиқоли тамосии сироят;

- омодагии сусти табибон дар соҳаи табобати зиддимикробӣ;

- ба таври ҷиддӣ додани воситаҳои доругӣ дар шабакаи дорухонаҳо мувофиқи дорухати табибон сурат намегирад;

- оризаҳои бактериалии сирояти нави коронавирус водор сохтанд, ки захираҳои охирини антибиотикҳо – карабапенемҳо, ки антибиотикрезистентнокиро бартараф месозанд, истифода карда шаванд.

Ҳаллу фасл кардани мушкилоти антибиотикрезистентнокӣ низ ба он оварда мерасонад, ки суҳбатгузоронӣ бо беморон оид ба дурустӣ истеъмол намудани антибиотикҳо, дар хусуси устуворӣ нисбат ба антибиотикҳо ва дар бораи хатари нодурусти истеъмол намудани онҳо идома дода шавад; ба беморон чӣ тавр пешгирӣ кардани сироят (масалан, ваксинатсия, моякӯбии даст, алоқаи ҷинсии бехатар, ҳангоми атса задан бинӣ ва даҳонро пӯшонидан)-ро фаҳмонидан.

Адабиёт

1. Возрастающая угроза развития антимикробной резистентности. Возможные меры. 2013. 119 с. Электронные данные. Режим доступа: https: //apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44812/9789244503188_rus.pdf?sequence=16 свободный – (дата обращения 11.11.2021)

2. Долинский Д. Антибиотикорезистентность: причины, механизмы возникновения, пути преодоления. Медична газета «Здоров'я Украйни 21 сторіччя» № 9 (406), травень 2017 р.

3.Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А. Антибиотикорезистентность в современном мире. *Педиатрическая фармакология*. 2017;14(5):341-354.

4. Устойчивость к антибиотикам. Электронные данные. Режим доступа: https:/ /www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance) свободный – (дата обращения 11.11.2021)

5. Antibiotic Resistance Threats in the United States, CDC 2013. 114 с. Электронные данные. Режим доступа: https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/ar-threats-2013-508.pdf свободный – (дата обращения 11.11.2021)

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЗВЕНЕ

Носирова М.П., Ёдгорова М.Дж., Иномзода Д.
Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУимени Абуали ибни Сино

Аннотация: В настоящей работе особое внимание уделяется пяти наиболее важным направлениям работы по решению проблемы антибиотикорезистентности на амбулаторном уровне: профилактике, обоснованному назначению, лабораторной диагностике, анализу и обучению.

Показано, что проблема антибиотикорезистентности наносит серьезный ущерб многим пациентам: инфекционные заболевания, вызываемые вирусами, бактериями, грибковыми возбудителями, простейшими и гельминтами, более не поддаются лечению привычными препаратами. В статье содержится анализ текущей ситуации на примере амбулаторного звена здравоохранения. Раскрываются основные причины антибиотикорезистентности: необоснованное назначение АБ; выбор АБ без учёта спектра действия; ошибки в выборе схемы лечения (длительность терапии, неправильная дозировка и др.). Главное внимание обращается на злоупотребление применения лекарственных средств среди населения республики.

Ключевые слова: антибиотикорезистентность, профилактика, обоснованность назначения, лабораторная диагностика, анализ.

SOLUTION OF THE PROBLEM OF ANTIBIOTIC RESISTANCE ON THE AMBULATORY LEVEL

Nosirova M.P., M.J. Yodgorova, Inomzoda D.
Department of Family Medicine SEI TSMU named after Abuali ibni Sino

Abstract: This paper focuses on the five most important areas of work to address the problem of antibiotic resistance at the outpatient level: prevention, informed prescription, laboratory diagnosis, analysis and training.

It has been shown that the problem of antibiotic resistance causes serious harm to many patients: infectious diseases caused by viruses, bacteria, fungal pathogens, protozoa and helminths can no longer be treated with conventional drugs. The article contains an analysis of the current situation using the example of the outpatient health care unit. The main reasons for antibiotic resistance are revealed: unjustified prescription of antibiotics; choice of AB without taking into account the spectrum of action; mistakes in choosing a treatment regimen (duration of therapy, wrong dosage, etc.). The main attention is paid to the abuse of the use of drugs among the population of the republic.

Key words: antibiotic resistance, prevention, prescription validity, laboratory diagnostics, analysis.

Носирова Матлуба Пулатовна *- н.и.т., дотсенти кафедраи тибби оилави МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино".*

Ёдгорова. М. Ҷ. *– н.и.т., мудири кафедраи тибби оилавӣ, МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино,тел: 918738009 mayram.7002@gmail.com*

Иномзода. Ҷ. И. *– н.и.т., дотсенти кафедраи тибби оилавӣ, МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел: 19014414 jura.inomzoda@inbox.ru*

Носирова Матлюба Пулатовна *- к.м.н., доцент кафедры семейной медицины ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино".*

Ёдгорава. М. Ҷ.- *к. м.н., заведующей кафедры семейной медицины ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", тел: 918738009 mayram.7002@gmail.com*

Иномзода. Дж. И.- *к. м.н., доцент кафедры семейной медицины ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", тел: 19014414 jura.inomzoda@inbox.ru*

Nosirova Matlyuba Pulatovna *- Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Family Medicine No. 2, State Educational Institution "TSMU named after Abuali ibni Sino".*

Yodgorava. M. J*. Ph.D., Head of the Department of Family Medicine, ATSMU named after Abuali Ibni Sino, mayram.7002@gmail.com tel: 918738009*

Inomzoda. J. I*. - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Family Medicine of the State Educational Institution "TSMU named after Abuali Ibni Sino", tel: 19014414 jura.inomzoda@inbox.ru*

ҶАРРОҲӢ

УСУЛИ ЭНДОВАСКУЛЯРИИ АТРЕЗИЯИ ШАРЁНИ ШУШҲО

Гулаҳмадов А.Д., Норов Ф.Х., Шарипов У.А.
МД «Маҷмааи тиббии Истиқлол», Шуъбаи ҷарроҳии рентген-эндоваскулярӣ

Муҳиммият. Атрезияи шарёни шушҳо (АШШ) набудани модарзодии иртиботи байни меъдачаҳои рост (МР) ва системаи шарёни шушҳо мебошад. Атрезияи шарёни шушҳо ба қатори нороҳатиҳои нисбатан ҷиддитар ва мураккабу хатарноктар дохил мешавад. басомади ин беморӣ –тақрибан 7 ҳолат ба 100 ҳазор навзод рост меояд. Дар байни ҳамаи бемориҳои модарзодии дил ин беморӣ 0,5-3%-ро ташкил медиҳад.

Ташаккул ёфтани нуқсон ҳангоми ба таври аномалӣ якҷоя шудани ғалтакҳои эндокардиалӣ, ки мабдаи клапанҳои ҳилолшакл мебошанд. Дар оянда ин метавонад, ки боиси рушди аз ҳад зиёди шарёни шушҳо гардад. Нуқсон метавонад, ки ҳам дар намуди нуқсони миёндевори байни меъдачавӣ ва ҳам дар намуди нуқсонҳои гуногуну мураккаби модарзидии дил, ба монанди транспозитсияирагҳои магистралӣ, атрезияи сӯрохии рости атриовентрикулярӣ, ягона меъдачаи дил ва ғайра зоҳир гардад. Меъёрҳои анатомии нуқсон инҳоянд: 1) набудани ШШ (шарёни шшш) дар сатҳҳои гуногун; 2) (НМБМ) нуқсони калони миёндевори байни меъдачавӣ; 3) вуҷуд доштани сарчашмаҳои иловагии маҷрои хуни коллатералии шушҳо; 4) гипертрофия МР; 5) декстропозитсияи решаи аорта; 6) муносибати муътадили дуҷонибаи аорт ва танаи ШШ [1, 2].

Пешгӯйии ҳаёти бемор аз хусусиятҳои маҷрои хуни шуш вобаста аст. Фавтияти кӯдакони мубтало ба гемодинамикаи дуктусвобаста то 12 моҳ 90%-ро ташкил медиҳад. Дар бемороне, ки якчанд сарчашмаи маҷрои хуни шушҳо ва сианози возеҳро дар синну соли 3-5-солагӣ доранд, фавтият 50%- ро ташкил медиҳад. Ҳангоми маҷрои хуни шадиди шушҳо ва мавҷуд будани шарёнҳои калони коллатералии аортаву шушҳо беморон дар асари пешравии гипертензияи шушҳо дар даҳаи сеюми ҳаёт вафот мекунанд. Дар маҷмӯъ зиндамонии беморони дорои АШШ ва НМБМ дар ҳудуди 6-моҳ -2 сол қарор дорад.

Тибқи таснифи J. Somerville [3], чор типи нуқсон ҷудо карда шудааст:

- I. Атрезияи клапани ШШ. Тана, шарёнҳои рост ва чапи шушҳо пурра инкишоф ёфтаву гузаронанда ҳастанд;
- II. Атрезияи клапан ва танаи ШШ. Ҳарду шарёнҳои шушҳо ҳифз шудаанд ва метавонанд, ки оғози умумӣ ҷудогона дошта бошанд;
- III. Атрезияи клапан, тана ва яке аз шарёнҳи шушҳо. Шарёни дигари шушҳо ёфтаву гузаронанда ҳаст;
- IV. Атрезияи клапан, тана ва ҳарду шарёнҳи шушҳо. Маҷрои хун дар шушҳо аз ҳисоби шабакаи рагҳои сети коллатералӣ амалӣ мешавад.

Таснифи нисбатан муосиртари нуқсон мавҷуд аст, ки дар сеюмин Конференсияи байналмилалӣ оид ба коркарди номенклатура барои кардиоҷарроҳии кӯдакон дар NewOrleans дар соли 1999 таҳия шуда буд ва Таснифи даври хурди гардиши хун:

- типи А – шарёнҳои ҳақиқии шушҳо мавҷуданд, шарёнҳои коллатералӣ вуҷуд надоранд, маҷрои хуни шушҳо аз тариқи маҷрои кушодаи шарёнӣ сурат мегирад;
- типи Б – шарёнҳои ҳақиқии шушҳо ва шарёнҳои коллатералӣ вуҷуд доранд;
- типи В – шарёнҳои ҳақиқии шушҳо вуҷуд надоранд, маҷрои хуни шушҳо аз тариқи шарёнҳои коллатералӣ амалӣ мешавад.

Таснифи нуқсон вобаста аз типи иртиботҳои атриовентрикулярӣ ва вентрикулоартериалӣ:

- иртиботи конкордантии трио-вентрикулярӣ ва вентрикулоартериалӣ;
- иртиботи конкордантии атриовентрикулярӣ ва дискордвентрикулоартериалӣ;
- иртиботи дискордантии атриовентрикулярӣ ва конкордантвентрикулоартериалӣ;

• иртиботи дискордантии атриовентрикулярӣ ва вентрикулоартериалӣ.

Типҳои хунгардиши коллатерали шушҳо ҳангоми АШШ:

• шарёнҳои калони аортаву шушии коллатералӣ;

• маҷрои кушодаи шарёнӣ;

• шарёнҳои медиастиналӣ;

• шарёнҳои бронхиалӣ;

• фистулаи (носури) байни шарёни чапи коронарӣ ва танаи ШШ;

• шаклҳои омехта. Нақши нисбатан муҳимро дар таъмини маҷрои хуни шушҳо маҷрои кушодаи артериалӣ, БАЛКА ва шарёнҳои бронхиалӣ мебозанд [4].

Зиндамонии кӯдак танҳо дар сурати мавҷуд будани таъминнокии алтернативии хуни шушҳо имконпазир аст, ки дар ин вақт меъдачаи чап хунро ба ҳарду даври гардиши хун тела медиҳад. Пешгӯйии умумии беморӣ ниҳоят нохуб аст: тақрибан нисфи кӯдакони мубтало ба АШШ дар ду ҳафтаи аввал, кӯдакони боқимонда бошад, дар соли аввали ҳаёт вафот мекунанд.

Табобати консервативии атрезияи шарёни шушҳо самаранок нест. Наҷот додани кӯдакони навзод аз рушди аз ҳад зиёди шарёни шушҳо танҳо тавассути амалиёти ҷарроҳӣ,бартараф кардани инсидод дар сатҳи танаи шарёни шушҳо ва барқарор намудани самаранокии гардиши хуни шушҳо имконпазир аст.

Табобати атрезияи шарёни шушҳо бо ёрии доруҳо усули радикалӣ ба ҳисоб намеравад ва танҳо ба сифати табобати дастгирикунанда пеш аз амалиёти ҷарроҳӣ мебошад. Чунин табобат ба истеъмоли оксигенро кам кардани организм ва ислоҳи ихтилолҳои метаболикӣ нигаронида шудааст. Интихоби тактикаи амалиёти ҷарроҳӣ аз дараҷаи тағйирёбии сохтори анатомии шарёнҳои шушҳо ва меъдачаи рос вобаста аст.

Мақсади таҳқиқот. Баҳогузорӣ ба самаранокии технологияи рентген-эндоваскулярӣ ҳангоми бартараф намудани атрезияи шарёнҳои шушҳо.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар моҳи апрели соли 2018 дар пойгоҳи МД «Маҷмааи тандурустии Истиқлол» дар шуъбаи ҷарроҳии рентген-эндоваскулярӣ бори нахуст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон атрезияи кушодаи шарёнҳои шуш тавассути усули эндоваскулярӣ дар як бемори ҷинси зан, синнбу соли яксола, иҷро карда шуд.

Дар ин бемор ташхис бо маълумотҳои эхокардиография (ЭхоКГ) тасдиқ карда шуд, ки дар дастгоҳи «Toshiba» (Япония) иҷро карда шуда буд. Таҳқиқотҳои рентгеноконтрастӣ ва эндоваскулярӣ бо истифода аз комплекси ангиографиии InfinixCF-i/SP («Toshiba», Япония) анҷом дода шуданд.

Мо мехоҳем, ки ҳолати бомуваффақият анҷом ёфтани табобати нуқсони мураккаброро пешниҳод намоем, ки дар худ атрезияи шарёнҳои шушҳоро дар якҷоягӣ бо дефекти миёндевори миёни пешдил ва маҷрои кушодаи шарёниро дар бар гирифта буд.

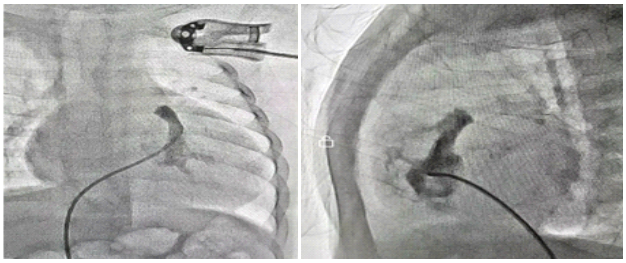
Бемор (зан) Х., 1-сола, дар клиника бо ташхиси зерин бистарӣ шуда буд: Нуқсони модарзодии дил. Атрезияи шарёнҳои шушҳо дар якҷоягӣ бо дефекти миёндевораи байнипешдилӣ (ДМБП). Маҷрои кушодаи шарёнҳо. Бо шикояти бемориҳои сармохӯрдагӣ, нафастангӣ, акросианози секунҷаи биниву лаб ҳангоми синамаконӣ ва гиряи дарозмуддат, сулфаи хушк ва сустии умумӣ.

Ҳангоми дар беморхона бистарӣ шудан вазъи умумии саломатиаш вазнини миёна буд. Қабатҳои пӯст: тоза, рангпарида. Акросианози муътадил. Симптоми «Шишаи соат» ва «Чӯбчаҳои таблӣ». Луобҳои сианозии дидашаванда. Шакли қафаси сина дуруст, дар амали нафаскашӣ иштирок мекунад; перкуторӣ садои шушӣ. Ҳангоми аускултатсия нафаскашӣ везикулярӣ, дар ҳама майдонҳо мегузарад, хрос шунида намешавад. Набз ритмӣ, набазони (пулсатсияи) перикардиалӣ возеҳ. Набазон дар вариди юғӣ (вена югуларис) ва рагҳои гардан ниҳоят шадид аст. Ларзиши систоликӣ дар рагҳои гардан, дар болои мавзеи гарданошкор карда нашуд. Сарҳади шартии кундии лаҳни дил васеъ нашудааст. Лаҳнҳои дил мавзун, садодор. Хуни сероксиген SpO2-80-85%. Фишори шарёнӣ 100/60 сут.симобӣ. Набз – 115-120 зарба/дақ.

Дар натиҷаи таҳқиқоти гузаронидашуда маълумотҳои зерин ба даст оварда шуд:

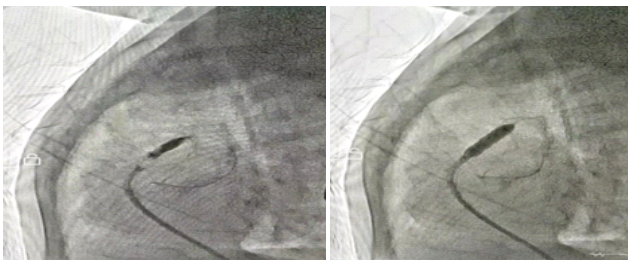
ЭхоКГ –ФВ-72%. Функсияи кашишхӯрӣ қаноатбахш. Ҷавфи қисмҳои чапи дил каме ваеъшуда. Атрезияи пурраи клапани шарёни шушҳо.Танаи шарёни шушҳо ва шохаҳо ба таври муътадил рушд кардаанд. Бо роҳи доплерографӣ маҷрои босуръат вз маҷрои боталӣ ба тарафи танаи шарёни шушҳо ва баръакс ба амал меояд. Дар миёндевори байни пешдил нуқсони андозаашически 12-13мм бо шункунонии росту чапи хун; R-графияи қафаси сина – нуқсони модарзодии дил бо аломатҳои гиповолемияи гардиши хуни хунгардиш.

Ангиограифияи ташхисӣ: ҳангоми аортография маҷрои кушодаи шарёнӣ дида шуд. Дар вентрикулографияи рост атрезияи клапани шарёни шушҳо типи I (рас. 1) муайян карда шуд.



Расми 1.–Вентрикулографияи ростдар проексияҳои пешу ақиб ва паҳлӯӣ типи I.

Минбаъд тадриҷан тазриқ ва дам кардани баллонҳои андозаашон (1,2*12мм, 1,5*15мм, 2,5*18мм ва 5,0*30мм) бо навъи бужкунонӣ ва васеъ кардани ҷойи атрезия иҷро карда мешавад (рас. 3).

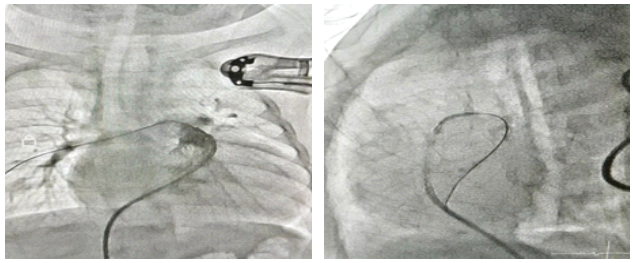


Рас. 3. Валвулопластикаи баллонии ҷойи атрезияи шарёнҳои шушҳо.

Баъди гузаронидани валвулопластикаи баллон дар ангиограммаҳои назоратӣ аз меъдачаи рост ба ҳарду шарёни шушҳо афтидани контраст дақиқан муайян карда мешавад (рас. 4). Градиенти фишор бар шарёни шушҳо 70мм сут.ст.-ро ташкил дод. Ни-

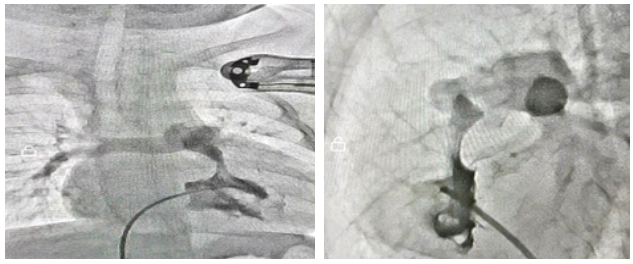
Баъди гузаронидани усулҳои таҳқиқотҳои клиникӣ-лабораторӣ ва инструменталӣ қарор қабул карда шуд, ки табобати марҳилавии бемор анҷом дода шавад. Дар марҳалаи якум кушодани эндоваскулярии атрезияи клапани шарёни шушҳо гузаронида шуд.

Пас аз пункисияи вариди рон вентрикулографияи назоратӣ ва баъдан дар ҷойи атрезия йгайд-катетер 6Fr –и рост гузаронида шуд. Пас аз ин якчанд бор кӯшиш карда шуд, ки аз тариқи ҷойи атрезия ба яке аз шарёнҳои шуш ноқтлҳои коронарии типҳои гуногун гузаронида шавад. Танҳо бо ноқили сахт Asachi Miracle 12 муяссар шуд, ки аз ҷойи атрезия гузашта ба шарёни чапи шуш гузарем, ки инро ангиографияи назоратӣ дар ду проексия тасдиқ кард (рас. 2).



Рас. 2. Ноқили коронарнӣ дар шарёни чапи шуш.

шондиҳандаҳои сероксигении хун то SpO2-92-95% афзудааст.



Рас. 4. Алоқаи барқарор кардашуда дар байни меъдачаи чап ва шарёнҳои шушҳо, пас аз вальвулопластикаи баллонӣ.

Давомнокии амалиёти ҷарроҳии эндоваскулярӣ тақрибан 2 соат аст. Баъди амалиёт беморон 2 шабонарӯз дар шуъбаи муолиҷаи интенсивӣ таҳти назорат қарор доштанд. Беморзан дар шабонарӯзи 7-ум и баъди протседура рухсат шуд. Дар ҷойи ворид намудани катетер ба рагҳо боз якчанд вақти дигар захмбандии тоза гузошта шуд. Ба во-

лидайни беморзан тавсия карда шуд, ки валвулопластикаи транслюминалии баллонии такрорӣ ва маҳкам кардани маҷрои кушодаи шарёнӣ ва нуқсони девораи байни пешдилӣ гузаронида шуд. Беморроне, ки табобати атрезияи шушҳои чапро аз сар гузаронидаанд, новобаста аз метод, бояд ба таври мунтазам бо ёрии ЭхоКГ, КТ, МРТ санҷида шаванд. Дар хамаи беморон пас аз бартараф кардани атрезияи шарёнҳои шушҳо мониторинги ҷиддии ҳолати умумӣ гузаронида шавад. Дар давоми 6 моҳи пас аз протседура беморон бояд аз ваксиантсияи нақшавӣ дурӣ ҷӯянд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Натиҷаҳои бевосита тавассути ченкунии мустақими сероксигении хун, ҳамчуин ба таври визуалӣ ҳангоми ангиограммаҳои назоратӣ (аз меъдачаи рост ба ҳарду шарёни шушҳо афтидани контраст) баҳогузорӣ карда шуданд. Минбаъд, назорат мувофиқи маълумотҳои таҳқиқоти клиникӣ, ЭхоКГ сурат гирифт. Дар беморзанҳо сероксигении хун бевосита пас аз дасамал (манипулятсия) баланд шуда, SpO2-95%-ро ташкл дод. Дар ЭКГ аломатҳои ишемия то ва пас аз амалиёти ҷарроҳӣ муайян карда нашуд.

Оризаҳое ба монанди диссексия ё порашавии девораи варидҳо, ташаккул ёфтани аневризм ё сӯрохшавии меъдачаи рост ва шарёнҳои шуҳо ба назар нарасид. Беморзан таҳти муоинаи динамикӣ қарор дошт. Дар давраи дур вазъи саломатии бемор қаноатбахш буд.

Ҳангоми муоинаи назоратӣ вазъи умумии бемор нисбатан қаноатбахш буд. Бемор шикоят надошт. Акросианози секунҷаи бинив лабҳо ҳангоми мконидан ва зиёд гиря кардан ба мушоҳида намерасад. Сероксигении хун дар сатҳи SpO2-95-96% нигоҳ дошта мешавад. Ҳангоми ба таври контролӣ гузаронидани ЭхоКГ ва R-графияи қафаси сина аломатҳои гиперволемия дар гардиши хурди хунгардиш дида нашуд. ФШ –и системавӣи 110/75 мм сут.сим. Набз 100 зарба / дақиқа. Градиенти фишори систоликӣ дар шарёнҳои шушҳо 70 мм сут.сим. Ба таври аускултативӣ лаҳни (тони) дил возеҳ, муназам (ритмӣ), шавшув дар болои шарёнҳои шушҳо шунида мешавад. Набз дар шарёнҳои периферӣ возеҳ. Қаноатбахш будани ҳолати умумии бемор ва дар волидайни бемор набудани гипертензияи шарёниро ба эътибор гирифта, тавсия карда шуд, ки дар наздиктарин фурсат валвулопластикаи транслюминалии баллонӣ, ҳамчунин маҳкам кардани маҷрои кушодаи шарёнӣ ва нуқсони (дефекти) миёндевори байни пешдил гузаронида шавад. Беморзан таҳти муоинаи динамикии ангиоҷарроҳ қарор дошт.

Хулоса, 1.- Ҳолати пешниҳодшуда имкониятҳои муосири табобати муваффақонаи беморони мабтало ба атрезияи шарёнҳои шушҳоро нишон медиҳад; 2.- Барои беҳтар кардани натиҷаҳо минбаъд низ захира кардани тачриба оид ба валвулопластикаи баллонӣ, ҳангоми атрезияи шарёнҳои шушҳо зарур аст;3.- Валвулопластикаи эндоваскулярии баллонӣ, усули интихоби яке аз марҳалаҳои табобати беморони мубтало ба нуқсонҳои омехта, барои беҳтар кардани вазъи умумии беморон ба ҳисоб меравад.

Адабиёт

1. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. //Сердечно-сосудистая хирургия // М., 1996
2. Бокерия Л.А., Шаталов К.В. детская кардиохирургия // М., 1996.
3. Somerville J. Management of pulmonary atresia. Brit. Heart J. 1970; 32: 641–51.
4. Kirklin J.W., Barratt-Boyes B.G. Cardiac surgery: Morphology, diagnostic criteria, natural history, techniques, results, and indications. 4rd ed. N.Y.; 2013.
5. Kirklin J.W., Barratt-Boyes B.G. Cardiac Surgery. N.Y:: Churchill Livingstone; 2013.
6. Mavroudis C. Pediatric cardiac surgery. Mosby; 2012.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Гулахмадов А.Д., Норов Ф.Х., Шарипов У.А.
ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» Отделение рентген-эндоваскулярной хирургии
(г. Душанбе, Республика Таджикистан)

Данное клиническое наблюдение является достаточно уникальным, т.к. применение эндоваскулярного способа устранение атрезии легочной артерии является достаточно редким, а для клиник Центральной Азии ещё и впервые выполненным.

Актуальность.Атрезия легочной артерии (АЛА) представляет собой врожденное отсутствие прямого сообщения между правым желудочком (ПЖ) и системой легочной артерии (ЛА). Атрезия легочной артерии относится к наиболее сложным и опасным сердечным недугам. Частота данной патологии - примерно 7 случаев на 100 тысяч новорожденных. Среди всех врожденных патологий сердца заболевание составляет 0,5-3%.

Цель исследования.Оценить эффективности рентген-эндоваскулярной технологии при устранении атрезии легочной артерии.

Материалы и методы. В апреле 2018 г. на базе государственного учреждения «Медицинсикй комплекс Истиклол» в отделении рентген-эндоваскулярной хирургии впервые в Республике Таджикистан было выполнено открытие атрезии легочной артерии эндоваскулярным методом, одному пациенту женского пола, возраст которого 1 год.

Результаты исследования и их обсуждение.Непосредственные результаты оценивали прямым измерением насыщения крови кислородом, а также визуально при контрольных ангиограммах (попадание контраста из правого желудочка в обе легочные артерии). В последующем контроль проводили по данным клинического обследования, ЭхоКГ. У пациентки насыщение крови кислородом непосредственно после манипуляции повысился и составил 95%.

Выводы.Приведённый случай демонстрирует современные возможности успешного лечения больных с атрезией легочной артерии. Для улучшения результатов необходимо дальнейшее накопление опыта баллонной вальвулопластики при атрезии легочной артерии. Эндоваскулярная баллонная вальвулопластика является методом выбора одного из этапов лечения больных с сочетанными пороками, для улучшения общего состояния пациентов.

Ключевые слова:врождённые пороки сердца, атрезия легочной артерии, эндоваскулярный метод.

ELIMINATION OF PULMONARY ARTERY ATRESIA BY ENDOVASCULAR METHOD

Gulakhmadov A.D., Norov F.H., Sharipov U.A.

Relevance. Atresia of the pulmonary artery is a congenital absence of direct communication between the right ventricle and the pulmonary artery system. Atresia of the pulmonary artery is one of the most complex and dangerous heart ailments. The frequency of this pathology is approximately 7 cases per 100 thousand newborns. Among all congenital pathologies of the heart, the disease is 0.5-3%.

Purpose of the study. To evaluate the effectiveness of X-ray endovascular technology in the elimination of pulmonary atresia.

Materials and methods. In April 2018, for the first time in the Republic of Tajikistan, the discovery of atresia of the pulmonary artery was performed using the endovascular method for one female patient, whose age is 1 year, on the basis of the state institution “Medical Complex Istiklol”

Results of the study and their discussion. Immediate results were assessed by direct measurement of blood oxygen saturation, as well as visually with control angiograms (contrast penetration from the right ventricle into both pulmonary arteries). In the subsequent control was performed according

to the clinical examination, EchoCG. In the patient, the blood saturation with oxygen immediately after the manipulation increased and amounted to 95%.

Conclusions. This case demonstrates the modern possibilities of successful treatment of patients with pulmonary atresia. To improve the results, further accumulation of experience with balloon valvuloplasty is necessary in case of atresia of the pulmonary artery. Endovascular balloon valvuloplasty is a method of selecting one of the stages of treatment of patients with combined defects, to improve the general condition of patients.

Key words: Atresia of the pulmonary artery, endovascular method.

Гулахмадов Алишер Давлахмадович- *н.и.т., корманди шуъбаи ҷарроҳирентген-эндоваскулярӣМД "МаҷмааитандурустииИстиқлол", ҶумҳурииТоҷикистон, ш. Душанбе; E-mail: Allyanz1987@mail.ru; тел: (+992) 901007585.*

Шарипов Уктам Алиҷонович *– мудири шуъбаи ҷарроҳии рентген-эндоваскулярӣМД"МаҷмааитандурустииИстиқлол", ҶумҳурииТоҷикистон, ш. Душанбе; E-mail: Uktamalijonovic@mail.ru; тел: (+992) 938011848.*

Норов Фаридун Хамидович *- н.и.т., корманди шуъбаи ҷарроҳирентген-эндоваскулярӣМД"МаҷмааитандурустииИстиқлол", ҶумҳурииТоҷикистон, ш. Душанбе; E-mail: nfh1980@mail.ru; тел: (+992) 988885580.*

Гулахмадов Алишер Давлахмадович *- кандидат медицинских наук, сотрудник отделения рентгенэндоваскулярной хирургии «Оздоровительный комплекс Истиклол», Республика Таджикистан, г. Душанбе.E-mail: Allyanz1987@mail.ru; тел: (+992) 901007585.*

Шарипов Уктам Алиджонович *– заведующий отделением рентгенэндоваскулярной хирургии «Оздоровительный комплекс Истиклол», Республика Таджикистан, г. Душанбе E-mail: Uktamalijonovic@mail.ru; тел: (+992) 938011848.*

Норов Фаридун Хамидович *– к.м.н., сотрудник отделения рентгенэндоваскулярной хирургии «Оздоровительный комплекс Истиклол», Республика Таджикистан, г. Душанбе.*

Gulakhmadov Alisher Davlahmadovich *- Candidate of Medical Sciences, employee of the Department of X-ray endovascular surgery "Istiklol Health Complex", Republic of Tajikistan, Dushanbe. E-mail: Allyanz1987@mail.ru; tel: (+992) 901007585.*

Sharipov Uktam Alijonovich *- Head of the Department of X-ray endovascular surgery "Istiklol Health Complex", Republic of Tajikistan, Dushanbe E-mail: Uktamalijonovic@mail.ru; tel: (+992) 938011848.*

Norov Faridun Khamidovich *- PhD, employee of the Department of X-ray endovascular surgery "Istiklol Health Complex", Republic of Tajikistan, Dushanbe.*

МАВҚЕИ СИМПАТЭКТОМИЯИ ГАРДАНӢ-ҚАФАСИ СИНАГӢ ДАР МУОЛИҶАИ ИШЕМИЯИ АНДОМҲОИ БОЛОӢ

Сайдалиев Ф.

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Н.У. Усмонов
МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Мувофиқи маълумотҳои муҳаққиқони ватаниву хориҷӣ дар сохтори иллатҳои системаи канории шарён ишемияи музмини андомҳои болоӣ 3,2-6,1%-ро ташкил дода, солҳои охир майл ба афзоиш дорад [1]. Охиринро на танҳо инкишофи бемориҳои илтиҳобӣ-дегенеративии худи рагҳо, балки афзоиши ададди амалиётҳои интервенсионӣ ба воситаи шарёни соид, оринҷ ва бозу асоснок мекунад, ки сабабгори осеббинии девораи онҳо бо баъдан инкишоф ёфтани тромбоз ё бандшавӣ мегардад [2, 3].

Чун андомҳои болоӣ узви асосие мебошад, ки қариб тамоми корҳои ҳаррӯзаро анҷом медиҳад, амал ва машқ, кам шудану аз даст додани функсияи онҳо бо ҷанбаи

иштимоии ҳаёти одам робитаи ногусастанӣ дорад [4].

Таҳлили ин адабиётҳо нишон медиҳад, ки иллатҳои бандшавии рагҳои андомҳои болоӣ дар муқоиса ба иллатҳои андомҳои поёнӣ даҳҳо маротиба бештар мушоҳида мешаванд [4, 5]. Нуктаи мазкур дар навбати аввал бо хусусиятҳои ангиоархитектоника ва гардиши хуни коллатериалии андомҳои болоӣ алоқамандӣ дорад, ки қиёсан ба андомҳои болоӣ чанд маротиба бештар инкишоф ёфтааст [5, 6]. Инчунин камтар иллатнок шудани рагҳои андомҳои болоӣ бо мавҷудияти ҳаракати ҳамешагии фаъолу ғайрифаъоли дастҳо, инчунин ҳаҷми камтари бофтаҳои мушакӣ алоқаманд аст.

Ҳангоми иллатҳои деворай-окклюзионии рагҳои асосии андомҳои болоӣ гардиши коллатериалии хун аз ҳисоби се роҳи асосӣ - коллатериалии мавзеи қулфак, китфу банди даст, инчунин камони шарёни панҷаҳо ба амал меояд [6, 7]. Ҳамин тавр, дар миёни мавзеи гузариши шарёни қулфак дар зери каш шабакаи пурикӯтидори шохабаста мавҷуд аст, ки дар тамоми андомҳои болоӣ ҳангоми окклюзияи он қобилияти таъмин намудани маҷрои хунро дорад. Ҳангоми окклюзия гардиши хуни асосии мавзеи китф ва банди даст аз ҳисоби хуни шарёнии шарёни коллатериалии болоӣ ва поёнии оринҷ, инчунин шарёнҳои пешу ақиби қаткунандаи устухони бозу таъмин карда мешавад, ки шабакаи пурқуввати коллатериалӣ ба ҳисоб мераванд. Аммо новобаста аз мавҷудияти робитаи коллатериалӣ байни камони шарёни сатҳӣ ва амиқи кафи даст, окклюзияи сегменти дисталии шарёни оринҷу соидро дар зиёда аз сеяки ҳодисаҳо ишемияи зоҳиршуда ҳамроҳӣ менамояд, аз ин рӯ хусусан дар ангуштону панҷаи даст аксаран таллоюфнопазирии гардиши хун фаро мерасад. Инчунин қайд кардан зарур аст, ки ҳангоми бандшавии шадиди рагҳои асосӣ дар мавзеи ангуштону панҷаи даст бо сабаби шабакаи дараҷаи зоҳиршавиаш камтари коллатериалӣ, дар заминаи оризаҳои тромбоэмболӣ бештар ишемияи зуҳурёфтаи ин сегменти андомҳо инкишоф меёбад.

Тибқи маълумоти аксари муҳаққиқон иллатҳои дисталӣ қиёсан ба проксималӣ бештар ба назар мерасанд ва мушкилоти муолиҷаи чунин беморон то имрӯз аз қарори қатъии худ хеле дур афтодааст [8, 9, 10]. Қутри хурди рагҳои дисталӣ ва маҳдудияти истифодаи усулҳои мустақими реваскуляризатсия дар ин сатҳ сабаби асосии зуд-зуд инкишоф ёфтани ишемияи буҳронӣ ва натиҷаҳои ғайриқаноатбахши муолиҷа мегардад [8, 10]. Дар алоқамандӣ бо нуктаи мазкур ҳангоми иллатҳои дисталии андомҳои болоӣ то имрӯз тавсия ва стратегияи ягонаи муолиҷа қабул нагардидааст [11]. Бештари муҳокоимаҳои муаллифони ватаниву хориҷӣ ба ҳам мухолифанд, дар аксари ҳолатҳо муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ тавсия карда мешавад.

Тавре зикр гардид, ҳангоми иллатнок шудани шарёни панҷаи дасту ангуштон бо сабаби хурд будани қутри хурди рагҳо, инчунин мавҷуд набудани маҷрои қабулкунанда амалинамоии реканализатсия имконнопазир аст, дар робита ба ин ҷарроҳии паллиативӣ ба амал оварда мешавад. Дар миёни охиринҳо симпатэктомияи гардану қафаси сина самаранокии баланд дорад, ки ҳам дар шакли боз ва ҳам бо усули торакоскопӣ, инчунин тарзи химиявӣ ба амал оварда мешавад [12-16].

Муносибати донишмандони ватаниву хориҷӣ ба симпатэктомияи қафаси сина мухталиф аст. Як зумра муаллифон самаранокии мустақими онро тасдиқ мекунанд [12, 14], гурӯҳи дигар аз дурнамо надоштани усули мазкур дар марҳалаи дури муолиҷа ҳарф мезананд [17]. Тибқи маълумотҳои муаллифони ватаниву хориҷӣ самаранокии СГҚС ҳангоми иллатҳои дисталии андомҳои болоӣ дар марҳилаи дур аз 43,2% то 92,6% тағйир меёбад ва бо нозологияи иллатҳои дисталӣ алоқамандӣ дорад [12-17]. Сабаби риҷъати ишемияи акралӣ, мувофиқи маълумотҳои Шнитко С.Н. (2019) мавҷудияти роҳҳои алтернативии коллатериалии асабноккунии рагҳо мебошад, ки пас аз СГҚС фаъолияташон даҳҳо маротиба зиёд мешавад [18]. Инчунин муаллифон қайд мекунанд, ки самаранокии баланди ТГС дар аксари ҳолатҳо ҳангоми марҳилаи такрории БР ба назар мерасад, зеро дигаргуниҳои баргардандаи мушоҳида мешавад.

Hakan Salcietal (2020) дар таҳқиқоти худ исбот намуд, ки баъди буридани ганглияҳои Т2-Т5 симпатикии қафаси сина ва шохаҳои он ба иҷрои импулси коллатериалӣ монеа мушоҳида мешавад, ба стимулятсияи асабҳои ҷавоб ба назар намерасад. Аммо баъди гирифтани исканҷҳо якбора гузаронандагӣ ба ҳамон шиддат барқарор гардид [19].

Сабаби дигари коста гардидани самаранокии СГҚС дар марҳалаи дури назорат, регенератсияи асабҳои буридашуда, инчунин хуруҷ кардани беморii асосӣ ба ҳисоб меравад. Баъзе муҳаққиқон ҳангоми таҳқиқ дар ҳайвонот исбот намуданд, ки дар аксари ҳолатҳо барқароршавии асабноккунии рагҳо аллакай дар се моҳи баъди ҷарроҳӣ ба амал меояд ва дар оянда хеле кам майл ба хуруҷ дорад [17]. Инчунин дар як зумра таҳқиқотҳои нашргардида исбот шудааст, ки нақши тағйирёбандагии анатомӣ ва нуқсонҳои сохтори гиреҳҳои симпатикии гардану қафаси сина нақши муҳим дорад, зеро манбаи иловагии асабноккунии иловагии рагҳои андомҳои болоӣ мавҷуд аст [15].

Ҳамзамон бо сабаби мавҷуд набудани имконияти реваскуляризатсияи мустақими ангуштону панҷаи даст, СГҚС ба сифати муолиҷа яке аз усулҳои асосӣ ҳангоми иллатҳои дисталии андомҳои болоӣ, инчунин усули боло бурдани самаранокии усулҳои дигари муолиҷаи ҷарроҳӣ ва ғайриҷарроҳӣ боқӣ мемонад [20].

Тавре баъзе муаллифон ишорат мекунанд, ҳангоми инсидоди пурраи шарёнҳои ангуштон ва камони шарёни панҷаи даст аз ишемияи вазнини буҳронӣ, СГҚС усули ягонаи муолиҷа боқӣ мемонад, ки барои бартараф намудан ё кам наммудани симптомҳои нокифоягии гардиши хуни шарёнӣ шароит фароҳам меорад [4, 5, 10].

Тибқи маълумотҳои муаллифони гуногун, инчунин як қатор тавсияҳои клиникӣ ва ҳуҷҷатҳои мувофиқакунанда барои иҷрои СГҚС нишондодҳои асосӣ инҳо ба шумор мераванд:

1) мавҷудияти иллати окклюзионӣ-стенозии рагҳои ангуштону панҷаи даст, ки иҷрои реваскуляризатсияи мустақим имконнопазир аст;

2) ишемияе, ки хусусияти хуруҷкунанда дошта, ба муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ муқовиматпазир аст;

3) синдроми устувори дард, ихтилолоти тағзиявии дисталии қасмҳои ангуштон;

4) аз ҷиҳати иҷтимоӣ ба оқибатҳои ишемияи пайдошудаи андомҳои болоӣ мувофиқ шуда натавонистани бемор.

Қобили қайд аст, ки аксари пажӯҳишгарон СГҚС-ро баъди чанд даври муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ, аз ҷумла тазрики дохиливаридии препаратҳои гурӯҳи простагландини Е1 ва ангиогенези геннотерапевтӣ тавсия медиҳанд [21]. Ҳамзамон як зумра муаллифон қайд мекунанд, ки иҷрои СГҚС ҳангоми инкишофи инсидоди барнагардандаи рагҳо банатиҷа аст ва асоснок нашудааст, зеро таъсири вазодиляторикунандаи он мушоҳида гардидааст [15].

Зимни таҳқиқоти батабрасидаи Hans Coveliersetal. (2016), ки таҳлили натиҷаи таҷрибаи 16 солаи ТШГС-ро дар беморони мубтало ба ишемияи акралӣ оварда шудааст, таъсири мусбати кӯтоҳмуддати ҷарроҳӣ ҳангоми 63% беморон мушоҳида гардидаааст ва дар мавриди 37,1% бошад, оризаҳои дохилиҷарроҳӣ ё баъдиҷарроҳӣ ё зуҳуроти номатлуб инкишоф ёфтааст, ки онҳо дар 5,7% ҳолатҳо муҳим буданд. Дар мавриди 8,6% беморон бо сабаби ихтилолоти барнагардандаи ишемӣ ампутатсияи андом амалӣ гардид. Таъсири мусбати дарозмуддати ҷарроҳӣ дар 53% патсиентҳо ва қаноатмандии беморон аз муолиҷа зимни 56%-и ҳодисаҳо ба қайд гирифта шуд [22].

Ҳамзамон мувофиқи маълумоти DavidBelletal. (2014) на танҳо этиологияи иллати дисталӣ, балки солхӯрдагии беморон низ яке аз предикаторҳои асосии натиҷаи ғайриқаноатбахши муолиҷа маҳсуб меёфт [23].

Новобаста аз ихтилофҳо оид ба самаранокии симпатэктомия дар муолиҷаи ишемияи андомҳо, ин усули ҷарроҳӣ дар ҳар ҷо ба кор бурда мешавад [24]. Ҳадафи асосии иҷрои он наҷот додани андомҳо аз ампутатсия ё коҳиш додани сатҳи буридани андомҳо ба ҳисоб меравад. Аммо дар ҳисоботи нашргардидаи академик А.В. Покровский

«Ҳолати ҷарроҳии рагии Федератсияи Росия дар соли 2018» зимни муолиҷаи беморони гирифтор ба ишемияи акралӣ аз бобати истифодаи СГҚС ёд намешавад [25]. Инчунин СГҚС дар як қатор тавсияҳои клиникии дигар ба сифати яке аз усулҳои муолиҷа бо маълумоти андак аз бобати натиҷабахшии он ёд мешаваду халос [11].

Баъди СГҚС, бар пояи маълумотҳои як зумра муаллифон, на танҳо регреси ишемияи ангуштони панҷаи даст, балки нисбатан зудтар илтиём пазируфтани захмҳои трофикӣ, инчунин ташаккул ёфтани хати деморкатсионӣ мушоҳида гардидааст [9, 16, 26].

СГҚС-ро бо якчанд усулу истифодаи дастрасӣ ва технологияҳои иҷро мекунанд. Бештар СГҚС бо усули анъанавӣ аз тариқи дастрасии болоиқулфакӣ, ҷое ки ададии иллатҳои сохтори ятрогенӣ қиёсан ба дастрасии ақиби хориҷиҷанбӣ камтар ба назар мерасад, аз рӯйи усули Smithwick, Telford, Adson ба амал оварда мешавад [15]. Аммо ҷарроҳ ҳангоми истифодаи дастрасии болоиқулфакӣ дар вақти СГҚС бо сабаби маҳдудияти майдони амалиёт, хатари баланди иллатноккунии ятрогении парда ва ҳамсонкунии гиреҳи ситорашакл ба баъзе мушкилиҳо рӯ ба рӯ мешавад [15]. Дар робита ба масъалаи мазкур СГҚС аз тариқи дастрасии трансаксилярӣ пешниҳод гардида буд, ки на танҳо дастрасии идеалӣ, балки аз ҷиҳати косметикӣ низ қобили қабул аст [20, 26, 27]. Аксаран дастрасии мазкурро барои буридани қабурғаи якум ҳангоми синдроми устухонӣ-клавикулярӣ ба кор мебаранд [26, 27]. Ҳамзамон маълумоти адабиётҳо аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки дар зиёда аз нисфи ҳолатҳо СГҚС бо усули анъанавӣ аз дастрасии болоиқулфакӣ татбиқ мешавад [20].

Рушди технологияи тиббӣ, инчунин талаботи афзояндаи косметикии беморони ҷавон зарурати таҳияиусули камолоиши СГҚС - СГҚС-и видеоторакоскопиро (ВСГҚС) ба миён оварда. ВСГҚС бори аввал соли 1989 дар баробари бемори мубтало ба бемории Рейно ба амал оварда шуд [28]. Чунин усули ҷарроҳӣ на танҳо барои ҳосил намудани фазои васеи амалиёт шароит фароҳам меорад, балки визуализатсияи нисбатан дақиқтар ва ҷудокунии ганглияҳои симпатикиро имконпазир мегардонад [16]. Камолоишӣ, ададии ками оризаҳои дохилиҷарроҳӣ ва баъдиҷарроҳӣ ва натиҷаи хуби косметикӣ ба бартариятҳои дигари ТШГС шомиланд [13, 16].

Мувофиқи маълумотҳои Д.Д. Султанов ва ҳаммуал. (2014) [26], инчунин Р. Рахматуллаев ва ҳаммуал. (2017) [29] имрӯзҳо дар Тоҷикистон татбиқи фаъолонаи ВСГҚС зимни муолиҷаи бемороне, ки аз иллатҳои дисталии андомҳои болоӣ ранҷ мебаранд, мушоҳида мешавад. Тавре Д.М. Конунов ва ҳаммуал. (2015) қайд мекунанд, иҷрои бомуваффақияти чунин амалиёт бори аввал дар Тоҷикистон, соли 2010 дар Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу-рагҳо ва солҳои охир дар дигар клиникаҳои ҷумҳурӣ низ иҷро мешаванд [9].

Ҳангоми истифодаи технологияи эндоскопӣ барои симпатэктомия басомади оризаҳо, аз ҷумла дохилиҷарроҳӣ хеле камтар ба назар мерасанд 12-16, 21]. Вале ба ақидаи YoungDuKimetal. (2009) дар давраи наздиктарини баъдиҷарроҳӣ бо сабаби фишор хӯрдани шуш ҳангоми иҷрои ТГС гиперфаъолияти бронхҳо, хусусан ҳангоми дар сатҳи Т3 иҷро намудани он мушоҳида мешавад, ки он ба хеле кам шудани функсияи мубодилаи газҳо дар шуш мусоидат менамояд [30]. Миминошвили ва ҳаммуал. (2010) чунин маълумотҳоро дар хабарҳои худ ҷой додаанд. Онҳо ғайр аз оризаҳои шуш боз дар бораи як зумра оризаҳои дигар, басомади инкишофи онҳо усулҳои пешгирии онҳоро низ маълумот пешниҳод намудаанд[31].

Ба мақсади визуализатсияи хуби ганглияҳои симпатикии қафаси сина ва пешгирии инкишофи оризаҳои кардиалӣ пас аз симпатэктомия KunshanHeetal. (2018) иҷрои амалиётро баъди ворид намудани индотсианини сабз пешниҳод мекунанд, ки ба таври интихобӣ дар ганглияҳои симпатикӣ ҷамъ мешавад. Таҷрибаи истифодаи он ба муаллифон шароит фароҳам оварда, ки оризаҳои махсуси баъдиҷарроҳии симпатэктомияро ба ҳадди ақал расонанд [32].

Маълумотҳои ба ҳам монанд ба наздикӣ

аз ҷониби донишмандони чинӣ таҳти роҳбарии GuotianPeietal. (2020) рӯйи чопро диданд, ки барои беҳтар гардонидани ҳамсонкунии дохилиҷарроҳии ганглияҳои симпатикӣ 24 соат пеш аз амалиёт ба вояи 5 мг/кг индотсианини сабз ба кор бурда шуд. Истифодаи препарати мазкур ба ҳарорати бадан, басомади кашиши дил, сатҳи фишори шарёнӣ, миқдори лейкотситҳо, сатҳи АЛТ, АСТ таъсири махсус нарасонид. Фақат пас аз тазриқи ИС дар мавриди як бемор реаксияи иловагии сабук (0,7%) мушоҳида гардид. Ҳамзамон дараҷаи дидашавандагии тамоми ганглияҳои симпатикӣ 96,7%-ро ташкил дод, аз ҷумла Т1 98,23%, Т2 - 98,23%, Т3 - 97,17%, Т4 - 95,76% ва Т5 бошад, 94,35% намоён буд. Дар дараҷаи дидашавандагӣ вобаста аз син, ҷинс, қад, вазн, ИВБ ва дараҷаи хунравӣ фарқияти ҷиддӣ мушоҳида нагардид [33].

СГҚС ҳангоми феномени Рейно. Тибқи обзори гузаронидаи FrankHoexumetal. (2016) самаранокии ГС ҳангоми муолиҷаи беморӣ ва синдроми Рейно бо ҷалб намудани 6 таҳқиқоти проспективӣ ва 23 ретроспективӣ бо иштироки 753 бемору 1026 андомҳои иллатнокшуда баҳогузорӣ гардид ва исбот шуд, ки самаранокии мустақими десимпатизатсия дар 63-100% (медиана 94%) патсиент, аз ҷумла ҳангоми 73-100% (медиана 98%) нафари мубтало ба беморӣ ва зимни 63-100% (медиана 94%) ҳолат бо синдромом Рейно мушоҳида гардид. Муаллифон аз тадриҷан коҳиш ёфтани қимати самаранокии ГС дар марҳилаи дур зимни 22-100% (медиана 58%) патсиенти гирифтор ба беморӣ ва зимни 13-100% (медиана 79%) ҳодисаи мубтало ба синдроми Рейно хабар медиҳанд. Бо вуҷуди ин муаллифон қайд мекунанд, ки ГС дар муолиҷаи ишемияи акралӣ натиҷабахш буда, вазнинии симптомҳоро коҳиш ва барои ба таври максимали ҳифз намудани бофтаҳои нарм ё пешгирӣ намудани ампутатсия дар ҳолати қарасони ангуштон шароит фароҳам меорад [34].

Чунин маълумотҳоро Hans M.E. Coveliersetal. (2011) аз пажӯҳиши худ нашр намуда, маълум менамояд, ки самаранокии мустақими ТШГС зимни 92% бемороне ба қайд гирифта шуд, ки аз БР ва 89% аз СР ранҷ мебурданд. Таъсири дарозмуддати мусбат барои беморӣ ва феномени Рейно 58% ва 89%-ро ташкил додааст. Ҳангоми 95% ҳолатҳо илтиёми захмҳои трофикӣ мушоҳида гардидааст [35].

Таҳқиқоти Anniek M. vanRoonetal. (2020) нишон дод, ки смаранокии бевоситаи симпатикотомияи камолоиши якбаввобӣ, дар мавриди беморони ба муолиҷаи ғайриҷарроҳии ФР муқовиматпазир, 100% ташкил намуд. Муаллифон аз хеле беҳтар гардидани перфузияи андоми ҷарроҳишуда, коҳиш ёфтани теъдод ва давомнокии хуруҷҳои вазоспазм, қиёсан ба андоми ҷарроҳинашуда маълумот пешниҳод намуданд. Аммо назорати давомноки бемор ба мақсади арзёбии натиҷабахшии дарозмуҳлати ҷарроҳӣ тавсия мешавад [21].

Ҳамзамон мувофиқи маълумотҳои муаллифони ватанӣ СГҚС ҳам дар варианти анъанавӣ ва усули торакоскопӣ иҷро мешавад, ки тақрибан натиҷабахшии ба ҳам монандро дар муолиҷаи беморони гирифтор ба ФР дорад. Ҳамин тавр, таҳқиқоти Д.М. Конунова ва О.Н. Садриева (2014) нишон доданд, ки зимни варианти аввалии ҷарроҳӣ дар марҳалаи дур самаранокӣ зимни 70% беморон ва ҳангоми эндоскопӣ бошад, дар 71,6% маризон мушоҳида мегардад [16]. Аммо тавре муаллифон қайд мекунанд, СГҚС-и аз роҳи дастрасии болоиқулфакии боз иҷрошударо оризаҳои зиёде ҳамроҳӣ менамояд, ки бо синдроми дард ва муҳлати нисбатан зиёдтари госпитализатсия тавсиф меёбад.

Солҳои охир муаллифон ҳангоми муолиҷаи ФР муҳаққиқон дар бораи иҷрои СГҚС-и яклаҳзаинаи дутарафа маълумот додаанд. Амалинамоии чунин амалиёт ба коҳиш додани хатари оризаҳои анестезиологӣ, инчунин таъсири мусоиди ба психикаи бемор равона шудааст, ки ҳангоми дар алоҳидагӣ иҷро намудани СГҚС ба ду баробар зиёд шудани муҳлати госпитализатсия ва сарфу харҷ барои муолиҷа алоқамандӣ дорад.

Мувофиқи таҳқиқоти экспериментали Л.А. Бокерия ва ҳаммуал. (2006) дар 8 саги

безоти ҳар ду ҷинс, симпатэктомияи билатералии гардану қафаси сина бо усули торакоскопӣ, дар ҳама ҳолатҳо амалиёт бе инкишофи ориза иҷро гардид [36].

Кузмичев В.А. ва ҳаммуал. (2010) истифодаи ТГС-ро дар иртибот бо осебрасонии зиёди амалиёти боз, инчунин тағйирёбии сохтори танаи симпатикӣ асоснок менамоянд, ки ҷудокунии он ҳангоми ба кор бурдани технологияи эндоскопии ҷарроҳи ба осонӣ даст медиҳад [37].

Шаповалов К.Г. ва ҳаммуал. (2008) зикр мекунанд, ки баъди иҷрои ТГС хеле баланд шудани ҳарорати пӯст ва нишондиҳандаҳои микрогардиш (ба 27%) ба назар мерасид. Инчунин муаллифон кам шудани тонуси миогении андоми ҷарроҳишудаи болоӣ (ба 29%), нишондиҳандаҳои шунтикунони (ба 31%)-ро дар натиҷаи хуб шудани гардиши хуни шарёнӣ мушоҳида намудаанд [38].

Миминошвили О.И. ва ҳаммуал. (2006) 118 ТГС-ро аз бобати иллатҳои окклюзионии иллатҳои рагии андомҳои поёнӣ иҷро намуда, ягон ҳодисаи инкишоф ёфтани оризаҳои муҳимро ба қайд нагирифтаанд, аз ин рӯ вусъат додани нишондодро ба иҷрои ин амалиёт зимни бемориҳои дигар низ тавсия медиҳанд [39].

Ҳамзамон, як зумра муаллифон ба ду марҳала ҷудо намудани ҷарроҳиро тавсия медиҳанд ва ин бо афзудани басомади оризаҳои дилу шушҳо ҳангоми СГҚС дар як вақт иҷрошуда алоқамандӣ дорад [15]. Охирин найчаҳои махсуси интубатсиониро бо вентилятсияи алоҳидаи шушҳо ТШГС тақозо менамояд [15]. Ҳамзамон, мувофиқи маълумотҳои дигар ВСГҚС-и дар як вақт иҷрошавандаи дутарафаро оризаҳои дохиличарроҳӣ ва баъдичарроҳӣ, бо натиҷаҳои хуби бевосита ҳамроҳӣ менамоянд [36].

Басомади такроршавии нишонаҳои клиникии вазоспазм дар мавриди гирифторони ФР, зимни марҳилаи дури баъдичарроҳӣ ҳангоми 5,2-24,1% патсиентҳо мушоҳида гардид. Д.Д. Султанов ва ҳаммуал. (2014) сабаби асосии инкишофи онро дар риоя нашудани реҷаи таъйиншудаи муолиҷа аз ҷониби беморон, инчунин қабул накардани даври зиддитакроршавии муолиҷаи ғайричарроҳӣ мебинанд [26]. Ҳамзамон В.А. Кузмичев ва ҳаммуал. (2010) риҷъати ишемияи панҷа ва ангуштонро бо хуруҷ кардани ихтилолоти нейрогуморалӣ ва фалаҷшавии рагҳои хурд алоқаманд медонанд [37].

Окклюзияи баъдиэмболии маҷрои дисталии шарён. Инсидоди шадиди камони сатҳӣ ва амиқи шарёни панҷа дар нақшаи муолиҷа аз ҷиҳати пешгӯйӣ яке аз номусоидҳо ба шумор меравад, ки асосан дар мавриди беморони мубтало ба беназмии дил, нуқсонҳои клапан ва синдроми нафасбарории қафаси сина ба назар мерасад. Бештар СГВ сабаби эмболияи маҷрои дисталии шарён маҳсуб меёбад, бо сабаби мазкур А.Д. Гаибов ва ҳаммуал. (2018) дар чунин ҳолат аввалан рад кардани мавҷудияти қабурғаи рудиментарии гардан, синдроми скаленус ва аневризми рагҳои асосиии андомҳои болоиро тавсия медиҳанд [20].

Инкишоф ёфтани окклюзияи сегменти дисталӣ боиси ишемияи шадиди вазнини ангуштону панҷаи даст ва баъдан инкишоф ёфтни ихтилолоти вазнини тағзиявӣ ё ампутатсияи ангуштон мегардад. Дар чунин ҳолатҳо муолиҷаи омехта - тромболизис бо тромбэктомияи аспиратсионӣ ва муолиҷаи ғайричарроҳӣ, тромбэктомияи аспиратсионӣ бо СГҚС ва муолиҷаи ғайричарроҳӣ, инчунин СГҚС дар якҷоягӣ бо муолиҷаи ғайричарроҳӣ, аз ҷумла тазриқи дохилишарёнии дору ба кор бурда мешавад [3, 4]. Рафту дар марҳалаи шадид бо сабабе раг баркарор нашавад, пас баъдан сабаби қарасони андом мегардад ё ишемияи вазнини музмин инкишоф меёбад [4, 6].

Самаранокии СГҚС ҳангоми окклюзияҳои пасазэмболӣ дар мавриди 52,1-94,3% патсиентҳо мушоҳида гардид ва ин пеш аз ҳама аз дараҷаи гардиши коллатериалии хуни панҷаҳо, инчунин фаъолияти роҳҳои маҷро вобастагӣ дорад [5]. Ҳамин тавр, таҳқиқи A. Raimbeauetal. (2021) исбот намуд, ки таъсири ғайримустақими СГҚС ҳангоми тромбоз ва окклюзияҳои баъдиэмболиии мавзеъгирии дисталӣ дар 72,4% беморон ба назар мерасад [8]. H. Coveliersetal. (2016) низ чунин маълумотҳоро зимни усули асосии муолиҷа - СГҚС-и ишемияи ша-

диди ангуштону панҷаи даст нишон доданд, ки самаранокии он 76,3%-ро ташкил медод.

Фазекаш М. ва ҳаммуал. (1995) иҷрои СГҚС-ро ҳангоми иллатҳои окклюзионии рагҳо калони андомҳои болоӣ тавсия медиҳанд, ки истифодаи он ба муаллифон барои муваффақ шудан ба натиҷаҳои хуб дар марҳалаи дур зимни 96,2% патсиентҳо даст додааст [13].

А. Андриевский ва А.А. Фокин (2004) дар давраи таҷрибаи сисолаи иҷрои ТШГС, дар беморони гирифтор ба иллатҳои рагҳои андомҳои болоӣ, маълумотҳои ҳаммонандро ҳосил намуданд. Онҳо дар марҳалаи дур натиҷаи устувори мусбати амалиётро дар 72,7% маризон ҳосил намуданд [12]. Аммо муаллифон як ҳодисаи марганҷомӣ ва ду ҳодисаи иллатнокшавии шушу шарёни байниқабурғавиро бо инкишоф ёфтани хунравии зиёд қайд кардаанд.

LevyI. etal. (1995) қайд мекунанд, ки СГҚС ҳангоми иллатҳои тӯлкашида ва интишорёфтаи шарёнҳои андомҳои болоӣ, қиёсан ба иллатҳои маҳдуди кӯтоҳ усули интихоб маҳсуб меёбад, ки резвакуляризатсияи эндоваскулярӣ ё боз чанд маротиба самараноктар аст [40].

Ерошкин А.А. ва Михайличенко В.Ю. (2014) дар муқоиса ба иллатҳои мусаддади рагҳои андомҳои болоӣ, натиҷаи беҳтарини ТГС-ро зимни беморӣ ва синдроми Р нишон медиҳанд. Бар пояи маълумоти муаллифон дар муҳлати гуногуни баъди ҷарроҳии десимпатизатсия зимни 21%-и ҳодисаҳо натиҷаи хуб, дар мавриди 51,4% қаноатбахш ва ҳангоми 22,5%-и маризон натиҷаи ғайриқаноатбахш ҳосил гардид. Аз ҷониби муаллифон зуд баъди ҷарроҳӣ афзудани перфузияи бофтаҳои андомҳои болоӣ, сатуратсияи оксиген ва таназзули нишонаҳои клиникии имшемия мушоҳида гардидааст [14].

Самаранокии симпатэктомияи гардану қафаси синагӣ (СГҚС) на танҳо аз дараҷаи инкишофи роҳҳои коллатериалии маҷрои хун, балки аз этиологияи иллатҳои дисталӣ низ вобастагӣ дорад. Ҳамин тавр, аксари сарчашмаҳо бемории Бюргерро ба сифати яке аз сабабҳои иллатҳои дисталии андомҳои болоӣ тасдиқ менамоянд [41-47]. Зимни бемории мазкур асосан иллат аз сатҳи панҷа ибтидо гирифта, ҳам ба самти проксималӣ ва ҳам дисталӣ идома меёбад. Иллати мазкур бештар дар мардҳои ҷавоне ба назар мерасад, ки одатҳои зарарнок, хусусан тамокукашӣ доранд [41-47]. Асосан ББ дар сокинони кишварҳои иқлими гармдошта, аз ҷумла Тоҷикистон дучор меояд ва басомади ин беморӣ дар Аврупо 0,5%-ро ташкил медиҳад [45, 47].

Маълумотҳои J.T. Lie (1989) дар давраи 40 сол (аз соли 1947 то 1986) аз он дарак медиҳанд, ки паҳншавии ББ аз 104 нафар ба сари ҳар 100 000 нафар аҳолӣ дар соли 1947 то 13 ҳодиса ба сари ҳар 100 0000 нафар ҳолӣ дар соли 1986 устуворона коҳиш (8 маротиба) ёфтааст. Аммо дар ин давра ҳиссаи занҳои гирифтор ба ББ 10 баробар зиёд шудааст ва он бо тамокукашии фаъолона алоқамандӣ дорад. Муаллиф бо сабаби бенатиҷа будани муолиҷаи амалишуда қайд мекунад, ки дар мавриди 75% занҳо ампутатсияи андомҳо иҷро гардид [46].

Таҳқиқоти клиникӣ-эпидемиологии амалишудаи Kimihiro Igari etal. (2016) нишон дод, ки иллатҳои рагии андомҳои болоӣ, инчунин кабудшавӣ, берангӣ ва қарасон дар 84% патсиентҳо ва флебити кӯчанда бошад, зимни 34% мушоҳида гардидааст. Ампутатсияи андомҳо дар мавриди 20% маризон иҷро ва зимни 56% патсиентҳо иллатҳои вазнини пародонт зоҳир карда шуд, ки сифати умри онҳоро ба таври дахлдор коҳиш дод [45].

C.A. Jimйnez-Paredes et al. (1998) зимни таҳқиқоти хеш нишон дод, ки 30% патсиентҳои гирифтор ба ББ ба таври иловагӣ нишонаи феномени Рейно дошта, 80% аз зуҳуроти клиникии ишемия дар зиёда аз як андом шикоят доштанд [42].

Бемории Бюргер, ки этиологияи он то имрӯз номаълум аст, бо иллатҳои сегментарии рагҳо ва тағйиротҳои вазнини барнагарданда ва инсидоди рагҳои хусусан маҷрои дисталӣ тавсиф меёбад. Дар иртибот ба ин нукта дар чунин иллатҳо имконияти ҷарроҳии реваскулязатсиякунанда маҳдуд аст, дар аксари ҳолатҳо неваскуляризатсия –

симпатэктомияи маҳдуд, муолиҷаи ҳуҷайравӣ, кӯчат кардани қабзаи чарби калон, шарёнкунонии системаи варидӣ ва остеотрепанатсия ба амал оварда мешавад [41]. Таҷрибаи бисёрсолаи иҷрои чунин амалиётҳо нишон дод, ки ҳамаи инҳо хусусияти паллиативӣ доранд ва дар зиёда аз нисфи беморон баъдан иҷрои ампутатсияи андомҳо зарур мешавад.

Самаранокии СГҚС дар муолиҷаи ББ, қиёсан ба шаклҳои дигари (феномени Рейно, иллатҳои атеросклерозӣ) иллат андак буда, дар аксари ҳолатҳо зарурати стимулятсияи иловагии ангиогенез ба амал меояд.

Ҳамин тавр, таҳқиқи AzmanAtesetal. (2006) ҳангоми муолиҷаи 344 беморе, ки аз бемории Бергер ранҷ мекашиданд, нишон дод, ки самаранокии вариантҳои мухталифи симпатэктомия дар назорати даҳсола 47% ташкил дода, ампутатсия бошад, дар 53% бемор амалӣ карда шудааст [47].

Тибқи маълумотҳои HassanTavakolietal. (2008) танҳо 2,0% патсиентҳо аз иллати рагҳои андомҳои болоӣ ва 6,6% бошанд аз ишемияи ҳам андомҳои болоӣ ва ҳам поёнӣ ранҷ мебурданд. Ампутатсияи андомҳо дар марҳилаи дур ҳангоми 35,9% маризон татбиқ гардид [44].

Зимни таҳқиқи дигари эпидемиологӣ аз ҷониби муҳаққиқони Эронӣ нишон дода шудааст, ки ампутатсияи хурду калон мутаносибан дар мавриди 50,2% ва 18,4% патсиентҳо зарур гардид. Ҳангоми 15,1% маризон ампутатсияи ҳам андомҳои болоӣ ва ҳам поёнӣ ба амал оварда шуд. Муаллифон қайд мекунанд, ки ташхису муолиҷаи бемории Бергер, ба монанди пешина, дар ҳамон навоҳие мушкилӣ эҷод мекунад, ки беморӣ хусусияти эпидемиологӣ дорад [43].

Tiziano De Giacomo et al. (2002) қайд мекунад, ки дар мавриди аз се ду ҳиссаи беморон иллати яктарафаи рагҳои андомҳои болоӣ ва зимни 73% марҳалаи ниҳоии ишемияи музмин ба назар мерасад. Дар ҳолати муҳлати назорати аз 3 то 71 моҳ, ишемияи торакоскопии амалишуда барои наҷот додани андомҳои ҳамаи беморон мусоидат намуд [48].

Ҳамин тавр, таҳлили адабиётҳо нишон доданд, ки самаранокии СГҚС ҳангоми муолиҷаи ББ хусусияти якранг надорад. Як гурӯҳ муаллифон натиҷабахшии баланди онро нишон медиҳанд, дигарон бошанд, тасдиқ мекунанд, ки иҷрои муолиҷаи иловагии ба стимулятсияи неоангиогенез равонашуда зарур аст.

Хулоса. Ҳамин тавр, баррасии маълумоти адабиётҳо нишон доданд, ки мушкилоти муолиҷаи беморони гирифтор ба иллатҳои дисталии рагҳои андомҳои болоӣ аз қарори қатъӣ канор мондаанд. Зуҳуроти клиникии ишемия ҳангоми иллатҳои дисталӣ на танҳо аз сабабҳои банд шудани рагҳо, балки аз дараҷаи хуруҷ кардани раванди патологӣ низ вобастагӣ дорад. Ақидаи муаллифон дар баробари муносибат ба муолиҷа гуногун аст. Яке ҷонибдори муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ, дигарон бошанд, усулҳои анъанавии реваскуляризатсияи мустақим ва ғайримустақимро ҷонибдорӣ менамоянд, гурӯҳи савум истифода технологияи ҷадиди камолоиши стимулятсияи неоангиогенезро афзалтар медонанд. Самаранокии симпатэктомия ҳангоми чунин иллатҳо то охир номаълум боқӣ мемонад.

АДАБИЁТ

1. Андриевских И.А. Многолетний опыт применения эндоскопической грудной симпатэктомии / И.А. Андриевских, А.А. Фокин // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2004. - Т. 10, № 2. - С. 99-104.

2. Видеоторакоскопическаясимпатэктомия / М. Фазекаш [и др.] // Хирургия. – 1995. – № 5. – С. 29-30.

3. Ерошкин А.А. Обоснование торакоскопической грудной симпатэктомии при лечении облитерирующих заболеваний верхних конечностей / А.А. Ерошкин, В.Ю. Михайличенко // Современная медицина: актуальные вопросы. - 2014. - № 35-36. - С. 27-33.

4. К вопросу о десимпатизации верхней конечности при феномене Рейно / Р. Рахматуллаев [и др.] // Вестник Авиценны. – 2018. – Т. 20, №1. – С. 113-119.

5. Калмыков Е.Л. К вопросу о поясничной симпатэктомии / Е.Л. Калмыков, И.А. Сучков, О.Н. Неьматзода // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2017. - Т. 23, № 4. - С. 181-185.

6. Комплексная диагностика и современные принципы лечения болезни Рейно / Д.М. Конунова [и др.]// Вестник педагогического университета. – 2015. - № 2-2. – С. 111-115.

7. Конунова Д.М. Сравнительная оценка открытой и торакоскопической селективной шейно-грудной симпатэктомии при болезни Рейно / Д.М. Конунова, О.Н. Садриев // Наука молодых (EruditioJuvenium). – 2014. - № 2. – С. 60-68.

8. Лобут О.А. Репаративная регенерация нервных волокон после симпатэктомии. Экспериментальное исследование / О.А. Лобут, Н.П. макарова, С.Ю. Медведева // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2005. – Т. 11, № 1. – С. 30-35.

9. Наш опыт торакоскопических операций на симпатической нервной системе / О.И. Миминошвили [и др.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. - 2006. - Т. 7, № 3. - С. 319-321.

10. Покровский А.В. Состояние сосудистой хирургии в Российской Федерации в 2018 году / А.В. Покровский, А.Л. Головюк // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2019. - Т. 25, № 2 (приложение). - С. 3-48.

11. Рахматуллаев Р. Первый опыт видеоторакоскопическойверхнегрудной симпатэктомии при феномене Рейно / Р. Рахматуллаев, Б.У. Абдувахидов // Вестник Авиценны. - 2017. - Т. 19, № 2. - С. 245-248.

12. Результаты лечения сосудистых осложнений синдрома верхней грудной апертуры / А.Д. Гаибов [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. - 2018. - Т. 11, № 6. - С. 52-57.

13. Риски, опасности и осложнения эндоскопической грудной симпатэктомии / О.И. Миминошвили [и др.] // Хирургия Украины. - 2010. - № 2 (34). - С. 095-100.

14. Роль согласительных документов в обеспечении качества и стандартизации ангиохирургической помощи / А.В. Покровский [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2007. - № 10. - С. 15-20.

15. Синдром верхней грудной апертуры / Д.Д. Султанов [и др.] // Вестник Авиценны. – 2014. - № 3. – С. 121-127.

16. Случай успешного эндоваскулярного лечения окклюзии левой подключичной артерии / О.Н. Садриев [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. – 2016. - № 4. – С. 85-89.

17. Султанов Д.Д. Реваскуляризация при дистальных поражениях артерий верхних конечностей / Д.Д. Султанов, Т.Н. Каримов // Вестник Авиценны. – 2012. - № 2. – С. 167-73.

18. Топографо-анатомическое обоснование торакоскопических вмеша тельств на грудном отделе симпатического ствола / В.А. Кузьмичев [и др.] // Анналы хирургии. - 2010. - № 6. - С. 41-46.

19. Торакоскопическая билатеральная шейно-грудная симпатэктомия (экспериментальное исследование / Л.А. Бокерия [и др.] // Анналы аритмологии. - 2006. - Т. 3, № 4. - С. 68-80.

20. Торакоскопическаясимпатэктомия в комплексном лечении пациентов с местной холодовой травмой верхних конечностей / К.Г. Шаповалов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2008. - Т. 14, № 4. - С. 58-60.

21. Хирургическое лечение синдрома верхней грудной апертуры / А.Д. Гаибов [и др.] // Вестник хирургии. – 2015. – Т. 174, № 1. – С. 78-83.

22. Хроническая критическая ишемия верхних конечностей / Д.Д. Султанов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2001. - Т. 7, № 2. - С. 15-22.

23. Шнитко С.Н. Болезнь Рейно: современные методы лечения / С.Н. Шнитко // Медицинский журнал. - 2019. - № 2 (68). - С. 32-42.

24. Ala-Kulju K. Use of omental pedicle for treatment of Buerger's disease affecting the upper extremities. A modified technique / K. Ala-Kulju, L. Virkkula // Vasa. – 1990. – Vol. 19, No 4. – P. 330-333.

25. Bell D. Predictors of outcome following endoscopic thoracic sympathectomy / D. Bell, J. Jedynak, R. Bell // ANZ J Surg. – 2014. – Vol. 84, No 1-2. – P. 68-72.

26. Buerger's disease at the 'San Juan De Dios' Hospital, Santa Fe De Bogota, Colombia / C.A. Jimйnez-Paredes [et al.] // Int J Cardiol. – 1998. – Vol. 66, Suppl 1. – P. S267-272.

27. Buerger's disease in the northeast of Iran: Epidemiology and clinical features / M.H. Modaghegh [et al.] // Vascular. – 2015. – Vol. 23, No 5. – P. 519-524.

28. Buerger's disease: a 10-year experience in Tehran, Iran / H. Tavakoli [et al.] // Clin Rheumatol. – 2008. – Vol. 27, No 3. – P. 369-371.

29. Critical acralischaemia leading to multiple finger amputation: side-effect of long-term (>30 cycles) pemetrexed maintenance treatment in a patient / N. Gupta [et al.] // Br J ClinPharmacol. – 2014. – Vol. 78, No 5. – P. 1167-1168.

30. Digital ischaemia aetiologies and mid-term follow-up: A cohort study of 323 patients / A. Raimbeau [et al.] // Medicine (Baltimore). – 2021. – Vol. 100, No 20. – P. e25659.

31. Drott C. Endoscopic procedures of the upper-thoracic sympathetic chain / C. Drott, G. Gцthberg, G. Claes // A review. Arch Surg. – 1993. – Vol. 128, No 2. – P. 237-241.

32. Electrophysiological evaluation of efficacy of clipping in thoracic sympathectomy: An experimental cadaveric study / H. Salci [et al.] // Turk GogusKalpDamarCerrahisiDerg. – 2020. – Vol. 28, No 4. – P. 669-673.

33. Endoscopic thoracic sympathectomy for upper limb ischemia. A 16 year follow-up in a single center / H. Coveliers [et al.] // Surgeon. – 2016. – Vol. 14, No 5. – P. 265-269.

34. Endovascular management of critical hand ischemia by 'palmar arch loop' technique / A. Singh [et al.] // Vascular. – 2021. – Vol. 29, No 4. – P. 597-605.

35. Igari K. The Epidemiologic and Clinical Findings of Patients with Buerger Disease / K. Igari, Y. Inoue, T. Iwai // Ann Vasc Surg. – 2016. – Vol. 30. – P. 263-269.

36. La sympathectomiethoracique haute par voiethoracoscopique / I. Levy [et al.] // Ann De Chirurgie. - 1995. – Vol. 49, N 9. – P. 858-862.

37. Lie J.T. The rise and fall and resurgence of thromboangiitis obliterans (Buerger's disease) / J.T. Lie // ActaPatholJpn. – 1989. – Vol. 39. No 3. – P. 153-158.

38. Near-infrared Intraoperative Imaging of Thoracic Sympathetic Nerves: From Preclinical Study to Clinical Trial / K. He [et al.] // Theranostics. – 2018. – Vol. 8, No 2. – P. 304-313.

39. One of the most frequent vascular diseases in northeastern of Turkey: Thromboangiitis obliterans or Buerger's disease (experience with 344 cases) / A. Ates [et al.] // Int J Cardiol. – 2006. – Vol. 111, No 1. – P. 147-153.

40. Stelzner C. Digital necrosis in a patient with atherosclerosis: also a paraneoplasia? / C. Stelzner, F. Zimmermann, S.M. Schellong // Dtsch Med Wochenschr. – 2012. – Vol. 137, No 15. – P. 780-784.

41. The effect of thoracosopic thoracic sympathetomy on pulmonary function and bronchial hyperresponsiveness / Y.D. Kim [et al.] // J Asthma. – 2009. – Vol. 46, No 3. – P.276-279.

42. The safety and feasibility of intraoperative near-infrared fluorescence imaging with indocyanine green in thoracoscopic sympathectomy for primary palmar hyperhidrosis / G. Pei [et al.] // Thorac Cancer. – 2020. – Vol. 11, No 4. – P. 943-949.

43. Thoracic sympathectomy for digital ischemia: a summary of evidence / H.M. Coveliers [et al.] // J Vasc Surg. – 2011. – Vol. 54, No 1. – P. 273-277.

44. Thoracic sympathectomy for upper extremity ischemia / F. Hoexum [et al.] // Minerva Cardioangiol. – 2016. – Vol. 64, No 6. – P. 676-685.

45. Thoracoscopic sympathectomy for symptomatic arterial obstruction of the upper extremities / T. De Giacomo [et al.] // Ann Thorac Surg. – 2002. – Vol. 74, No 3. – P. 885-888.

46. Treatment of resistant Raynaud's phenomenon with single-port thoracoscopicsympathicotomy: a novel minimally invasive endoscopic technique / A.M. van Roon [et al.] // Rheumatology (Oxford). – 2020. – Vol. 59, No 5. – P. 1021-1025.

47. Wahl U. Focus on the Hand - an Interface Between Surgery and Vascular Medicine / U. Wahl, A. Klemenz, T. Hirsch // ZentralblChir. – 2018. – Vol. 143, No 5. – P. 533-542.

48. Warkentin T.E. Microvascular Thrombosis and Ischaemic Limb Losses in Critically Ill Patients / T.E. Warkentin // Hamostaseologie. – 2019. – Vol. 39, No 1. – P. 6-19.

РОЛЬ ШЕЙНО-ГРУДНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сайдалиев Ф.ДЖ.

Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино"

В материале на основе обзора литературы, посвященной теме, рассматривается значение и эффективность шейно-грудной симпатэктомии в лечении больных страдающих от хронической и острой ишемии верхних конечностей. Несмотря на достижения в лечении ишемии верхних конечностей, из-за малого размера периферических артерий проведение восстановительных хирургических операций не представляется возможным. В такой ситуации одним из основных способов его лечения является симпатэктомия.

В то же время, на сегодняшний день нет единого международного документа либо инструкции по применению симпатэктомии при хронической и острой ишемии верхних конечностей, где были бы полностью установлены рекомендации по выполнению данного действия. По этой причине проведение научных исследований с охватом большого количества больных и применением современных способов диагностики имеет научно-практическое значение.

Ключевые слова: симпатэктомия, хроническая ишемия, периферические артерии, верхные конечности.

THE ROLE OF CERVICOTHORACIC SYMPATECTOMY IN THE TREATMENT OF UPPER LIMB ISCHEMIA

Saidaliev F.

SEI "Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino", Department of Surgical Diseases №2 named after Academician N.U. Usmanov

The material, based on a review of the literature on the topic, discusses the significance and effectiveness of cervicothoracic sympathectomy in the treatment of patients suffering from chronic and acute ischemia of the upper limbs. Despite advances in the treatment of upper limb ischemia, due to the small size of the peripheral arteries, reconstructive surgery is not possible. In such a situation, one of the main ways to treat it is sympathectomy.

At the same time, today there is no single international document or instruction on the use of sympathectomy in chronic and acute ischemia of the upper extremities, where recommendations for this action would be fully established. For this reason, conducting scientific research covering a large number of patients and using modern diagnostic methods is of scientific and practical importance.

Key words: sympathectomy, chronic ischemia, peripheral arteries, upper limbs.

Сайдалиев Ф.Ҷ. *– аспиранти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Н.У. Усманов, МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", Тел: 988 65 65 63*

Сайдалиев Ф.ДЖ.*– аспирант кафедры хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино", Тел: 988 65 65 63*

Saidaliev F. J. – *Postgraduate student of the Department of Surgical Diseases №2 named after Academician N.U. Usmanov, State Educational Institution "Tajik State Medical University named after Abualiibn Sino", Тел: 988 65 65 63*

ҒАЙРИТИББӢ

ШИДДАТНОКИИ ТРАНСПИРАТСИЯ ВА ҚОБИЛИЯТИ ОБНИГОҲДОРИИ БАРГҲОИ КАРТОШКА ДАР ШАРОИТИ ТОҶИКИСТОН ҶАНУБӢ

Гулов М.Қ.
Кафедраи биохимияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Муҳиммият. Мубодилаи об яке аз ҷараёнҳои муҳими ташаккулёбии ҳосилнокии растаниҳо ба шумор меравад. Мубодилаи об танзимкунандаи асосии гомеостаз дар ҳуҷайраи растанӣ ҳисобида мешавад, ки омилҳои асосии он шиддатнокии транспиратсия ва қобилияти обнигоҳдории барги растанӣ мебошанд. Мувофиқи назарияи олимон [1,2] мубодилаи об дар таъсири байниҳамдигарии растанӣ бо дигар омилҳои акроэкологиии муҳитнақши муҳимро иҷро мекунад. Мавҷудияти об дар узвҳои гуногуни растанӣ барои муътадил гузаштани ҷараёнҳои биохимиявӣ ва физиологӣ дар бофтаҳо имконият медиҳад[1]. Асоси мувозинати обро дар растаниҳои сабз шидатнокии транспиратсия ташкил медиҳад, ки нишондиҳандаи муҳими дараҷаи обтаъминкунии растаниҳо ба шумор меравад. Шиддатнокии транспиратсия аз омилҳои агроэкологии муҳити атроф ба монанди: ҳарорати ҳаво, намнокии хок, қувваи шамол, шиддатнокии нури офтоб, хушкӣ ва аз сохти анатомии барг, фаъолият ва масоҳати масомаҳо, давраҳои сабзиши растанӣ ва ғайраҳо вобастагӣ дорад [3]. Чи тавре ки нишон дода шудааст, аз рӯи дараҷаи пастшавии ниҳоии шиддати транспиратсияи растанӣ дар онтогенез суръати реаксияи ҳар навъи растанӣ ва асосҳои танзими нестшавии об бо баландшавии хушкӣ аз аввали баҳор то охири тобистон муайян карда мешавад [4].

Як қатор олимон шиддатнокии транспиратсияи бодоми ширинро дар шароити Ҷанубии Қирғизистон омӯхта, ба хулосае омаданд, ки шиддатнокии транспиратсия дар давоми рӯз дорои як қулла ва баъзан ду қулла, ки онҳо ба соатҳои 11-12 ва 14- 16 мутаносибан рост меоянд, муайян гардидааст[4,5,6].

Умуман, шиддатнокии транспиратсия дар давоми рӯз ба ҳарорати ҳаво дар давоми рӯз мутаносиби роста буда, ба тағйирёбии нисбии намии ҳаво дар давоми рӯз мутаносиби чаппа аст.

Тағйирёбии шиддати транспиратсия дар навъҳои гуногуни картошка аз рӯи хусусиятҳои навъӣ зоҳир мегардад. Қобилияти обнигоҳдории барг бо таносуби шаклҳои об дар барг, суръати транспиратсия ва ҳолати коллоидҳо дар ситоплазма алоқаи зич дорад. Чӣ қадаре, ки дар вақти муайян об аз барг зиёд бухор шавад, ҳамон қадар қобилияти обнигоҳдории барг паст мешавад [7].

Бояд қайд кард, ки шиддатнокии транспиратсия ва қобилияти обнигоҳдории барги растанӣ ба монанди дигар нишонаҳои сифатӣ ва миқдории организми растаниҳо хусусияти генетикии муайян дошта, хусусиятҳои фенотипии онҳо вобаста аз тасири байниҳамдигарии генотипҳо ва аз як қатор омилҳои эндогенӣ ва экзогенӣ вобастагӣ доранд. Вобаста аз шароитҳои обтаъминкунии мавзеъҳои иқлимашон гуногун олимон навъҳои нави растаниро ба даст меоранд, ки шиддатнокии баланди транспиратсионӣ дошта, ба баланд шудани маҳсулнокии растаниҳо мусоидат менамоянд. Муайян карда шудааст, ки надонистани хусусияти муайяни генетикии транспиратсияи зироатҳои кишоварзӣ ҳар сол қариб боиси кам гаштани 25% ҳосилнокӣ мегардад [8,9,10].

Бинобар ин солҳои охир дар таҳқиқотҳои физиологҳо, биохимикҳо ва селексионерон омӯзиши ҷараёнҳои мубодилаи об, транспиратсия ва қобилияти обнигоҳдории барги растаниҳо дар шароитҳои иқлими тағйирёбандаи Ҷумҳурии Тоҷикистон аҳамияти амалӣ дорад.

Мақсади таҳқиқот: Омӯзиши шиддатнокии транспиратсия ва қобилияти обнигоҳдории баргҳои растании картошка дар ша-

роити гарми ноҳияи Хуросони Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошад.

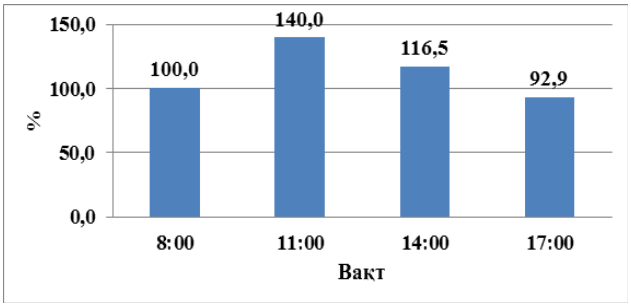
Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқот лӯндаҳои 5 навъи картошкаи (*Solanum tuberosum* L.), (АН-1, Тоҷикистон, Рашт, Файзобод, Нилуфар) аз Институти ботаника, физиология ва генетикаи растании Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон истифода шудааст. Таҷрибаҳо дар шароити иқлими гарми ноҳияи Хуросон гузаронида шуд (дар баландии 550 м аз сатҳи баҳр). Навъҳои картошкаро дар қитъаи таҷрибавӣ дар асоси агротехникаи доир ба ҳамин ноҳия қабулшуда парвариш ёфтаанд. Шиддатнокии транспиратсияи навъҳои гунонуни картошка бо усули зуд баркашӣ [11] дар тарозӯи тарсионӣ (ВТ-1000) ва бо мг/г.соат ҳисоб карда шудааст. Ченкунии асосии транспиратсия ва қобилияти нигоҳдории об дар баргҳои навъҳои картошка аз соати 8-и пагоҳӣ то соати 17 бегоҳӣ баъд аз ҳар се соат дар ҳамаи давраҳои сабзиши растанӣ гузаронида шуда аст. Ҳангоми ченкунии шиддатнокии транспиратсия ва қобилияти обнигоҳдории барги картошка ҳарорати ҳаво аз 20 то 35^{0}С-ро ташкил намуд. Коркарди омории натиҷаҳо аз рӯи дастури [12] ва бо истифодаи программаи компютерии *Microsoft Excel* 2007 гузаронида шуда аст.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Таҳқиқотҳои илмӣ нишон доданд, ки шиддатнокии транспиратсия дар навъҳои гуногуни картошка дар давраҳои сабзиши растанӣ ва дар давоми рӯз вобаста аз асосҳои ирсӣ ва аз ҳарорати ҳаво тағйирёбанда мебошад. Бузургии шиддатнокии транспиратсия ба ҳисоби миёна дар ҳамаи навъҳои картошка дар давоми рӯз тағйир меёбад (ҷадвали1). Нишондиҳандаи аз ҳама баланди шидатнокии транспиратсия ба ҳисоби миёна дар ҳамаи навъҳои картошка дар давраи муғҷабандӣ дар ҳарорати ниҳоят баланди рӯз (аз соати 11:00 то соати 14:00)(1,19 -0,99 мг/г.соат) вале шидатнокии пасти транспиратсия дар бегоҳӣ (соати 17:00)(0,79мг/г.соат) мушоҳида карда шуд.

Ҷадвали1-Бузургии миёнаи шиддатнокии транспиратсия дар навъҳои картошка дар давраҳои сабзиши растанӣ, мг/г.соат.

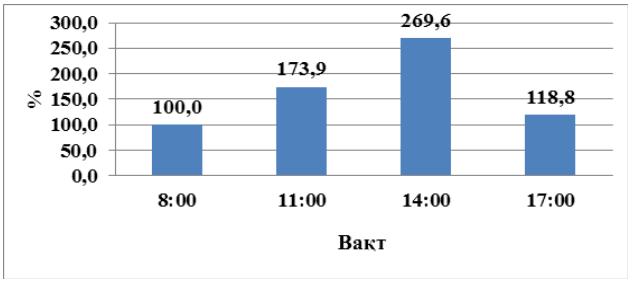
	Давраҳои сабзиши картошка:		
Вақт	**Муғҷабандӣ**	**Гулкунӣ**	**Лӯндаҳосилкунӣ**
8:00	**0,85**	**0,69**	**086**
11:00	**1,19**	**1,2**	**1,28**
14:00	**0,99**	**1,86**	**1,77**
17:00	**0,79**	**0,82**	**0,66**

Агар дараҷаи шиддатнокии транспиратсия дар соати 8:00–и пагоҳӣ 100%-ро ташкил диҳад, пас ин нишондод дар соати 11:00 ба 140%; дар соати 14:00 -116,5% ва дар соати 17:00 - 92% -ро ташкил медиҳад (расми 1).



Расми 1- Шиддатнокии транспиратсияи навъҳои картошка дар давоми рӯз дар давраи муғҷабандӣ, %

Аз ҷадвали 1 дида мешавад, ки шиддатнокии транспиратсия дар давраи гулкунӣ аз соати 8:00 пагоҳӣ то соати 14:00 мунтазам баланд мешавад, вале дар соати 17:00 паст мегардад. Яъне нуқтаи ниҳоии шиддатнокии транспиратсия ба соати 14:00 рост меояд, ки ин 1,86 мг/г.соатро ташкил медиҳад.



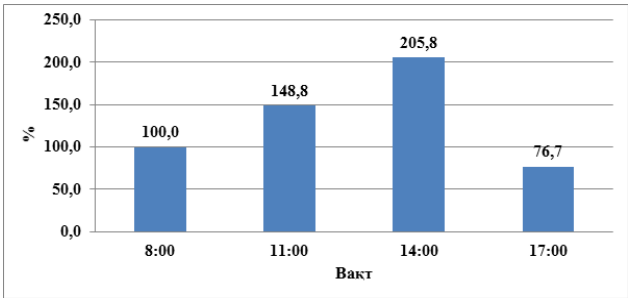
Расми 2 - Шиддатнокии транспиратсияи навъҳои картошка дар давоми рӯз дар давраи гулкунӣ, %

Дараҷаи шиддатнокии транспиратсия дар давраи гулкунӣ дар соати 8:00–и пагоҳӣ 100%-ро ташкил диҳад, ин нишондод соати 11:00 ба 174%; дар соати 14:00 -269,6%, дар соати 17:00 – 118,8 % -ро ташкил медиҳад (расми 2). Бояд қайд намуд, ки дар давраи гулкунӣ дар ҳамаи навъҳои картошка шиддатнокии транспиратсия вобаста аз ҳарорати ҳаво дар давоми рӯз бо таври динамикӣ тағйир меёбад. Дараҷаи баланди шиддатнокии транспиратсия дар ними рӯз (соатҳои 12:00 то 16:00) мушоҳида карда мешавад. Шиддатнокии транспиратсия ҳамчун ҷараёни физиологӣ асосан аз хусусиятҳои ирсӣ, морфологӣ, физиологии навъҳои картошка ва аз ҳарорати ҳаво дар давоми рӯз вобастагӣ дорад.

Дар давраи лӯндаҳосилкунии навъҳои картошка нишондоди баланди шиддатнокии транспиратсия дар ними рӯз (соати 14:00) ва шидатнокии пасти транспиратсия дар бегоҳӣ (соати 17:00) мушоҳида карда шуд(-ҷадвали 1).Дараҷаи шиддатнокии транспиратсия дар давраи лундаҳосилкунӣ дар соати 8:00–и пагоҳи 100%-ро ташкил диҳад, ин нишондод соати 11:00 ба 148,8%; дар соати 14:00 -205,8%, дар соати 17:00 – 76,7 % -ро ташкил медиҳад (расми 3).

Ҳамин тавр нишондиҳандаи баланди шидатнокии транспиратсия дар ҳарорати гармии баланди рӯз (соати 14:00 -2,50 мг/г.соат), вале нишондиҳандаи аз ҳама паст дар бегоҳӣ (соати17:00 - 0,48 мг/г. соат) мушоҳида карда шуд. Қайд кардан зарур аст, транспиратсия асосан дар нимаи рӯз (аз соатҳои 12:00 то 16:00) бо шиддатнокии ниҳоят баланд мегузарад.

Қобилияти обнигоҳдории барги картошка яке аз аломатҳои асосии мубодилаи об дар ҷараёни инкишофи растанӣ мебошад. Қобилияти обнигоҳдории барги навъҳои картошка вобаста аз давраи сабзиш ва аз ҳарорати ҳаво дар давоми рӯз тағйир меёбад (ҷадвали 2). Аз ҷадвали 2 дида мешавад, ки нишондиҳандаи аз ҳама баланди қобилияти обнигоҳдории барги навъҳои картошка ба ҳисоби миёна дар давраи муғчабандӣ дар бегоҳӣ (соати 17:00) мушоҳида шудааст, ки 74,6%-ро ташкил медиҳад, аммо воҳиди аз ҳама пасти ин нишона қариби нимаи рӯз (соати 11:00) мушоҳида карда шудааст, ки 46,5%-ро ташкил медиҳад.



Расми 3- Шиддатнокии транспиратсияи навъҳои картошка дар давоми рӯз дар давраи лӯндаҳосилкунӣ, %

Ҷадвали 2-Қобилияти обнигоҳдории баргҳои навъҳои картошка дар давоми рӯз дар давраҳои сабзиши растанӣ, %.

	Давраҳои сабзиши картошка:		
Вақт	**Муғчабандӣ**	**Гулкунӣ**	**Лӯндаҳосилкунӣ**
8:00	**67,8**	**70,81**	**54,6**
11:00	**46,5**	**32,62**	**25,15**
14:00	**64,5**	**49,32**	**23,79**
17:00	**74,6**	**74,56**	**69,31**

Бузургии қобилияти обнигоҳдории барги навъҳои картошка пагоҳии рӯз (8:00) ва нимаи рӯз (14:00) қариб як хел мебошад ва мутаносибан ба 67,8 ва 64,5% баробар аст. Ин нишона дар соатҳои 8:00 то 11:00 якбора ба 21,3% паст гашта, вале аз соати 11:00 сар карда то соати 14:00 ба 18% баланд мегардад, аммо то соати 17:00 ба 28,1% баланд мешавад. Яъне қобилияти обнигоҳдории барги навъҳои картошка аз соати 8:00 пагоҳӣ сар карда то соати 11:00 паст шуда, аз соати 11:00 то соати 17:00 бо тадриҷ баланд мешавад. Бузургии баланди қобилияти обнигоҳдории барги картошка дар давраи гулкунӣ ба ҳисоби миёна дар охири рӯз(соати 17:00) мушоҳида карда шудааст,

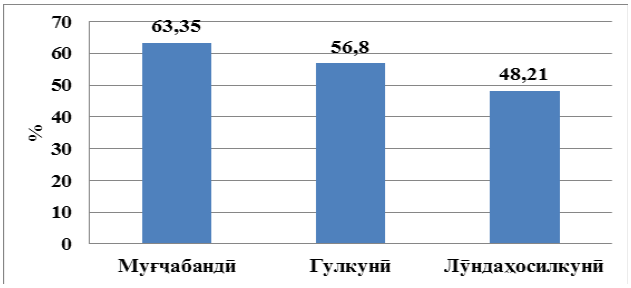
ки 74,6%-ро ташкил медиҳад. Бузургии аз ҳама пасти ин нишона бошад дар соати 11:00 мушоҳида карда шудааст, ки 32,62%-ро ташкил медиҳад. Воҳидҳои ин нишона дар барги навъҳои картошка пагоҳӣ (соати 8:00) ва бегоҳирӯзӣ (соати17:00) қариб як хел буда, мутаносибан ба 70,81 ва 74,56% баробаранд (ҷадвали 2). Яъне нишонаи мазкур аз соати 8:00 то соати 11:00 якбора ба 38,19% кам мешавад, вале аз соати 11:00 сар карда то соати 14:00 ба 16,7%, аммо то соати 17:00 ба 41,94% баробар мешавад.

Қобилияти баланди обнигоҳдории баргҳои картошка дар давраи лӯндаҳосилкунӣ ба ҳисоби миёна дар охири рӯз (соати 17:00) мушоҳида карда шудааст, ки 69,31%-ро ташкил медиҳад. Нишондоди аз ҳама хурди ин нишона дар соати 14:00 мушоҳида карда шудааст, ки 23,79%-ро ташкил медиҳад. Нишондиҳандаи ин нишона дар барги навъҳои картошка дар соатҳои 11:00 ва нимаи рӯз (14:00) қариб як хела мебошанд ва мутаносибан ба 25,15 ва 23,79% баробар мешаванд (ҷадвали 2).

Қобилияти обнигоҳдории баргҳои картошка аз соати 8:00 то соати 11:00 ниҳоят кам гашта (29,45%), вале аз соати 11:00 то соати 17:00 ба 44,16% зиёд мегардад. Бояд қайд кард, ки қобилияти обнигоҳдори барги навъҳои картошка хусусияти генетикӣ дошта, аз соати 8:00 то соати 17:00 тағйир меёбад. Яъне аз соати 8:00 то соати 11:00 дар ҳамаи навъҳои растанӣ ин нишона паст шуда, аз соати 11:00 то 17:00 баланд мешавад. Тағйирёбии бузургии ин нишона дар давоми рӯз аз хусусиятҳои генетики навъҳои картошка вобастагӣ дорад (ҷадвали 2).

Қобилияти обнигоҳдории барги навъҳои картошка аз давраи муғҷабандӣ сар карда то давраи лӯндаҳосилкунӣ паст мешавад (расми4). Нишондиҳандаи баланди ин нишона дар давраи муғҷабандӣ мушоҳида карда мешавад, ки он ба 63,35% баробар аст. Ин бузургӣ дар давраи лӯндаҳосилкунии картошка хело кам мушоҳида карда мешавад, ки 48,21%-ро ташкил медиҳад. Ин ҳодиса аз он шаҳодат медиҳад, ки дар давраи муғҷабандӣ ва гулкунии растанӣ баргҳо нисбатан ҷавонанд ва қобилияти обнигоҳдории онҳо баланд аст, вале бо мурури пиршавии растанӣ қобилияти обнигоҳдории барги растаниҳо хело суст мегардад.

Хулоса. Таҳқиқотҳои илмии дар шароити иқлими гарми ноҳияи Хуросон гузаронидашуда нишон доданд, ки нишондиҳандаи баланди шиддатнокии транспиратсия дар ҳарорати гармии нимаи рӯз (соати 14:00) ба 2,54 мг/г.соат) баробар аст. Аммо нишондиҳандаи аз ҳама паст бегоҳӣ (соати 17:00) мушоҳида карда мешавад, ки он 0,48 мг/г. соат-ро ташкил медҳад. Транспиратсия асосан дар нимаи рӯз (аз соатҳои 12:00 то 16:00) бо шиддатнокии ниҳоят баланд мегузарад. Дар шароити иқлими гарм қобилияти обнигоҳдории барги навъҳои картошка ҳамчун нишонаи ирсӣ дар охири рӯз пурзур мегардад. Ин ҳодиса аз таъсири баланди ҳарорати ҳаво дар давоми рӯз ва аз хусусиятҳои генотипии навъҳои картошка вобастагии калон дорад.



Расми 4-Қобилияти обнигоҳдории барги навъҳои картошка дар давраҳои сабзиши растанӣ, %

АДАБИЁТ

1. Амосова И.Б. Интенсивность транспирации березы повислой в условиях северной и средней подзоны тайги //Экологические проблемы севера: межвуз. сб. научных трудов. – Арх-к: изд-во АГТУ, 2009. – Вып. 12.– С.21–24.

2. Болотова А.С., Шалпыков К.Т. Интенсивность транспирации интродуцированных сортов сладкого миндаля на богарах Южного Кыргызстана // Universum: Химия и биология : электрон.научн. журн. 2016. № 1-2 (20). URL: http://7universum.com/ru/nature/archive/item/2906

3. Бохирова М.К. Гиясидинов Б.Б., Эргашев, А. Ниязмухамедова М.Б., Хакимова Р.Ш., Солиева Б.А., Абдуллаев Х.А., Транспирация листа при дефолиации куста хлопчатника. Доклады академии наук республики Таджикистан 2016, том 59, №5-6, с.259-262

4. Долотбаков А.К. Биология и экология различных сортов и гибридов топинамбура (Hellianthus tuberosus), интродуцированных в Кыргызской республике // Журнал «Мир науки» 1-ый междун. конгресс студентов и молодых ученых. – Алматы, 2007. – С. 19–20.

5. Доспехов Б. А. Методика полевого опыта. - М: Колос, 1985. 368 с.

6. Жолкевич В.Н.,Чугунова Т.В., Королев А.В.Роль метаболических процессов в нагнетающей деятельности корня // Водный режим сельскохозяйственных растений. Кишинев, 1989.С. 12-16.

7. Иванов, Л.А. О методе быстрого взвешивания для определения транспирации в естественных условиях / Л.А. Иванов, А.А. Силина, Ю.Л. Цельникер // Ботанический журнал. – 1950. -Т. 35. - № 2. - С.185-191

8. Рахманина К.П. Водный режим растений основных типов растительности Западного Памиро-Алая: Авт.дисс…д.б.н. – Свердловск, 1981, 48 с.

9. Рахманина К.П., Молотковский Ю.И. Сравнительный эколого-физиологический анализ водообмена растений флороценотипов Таджикистана.//Доклады АН РТ. Дониш Душанбе. - 1996. - с.71-82.

10. Холов Ф. Ш. Водообмен и продуктивность растений картофеля в условиях Гиссарской долины Таджикистана Автореф.дисс. канд.биол.наук, Душанбе, 2003.

11. Эргашев, А.Влияние климатообразующих факторов на водообмен листьев пшеницы/ А. Эргашев, А. Абдуллаев, К. Иброхимов, Ю. Кобилов // Доклады АН РТ. – 2011. –Т. 54. - №7. -С.576-582.

12. Yamaguchi-Shinozaki, K. Transcriptional regulatory networks in cellular responses and tolerance to dehydration and cold stresses / K. Yamaguchi-Shinozaki, K. Shinozaki //. Annu. Rev. Plant. Biol. - 2006. – v. 57. – P. 781-803.

ИНТЕНСИВНОСТЬ ТРАНСПИРАЦИИ И ВОДОУДЕРЖИВАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ ЛИСТЬЕВ КАРТОФЕЛЯ В УСЛОВИЯХ ЮГА ТАДЖИКИСТАНА

Гулов М.К.

Кафедра биохимии (зав. кафедрой к.х.н. доцент Махсудова М.С.)

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино»

В предлагаемой статье представлена изучение параметров водного гомэостаза сортообразцов картофеля в условиях температурного стрессорного фактора. Определено, что ход интенсивность транспирации сортообразцов картофеля зависит от изменения температуры воздуха. Поэтому самый высокий показатель данного признака наблюдается в жаркий период дня (14:00 час -2,50 мг/г.час), а самый низкий – в вечернее время (17:00 час-0,48 мг/г.час). Показано, что в условиях жаркого климата в вечерние часы водоудерживающая способность сортообразцов картофеля, как генетический признак усиливается, и это явление во многом связано с влиянием высокой температуры воздуха в течение дня и генотипической особенности сортообразцов картофеля.

Ключевые слова: картофель, интенсивность транспирация, водоудерживающая способность листьев, сортообразцов картофеля, высокая температура.

INTENSITY TRANSPIRATION AND WATER-HOLDING CAPACITY OF POTATO LEAVES IN CONDITIONS OF SOUTH TAJIKISTAN.

Gulov M. K.
Department of Biochemistry (Head of the department Ph.D. Associate Professor Makhsudova M,C.) GOU TGMU by the name Abuali ibni Sino.

This article presents the study of the parameters of water homeostasis of potato cultivars under conditions of a temperature stress factor. It was determined that the course of the transpiration rate of potato varieties depends on changes in air temperature. Therefore, the highest indicator of this trait is observed in the hot period of the day (14:00 hour -2.50 mg /g. hour), and the lowest - in the evening (17:00 hour-0.48 mg /g. hour). It is shown that in hot climates in the evening hours, the water-retention capacity of potato varieties as a genetic trait is enhanced, and this phenomenon is largely associated with the influence of high air temperature during the day and the genotypic characteristics of potato varieties.

Key words: potato, intensity of transpiration, water retention capacity of leaves, potato varieties, high temperature.

Гулов Маҳмалӣ Қодирович, *номзади илмҳои биология, дотсенти кафедраи биохимияи МДТ ДДТТба номи Абӯалӣ ибниСино.Tel: (992) 919-63-22-85. E- mail: Gulov60 @inbox.ru*

Гулов Махмали Кодирович*, к.б.н. доцент кафедры биохимии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибнСино. Tel: (992) 919-63-22-85. E- mail: Gulov60 @inbox.ru*

Gulov Makhmali Kodirovich, *Ph.D. Biological science, docent of Department of biochemistry TGMU by name Abuali ibn Sino.Tel: (992) 919-63-22-85. E- mail: Gulov60 @inbox.ru, Republic of Tajikistan, Dushanbe, 139, Rudaki avenue.*

ФАУНА, БИОЛОГИЯ ВА ЭКОЛОГИЯИ КОКСИДИОЗИ ҲАЙВОНОТ (ЭЙМЕРИОЗ) ДАР ШАРОИТИ ГУНОГУНИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Разиков Ш.Ш., Холбегов М.Ё., Умарова О.У., Парвинаи З.
Кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетикаи (мудири кафедра д.и.б., дотсент Холбегов М.Ё) МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муҳимият. Яке аз масъалаҳои мубрами паразитология омӯзиши фауна, биология ва экологияи муфтхӯрҳо (паразитҳо) мебошад. Дар робита ба ин омӯзиши таркиб ва даври инкишофи муфтхӯрҳо дар узвҳо ва бофтаҳои гуногуни организми хуҷаини онҳо (одам ва ҳайвонот) мушкилии ба худ хос дорад.

Дар Тоҷикистон чорводорӣ яке аз соҳаҳои пешбарандаи соҳаи кишоварзӣ ба ҳисоб меравад, мушкилоти таъсири намудҳои коксидҳо ба ҳайвоноти хонагӣ ва хоҷагӣ масъалаи ҳалношудаи мубрами рӯз ба ҳисоб меравад. То ба имрӯз дар соҳаи чорводорӣ дар умум пешгирӣ аз паҳншавии коксидияҳо дар минтақаҳои гуногуни ҷумҳурӣ ва экосистемаҳои он; маълумот дар бораи зоти ҳайвонот ва таъсири коксидҳо ба он; зинда мондани коксидҳо дар муҳити гуногуни экологию ҷуғрофӣ; таҳия нашудани усули табобат; динамикаи пайдоиши мавсимии коксидҳо; синни соли чорвои мубталои он шаванда ва пешгирии ҳайвонотҳои хонагии маҳсулоти кишоварзидиҳанда (гушт, шир, пашм, пӯст) аз таъсири коксидҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳия карда нашудаанд.

Яке аз вазифаҳои асосии соҳаи кишоварзии Тоҷикистон минбаъд зиёд кардани миқдори ҳайвоноти хонагӣ, афзоиши самаранокии ҳайвонот, муҳофизати боэътимоди ҳайвонот аз бемориҳои сироятӣ ва паразитӣ, аз ҷумла коксидиоз (бемориҳое, ки барангезандаи онҳо коксидҳо) мебошад. Ин бемориҳо дар минтақаҳои гуногуни экологӣ ва ҷуғрофии Ҷумҳурии Тоҷикистон васеъ

паҳн шудаанд ва сабаби рушд ва инкишоф накардани чорводорӣ дар хоҷагиҳои гуногун, ки ба парвариши ҳайвонот сару кор доранд, мушоҳида мешавад. Пешгирӣ накардан аз паҳншавии бемориҳои сироятӣ афзоиши истеҳсоли маҳсулоти чорворо суст мекунад. Аз сабаби мавҷуд набудани банақшагирии илмӣ ва чорабиҳои табобатию пешгирикунанда дар шароитҳои гуногуни экологии ҷумҳурӣ мушкилот боқи мемонад.

Набудани маълумоти пурра дар бораи намудҳои гуногуни коксидҳои ҳайвони калони шохдор, ҷойгиршавии онҳо дар минтақаҳои гуногуни табиию ҷуғрофии ҷумҳурӣ, синну сол ва мавсимии будани сироятшавии ҳайвонот, муҳлатҳои инкишофи коксидҳо дар муҳити беруна, дигар махсусиятҳои биологӣ ва экологии онҳо, системаи аз ҷиҳати илмӣ асосёфта оид ба мубориза бо ин намуди бемориҳо муҳимияти омӯзишии ин масъаларо дар Тоҷикистони марказӣ нишон медиҳад.

Дар рӯи олам тақрибан 1,5 млн. намуди ҳайвоноти зинда ба қайд гирифта шудааст, ки аз онҳо наздикии 6,0% шакли ҳаёти муфтхуриро пайдо кардаанд. Тахминан 90000 намудҳои гуногуни муфтхӯрҳо дар организми ҳайвонот ва одам ба қайд гирифта шудаанд. Аз байни онҳо бемориҳое, ки намояндагони соддатаринҳо ба амал меоранд (бемориҳои протозойи) дар ҳайвонот умуман нобаробар ҷойгирифтаанд. Онҳо дар дилхоҳ шароити ҳаёт метавонанд пайдо шаванд ва ба рушду инкишофи ҳайвоноти гуногун таъсир расонанд.

Коксидҳо ё худ эймерияҳо як гурӯҳи калони ҳайвоноте мебошанд, ки ба типпи соддатаринҳо дохил шуда намудҳои гуногун доранд ва ба тарзи ҳаётӣ муфтхӯрӣ мутобиқ гардидаанд. Онҳо барангезандагони бемориҳои гуногуни сироятӣ дар ҳашаротҳо, обихокиҳо, хазандагон, паррандагон, ҳайвоноти хонагӣ ва ваҳшӣ мебошанд. Даври ҳаётии онҳо гуногун буда дар шакли тухм, систа ва болиғ метавонанд дар макони зист, таркиби ғизо ва оби нушокӣ ҷойгир шуда, ба қисмҳои бадани дигар намуди ҳайвонот аз ҷумла дар рӯи пӯст, зери пӯст ва ҳамаи узвҳои дохили бадани онҳо ҷойрир шуда барангезандаи бемориҳои сироятӣ мешаванд [1].

Коксидиоз (эймериоз) бемории инвазионии ҳайвонот мебошад, ки барангезандаҳон он микроорганизмҳои намояндагони типпи соддатаринҳо оилаи эймерияҳо мебошад.

Зарари иқтисодии аз коксидиоз расида дар сатҳи ҷаҳонӣ дар як сол ба якчанд миллиард доллар ҳисоб карда мешавад [2,4]. Дар хоҷагиҳои чорвопарвар коҳиши сатҳи ҳосилнокии маҳсулоти чорво ва парранда бо таъсири коксидҳо бештар ба назар мерасад. Масалан, вазни миёнаи гӯсолаҳои ба бемори коксидиоз гирифторшуда дар як сол ба ҳисоби миёна то 27 кг нисбат ба ҳайвонҳои солим камтар мешавад [16].

Коксидҳо дар тамоми ҷаҳон хеле васеъ паҳн шудаанд ва дар организми ҳайвоноти хоҷагӣ махсусан мурғҳо, харгӯшҳо, сагҳо, гӯсфандон ва дигар ҳайвоноти калони шохдор метавонанд ҷойгир шаванд ва сабаби то ба нобудшавӣ расидани ҳайвоноти хоҷагӣ гарданд [18].

Коксидҳо бештар ба чуҷаҳои мурғҳо зиён мерасонад. Дар аввал бо таъсири коксидҳо дар онҳо харобшавӣ ва камхунӣ мушоҳида мешаванд, агар сироят пешгирӣ карда нашавад то ба нобудшавӣ оварда мерасонад. Ин пеш аз ҳама аз муқовимати баланди онҳо дар муҳити беруна, қобилияти баланди репродуктивӣ вобастагӣ дорад. Дар хоҷагиҳои паррандапарварӣ, мавсимии беморӣ ба қайд гирифта намешавад [3].

Дар хоҷагиҳои паррандапарварӣ дар аввали баҳор, вақте ки шароити иқлим барои инкишофи коксидҳо ба муҳити отроф муътадил мегардад, онҳо барои бештар сироятнамудани чӯҷаҳои ҷавон тобовар мешаванд.

М.Х. Лутфуллин [11] маълумотеро пешниҳод намуданд, ки дар ноҳияҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон коксидҳо ба панҷ гурӯҳи синну солӣ ҳайвонот ғуноҷинҳои то 6-моҳа, 12-13моҳа ва 18 - 20 моҳа ва модаговҳои то синни 5 сола сироят мекунанд. Бештар ғуноҷинҳои 12-13 моҳа сироятёфта буданд. Фоизи сироятёбии онҳо аз 7,1 то 19,1% ташкил мекарданд.

Мувофиқи маълумотҳои Ю.В. Краснобаев [7] сироятёбии гӯсолаҳои 3-4 моҳа аз коксидҳо дар ҳудуди вилояти Рязани Россия то 45,0% -ро ташкил дод.

З.Х.Терентьева [19] хабар медиҳад, ки сироятёби аз коксидиоз дар гӯсолаҳо дар қисми аврупоии Федератсияи Россия, хусусан дар ҷануби он хело баланд аст. Аз ҳама сироятёбии баланд дар Доғистон ва вилояти Иваново ба қайд гирифта шудааст. Ҳадди максималии сироятёбии ҳайвонот дар синни 3 - 4 моҳагӣ муқаррар карда шудааст.

Коксидиози харгӯшҳо қариб дар ҳама ҷо паҳн шудаанд. Оотсит он дар организми харгӯшони ҷавони синнашон аз 8 то 10 рӯза низ ёфт мешаванд. Манбаи сирояти харгӯшҳои ҷавон харгӯшҳоӣ калонсол ва шароити муҳити зисти онҳо шуда метавонад. Дар муҳити зисти хусусан ғизои умумӣ, оби нушокии умумӣ ва ҷойи нигоҳдории умумӣ систаҳои коксидҳо ҷойгиршуда метавонад гардиш кунанд. Инчунин баъзе намуди хояндаҳо, паррандҳон ва ҳашаротҳо метавонанд паҳкунандагони систаҳои харгӯшҳо низ бошанд [11,12].

Ҳама зотҳои харгӯшҳо умуман ҳассос ва нозук мебошанд. Ба ғайр аз он, ба таъсири коксидҳо бештар харгӯшони ҷавони аз 3-ҳафта то 2 моҳа давраи шадиди сироятёбиро аз сар мегузаронанд ва барои рушди бомуваффақияти харгӯшпарварӣ ба ғайр аз таъминин намудани шароити хуби нигоҳдошт, хӯрока, байторӣ, ҳифз намудани харгӯшҳо аз бемориҳои гуногуни сироятӣ, махсусан бемории хатарноки коксидиоз мувофиқӣ мақсад мебошад [13].

Коксидиоз бемории сироятии маъмултарин ва паҳншудае мебошад, ки дар хоҷагиҳои харгӯшпарварӣ боиси зарари калони иқтисодӣ мегардад. Бо вуҷуди он, ки шароити нигоҳубин ва зисти харгӯшҳо дар ҳолати қаноатбахш қарор дорад, таъсири коксидҳои зараррасон ба харгӯшҳо маҳдуд намешавад, ҳайвонҳои бемори сироятдида аз инкишоф боз мемонанд. Қисми зиёди ҷигари харгӯшҳо ҳангоми гузаронидани назорати ветеренарию-санитарӣ вайрон шуда, сифати ғизогии гӯшти ҳайвонҳои сироятёфта паст гардида, хароҷоти гарони иқтисодӣ ва молиявӣ бар души хоҷагиҳои харгӯштпарвар барои гузаронидани ташхисҳои муолиҷавӣ ва профилактикӣ мегардад [14,15].

Эпизоотологияи коксидиози ҳайвонот ва паррандаҳо аз ҷониби бисёра таҳқиқотчиён ва муттахассисони соҳа омӯхташудааст. [1; 3; 4]. Аммо, бисёр масъалаҳои хусусиятҳои паҳншавии минтақавӣ, нигоҳдошт, экологияи ҷойи зист ва ҳамчунин ташхиси беморӣ омӯзиш ва таҳқиқотҳои дигарро талаб мекунад.

Дар солҳои 40-уми асри гузашта омӯзиши коксидиози ҳайвоноти ҳоҷагии қишлоқ оғоз ёфта буд. Аммо масъалаҳои сифати маҳсулоти ҳайвоноти калони шохдор ҳангоми коксидиоз, экология, махсусияти биологии инкишофи коксидҳо, роҳҳои сироятёбии ҳайвоноти калони шохдор аз муфтхӯрҳо, мавсим ва синнусолии сироятёбии ҳайвонот ба коксидҳо умуман ба таври қаноатбахш омӯхта нашудаанд [17].

Афзоиши истеҳсоли маҳсулоти чорворо метавон бо роҳҳои зиёднамудани миқдори хоҷагиҳои хусусӣ, деҳқонӣ, фермерӣ ва хоҷагиҳои давлатию кооперативӣ таъмин кард. Вобаста ба ин омӯзиши як қатор мушкилоти марбут ба нобудшавии ҳайвоноти хоҷагиҳо аз тарафи муфтхӯрони намояндагони соддатаринҳо, ки барангезардаи бемории сироятии коксидиоз мебошанд ва он яке аз бемориҳои аз ҳама хатарноки ҳайвоноти хонагӣ ва инчунин одамон ба ҳисоб меравад роҳи пурраи ҳалли худашро наёфтааст [19].

Паҳншавии бемории коксидиоз дар байни ҳайвоноти давлатҳои хориҷӣ дур ва наздик низ ба қайд гирифта шудааст [21,23, 24, 25]. Аз руи маълумотҳои илмии онҳо бармеояд, ки коксидиози ҳайвоноти хонагӣ ва хоҷагӣ хело васеъ паҳн шудааст.

Муҳаққиқони Белорусия низ мавҷудияти таъсири коксидҳоро дар ҳайвонотҳои хоҷагӣ омӯхтанд [22]. Аммо, аз рӯи натиҷаҳои омӯзиши онҳо бармеояд,ки масъалаҳои экологияи паразитозҳо дар хоҷагиҳои инфиродии шахрвандон то ҳол хуб омӯхта нашудааст.

Дар маҷмӯъ тибқи сарчашмаҳои илмии Россия масъалаҳои омӯзиши биология ва экологияи коксидияҳо ҷойи муҳимро ишғол

мекунанд [11,12,16,17]. Аз натиҷаҳои таҳқиқотии муҳаққиқони Рус бармеояд, ки усулҳои зиёди ташхиси коксидиозҳо бештар кӯҳнашудаанд ва беҳбудии ҷиддӣ талаб мекунанд.

Барои пешгирии ҳайвонотҳои хоҷагиҳо аз таъсири муфтхӯрҳо доруҳои гуногуни зидди паразитӣ истифода мебаранд [8,9]. Аммо, дар аксар ҳолат усулҳои тавсияшаванда ва маводҳои зиддипаразитии пешниҳодшаванда ба талаботи муосири тиббӣ байторӣ мувофиқат намекунанд. Аз ин рӯ бояд бо дарназардошти бехатарӣ, эътимоднокӣ ва самарабахшии маводҳои зиддипаразитӣ ба назар гирифта шавад [10].

Дар адабиётҳо борҳо масъалаи хеле муҳими давомнокии зинда мондан ва паҳншавии систаи коксидҳо дар муҳити беруна баррасӣ карда шудааст. Маълумотҳое, ки дар ин масъала дастрас аст хело гуногун мебошад. Баъзе муҳаққиқон қайд мекунанд, ки оотсиста дар муҳити беруна муддати тӯлонӣ боқӣ мемонад. Дар шароити Узбекистон [13] дар ҷойҳои нигоҳубини гӯсфандон ва чарогоҳҳо, оотсиди гӯсфандон метавонанд дар тӯли чанд моҳ дар шароити хунуни муҳит зинда монанд. Дар баробари ин маълумотҳо ва мушоҳидаҳои зиёде мавҷуданд, ки тибқи онҳо отсиди коксидҳо наметавонанд ба таъсири хунукӣ тобовар бошанд. Оотсит бо таъсири хушкӣ, нури офтоб, яхкунӣ тобовар нестанд.

Мувофиқи [18], дар Оренбург ҳангоми ҳарорати сатҳи хок ба -26-34єС баробар будан отсиди коксидияи гусфандон баъди 8-соат нобуд мешавад. Муаллиф инчунин қайд кардааст, ки бо таъсири ҳарорати минуси муҳит оотситҳои гусфандон тоқати зистан надоранд. Ҳангоми зимистонгузаронӣ оотситҳо аз хунукӣ то ба 100% нобуд мешаванд. Аз ҷумла [18] қайд намудааст, ки ҷараёни спораҳосилшавӣ баъзе намудҳои коксидҳои гӯсфандон тез оғоз гардида муттаносибан тезтар ба охир мерасад, ки дар ин вақт ба сабзиши оотсит вақти нисбатан зиёд талаб карда мешавад. Вай инчунин қайд кардааст, ки дар моҳи май, ҳангоми ҳарорати миёнаи хоки замин ба +31єС баробар будан як қисми зиёди оотсистҳо дар рӯзи дуюм ба спора табдил меёбанд, аммо дар рӯзҳои 3- 4 –и таҳқиқот отсиди пурра ёфт кардан нашуд. Ҳамаи оотситҳо ва ҳатто оотситҳое, ки ба спора табдил меёфтанд ба спора табдил наёфта нобуд шуда буданд [18].

Аз таъсири коксидҳо дар хоҷагиҳои саноатии мурғпарварӣ ҳар як чуҷа то 270г вазнашро аз даст медиҳад ва ҳосилнокии чӯҷаҳои сифати баланд дошта то 20% кам мешавад. Тухмдиҳии мурғони аз бемории коксидиоз сироат ёфта то 80% коҳиш меёбад [15]. Дар ин вақт гузаронидани чораҳои мақбурии беҳдошти химиявӣ ва табобатӣ дар сурати пайдошавии беморӣ дар хоҷагиҳои деҳқонӣ зарари иловагии иқтисодӣ меорад.

Одатан, дар хоҷагиҳои хурд коксидҳо дар фаслҳои баҳор ва тобистон бештар ба қайд гирифта мешаванд, аммо дар хоҷагиҳои калони чорводорӣ бошад, дар ҳамаи давраҳои сол мавҷудияти коксидҳо ба қайд гирифта мешавад [4].

Дар минтақаҳои гуногуни Доғистон, сатҳи сироятёбии ҳайвонҳо аз коксидҳо аз 20 % то ба 100% мерасад [20,21].

Барои гузаронидани чораҳои самаранок пешгирикунанда оид ба муборизa бар зидди коксидиози ҳайвоноти калони шохдор зарур аст, ки дар бораи хусусиятҳои биологии муфтхур (паразит) ва хусусиятҳои сохти биологии он маълумоти пурра доштан зарур аст. Дар ин ҳолат ба инобат гирифтани масъалаи давомнокии инкишофи шакли систаи оотсисти коксидҳо, шароити нигоҳдошт, хӯрокдиҳӣ, аз шароити тағирёбии мавсими сол ва омилҳои муҳити атроф мувофиқи мақсад мебошад.

Маълум аст, ки паҳншавии оотсиди коксидҳо дар муҳити атроф аз якчанд омилҳои асосӣ вобастаги дорад. Ба ин омилҳо пеш аз ҳама ҳарорати ҳаво, намнокии ҳаво дар хок, РН-и муҳити атроф ва ҳамчунин дастрасии озоди оксиген вобастагии амиқ дорад. Аз ин рӯ маълум мешавад, ки ба сабзиш, инкишоф ва қобилияти зиндамондани оотситҳо дар шароити гуногуни иқлимию географӣ ва мавсимҳои гуногуни сол нобаробар мебошад. Дар шароити муътадили табиӣ оосистҳо зери таъсири омилҳои гуногуни муҳити атроф қарор доранд ва ме-

тавонанд ба инкишофи онҳо таъсири гуногун дошта бошанд.

Маълум гардидааст, ки танҳо ду намуди коксидҳо барои одам хатарнок мебошад. Барои ҳайвонотҳои хоҷагӣ, паррандаҳо, моҳиҳо ва дигар намуди ҳайвоноти зинда миқдори намудҳои зиёди коксидҳо муайян шудааст. Аммо масъалаи муҳими дигар дар амалияи инкишофи коксидҳо ин муайян кардани давомнокии устувори зиндамондани оотсисти коксид ба шароитҳои муҳити беруна ва дохила дар ҳолатҳои гуногуни табиӣ ва иқлимию географӣ мебошад, ки то имрӯз омӯхта нашудааст.

Мушкилоти сироятёбии ҳайвоноти хонагӣ ва хоҷагӣ аз коксидҳо нокифоя будани кумакрасониҳо ҷиддӣ аз тарафи хизмати ветеренарӣ на танҳо дар Тоҷикистон, балки дар дигар кишварҳо (маълумотҳои ҳисоботӣ), хусусан дар гурӯҳои гуногуни ҳайвоноти хонагӣ мебошад. Аксар вақт, ин беморӣ дар хоҷагиҳои хусусӣ ва фермерӣ тамоман ба қайд гирифта намешавад ё дар ғуноҷинҳо ҳамчун ҳолатҳои оддӣ ба қайд гирифта мешавад. Бо ин сабаб дар ҳисоботҳои шӯъбаҳои ветеренарии ноҳиявҳо маълумоти дақиқ дар бораи бемории коксидиози ҳайвоноти хонагӣ вуҷуд надорад. Аз ин рӯ ҳаногоми аз инкишоф бозмондан ва талафоти ғуноҷинҳо бо дигар намуди ташхис ба қайд гирифта мешаванд [12, 16).

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон низ баъзе муттахассисони соҳа омӯзиши коксидҳои баъзе намуди ҳайвоноти хонагиро омӯхтаанд [7,8,9,10]. Новобаста аз ин фауна, биология, экология, намудҳо, фарқият ва даври ҳаётии коксидиози ҳайвонот дар минтақаҳои гуногуни экологию географии Ҷумҳурии Тоҷикистон махсусан дар хоҷагиҳои хусусӣ ва ҷамоатӣ ба мисли пештара нокифоя омӯхта шудааст.

Бояд қайд кард, ки дар ҷумҳурии Тоҷикистон раванди махсус оид ба омӯзиши коксидиозҳои ҳайвонотҳои хонагӣ, хоҷагӣ, сифати ветеринарию санитарии ғизоии онҳо, шароити мувофиқи нигоҳубини ҳайвоноти хонагӣ ва ҳоҷагӣ ба пуррагӣ гузаронида намешавад, ки масъалаҳои муҳими таҳқиқ нашудаи экология ва эпизоотологияи ин беморӣ дар ҳайвоноти хонагӣ ба ҳисоб меравад.

Омӯзиши намуд, даври инкишоф, паҳншавӣ, манбаҳои сироятшавӣ, расонидани зарари иқтисодии коксидҳо ба ҳайвоноти хонагӣ ва хоҷагиҳои гуногун то ба имрӯз ба пурраги омӯхта нашудааст. Дар робита ба ин, гузаронидаи таҳқиқотҳои ҳаматарафа дар бораи таркибияти намудӣ, паҳншавӣ, махсусияти экологӣ ва биологӣ, эпизоотология ҳангоми бемории коксидиёзи ҳайвонотҳои хонагӣ ва хоҷагӣ дар ҷумҳурии Тоҷикистон муҳимияти омӯзишии махсус дорад.

АДАБИЁТ.

1. Байрамгулова Г.Р. Факторы, влияющие на интенсивность инвазий / Г.Р. Байрамгулова, З.Х. Терентьева,// Актуальные проблемы безопасности жизнедеятельности: Материалы Всероссийской заочной научно - практической конференции - Уфа, 2010. - С. 145-146.

2. Васильева, Д.В. Распространение эймериоза в хозяйствах Татарстана / Д.В. Васильева, Г.М. Гадеева // Респуб. Научно-производ. Клнф. «Актуальнык вопросы ветеринарии и зоотехнии». – Казань. 2002. – С. 12

3. Гиззатуллин, Р.Р. Распространение паразитозов кур на птицефабриках / Р.Р. Гиззатуллин, В.В. Крайнов, М.Х. Лутфуллин // Сборник трудов III всероссийской интернет-конференции «Современные проблемы анатомии, гистологии и эмбриологии животных». Казань. – 2011. – С. 20-21.

4. Зеленская, С.А. Паразитофауна птиц в частных секторах на территории Республики Татарстан / С.А. Зеленская, Н.А. Лутфуллина, М.Х. Лутфуллин // Матер. Междунар. практ. конф. «Аграрная наука в инновационном развитии АПК». – Уфа, 2016. – Часть II. – С. 91-94.

5. Зубенко, А.А. Кокцидиоз, проблемы лечения, скрининг новых протистоцидных веществ / А.А. Зубенко, В.А. Никитенко, О.И. Ващенко и др. // Журнал ветеринарная патология №4. 2012 г. С. 64-66

6. Искаков, М.М. Смешанные эймериозно-стронгилятозные инвазии овец М.М. Искаков, А.Е.Ахметжанова //Вестник Государственного университета Семей им. Шакарима. – 2012. – №1. – С. 199-200.

7. Краснобаев, Ю.В. Победим кокцидиоз вместе / Ю.В. Краснобаев, А.А. Худяков // Ветеринария. – 2011. – №11. – С. 14-16.

8. Курчиев М.Ю. Продолжительность спорогонии ооцист кокцидий крупного рогатого скота на сезонных пастбищах / Курчиев М.Ю. // Изв. АН РТ Отд. биол. и мед. наук. - Душанбе, 2010. - №2.- С. 67-70

9. Курчиев М.Ю. Возрастная зависимость зараженности крупного рогатого скота кокцидиями / Курчиев М.Ю. // Изв. АН РТ. Отд. биол. и мед. наук. - Душанбе, 2007. - №3. С. 45-48.

10. Курчиев М.Ю. Кокцидии и кокцидиозы крупного рогатого скота в центральном Таджикистане /М.Ю.Курчиев. автореф. канд. биол. наук. Душанбе 2020. 37с.

11. Лутфуллин, М.Х. Профилактика и лечение эймериоза кроликов / М.Х. Лутфуллин, Е.В. Шабалина // Ученые записки КГАВМ. – Т. 192. – Казань. – 2008. – С. 110-113.

12. Лутфуллин, М.Х. Эпизоотологическая ситуация по эймериозу кроликов в зверохозяйствах РТ / М.Х. Лутфуллин, Ю.Н. Шиляева, М.Д. Корнишина // Материалы Международной научно-производственной конференции по актуальным проблемам агропромышленного комплекса. – Казань. – 2003. – Ч.1. – С. 86-88.

13. Маматиминов. Ш.К. Эймериоз кроликов (кокцидиоз)./ Ш.К. Маматиминов, А.А. Юсубахмедов// Материалы I научно-практической конференции «Развитие страны - глазами молодежи». Ташкент - 2017. С. 272- 273.

14. Мишин, В.С. Современный подход к профилактике кокцидиоза кур / В.С. Мишин, В.М. Разбицкий, В.Е. Диковская, Г.Ф. Кадникова // Совре- 106 менные проблемы диагностики, лечения и профилактики болезней животных и птиц. – Екатеринбург, 2010. – С. 180-185.

15. Мишин, В.С.Приобретенная резистентность полевых кокцидий кур к кокцидиостатикам / В.С. Мишин, В.М. Разбицкий // В сб.: Инновационные разработки и их освоение в промышленном птицеводстве. – Сергиев Посад, 2012. – С.591-59

16. Олейникова, О.Я. Кокцидиоз крупного рогатого скота / О.Я. Олейникова // Российский ветеринарный журнал. – 2017. – №7. – С.33-34.

17. Романова, Е.М. Роль эдафических факторов в циркуляции эндокринных дизрапторов в окружающей среде /Е.М. Романова, В.Н. Любомирова, В.В. Романов// Вестник Ульяновской государственной сельскохозяйственной академии.- 2015.- № 4 (32).- С. 94-98. Ветеринарные и биологические науки 239.

18. Терентьева, З.Х. Распространение и видовой состав эймерий овец и коз в Оренбуржье /З.Х.Терентьева// Российский паразитологический журнал. - 2011. - № - 2. - С. 72-75.

19. Худоидодов Б.И. Стронгиляты мелкого рогатого скота в центральном Таджикистане /Б.И.Худоидодав. Автореф. дисс. канд. ветеринарных наук. Ставрополь – 2019.

20. Усарова, Э.И. Эймериоз и криптоспоридиоз у крупного рогатого скота в Прикаспийском регионе/ Э.И. Усарова // Изв. Дагестанского гос. пед. университета №3. 2011 г. С. 60-62.

21. Усарова, Э.И. Влияние природно-климатических условий Дагестана на споруляцию ооцист кокцидий рода EIMERIA / Э.И. Усарова, Р.Д. Даудова // Изв. Дагестанского гос. Пед. Университета. №3 2012 г. С .46-49.

22. Ятусевич, А.И. Эймериозы в промышленном мясном скотоводстве Белорусии / А.И. Ятусевич ,В.М Мироненко // Вестник Ветеринарии Изд.: Энтропос: Ставрополь - №3. - 2012 - С.61-68.

23. Beck, W., Pantchev, N. Magen-Darm-ParasitenbeimKaninchen–Erregerbiologie,

Pathogenese, Klinik, Diagnose und Bekdmpfung./ W.Beck, N. Pantchev,. “Kleintier praxis 2012. C.278-288.

24. Starkloff, A. Einfluss von Wetterfaktoren und sozialer Umwelt auf den End oparasiten befalljuveniler Wildkaninchen (Oryctolagus cuniculus L.)./ A.Starkloff. Diss. University of Bayreuth 2010г.34c

25. Shirley, M.W. The long view: a selective review of 40 years of coccidiosis research / M.W. Shirley, H.S. Lillehoj //Avian Pathology. – 2012. – №2. – P.111-121.

ФАУНА, БИОЛОГИЯ И ЭКОЛОГИЯ КОКЦИДИОЗА ЖИВОТНЫХ (ЭЙМЕРИОЗ) В РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН.

Разиков Ш.Ш., Холбегов М.Ё., Умарова О.У., Парвина З.

Кафедра медицинской биологии с основами генетики (заведующий кафедрой д.б.н., доцент Холбегов М.Ё) ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Одним из самых актуальных вопросов в общей паразитологии является изучение фауны, биологии и экологии паразитов. Изучение строения и цикла развития паразитов в различных органах и тканях хозяина (человека и животного) имеют свои трудности.

В Таджикистане животноводство является одним из ведущих отраслей сельского хозяйства, проблемы влияния кокцидов на домашних и фермерских животных считаются вопросом нерешённого дня. На сегодняшний день в области животноводства распространены кокцидиозы в различных регионах страны и экосистемах; динамика сезонного и возрастного возникновения животных на этот тип заболевания; информация о породах животных и последствиях кокцидии, адаптации кокцидии в экологической и географической среде; не предоставленное улучшение метода лечения и профилактики от кокцидов у сельскохозяйственных животных в Республике Таджикистан.

Заболевания, возбудителем которых являются представители типа простейшие распространены в Таджикистане и могут привести к слабости развития животноводства на частных и отдельных фермах. Не профилактика этих инфекционных заболеваний вызывает ослабление производства мяса и других продуктов сельскохозяйственных животных.

Отсутствие полной информации о различных видах кокцидии у сельскохозяйственных животных, их местонахождение в разных экологических и географических зонах республики, возраст и сезонность заражения животных, цикл развития кокцидов в окружающий среде, другие биологические и экологические особенности, основанные научные обоснованности по борьбе с этим заболеванием, показывают актуальность изучения данного вопроса в Республике Таджикистан

Ключевые слова: Кокциды, заболевание, животноводство, фермерское хозяйство, фауна, цикл развития, сезон года, экология.

FAUNA, BIOLOGY AND ECOLOGY OF COCCIDIOSIS OF ANIMALS (EYMERIA) IN VARIOUS CONDITIONS OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN.

Razikov Sh. Sh., Kholbegov M.Yo., Umarova O.U., Parvinai Z.

Department of medical biology with basics the of genetics (head of the department of d.b.s., associate professor Holbegov M.Yo) of SIE”ATSMU “.

One of the most pressing issues in general parasitology is the study of fauna, biology and ecology of parasites. The study of the structure and cycle of development of parasites in various organs and tissues of the host (person and animal) have their difficulties.

In Tajikistan, animal husbandry is one of the leading sectors of agriculture, the problems of the

influence of coccids on domestic and farm animals are considered a matter of an unsolved day. To date, coccidiosis in various regions of the country and ecosystems are common in the field of animal husbandry; The dynamics of the seasonal and age-related occurrence of animals on this type of disease; information on the rocks of animals and the consequences of coccidia, the adaptation of coccidia in the environmental and geographical environment; Not provided to improving the method of treatment and prevention from coccids in farm animals in the Republic of Tajikistan.

Diseases whose causative agent are the simplest representatives are common in Tajikistan and can lead to the weakness of the development of animal husbandry on private and individual farms. Not preventing these infectious diseases causes a weakening of meat production and other products of farm animals.

The lack of complete information about various types of coccidia in farm animals, their location in different environmental and geographical zones of the republic, the age and seasonality of infection of animals, cycle of development of cocidation in the environment, other biological and environmental features, based scientific validity to combat this disease, are shown The relevance of studying this issue in the Republic of Tajikistan

Key words: coccides, disease, animal husbandry, farming, fauna, development cycle, season of the year, ecology.

Разиков Шомаҳмад Шерович *– профессори кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетика; Тел.* ***(+992)935-07-99-28.***

Разиков Шомаҳмад Шерович*- профессор кафедры медицинской биологии с основами генетики. Тел.* ***(+992)935-07-99-28.***

Razikov Shanomad Sherovich*- Professor of the Department of Medical Biology with the basics of genetics. Tel.* ***(+992)935-07-99-28.***

Холбегов Мирзоҳамдам Ёрбегович*- мудири кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетика. (+992)934-26-81-10*

Холбегов Мирзохамдам Ёрбегович *- заведующий кафедрой медицинское биологии с основами генетики. Тел. (+992)934-26-81-10*

Holbegov Mirzokhamdam Yorbegovich*- Head of the Department of Medical Biology with the basics of genetics. Tel. (+992) 934-26-81-10*

Умарова Озода Умаровна *– унвончӯи кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетика. Тел.* ***(+992) 989-10-94-04.***

Умарова Озода Умаровна *– соискатель кафедры медицинской биологии с основами генетики. Тел.* ***(+992) 989-10-94-04.***

Umarova Ozoda Umarovna *Tel.* ***(+992) 989-10-94-04.*** *The applicant of the department of medical biology with the basics of genetics*

ҲОСИЛ КАРДАНИ ПРОПАН– 1,2 –ЭФИРҲОИ ДИОЛОВИИ КИСЛОТАИ ЛИНОЛЕВӢ ВА УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВӢ ВА ОМӮЗИШИ ХОСИЯТҲОИ ЛИТОЛИКИИ ОНҲО

Самандаров Н. Ю.

Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии МДТ, МД «Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерологияи Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Муҳиммият. Тибқи маълумоти ТУТ дар 20 соли охир дар курраи Замин тамоюли назарраси зиёд шудани миқдори бемориҳои ҷигар ба назар мерасад, ки боиси дараҷаи баланди фавти аҳолӣ мегардад. Дар солҳои охир дар ҷаҳон миқдори беморони гирифтори бемориҳои гуногуни гепатобилиарӣ аз 2млр нафар зиёд шудаат. Дар кишварҳои ИДМ ҳамасола то 1 млн одами гирифтори ин ё он бемории ҷигар ба қайд гирифта мешавад.

Барои иҷро кардани ин таҳқиқот вазифаҳои зериро ҳаллу фасл бояд кард:

- ҳосил кардани эфирҳои метилии кислотаҳои сафро ($C_{23}H_{39}COOH$) ва олии чарбӣ бо мақсади истифода кардани онҳо ба сифати намунаҳои эталонӣ;

-пайдо кардани шароити муайянкунии ғализати метилии кислотаҳои сафро ($C_{23}H_{39}COOH$) ва олии чарбӣ дар зардоби хуни беморони гирифтори бемориҳои гуногуни ҷигар;

Коркарди усулҳои муассиртарини баъзе кислотаҳои ҳосилавии олии чарбӣ дар заминаи истифода кардани гурӯҳи карбокислии онҳо, инчунин муайян кардани таркиби онҳо дар соҳаи такмил додани усулҳои иташхис, табобат ва профилактикаи бемориҳои нисбатан паҳншудатарин самтҳои навро меушояд. Ба ин гурӯҳ метавон бемории санги талхаро дохил кард.

Аз ҳамин сабаб ҷустуҷӯйи препаратҳои ҳалкунандаи санги талхадон ва роҳҳои талхагузар мувофиқи мақсад дониста мешавад. Мутаассифона имрӯз ягон доруи литолитикии дар тибби амалӣ истифодашаванда ба ҳадди пурра талаботро қонеъ намегардонад, гарчанде дар солҳои охир миқдори доруҳои литолитикӣ ва гепатомуҳофизаткунанда аз ҳисоби препаратҳои синтетикӣ ва ҳам восиьтаҳои табиӣ зиёд шудааст.

Олами рустаниҳо – ин сарчашмаи офаридаи табиат аст, ки барои ба даст овардани воситаҳои муолиҷавӣ нисбатан дастрас асту арзонтар.

Маълум аст, ки дар равғани донаҳои ангур 78% кислотаи линолевӣ мавҷуд аст. Мо ин методикаро ба роҳ мондаем ва дар навбати аввал аз донаҳои ангур дар дастгоҳи Сокслетапутем экстрагированиегексан кислотаи линолевиро ҷудо кардем.

Синтезҳои мақсаднокро барои ба даст овардани моддаи дорои хосиятҳои линолевӣ идома дода, мо бо истифода аз гурӯҳҳои карбоксилӣ якчанд аксуламалҳои кислотаҳои олии чарбиро иҷро намудем. Минбаъд, мо синтези пропан 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ бос монохлор – глитсеринро аз рӯйи схемаи зерин иҷро намудем:

С Н 3 (С Н 2) 4 С Н = С Н - С Н 2 - CH=CH(CH2)7COOH+NaOH'!

С Н 3 - (С Н 2) 4 С Н = С Н - С Н 2 - CH=CH(CH2)7COONa+ClCH2CHOHCH2OH'!

С Н 3 - (С Н 2) 4 С Н = С Н - С Н 2 - CH=CH(CH2)7COOCH2CHOHCH2OH+NaCl

Экспериментҳо оид ба ошкор сохтани шароитҳои нисбатан муносиби гузаронидани ин аксуламал нишон дод, ки вайро дар муҳити метанола дар ҳарорати 65-70°С гузаронидан лозим аст. Давомнокии аксуламал 7-8 соат аст. Чунин шароит хориҷшавии хуби (92%) пропанро – 1,2 –эфири диоловии кислотаи ого линолеви таъмин мекунад ва маҳсулоти дараҷаи тозагиаш баландро ҳосил мекунад.

Сохтори эфири ҳосилшуда бо усули ИК спектроскопия ва унсурҳои таҳлил тасдиқ карда шуд. ИК – спектри ин пайвастагӣ дорои хусусиятҳои пайдо шудани хатҳои интенсивии ҷаббидан дар мавзеи мансуб ба тардидҳои валентии гурӯҳҳои гидроксилӣ мебошад (3150 – 3460 см) [1,2,3].

Дар солҳои охир чунин воситаҳои гипохолестеринемика ва талхарон пайдо шудаанд, ки ба литогенияти талха ҳангоми бемориҳои санги талха, ҳамчунин фаъолнокии зиддимикробӣ зоҳир мекунад.

Коркарди усулҳои нисбатан муносиби ҳосил кардани стероидҳои ҳосилавӣ, намуди кислотаҳои талха (сафровӣ), ҳамчунин кислотаҳои олии чарбӣ дар асоси истифодаи онҳо –COOH>C = O гурӯҳҳои гидроксилӣ ва эфирӣ, ки самтҳои нав дар соҳаҳои химия ва фармако-биохимиявӣ самтҳои навро мекушоянд, ки имконият медиҳанд барои генотерапия ва ҳам гематология ба таври мақаднок препаратҳои нав сохта шавад. Як гурӯҳи муҳаққиқон аксуламали гидролизи гурӯҳи эпоксидиро дар гурӯҳи молекулаҳои эфири липидӣ $3\alpha\ 7\alpha - дигидрокси - 5\beta$ - кислотаи холановӣ мавриди омӯзиш қарор додаанд. Муқаррар карда шудааст, ки ҳангоми коркарди маҳлули 20%-и карбоната натрий пайвастагии охирин дар ҳарорати 30 -40°С ба пропани 1,2 –эфири диоловии 3 - кислотаи холановӣ табдил меёбад.

Муаллифон инро дар назар доранд, ки аз 45% пропан 1,2 – эфири диоловии кислотаи

пеларгоновӣ ва 10% пропан – 1,2 – эфири диоловии 3 - кислотаи холановӣ препарати комплексӣ ҳосил карда шуд, ки онро «Триоин» номиданд. Баъди ин он омехтаҳоро бо мақсади омӯхтани қобилияти ҳал кардани санги холестерин истифода намуданд. Маҳлули «Триоин» - (invivo) ва (invitro) назар ба монооктаноини маълуму маъруф фаъолнокии литолитикиро беҳтар зоҳир мекунад.

Қайд кардан муҳим аст, ки эфирҳои дар боло зикршуда аз ҷиҳати сангҳои холестериниро дар талхадон ва роҳҳои талхарон ҳал карданашон, ҳамчунин аз ҷиҳати заҳрогинии худ, аз пайвастагии 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ [invitro] ақиб мемонад.

Дар ибтидо таҳлили муҳтавои холестерини санги бисёртеғаи талха, ки қутраш 1-1,5 см буд, таҳлил карда шуд, онҳо аз ҷиҳати масса ба 9 адад ҷудо карда шуданд. Массаи миёнаи сангҳо 200 мг буда, фарқияти миёнаи фоизии массаи сангҳо 9 мг (36%) буд. Консентратсияи муҳтавои холестерин дар сангҳо бо усулҳои газохроматографикӣ муайян карда шуд.

Консентратсияи миёнаи холестерин 87,2%-и массаи сангро ташкил дод. Ба сифати стандарти дарунӣаз маҳлули трикосан истифода гардид.

Омӯзиши муқоисавии суръати ҳалшавии санг дар пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ бо препаратҳои дигари маъруф гузаронида шуд.

Дар ҷадвал миқдори сангҳои ҳалшудаи холестеринӣ ба 100мл бо маҳлулҳои гуногун дар ҳарорати 37°С оварда мешавад.

Дар ҷараёни гузаронидани эксперимент барои ҳал кардани сангҳои холестеринии талхадон бо назардошти заҳрогинии доруҳои истифода шаванда муайян карда шуд, ки истифода намудани маҳлули коркардшудаи мо пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ аз ҳама беҳтар аст.

Ҷадвали 1.- Ҳалшавандагии сангҳои холестеринӣ дар ҳарорати 37°С дар маҳлулҳои органикӣ.

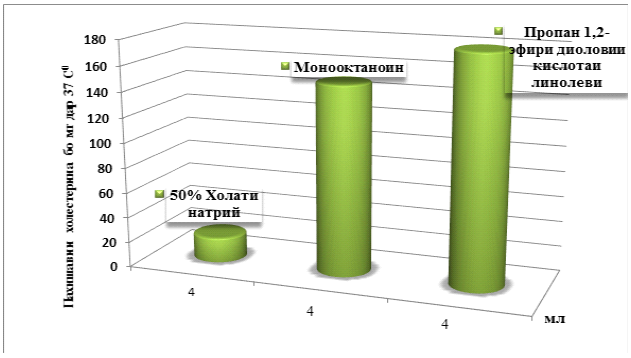
№	Номи рустанӣ	2/100мл
1	Монооктаноин	11,7
2	Триодин	10,3
3	Алкули октанӣ	17,2
4	Алкули этилӣ	3,2
5	Пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ.	5,3

Бо мақсади дақиқ кардани суръати ҳалшавии сангҳои холестеринӣ дар маҳлули пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ дар муқоиса аз препарати дар таҷрибаи клиникаҳои хориҷӣ истифодашавандаи маҳлули 50%-и холати натрий, трион ва монооктаноин, ки таҳти шифри [CAMPUL - 8210] ёд мешавад, силсилаи экспериментҳо гузаронида мешаванд (расми 1).

Пас аз гузаронидани эксперименти литоликӣ, (invitro) муқаррар карда шуд, ки сангҳои холестеринии талхадон дар маҳлули монооктаноин дар маҳлул дар 192 соат ҳал мешавад, ҳалшавӣ дар маҳлули пропан– 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ дар 33 соат аст, дар маҳлули 50%-и холати натрий дар 576 соат майдашавӣ сар шуд.

Пропани – 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ аз препаратҳои маъруф бо хусусиятҳои индифферентнокии худ нисбат ба бофтаҳо фарқ мекунад, таъсири ангезандагӣ ва аксуламалҳои илтиҳобӣ ҳангоми бевосита ворид кардан ба роҳҳои талхарон дар он дида намешавад. Маҳлули пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ сангҳои холестериниро хуб намнок мекунад ва дар пайвастагӣ бо талха эмулсияи майда кардашударо ба вуҷуд меорад.

Расми 1.- Ҳалшавандагии холестерин дар маҳлули холати натрий, моноактаноин ва пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ.



Таҳқиқоти гузаронидашудаи мо нишон медиҳад, ки пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ препарати маъруф бартарии зиёд дорад: (CAMPUL– 8210) ва сангҳои холестеринии талхаро хуб ҳал мекунонад (расми 1).

Маълумотҳои экспериментalӣ ва клиникии тог ин замон ҷамъоваришуда аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки кислотаҳои урсадезоксихолевӣ таъсири гепатопротекторӣ, антихолестатикӣ, иммуномоделкунандагӣ, гипохолестеринемӣ, лито литиикӣ ва антиапоптикӣ доранд. Ин ипрепарат ҳангоми гепатитҳои музмин ва шадиди дорои этиологияи гуногун, аз ҷумла вирусӣ ва автоиммунӣ истифода карда мешавад. Ин доруро ҳангоми бемориҳои ҷигар, ки онҳоро холестаз ба вуҷуд овардааст ё ҳамооҳӣ мекунанд, таъйин намудан мувофиқи мақсад аст.

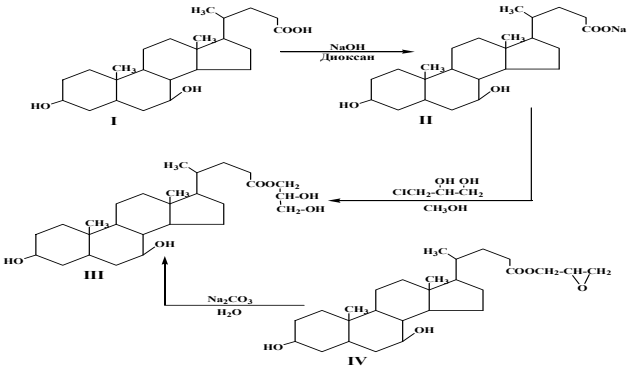
Таъсири гепатолротекторҳо ба баркарорсозии гомеостаз дар ҷигар, баланд бардоштани устувории он нисбат ба таъсири омилҳои патогенӣ, муътадил сохтани фаъолнокии функсионалӣ ва стимулятсияи протсессҳои регенератсия дар ҷигар равона карда шудааст.

Дар гепатология препарати «Урсофалк» ба таври васеъ истифода мешавад. вайро ба сифати воситаи гепатопротективӣ ба кор мебаранд [2].

Дар ин мавриd зикр кардан лозим аст, ки вазифаи таҳқиқоти гузаронидашуда пайдо кардани роҳҳои истифодаи кислотаҳои табиии талха бо мақсади ба даст овардани пайвастагиҳои фаъоли биологии барои табобати як қатор бемориҳои ҷигар муносиб мебошад.

Нейтрализатсияи кислотаи урсодезоксихолевӣ бо роҳи баҳамтаъсиррасонии вай бо гидроксиди натрий дар маҳлули Диксон амалӣ карда шуд.

Дар робита бо ин, мо синтези пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи урсодезоксихолевии (III)-ро бо роҳи баҳамтаъсиррасонии намаки натрий мувофиқи кислотаи талха (II), бо α– монохролгидрини глитсериназ рӯйи схема зерин амалӣ сохтем; [4,5]



ИК- спектри пайвастагии (I-IV) дорои хусусиятҳои хатҳои интенсивии ҷаббидан дар мавзеъҳои марбут ба мавҷҳои валентии гурӯҳҳои гидроксилӣ (3150-3450см-1) мебошад.

Барои он, ки хосиятҳои фармакологӣ ва биохимиявии препарати синтезшудаи пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи урсодезоксихолевии (III) таҳқиқ карда шавад, ба таври муфассал ва ҳамаҷониба сохтор ва тозагии он бояд муқаррар карда шавад. Дар робита бо ин, мо барои тасдиқ кардани сохтори як қатор пайвастагиҳои синтезӣ дар баробари усулҳои таҳлили унсурии ПМР-спектроскопия истифода шуд.

Дар ПМР – спектрҳои ипайвастагиҳои (I,II,III) сигналҳо дар доираи 0,68-0,70 м.д ва 0,9-1,00 м.д дар намуди синглети эквивалентии 3Н ва 6Н протонҳо мавҷуд аст, ки мо онҳоро ба гурӯҳҳои 21,18,19 метилӣ дохил кардем. Сигналҳо дар намуди мултиплет дар мавзеи 1,0-2,0 м.д дапр намуди мултиплет.

Барои пайвастагии (I,II) сигналҳои протонии гурӯҳи ОН зоҳир шудан дар мавзеи 3,6 м.д., ва якуми онҳо (I) ин сигнал омехта шудааст дар мавзеъҳои 3,7 ва 4,0 м.д., зеро протонҳои метилении С-25, 27 дар мавзеи 3,5- 3,7 м,д, дида шуданд, дар расми 2, 3, 4 ПМР- спектрҳои 3б,7в- дигидрокси-5в- кислотаи холановоӣ ва эфири метили он, инчунин пропан-1,2- эфири диоловӣ оварда шудааст.

Бояд зикр кард, ки таҳқиқот, асосан ба мавқеи омӯзиши хосиятҳои талхаронӣ, геполипидемикӣ, гипохолестеринемикӣ, гепатопротектирӣ ва лито литикӣ, ҳамчунин таъсири он ба хусусиятҳои тағйироти баъ-

зе параметрҳои биохимиявӣ равона шудааст.

Дар айни замон муҳтавои муҳтавои кислотаҳои синтетики чарбӣ (КСЧ) то 3 маротиба (Р,< 0,001) ва консентратсияи фосфолипидҳо – тақрибан то 3,5 маротиба (Р, 0,001) кам шудааст. Ҳамчунин дар ҳайвоноти таҷрибавӣ то 3,5 маротиба ХХК (Р, 0,01) кам шудааст.

Пропан – 1,2 – эфири диелевии кислотаи урсодезоксихолевӣ дар дозаи 50 мг/кг массаи бадан, 1маротиба дар як рӯз ба муддати 6 моҳ ба ҳама параметрҳои зикршудаи нишондиҳандаҳои биохимиявӣ ворид кардашуда сади роҳи пайдошавии ихтилолҳои химизми талха мегардад, ки дар асари истифода кардани ХГЛД пайдо шудаанд.

Таҳти таъсири препарат консентратсияи холестерин дар таркиби талха ба ҳисоби миёна то 4,1 0,06 ммол/л дар муқоиса аз 9,4 0,02 ммол/л дар ҳайвоноти табобатнашуда кам шудааст. Муҳтавои маҷмӯи кислотаҳои талха (КСЧ) таҳти таъсири пропан – 1,2 – эфири диелевии кислотаи урсодезоксихолевӣ ба ҳисоби миёна то 5,6 0,18 г/литр (дар ҳайвоноти табобатнашуда 3,1 0,020) баланд шудааст.

Консентратсияи фосфолипидҳои умумӣ дар таркиби талха дар хомякҳои (hamster) то 3 маротиба афзуда, муҳтавои билирубин то 65,6 % кам шудааст, ХХК таҳти таъсири препарат зиёд шудааст.

Кислотаи урсодезоксихолевӣ аз рӯйи ҳама нишондиҳандаҳои омӯхташаванда нисбат ба пропани худ - 1,2 – эфири диоловӣ таъсири нисбатан суттар дошт. Ба ҳисоби миёна ин нишондиҳандаҳо чунин буданд: таъсири гипохолестеринемикӣ – то 60%; баланд шудани КСЧ –то - 5 маротиба; консентратсияи фосфолипидҳо – то 2 – маротиба; ХХК - то8 – маротиба.

Консентратсияи билирубин дар таркиби талхаи ҳайвоноте, ки урсофалк қабул кардаанд, то 8,3 0,03 ммол/л мерасад, ки ин аз хомякҳои (hamster) табобатнашуда паст аст.

Ҳамин тартиб, синтез кардани – 1,2–эфири диоловии кислотаи урсодезоксихолевӣ ҳангоми холелитиази экспериментали таъсири фаъоли табобатӣ зоҳир мекунад ва аз ҷиҳати таъсирбахшӣ аз «Урсофалка» паст нест, балки бартарӣ дорад [6,7,8,9,10,11,12,13,14]

Ҷадвал. Химизми талха дар хомякҳо (hamster) дар давоми 6 моҳ бо парҳези холитогенӣ-гиперлипидемӣ (ПГДЛ), табобатшуда бо «Урсослит» ва «Урсофал» (п=5 hamster дар ҳар як гурӯҳ)

Силсилаи таҷрибаҳо ва дозаҳо мг/кг массаи бадан	Нишондиҳандаҳои химизми талха М±м р<				
	Холестерини умумӣ, мкмол/л	Билирубини умумӣ мкмол/л	Суммаи кислотаҳои талха г/л	фосфолипидҳои умумӣ г/л	Таъсири коэффисенти холато-холестрин
1.Интактнӣ	6,7±0,001	7,3±0,02	3,1±0,023	2,9±0,02	0,46±0,0004
2.Контроли ПГЛД	9,4±0,02 0,01	11,4±0,001 0,001	1,1±0,05 0,001	1,3±0,01 0,001	0,11±0,016 0,001
3.ПГЛД+ «УРСОСЛИТ» 50мг/кг 1-маротиба дар як рӯз давоми 6 моҳ	4,1±0,06 0,001	7,9±0,13 0,001	5,6±0,18 0,001	3,81±0,04 0,001	1,36±0,002 0,001
4.ПГДЛ+УДХК 50 мг/кг 1 маротиба дар як рӯз давоми 6 моҳ	5,2±0,04 0,01	8,3±0,03 >0,2	4,7±0,06 >0,2	2,7±0,01 >0,2	0,9±0,03 >0,2

Хулоса, дар даҳсолаи охир кислотаҳои чарбӣ ва талха, ҳамчунин холестерин таваҷҷуҳи таҳқиқотчиёни соҳаҳои гуногуни илми биохимияро ба худ ҷалб кардааст. Бо шарофати спектри васеи фаъолнокии соддаи биологӣ, хусусиятҳои сохторӣ, басомади баланд ва дастрасии онҳо аз маводи ибтидоии перспективии таҳқиқоти биохимиявӣ иборат аст.

Дар мароҳили муосири инкишофи проблемаи ташхис ва самаранокии табобати бемориҳои гуногуни чиар, талхадон, чарбсорӣ ва як қатор бемориҳои дигари ҷигар, ва оризаҳои сершумору вазнини онҳо, ба таври ниҳоӣ ҳаллу фасл нашудаанд ва то ҳанӯз таваҷҷуҳи доираи васеи биохимикҳо, клинитсистҳо ва таҳқиқотҳои илмиро талаб мекунад. Аз ҳамин сабаб, усулҳои ташхис ва табобати бемориҳои санги талха ва дигар патологияҳои ҷигар омӯзиши ҷиддитари протсессҳои биохимиявиро талаб мекунад, ки дар он холестерин, кислотаҳои тал-

ҳа, инчуни кислотаи чарбӣ иртиботи мутақобила доранд.

Бо назардошти ин метаболизми холестерол, кислотаҳои талха ва кислотаи чарбӣ дар талха ва зардоби хуни беморони дорои бемориҳои гуногуни ҷигар, инчунин шинохтани тағйиротҳои муҳтавои холестерол, кислотаҳои талха ва кислотаи чарбӣ таҳти таъсири препаратҳои нав дар организм аз ҷиҳати таҳқиқотҳои биохимиявӣ ва ҳам барои тибби амалӣ вазифаи актуалӣ маҳсуб мешаванд.

Барои гузаронидани таҳқиқотҳои биологӣ оид ба омӯзиши муҳтавои кислотаҳои талха ва кислотаи олии чарбӣ, ҳамчунин холестерин дар талха ва зардоби хун бо усули хроматографияи газу моеъ доштани намунҳои эталонии ҳама кислотаҳои талха зарур аст, зеро таҳқиқоти муҳтавои кислотаҳои талха ва таносуби онҳо дар талха ва зардоби хун барои баҳогузорӣ ба ҳолати функсионалии гепатосидҳо аҳамияти бузхурги ташхисӣ доранд.

Вобаста аз ин, бо мақсади муайян кардани муҳтавои кислотаҳои талха ва кислотаи чарбӣ дар объектҳои биологӣ бештар намунҳои эталонии эфирҳои метили онҳо ва атсетат ва селили ҳосилаҳо бо мақсади сохтани графикҳои калибрӣ истифода мекунанд.

Дар робита аз ин, мо дар марҳалаи аввал синтези як қатор кислотаҳои талха ва эфирҳои метили дахлдори онҳоро анҷом додем. Намунаҳои кислотаҳои талха ва кислотаи чарбӣ ба қадри зарурӣ тоза буданд, акнун дар бораи онҳо препаратҳои эталонӣ пешниҳод кардан мумкин аст, ки ҳангоми муайянкунаии имиқдорӣ дар хун бо усули хроматографияи газу моеъ барои намунаҳои стандартӣ истифода шудаанд.

Паҳншавии густурдаи бемориҳои ҷигар ва душвориҳои ташхиси онҳо, водор месозанд, ки усулҳои нисбатан боэътимод ва иттиллотноки ташхисӣ ҷустуҷӯ карда шавад. Аз ҳампин сабаб муайянкунии миқдории кислотаҳои талха, ҳамчунин холестерин ва дигар компонентҳо дар талха ва дар пешоб аҳамияти бузурги ташхисӣ ва баҳодиҳӣ ба самаранокии табобат, инчунин баррасии тағйироти муҳтавои стероидҳои нишондодашуда дар организм таҳти таъсири препаратҳои гуногунро касб мекунанд.

АДАБИЁТ

1. Кадыров А.Х. Исследование гепатопротективныхихолелитолитических свойств «Урсослит»-А.Х. Кадыров, Н.Ю. Самандаров, Ш.А. Кодиров, Б.Х. Махкамова. //. «Медицинская наука и образование» материалы 62- ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибн Сино, посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан.Душанбе, 2014г Стр. 218-219.

2. Кадыров А.Х. Исследование гепатопротективныхихолелитолитических свойств «Урсослит»-А.Х. Кадыров, Н.Ю. Самандаров, Ш.А. Кодиров, Б.Х. Махкамова. //. «Медицинская наука и образование» материалы 62- ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибн Сино, посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан. Душанбе, 2014г Стр.218-219.

3. Кадыров, А.Х. Газохроматографичекое оценки сывороточное высших жирных кислот у больных жировой болезни печени / А.Х. Кадыров, С.С. Саидов, М.К. Абдурахимова, Н.Ю. Самандаров // Международный научно-исследовательский журнал ISSN 2303-9868 №4(11) Часть1 Екатеринбург 2013 С. 50-53.

4. Кадыров, А.Х. Газохроматографичекое оценки сывороточное высших жирных кислот у больных жировой болезни печени / А.Х. Кадыров, С.С. Саидов, М.К. Абдурахимова, Н.Ю. Самандаров // Международный научно-исследовательский журнал ISSN 2303-9868 №4(11) Часть1 Екатеринбург 2013 С. 50-53.

5. Кадыров, А.Х. Газохроматографическое определение высших жирных кислот в сыворотке крови здоровых лиц и тольных с метаболическим синдромом / А.Х. Кадыров, А.К. Сайфуддинов, А.А. Кодиров, Е.К. Холов.// Состояние и перспективы развития биохимии в Таджикистане-Душанбе, 2009.-С.70-73.

6. Н.Ю.Самандаров, Б.Х.Махкамова, М.А.Аскарова, Н.Б.Бораджабова.Определение содержания жирных кислот в желчи у хомяков под влиянием “Урсослита” и “Урсофалька” при экспериментальном холелитиазе методом ГЖХ. Мат.год. 66-ой научно-практической конференции ТГМУ им. А.И. Сино «Роль и место инновационных технологий в современной медицине» 23 ноября 2018г. .Душанбе, стр. 377-378.

7. Патент РТ № TJ 524 Способ к диагностике жировой болезни печени /А.Х. Кадыров, Г.К. Мироджов, М.Н. Худжамуродов, Н.Ю. Самандаров, А.А. Кодиров, М.К. Абдурахимова, М.П. Султонмамадова.// Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Республики Таджикистан от 4.09.2011 г.

8. Патент РТ № TJ 525. Способ к диагностике жировой болезни печени.А.Х. Кадыров, Г.К. Мироджов, М.Н. Худжамуродов, Н.Ю. Самандаров, А.А Кодиров, М.К. Абдурахимова, М.П. Султонмамадова. Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Республики Таджикистан от 4.09.2012.

9. Патент РТ № TJ 525. Способ к диагностике жировой болезни печени.А.Х. Кадыров, Г.К. Мироджов, М.Н. Худжамуродов, Н.Ю. Самандаров, А.А Кодиров, М.К. Абдурахимова, М.П. Султонмамадова. Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Республики Таджикистан от 4.09.2012.

10. Патент РТ № TJ 583. Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Республики Таджикистан от 2013г. А.Х. Кадыров, Г.К.Мироджов, Б. Х. Махкамова Н.Ю. Самандаров, М, П. Султонмамадова, М.К. Абдурахимова, Ш,А. Кадиров Пропан-1,2- -диолвый эфир 3б,7в-дигидроксихолановой кислоты в качестве холелитеческой и гипохолестринимическое средства.

11. Подымова, С.Д. Жировой гепатоз. Неалкогольнойстеатогепатит (эволюция представлений о клинико-морфологических особен-ностях, прогнозе, лечении). /С.Д. Подымова // Тер. Архив, 2006. № 4с.32-38.

12. Полученией и изучение холелитичесихгипохолестренимических и желчогонных свойств пропан 1,2-диолового эфира 3б,7в–дигидроксихолановой кислоты. Наука и иноватсия ТНУ. №1. 2020. стр. 79-85.

13. Самандаров Н.Ю. Изменение содержания желчных кислот при лечение жировой болезни печени.Самандаров Н.Ю. Кодиров А.Х., Холов Е.К. «Авчи зухал» ,№ 4, 2018. – С.73-78.

14. Самандаров Н.Ю. Кодиров А.Х., Давлатова Г.Х.Гепатопротективного свойства нового растителного сбора “Гепосаф” при эксперментальном токсическом гепатите, вызиваном CCL_4. Проблемаиы гастроэнтерологии №1 2021. –С.52-56.

15. Самандаров Н.Ю., Абдуллозода С.М., Кодиров А.ҲРахимова Х.С.Синтез исследование изопропиловых эфиров холановых кислот. “Наука и мир”№3 2020г. г. Волдоград. РФ.

ПОЛУЧЕНИЕ ПРОПАН – 1,2 – ДИОЛОВЫХ ЭФИРОВ ЛИНОЛЕВОЙ И УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТ И ИЗУЧЕНИЕ ИХ ЛИТОЛИЧЕСКИХ СВОЙСТВ

Самандаров Н. Ю.

Научного –исследовательский института Таджикский национальный Университет ГУ «Институт гастроэнтерологияи Республики Таджикистан»

В поседние годы вопрос о правильном диагностике и плодотворном лечении многих заболевания печени, желчевыделительной системы, ожирения и многих других патологии печени, и их многочисленных и послеоперационнной состоянии, опасных для жизни пациентов, остаётся более важным вопросами и требует более высокой внимание биохимиков, практической врачей и других специалистов. Для решение этого

необходимо искать более подходящие методы диагностике и эффективного лечения разновидности болезней печени требуется исследовать и охарактеризовать взаимосвязы между холестерина,желчных кислот,а также высшими жирных кислот.

Для этого изучение взаимосвязь между холестерином,желчных кислот и жирных кислот в некоторых биологических объектах у больных с гепатобилиарными патологиями,а также установление концентрации этих компонентов при использование их различных соотношениях новых других медикоментов во время лечения считаются одной из важнейших задачи,как в усовершенствование биохимических методов исследование и внедрение этих результатов вмедицинской.

Ключевые слова; гепатозащитных средств, гепатобилиарными патологиями, желчных кислот, жирных кислот, высшим и жирных кислот, биологических объектах, биохимических методов исследований, ИК спектроскопи.

OBTAINING PROPANE - 1,2 - DIOL ETHERS OF LINOLIC AND URSODEOXYCHOLIC ACIDS AND STUDYING THEIR LITHOLIC PROPERTIES

Samandarov N. Yu.
Scientific Research Institute Tajik National University State Institution "Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan"

In recent years, the question of the correct diagnosis and fruitful treatment of many diseases of the liver, biliary system, obesity and many other liver pathologies, and their numerous and postoperative conditions, dangerous for the life of patients, remains a more important issue and requires higher attention of biochemists, practical doctors and other specialists. To solve this, it is necessary to look for more suitable methods for the diagnosis and effective treatment of a variety of liver diseases, it is required to investigate and characterize the relationship between cholesterol, bile acids, and higher fatty acids.

For this, the study of the relationship between cholesterol, bile acids and fatty acids in some biological objects in patients with hepatobiliary pathologies, as well as the establishment of the concentration of these components using their various ratios of new other medications during treatment are considered one of the most important tasks, as in the improvement of biochemical methods research and implementation of these results in medical.

Key words; hepatoprotective agents, hepatobiliary pathologies, bile acids, fatty acids, higher and fatty acids, biological objects, biochemical research methods, IR spectroscopy.

Самандаров Насрулло Юсупович. номзади илми химия. ходими илмии Институти тадқиқотии ДМТ.+993937303350. nasrullo.samandarov@mail.ru

Самандаров Насрулло Юсупович. к.х.н. главного научный соотрудника НИИ ТНУ. +993937303350. nasrullo.samandarov@mail.ru

Samandarov Nasrullo Jusupovic. k.x.n. glavnogo naucnyj sootrudnika AIIS TNU.+993937303350. nasrullo.samandarov@mail.ru

ТАҲҚИҚИ КОМПЛЕКСҲОСИЛШАВИИ Fe (II) БО АТСЕТИЛСИСТЕИН

Султонов Р.А.
Кафедраи кимиёи фарматсевтӣ ва захршиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муҳиммият. Дар кимиёи координатсионии муосир таҳқиқот оид ба омӯзиши механизми ҳосилшавии мураккаботи координатсионӣ дар маҳлул рӯз аз рӯз меафзояд. [1,2]. Масалан, мураккаботи координатсионии филизи интиқолӣ бо кислотаҳои карбон ҳамчун маводи фаъоли биологӣ дар соҳаҳои гуногуни илм, техника, хоҷагии халқ ва тиб дорои истифода қарор гирифтаанд. Аз ҷумла, мураккаботи координатсионии оҳан (II) бо лигандҳои органикӣмушаххасан атсетилсистеини дар мураккаботи координатсионӣ бударо узвият беҳтару хубтар ҷаббида мегирад ва барои табобати беморихои роҳҳаи нафаскаши истифода мешаванд [3,4]. Аз ин хотир, омӯзиш ва таҳқиқи пайвастҳои координатсонии мураккаботи координатсионии оҳан (II) бо лигандҳои органикӣ мушаххасан атсетилсистеин муҳим аст.

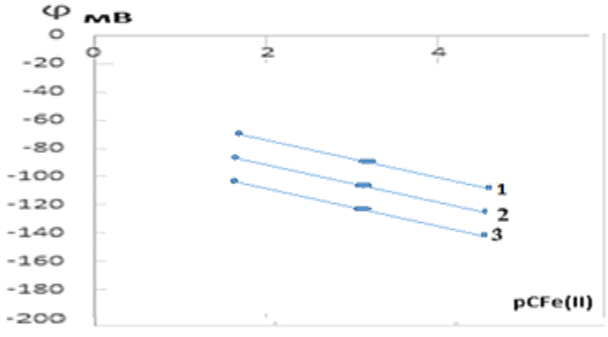
Мақсадитаҳқиқот.Тавассути тариқаҳои муосири физикохимияви таҳқиқ намудани таркиби пайвастаҳои координатсионии оҳан (II) бо атсетилсистеин ва дар асоси он дарёфт намудани моддаҳоинави хосияти балғамронӣ дошта.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот Тавассути тариқаи оксредметрӣ бо истифодаи функсияи оксидшавии таркиби пайвастаҳои оҳан (II) бо атсетилсистеин дар маҳлул таҳқиқшуда собитаҳои устувории онҳо бо истифодаи барномаи Excel ҳисоб карда шуд ва диаграммаи тақсимшавии пайвастаҳои комплексии оҳан (II) бо атсетилсистеин тартиб дода шуд. **Натичаи таҳқиқот**. Санҷишҳои таҷрибавӣ бо тайёр кардан ва озмоиши электродҳои нуқра ва руҳ, калибровкаи электродҳои шишагӣ, омӯзиши функсияи электроди пайвастшудаи руҳ сурат гирифт. Консентратсияи сулфати оҳан бо усули комплексонометрӣ муайян карда шуданд[5]. Атсетилсистеин тавассути кристаллизатсия дар оби гарм тоза карда шуд.-Тадқиқотҳои окредметрӣ нишон доданд, ки дар системаи оҳан (II) бо атсетилсистеин пайвастагиҳои координатсионии таркибашон гуногун ҳосил мешаванд. Таркиби пайвастаҳои комплексии оҳан (II) дар маҳлули обии асетилсистеин дар соҳаи васеи pH тавассути тариқаи окредметрия дар соҳаи консентратсияи оҳан (II) $1{,}10^{-3}$-$1{,}10^{-4}$ мол / л, pH = 3.0–8.0 қувваиионии 0,1 мол / л ва ҳарорати 308 Кмуайянкардашудааст. Натиҷаҳои таҳқиқоти окредметрӣ барои синтези пайвастаҳои координатсиони оҳан (II) дар маҳлули обии асетилсистеин истифода шуданд.

Пайвастагиҳои координатсиони оҳан (II) бо назардошти вобастагии потенсиали оксидшави ц ба консентратсияиоҳани (II) муайян карда шудаанд. Дар вобастагии потенсиали оксидшави аз консентратсияи оҳан (II) коэффисиенти кунҷии хати рост ба J/2 баробар аст. Тибқи назарияи усули окредметрия, логарифмаи баръакси потенсиали оксидшавии консентратсияи оҳаншакли зерин дорад (муодилаи 1):

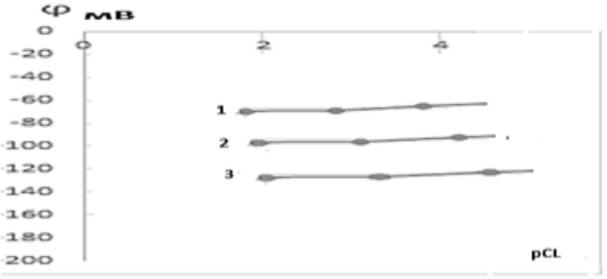
$$[\partial\varphi/\partial pC_{Fe(II)}]_{pH,\ pCglut,\ pCFe\ (II)} = -\upsilon/2q \quad (1)$$

Вобастагии таҷрибавии потенсиали оксидшавии ц аз $pC_{Fe(II)}$дар муодилаи 1 гузошта ҳосил мекунем. муқоиса карда, –x / q = –x / 2 ва q = 1.Ин аз он шаҳодат медиҳад, ки дар маҳлул барои ҳосилшавии пайвасти комплекси як иони оҳан ё руҳ иштирок мекунад (расми 1).



Расми 1. Вобастагии j–pC_{Fe}^{2+}Система: Fe(II) - ACC - Na(H)SO_4 - H_2O 308K; I=0,1 мол/л; pH: 1)5,0 2)6,0 3)7,0; C_{ACC} = 1•10^{-2} мол/л

Миқдори лигандҳои асетилсистеин, ки ба таркибҳои пайвастаи координатсиони дохил шудааст, дар асоси вобастагии j–pC_{ACC} муқаррар карда шудааст(расми 2).



Расми 2.Вобастагии j–pC$_{АЦЦ}$Система: Fe (II) - ACC - Na(H)SO$_4$ - H$_2$O 308К; I=0,1мол/л; pH: 1)5,0 2)6,0 3)7,0C$_{Fe}^{2+}$- 1•10^{-3} мол/л;

Ҳамин тавр, дар pH 6.0, бо зиёдшавии консентратсияи лиганд, потенсиали оксидшавандаи система коҳиш меёбад, дар он ҷо як қисми хатӣ бо коэффисиенти кунчӣ ба х/2 х ташкил карда мешавад.Мувофиқи назарияи усули окредметрия ин маънои ташаккули таркиби мураккабро бо таркиби MeL = 1:1яъне MeL нишон медиҳад. Вобастагии назариявии ҳиссаи ҳосили оксидшаванда ц аз pC ACC бо чунин муодилаи зерин ифода карда мешаванд:

$$[\partial\varphi/\partial pC_{АЦЦ}]_{pH,\ pCFe(II),\ pCFe(II)} = \tilde{o}/2n\cdot(x/q\text{-}u/p)\ (2)$$

Миқдори умумии лигандҳо ва таркиби пайвастагии координатсион дар асоси вобастагии потенсиали оксидшави ц аз pH муайян карда шудааст (расми 3).



Расми3.Вобастагии потенсиали оксидшавии јаз pH дар система: оҳан (II) – асетилсистеин- об~ Т= 308 К. J=0.1 мол/л, C$_{Fe(II)}$=1·10^{-3} мол/л, C$_{АЦЦ}$=1·10^{-2} мол/л.

Ҳамин тавр, таҳлили муштараки вобастагиҳои j-pC$_{Fe(II)}$j-p C$_{ACC}$, j-pH гувоҳи онанд, ки дар маҳлулиобии атсетилсистеин пайвастагиҳои координатсиони моноҳастагии таркибҳои мухталиф доштаҳосил мешаванд (ҷадвали 1).

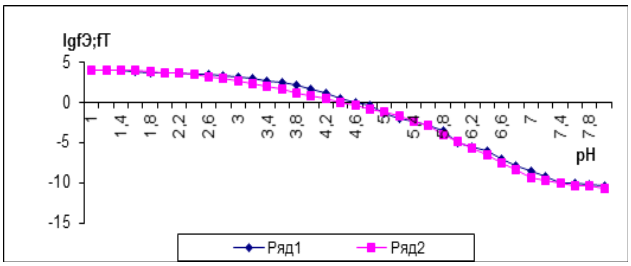
Ҷадвали 1. Таркиб ва коэффисиентҳои кунҷии пайвастагиҳо дар системаи оҳан (II) атсетилсистеин-об дар ҳарорати308К, қувваи ионии J=0.1 мол/л, C$_{Fe(II)}$=1·10^{-3} мол/л, C$_{ACC}$=1·10^{-2} мол/л

pH	Тангенси кунҷии тамоили вобастагӣ			Таркиби комплекс
	φ-pH	φ-pC$_{Fe(II)}$	φ-pC$_{АЦЦ}$	
2.5 – 4.5	0; - υ/2	-υ/2	0	Fe (H$_2$O)$_6^{2+}$
4.5 – 6.0	- υ/2 ;- υ	- υ/2	- υ/2	FeАЦЦ;FeOH$^+$; FeАЦЦOH
6.0 – 8.0	- υ/2 ;- υ	- υ/2	- υ/2 -υ	FeАЦЦ$^+$; FeАЦЦ$_2$
8.0 – 12.0	- υ/2;	- υ/2;	- υ/2;	FeАЦЦ$^+$

Дар асоси ҷадвали 1 матритса (ҷадвали 2) сохта функсияи оксидонии эксперименталӣ ва назариявӣ (муодилаҳои 3 ва 4) исбот карда шуд ва барои ҳисоби собитаҳои устуворӣ ва диаграммаҳои тақсимшавии комплексҳо истифода бурда шуд.

$$f_э^0 = {}^{Cr}/_{Co}\, exp(\varphi - \varphi o)\, {}^{n}/_{\nu}(3)$$

Дар асоси натиҷаҳои ба даст омада вобастагии муштараки логарифмаи функсияи оксидонии назарияви ва таҷрибавӣ тартиб дода шуд. Вобастагии зикршуда барои ҳисоби собитаи устувори ва диаграммаи тақсимшавии пайвастаҳои комплексӣ истифода шудааст (расми 4,5 ҷадвали 2).



Расми 4. Вобастагии функсияҳои таҷрибавӣ (Igf$^0_т$) ва назариявӣ (Igf$^0_н$) ба pH дар система: Fe(II)- Fe (0)-ACC-H$_2$O, 308 К, J=0,1 мол/л, C$_{Fe(II)}$=1·10^{-3} мол/л, C$_{ACC}$=1·10^{-2} мол/л

Қисматҳо:

1. - Функсияи оксидшавии таҷрибавӣ
2. - Функсияи оксидшавии назариявӣ;

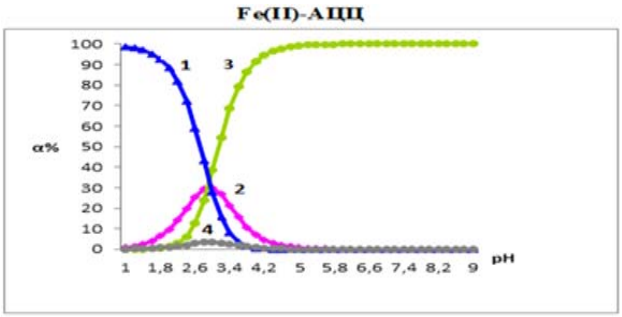
Ҷадвали 2. Стехиометрия, таркиб ва номи собитаҳои пайвастаҳои координатсионидар система Fe (0) - Fe (II) -ACC-H_2O

	Fe(II)	Fe(0)	H	L	OH	ТАРКИБ	$lg\beta_{q,p,s,l,к}$
	q	p	s	l	k		
1	1	0	0	0	0	$Fe(H_2O)_6^{2+}$	$lg\beta_{10000}$
2	1	0	0	0	1	$FeOH^+$	$lg\beta_{10001}$
3	1	0	0	1	0	$FeAЦЦ^+$	$lg\beta_{10010}$
4	1	0	0	2	0	$Fe(AЦЦ)_2$	$lg\beta_{10020}$

Муодилаи умумии функсияи оксидшавии назариявӣ чунин аст:

$$f_T = \{1 + æ_{10010}[АЦЦ] + \beta_{10020}[АЦЦ]^2 + K_{10001}\cdot h^{-1}\} \quad (4)$$

Расми5.Таркиби ионҳои Fe (II) ва шаклҳои мураккаби он дар система; Fe(II)- Fe(0)-ACC-H_2O, 308 К; J = 0,1 мол/л.1 - Fe^{2+}; 2 - $FeACC^+$; 3 - $Fe(ACC)_2$; 4 -$FeOH^+$.



Пас аз гузарониданиамалиётҳои дар болобуда, боистифода аз усулиитератсияқимати ҳақиқиисобитаҳои пайвастаҳои комплексӣмуайян карда шуд (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. Қимати логарифми собитаҳои пайвастаҳои компексии оҳан дар системаи Fe (II)- Fe (0)-ACC-H_2O при 308 К; J = 0,1 мол/л

№	Таркиб	Собитаи устуворӣ	Ҳадди ниҳоии pH	Фоизнокии комплекс
1	$FeACC^+$	2,81	2,6	30%
2	$FeACC_2$	5,69	5,0-9,0	100%
3	$FeOH^+$	-3,92	2,6	5%

Хулоса.Таркиби пайвастаҳои компексии оҳан ба атсетилсистен дар ҳарорати 308К ва қувваи ионии 1,0 муайян карда шуд.

АДАБИЁТ

1. Балышев А.В. Разработка и изучение биологической активности фармацевтической композиции на основе соли цинка (II) и глицина: Автореферат дис кандид. биол.наук / Балышев А.В. – Москва, 2005.
3. Бобиев Г.М. Синтез и биологические свойства низкомолекулярных тимусных пептидов и их биокоординационных соединений: дисс. докт. биол. наук / Бобиев Г.М. -Душанбе, 2000.-354с.
3. Бобиев Г. М. Препараты на основе иммуноактивного дипептида и его координационных соединений с ионом цинка:дисс. докт. фарм. наук / Бобиев Г.М. -Москва, 2012.-273с.
4. Новикова Г. А. Координационные соединение металлов с имидазолами и бензимидазолами/ Новикова Г. А., Молодкин А.К., Кукаленко С.С., //Журнал неорг. химии. 1988.Том 33, вып 12, -С. 3111-3122

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЦЕССОВ КОМПЛЕКСОБРАЗОВАНИЯ Fe (II) С АЦЕТИЛЦИСТЕИНОМ

Султонов Р.А.
Кафедра фармацевтической и токсикологической химии (заведущая кафедрой к.фарм.н Навруззода Г Ф), ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,

Процесс окисления железа (II) ацетилцистеином при температуре 308 К изучали кислородным методом. Было обнаружено, что железо (II) образуют четыре сложные частицы с ацетилцистеином. По мере повышения температуры ста-

бильность комплексных соединений уменьшается.

Ключевыеслова: константы, Fe (II), ацетилцистеин, оксидметрия

INVESTIGATION of COMPLEXATION PROCESSES of Fe (II) WITH ACETYLCYSTEINE

Sultonov R.A.
Department of Pharmaceutical and Toxicological Chemistry (Head of the Department c.phar.n.Navruzzoda G.F.) Avicena Tajik State Medical University

he oxidation of iron (II) with acetylcysteine at a temperature of 308 K was studied using the oxygen method. It was found that iron (II) form four complex particles with acetylcysteine. As the temperature rises, the stability of complex compounds decreases.

Key words: constants, Fe (II), acetylcysteine, oxidemetry.

Султонов Рауфҷон Азизкулович – МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалибни Сино», аспиранти кафедраи химияи фарматсевтӣ ва захршиносӣ, Телефон: **93-919-07-44.**E-mail: **raufsultonov@mail.ru**

Султонов Рауфджон Азизкулович – ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино», аспирант кафедры фармацевтической и токсикологической химии. **Адрес:** 734003, Республика Таджикистан, г.Душанбе. проспект Рудаки 139. Телефон: **93-919-07-44.**E-mail: **raufsultonov@mail.ru**

Sultonov Raufjon Azizkulovich - Tajik State Medical University. Abuali ibn Sino, graduate student of the Department of Pharmaceutical and Toxicological Chemistry. **Address:** 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe. Prospect Rudaki 139. Phone: **93-919-07-44.** E-mail: **raufsultonov@mail.ru**.

ТАЪСИРИ ХАРОБИОВАРИ ОМИЛҲОИ МУҲИТИ ЗИСТ БА ҶУЗЪҲОИ СОХТОРИИ ПӮСТ

Шукурова Д.А., Мирзоева М.Т.
Кафедраи гистологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”
МД “МТ Дастгоҳи иҷроияи Президенти ҶТ”

Муқаддима. Пиршавӣ - раванди мураккаби биологии тағироти мубодилавӣ ва сохторӣ - функсионалии организми инсон аст, ки на танҳо узвҳо ва системаҳои дохилӣ, балки бофтаҳоеро ҳам дар бар мегирад, ки намуди зоҳириро ташкил медиҳанд. Пӯст, бар хилофи дигар узвҳо, ки дар муҳити мутавозуни дохилии бадан мавҷуд аст, дар мавқеи махсус ҷойгир мебошад, зеро он ҳамчун сарҳад буда, онро аз муҳити беруна ҷудо мекунад ва бо ҳама узвҳо ва системаҳои дигар зич алоқаманд месозад. Дар робита ба ин, равандҳои гуногуни физиологӣ ва патологӣ то андозае дар пӯст инъикос мешаванд ё бо иштироки онҳо идома меёбанд. Аз ин рӯ, дар пӯст, ки бевосита ба таъсири сершумори беруна дучор мешавад, тағироти регрессивӣ нисбат ба дигар узвҳо барвақттар ошкор карда мешаванд. Пиршавии пӯст бо раванди умумии пиршавии бадан, аз ҷиҳати генетикӣ муайяншуда (пиршавии табиӣ) ва таъсири хашмгинонаи омилҳои муҳити зист алоқаманд буда, дар байни онҳо харобиовартарин радиатсияи ултрабунафш аст (аксбардорӣ**).**

Мақсади тадқиқоти мазкур. Омӯзиши таъсири радиатсияи ултрабунафш ба ҷузъҳои сохтории пӯст.

Мавод ва услубҳои тадқиқот. Объекти тадқиқот биопсияҳои пӯст буда, маводи ҷарроҳӣ аз 16 зани солими синни 45-74 солаи клиникаҳои пластикии шаҳри Душанбе гирифта шудааст. Бо мақсади муайян кардани тағироти морфологӣ дар ҳуҷайраҳои пӯстпарда (эпидермиси пӯст)

ташхиси гистологии биопсияҳои пӯст гузаронида шуд. Ҳангоми гузаронидани ин усулҳо ҷои гирифтани биопсияи пӯст (минтақаҳои кушод ё пӯшидаи пӯст аз инсолятсия) ба назар гирифта шудааст. Дар ин тадқиқот ташхиси гистологии пӯст бо мақсади муайян кардани нишонаҳои морфологии пиршавии он вобаста ба таъсири инсолятсия нақши махсус бозид.

Пас аз гирифтани маводи биопсия (ҷарроҳӣ), он дар маҳлули 10% -и формалини бетараф собит карда шуд. Барои муайян кардани тағйироти ғафсии пӯстпарда, ҳолати сарҳадии байни пӯстпарда ва қабати пистонакшакли пӯсти аслӣ, дараҷаи шахшулшавӣ, шумораи меланоцитҳои қабати асосии пӯстпарда, буридаҳои пӯст бо гематоксилин ва эозин ранг карда шуданд.

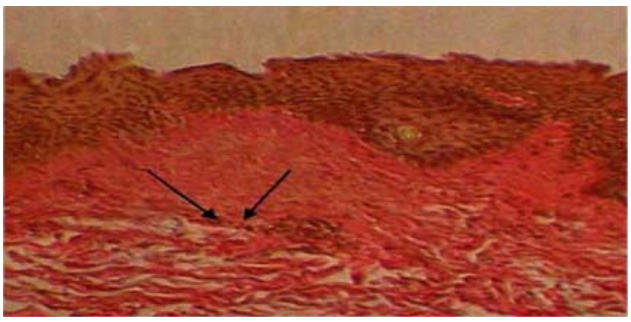
Инчунин барои муайян кардани дараҷаи таназзули нахҳои шилмдиҳандаи пӯсти аслӣ, буридаҳо бо гематоксилин ва пикрофуксин ва барои муайян кардани дараҷаи таназзули нахҳои ёзанда, бо орсеин ранг карда шуданд. Экспертизаи микроскопӣ бо истифодаи микроскопи рӯшноигии муқаррарии "MBI -6" тавоногиаш - об. 10^x, 20^x; ок. 5^x, 10^x гузаронида шуд.

Ҳангоми таҳлили маълумоти гирифташуда муқоисаи хусусиятҳои морфологии пӯсти беморони ду гурӯҳ ба назар гирифта шуд: гурӯҳи аввал - беморони 45-74 сола, ки дар онҳо биопсияҳои пӯст аз ҷойҳои пӯшидаи бадан гирифта шудаанд (8 нафар) ва гурӯҳи дуюм - беморони 45-74-сола, ки дар онҳо биопсияҳои пӯст аз ҷойҳои кушодаи бадан гирифта шудаанд (8 нафар).

Натиҷаҳои тадқиқот. Арзёбии хусусиятҳои морфологии пӯсти занони миёнасол ва пиронсол, ки аз минтақаҳои пӯшидаи бадан гирифта шудаанд, нишон дод, ки ғафсии пӯстпарда дар 64,6% ҳолатҳо бетағйир боқӣ мондааст, дар 23,1% тунукшавӣ ва дар 12,3% ғафсшавии он мушоҳида шудааст. Сарҳади байни пӯстпарда ва қабати пистонакшакли пӯсти аслӣ дар 87,6% муқаррарӣ буд ва дар 12,4% нафарони гурӯҳи якум ҳамвор мушоҳида шуд. Дар ягон нафари ин гурӯҳ дараҷаи сусти шахшулшавии қабати пӯстпарда ошкор нашудааст, мӯътадил - дар 89,3%), возеҳ - дар 10,7%. Нахҳои шилмдиҳанда ва ёзанда дар биопсияҳои пӯсти занони 45-74 сола, ки аз минтақаҳои пӯшидаи бадан ба даст оварда шудаанд, дар 100% ҳолатҳо ба ҳеҷ гуна тағирот дучор нашудаанд. Шумораи меланоситҳо дар қабати асосии пӯстпарда аз 1 то 5 дар 56,3% аз 5 то 10 дар 43,7% -и занон буд.

Ҳангоми таҳлили хосиятҳои морфологии пӯст дар занони миёнасол ва пиронсол, ки аз ҷойҳои кушод гирифта шудаанд, ғафсии пӯстпарда дар 74,0% нафар бетағйир мондааст, дар 26,0% занони муоинашуда тунукшавии пӯстпарда ошкор шудааст. Сарҳади муқаррарӣ байни пӯстпарда ва қабати пистонакшакли пӯсти аслӣ дар 87,5% ҳолатҳо ва дар 12,5% ҳамвор мушоҳида шуда, дараҷаи сусти шахшӯлшавии пӯстпарда дар 26,0% нафар, мӯътадил - дар 74,0% ба назар ме расад.

Нахҳои шилмдиҳандаи пӯсти аслӣ дар 36,4% занон ба меъёр мувофиқат мекарданд, дар 63,6% нафар дараҷаи сусти таназзули нахҳои шилмдиҳанда ошкор карда шуд. Ҳангоми омӯзиши биопсияҳои пӯсти занони синни 45-74 сола, ки аз минтақаҳои зери инсолятсияи музмин гирифта шуд, буданд 24% кам ва дар 76% - мӯътадил афзоиш ёфтани ғафсӣ ё шумораи нахҳои ёзандаи пӯсти аслӣ муайян карда шуд. Шумораи меланоситҳо дар қабати асосии пӯстпардаи занони ин гурӯҳ дар 17,7% аз 1 то 5 дар майдони назар ва аз 5 то 10 дар 82,3% занон буд.



Мустаҳзари пӯсти минтақаи гардан. Зани 59 сола. Таназзули фокусии нахҳои шилмдиҳандаи пӯстпарда (бо нишонаҳо нишон дода шудааст). Рангубор мувофиқи Ван Гизон бо гематоксилин ва пикрофуксин. х. 250.

Ҳангоми муқоисаи хусусиятҳои сохтории биопсияҳои пӯсти занони миёна ва пиронсол, ки аз минтақаҳои пӯсти кушод ва пӯшида гирифта шудаанд, дар байни гурӯҳҳо дар дараҷаи таназзули нахҳои шилмдиҳанда ва ёзанда фарқиятҳои оморӣ ошкор карда шуданд. Таваҷҷӯҳ ба фарқиятҳои муайяни байни гурӯҳҳо дар афзоиши шумораи меланоситҳо дар қабати асосии пӯстпарда ҷалб карда шуд. Дар занони синну соли миёна ва пиронсол афзоиши шумораи меланоситҳо дар

биопсияҳои пӯст, ки аз ҷойҳои кушодаи бадан гирифта шудаанд, қариб 2 маротиба (82,3 ва 43,7%) ошкор карда шудааст. Ҳангоми муоинаи визуалии пӯсте, ки ба инсолятсияи музмин дучор шудааст, дар занони синни 45-74 сола нишонаҳои диспигментация дар шакли лентиго аён мешавад, ки ин дигаргунӣ пеш аз ҳама на ба синну сол, балки ба ҷамъшавии таъсири патогении радиатсияи ултрабунафш дар тӯли тамоми умр вобастагӣ дорад.

Дар мавриди омӯзиши биопсияҳои пӯст, ки аз қисмҳои гуногуни бадан гирифта шудаанд, дар байни гурӯҳҳо оид ба дараҷаи таназзули нахҳои шилмдиҳанда фарқиятҳои оморӣ пайдо шуданд. Ҳамин тариқ, дар пӯсти ҷойҳои кушодаи бадан тақрибан дар 65,0% занон нахҳои шилмдиҳанда, ки ба дараҷаҳои гуногуни таназзул дучор мешаванд, ошкор гардида, дар пӯсти аз радиатсияи ултрабунафш муҳофизат карда шуда, дар 100,0% занон ба меъёр мувофиқат мекунад.

Хулоса. Пиршавии пӯст дар зери таъсири нурҳои ултрабунафш як раванди мураккаби биологӣ буда, бо осеб ёфтани бофтаи пайвасткунандаи пӯсти аслӣ, ва хусусан вайронкунии ҷиддии сохту вазифаҳои нахҳои шилмдиҳанда ва ёзанда паҳн мешавад. Ҳангоми омӯзиши биопсияҳои пӯст, ки аз минтақаҳои гуногуни он гирифта шудаанд, фарқиятҳои возеҳ дар тағйирот дар сохтори нахҳои шилмдиҳанда ва ёзанда ошкор карда шуданд. Дар ҳама занони синну соли миёна ва пиронсол, нахҳои шилмдиҳанда ва ёзанда дар пӯсти минтақаҳои пӯшидаи бадан бетағйир боқӣ монда, дар 100% ҳолатҳои биопсияҳои аз ҷойҳои кушодаи бадан гирифташуда ба дараҷаҳои гуногуни таназзул дучор шудаанд. Дар асоси натиҷаҳои тадқиқоти зерин, тасдиқ кардан мумкин аст, ки дар қатори дигар омилҳо таъсири инсолятсияи музмин ба вайроншавии сохтор ва вазифаи нахҳои шилмдиҳанда ва ёзанда оварда мерасонад.

Адабиёт:

1. Адлер Й. Что скрывает кожа. 2 квадратных метра, которые диктуют, как нам жить. М.: Издательство “Э”, 2017, с. 13.

2. Акилов, О. Фотостарение и фотоомоложение: механизмы и перспективы / О. Акилов, С. Шагинян, Ч. Арапбаева // Эстетическая медицина. - 2002. - Т. 1, *№3.-С.* 216-219.

3. Карымов О.Н., Калашникова С.А., Соловьева И.О., Полякова Л.В. Гистотопографические особенности строения кожи лица. Журнал анатомии и гистопатологии. 2017;6(1):29-32.

4. Кошевенко Ю.Н. Кожа человека. Структура, физиология и предназначение функциональных элементов кожного органа человека. 2016;360.

5. Chang A. L. Expanding our understanding of human aging // J. Invest Dermatol. 2016 may. 136 (5). P. 897–899.

6. Farage MA, Miller KW, Elsner P, Maibach HI. Characteristics of the aging skin. Adv, Wound Care. 2013;2(1):5-10.

7. Miyachi, Y. Dermal connective tissue metabolism in photoageing / Y. Miyachi, 0. Ishikawa // Australas. J. Dermatol. - 1998. - Vol. 31, № 1. - P. 19-23.

8.Morphometric analysis of colJasgen and elastin fibers in normals skin and gingiva in relation to age / B. Gogly, G. Godeau, S. Gilbert et al. // Clin. Oral. Investig. - 1997. - Vol. 1, № 3. - P. 147-152.

ВЛИЯНИЕ РАЗРУШИТЕЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА СТРУКТУРНЫЕ КОМПОНЕНТЫ КОЖИ

Шукурова Д.А, Мирзоева М.Т.

Кафедра гистологии ГОУ « ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

ГУ «МЦ исполнительного аппарата Президента РТ»

Целью данного исследования явилось изучение влияния УФ-излучений на составляющие структуры эпителия и соединительнотканной основы кожи.

Для исследования были использованы биоптаты кожи, взятые у женщин климактерического и старческого возрастов. Для выявления морфологических изменений проводились гистологическое исследование кожных биоптатов.

Результаты исследования. При сравнении структурных особенностей биоптатов кожи пациенток климактерического и старческого

возрастов возраста, полученных с открытых и закрытых участков кожи, были выявлены статистически значимые различия между группами по степени изменения структур в различных слоях кожи.

Выводы. Количество вредных факторов, действующих на кожу и ускоряющих её старение, весьма велико, среди которых существует фактор, действующий на каждого человека практически постоянно – УФ-излучение. Именно с ним, связано появление первых признаков старения на открытых участках кожи. Гистологически фотостарение проявляется в различных слоях кожи, с наиболее серьёзными нарушениями компонетов соединительнотканной основы структуры и функций коллагеновых и эластиновых волокон.

Ключевые слова: собственно кожа, УФ-излучение, гистологическое исследование, коллагеновые и эластические волокна, меланоциты.

INFLUENCE OF DESTROYING EFFECTS OF EXTERNAL FACTORS ON THE STRUCTURAL COMPONENTS OF THE SKIN

Shukurova D.A., Mirzoeva M.T.
Department of Histology of the SEI ATSMU, Dushanbe, Tajikistan
SI "MC of the Executive Office of the President of the Republic of Tajikistan" *

Aim. To study the effect of environmental factors, among which the most destructive is UV radiation on the structural components of the skin.

Material and methods. The object of the study was skin biopsies obtained from 16 women aged 45-74 years. In order to identify morphological changes in the cells of the epidermis, a histological examination of skin biopsies was performed. **Results**. When comparing the structural features of skin biopsies of middle-aged and elderly patients obtained from open and closed skin areas, statistically significant differences were revealed between the groups in the degree of degeneration of collagen and elastin fibers.

Conclusions. Photoaging of the skin is a complex biological process that unfolds in various layers of the skin with damage to the connective tissue of the dermis, with the most serious violations of the structure and functions of collagen and elastic fibers. Pronounced differences in changes in the structure of collagen and elastic fibers were revealed in the study of skin biopsies taken from different areas of the skin.

Key words: skin, UV radiation, histological examination, collagen and elastic fibers, melanocytes.

Шукурова Дилоро Адхамовна *— профессори кафедраи гистологияи МДТ «Донишгохи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино». 734003, Душанбе, Тоҷикистон, хиёбони Рӯдак, 139, Тел: 907707017 e-mail: diloro.shukurova.54@mail.ru*

Мирзоева Мунира Тохировна *— н.и.т., муовини директори Муассисаи давлатии «МК-и Дастгоҳи иҷроияи Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон» Самад Ганӣ 4, Тел: (992)935891477, muniramirzoeva@gmail.com*

Шукурова Дилоро Адхамовна *– профессор кафедры гистологии ГОУ « ТГМУ имени Абуали ибни Сино». 734003, Душанбе, Таджикистан, проспект Рудак, 139, Тел. 907707017 e-mail: diloro.shukurova.54@mail.ru*

Мирзоева Мунира Тохировна *–к.м.н, зам. директора ГУ «МЦ исполнительного аппарата Президента РТ», Самад Гани 4, Тел: (992) 935891477, muniramirzoeva@gmail.com*

Shukurova Diloro Adkhamovna *- Professor of the Department of Histology, SEI "Avicenna Tajik State Medical University ". 734003, Dushanbe, Tajikistan, Rudaki Avenue, 139, Tel: 907707017 e-mail: diloro.shukurova.54@mail.ru*

Mirzoeva Munira Tokhirovna *– Candidate of Medical Sciences, Deputy Director of the State Institution "MC of the Executive Office of the President of the Republic of Tatarstan" Samad Gani 4, Tel: (992) 935891477, muniramirzoeva@gmail.com*

ШАРҲИ АДАБИЁТ

ИСТИФОДАИ МЕЛАТОНИН ҲАНГОМИ ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРЁНӢ ДАР БЕМОРОНИ СОЛХӮРДА

Бобоев Ф. Д., Сохибов Р. Г., Шукуров Ф.А.
Кафедраи бемориҳои дарунии № 2 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Аз фишорбаландии шарёнӣ (ФШ) зиёда аз 1 млрд нафар - 30-45% аҳолии сайёра азият мекашад. Бо мурури пиршавии аҳолӣ, бештар паҳн шудани фарбеҳӣ, тарзи ҳаёти камҳамаракат ва дигар омилҳои хатарсоз (ОХ) интизор меравад), ки то соли 2025 домани паҳншавии ФШ боз 15-20% афзуда, то 1,5 млрд нафарро фаро хоҳад гирифт. Фишори шарёнии баланд ОХ-и аз ҳама маъмули инкишофёбии бемориҳои дилу рагҳо (БДР): БИД, инфаркти миокард (ИМ), норасоии қалбӣ (НҚ), фибриллятсияҳои пешдилиҳо (ФП); бемориҳои гурдаҳо: бемориҳои музмини гурдаҳо (БМГ); бемориҳои серебровaскулярӣ: дисфунксияи когнитивӣ, инсулт, хурӯҷи ишемиявии транзиторӣ (ХИТ) ва бемориҳои шарёнҳои канорӣ мебошад [5,6].

Паҳншавии ФШ бо гузашти синну сол афзуда, дар ашхоси аз 60-сола калон то ба 60% ва аз он зиёд мерасад [7] (2014). Тибқи тавсияҳо оид ба бурдани гипертензияи шарёнии Ҷамъияти аврупоии кардиологҳо ва Ҷамъияти аврупоӣ оид ба фишорбаландии шарёнӣ аз соли 2018, нишондиҳандаи ФШ мувофиқи маълумоти андозагириҳои клиникии ФШ сатҳи 140 мм сут. сим. ва бештар аз ин барои фишори систоликӣ (ФШС) ва 90 мм сут. сим. ва бештар аз ин барои ФШД муқаррар гардидааст. Барои ченкунии ФШ дар шароити хона ҳамчун нишондиҳандаи ФШ фишори систоликӣ ба андозаи 135 мм сут. сим. ва бештар ва/ё фишори диастоликӣ дар сатҳи 85 мм сут. сим. ва бештар муқаррар шудааст. Мувофиқи маълумоте, ки дар натиҷаи назорати якшабонарӯзии ФШ ба даст меояд, сарҳади ташхиси ФШ-и миёнаи шабонарӯзӣ мутаносибан 130 ва 80 мм сут. сим., рӯзона 135 ва 85 мм сут. сим. ва шабона 120 ва 70 мм сут. симобро ташкил медиҳанд. [8,9,10]. Миёни сатҳи ФШ ва хавфи БДР алоқаи мустақим вуҷуд дорад. Ин алоқа аз рақамҳои нисбатан паст - 110-115 мм сут. сим. барои ФШС ва 70-75 мм сут. сим. барои ФШД-ро ташкил медиҳанд [11] (2019).

Хусусиятҳои динамикаи шабонарӯзии фишори шарёнӣ бо осеби инкишофёбандаи узвҳои мавриди зарба ва хавфи инкишофи фалокатҳои рагӣ ба ҳам алоқаманд мебошанд. Дар рафти таҳқиқотҳои сершумор нақши коҳишёбии нокифояи ФШ дар вақти шаб ва замони хоб ҳамчун омили мустақили ба вуҷуд омадани хавфи фалокатҳои дилу рагҳо муқаррар карда шудааст [12–15](2016, 2011, 2013, 2017).

Механизме, ки барои коҳишёбии ФШ ҳангоми хоб ҷавобгар аст ва сабаби патофизиологии рӯй надодани коҳишёбии мазкур норавшан боқӣ мемонанд. Тағйирёбии якшабонарӯзии ФШ метавонад бо таъсири танзимкунандаи эҳтимолии мелатонин алоқамандӣ дошта бошад [20].(2006). Мавҷудияти назм (ритмика)-и сиркадианӣ ва фишори марказии варидӣ дар одамонро метавон бо иштироки мелатонин дартанзими функсияҳои низоми дилу рагҳо шарҳ дод. Дарели ин ҳамчунон ҳузури ретсепторҳои нисбати мелатонин ҳассос дар қабати мушакӣ ва эндотелийи рагҳо аст [21]. (2011)

Мелатонин маркёри пиршавии организм мебошад, зеро коҳиш ёфтани қуллаи шабонгаҳии усораи ин ҳормон дар одамони аз 60-сола калон дар халалёбии назмҳои сиркадиании организм нақши асосӣ дошта, ба пиршавии бошиддати низоми нейроимуннӣ-эндокринӣ сабаб мегардад [22]. (2011)**.** Ғайр аз пирон сатҳи мелатонин дар хуни тамокукашони ашаддӣ ва дар ашхосе, ки сатҳи баланди индекси вазни бадан доранд, паст мебошад [23]. (2006).

Мелатонин, ҳормони эпифиз, танзимкунандаи назмҳои шабонарӯзӣ, соли 1958 аз тарафи дерматологи америкоӣ А.Б. Лернер кашф гардидааст. Таваҷҷуҳ ба он аз сабабе

зиёд мегардад, ки сол то сол маълумотҳои бештару бештар доир ба серпаҳлу будани таъсири он ба организми инсон пайдо мешаванд. Дар ҳайвонҳои сутунмуҳрадор манбаи асосии мелатонин эпифиз ё ғадуди ҷалғӯзамонанд (пинеалӣ) мебошад. Яке аз сабабҳои он ки дар бораи мелатонин муддати тӯлонӣ чизе маълум набуд, дар он аст, ки сатҳи таҳқиқотҳои биохимиявӣ имкон намедод миқдори нисбатан ками он дар таркиби хун дарёфт гардад [29].

Дар натиҷаи таҳқиқотҳое, ки аз лаҳзаи кашфиёти А.Б. Лернер то ба имрӯз анҷом ёфтанд, функсияҳои асосии он дар сатҳи организм муайян карда шудаанд, ки чунин мебошанд: танзими функсияҳои иммунӣ, асаб ва эндокринӣ, таъсири пролиферотропӣ дошта, дифференсиатсия ва апоптози ҳуҷайраҳоро модулятсия мекунад, дар танзими функсияи босира ширкат меварзад, сатҳи холестеринро паст менамояд, устувории организмро дар муқобили стрессҳо ва сарбориҳои баланди ҷисмонӣ зиёд месозад, ба муътадилшавии фишори артериалӣ мусоидат мекунад. Ҷанбаҳои мазкур дар рафти як қатор таҳқиқотҳои клиникӣ тасдиқ ёфтаанд [30,31]. (2003,2014).

Эпифиз наздики 80% мелатонини дар хун гардишкунандаро истеҳсол мекунад.

Мелатонин дар гиёҳҳои шифоии чинӣ ба андозаи аз 10 нг/г то 7 мкг/г (дар гиёҳи хушк) дарёфт шудааст. Дар ҳаҷми зиёд мелатонин дар таркиби тухми хардал (129–189 нг/г), бодом (39 нг/г), тухми фенхел (28 нг/г), офтобпараст (29 нг/г), меваи олуча (18 нг/г), помидор (0,5 нг/г), решаи женшен (> 7000 нг/г), бобунаи форсӣ (> 7000 нг/г) мавҷуд будааст [38]. (2003) Ҳамчунин хабаре пайдо шуд, ки аккупунктураи дар тибби чинӣ васеъ истифодашаванда ба сатҳи мелатонин таъсир дошта, усораи шабонаи онро зиёд мекунад [39].(2004)

Ҳосили усораи мелатонин аз дараҷаи равшанӣ вобастагӣ дорад [43-46]. (2012,2005,2010,2004) Дар одами калонсол дар як шабонарӯз наздики 28,8 мкг мелатонин тавлид мешавад [44]. (2004) Ғилзати шабонаи он дар хун нисбати рӯзона тақрибан 10-30 карат зиёд аст, дар зимн авҷи фаъолии он ба соатҳои 1-3-и шаб рост меояд [46]. (2004, 2011, 2009). Ба ғайр аз равшанӣ ба ҳосилшавии мелатонин ҳамчунин майдонҳои электромагнитӣ, ҳарорати муҳити атроф ва намнокӣ таъсир мерасонанд [44,45,46,].(2005,2010,2004,2009, 2011) Сатҳи мелатонинро сарбории калони ҷисмонӣ; истеъмоли машрубот, тамоку (аз ҳисоби ангезиши CYP1A2); дар ғизо кам шудани маҳсулоти дорои триптофан ва ғ. паст мекунанд [44,46,].(2005,2004,2009)

Мелатонин дар хун аксаран тариқи 6-гидроксидишавӣ дар ҷигар таҷзия шуда, сипас сулфатӣ шуда, аз тариқи пешоб дар шакли 6-сулфатгидроксимелатонин бароварда мешавад (6-COMT) [36].

Лозим ба тазаккур аст, ки мелатонини эндогенӣ дар шаклҳои мухталифи патологияҳои дилу рагҳо ва ихтилолҳои метаболикӣ, ки метавонанд ба норасоии дил сабаб гарданд, нақши муҳим дошта бошад [33]. (2015-2018) Мелатонин ҳамчунин ангезишёбии низоми вегетативии асабро коҳиш медиҳад, ба инкишофи дисфунксияи эндотелиалӣ монеъ мегардад [43](2016). Метавон таъсири мелатонинро аслан ба ҳамаи низомҳои организми мо қайд намуд [46]. (2005)

Имрӯз беш аз пеш далелҳои он пайдо мешаванд, ки фишори шарёнии шабона ва алалхусус коҳиш наёфтани фишори шарёнӣ ҳангоми хоб ба осебёбии узвҳои мавриди нишон боис мегарданд. Ҳамчунин қайд мегардад, ки болоравии пеш аз вақти фишори шарёнӣ хавфи инкишофёбии ҳодисаҳои дилу рагӣ, аз ҷумла ихтилолҳои гардиши хуни майнагиро зиёд мекунад [43) 2005]. Ба ин тариқ, таҳқиқотҳои клиникӣ-эпидемиологӣ муҳиммияти ба ҳам наздик будани назми шабона ва рӯзонаи ФШ-ро нишон медиҳад. Аз даст додани ин назм бо хавфи баланди рушди инсулт ва дигар пайомадҳои ғайримусоиди патологияи дилу рагҳо алоқаманд аст, аз ин сабаб коррексияи он дар аксари ҳолатҳо барои беҳ кардани пайомадҳо зарур аст.

Мелатонин метавонад ба туфайли табиати зиддиоксидантии худ функсияи эндотелийро бо баланд кардани дастрасии азот беҳ созад, ки таъсири васеъкунандаи рагҳо ва

гипотензивӣ дорад. Мелатонин зоҳиран ба низоми перифериявӣ ва марказии вегетативӣ таъсир дорад, ки ба он коҳишёбии тонуси низоми адренергӣ ва афзоиши фаъолии низоми холинергӣ ҳамроҳ мешавад. Мелатонин метавонад сатҳи ФШ-ро тавассути ретсепторҳои махсуси мелатонинӣ, ки дар деворaи рагҳои канорӣ ё қисмҳои алоҳидаи низомҳои асаб ҷойгир буда, барои сатҳи ФШ масъуланд, танзим намояд [22].

Таҷрибаҳо дар мушҳо нишон медиҳанд, ки «соатҳои молекулярӣ» бевосита ба танзими ФШ таъсир мерасонанд [28]. Бештар натиҷаҳои эътимодбахш аз беморон бо профили якшабонарӯзии ФШ бо навъи «non-dipper» ба даст омаданд, ки назми сиркадиании вариатсияи ФШ-и халалдор доштанд. Мелатонин метавонад ба туфайли табиати зиддиоксидантии худ функсияи эндотелийро бо баланд бардоштани дастрасии оксиди азот, ки таъсири васеъкунандаи рагҳо ва гипотензивӣ дорад, беҳбудӣ бахшад. Мелатонин зоҳиран ба низомҳои канорӣ ва марказӣ таъсир мерасонад, ки ба ин коҳишёбии тонуси низоми адренергӣ ва зиёдшавии фаъолии низоми холинергӣ ҳамроҳ мешавад. Мелатонин сатҳи ФШ-ро аз тариқи ретсепторҳои махсуси мелатонин, ки дар деворaҳои рагҳои канорӣ ё қисмҳои алоҳидаи низоми марказии асаб воқеъ ва масъули сатҳи ФШ мебошанд, метавонад танзим кунад [18].

Омили кам шудани тавлиди мелатонин яке аз сабабҳои камшумори ба андозаи муътадил коҳиш ёфтани ФШ ҳангоми хоб дар беморон бо ФШ, бо вуҷуди истеъмоли маводҳои зиддигипертензиявӣ мебошад. Истифодаи маводҳои мелатонинӣ ҳамчун яке аз самтҳои авлавиятноки ислоҳи ихтилолҳои хоб дар беморон бо ФШ, дар баробари терапияи мувофиқи зиддигипертензиявӣ мебошад. [21].(2005)

Халал ёфтани ритмҳои сиркадианӣ дар рушд ва инкишофи ҳодисаҳои шадиди дилурагӣ низ, ки рух додани онҳо дар давоми рӯз тасодуфӣ нест, нақш доранд. Мисоли классикӣ, ки J. Muller ва ҳампешагонаш меоварданд [29)1985], ин аст, ки сактаи шадиди миокард, бо эҳтимоли зиёд, бештар дар фосилаи байни соатҳои тақрибан 6:00 ва то нимрӯзӣ ба вуқуъ мепайвандад.

Дар як қатор беморон бо ФШ гиперреактивияти низоми гипофиз-адреналинӣ ҷой дорад, ки мелатонинро маҳдуд мекунад. Мелатонин фаъолии Ca2+каналҳои рагҳоро назорат мекунад, ки ихтилоли фаъолияти онҳо яке аз лаҳзаҳои калидии патогенези ФШ маҳсуб меёбад. Сабаби таъсири гипотензивии мелатонин коҳишёбии вақтбастаи муқовимати умумии канории рагҳо дар соатҳои шаб мегардад, ки онро камшавии андозаи фишори шарёнии набзӣ ҳамроҳӣ мекунад. Дар зимн ҳаҷми систоликӣ дар соатҳои субҳ афзоиш меёбад [30]. (2013) Р.М. Заславская бо ҳаммуалифон [45] (2006) дар давоми солҳо ба омӯзиши босамарии мелатонин дар шакли мономуолиҷа ва муолиҷаи комплексӣ бо маводҳои гипотензивӣ ва антиангиналӣ дар беморон бо ФШ ва бемории ишемиявии дил таҳқиқотҳо анҷом додаанд. Дар беморони муоинашуда назмнокии шабонарӯзии як қатор андозаҳои омӯхташудаи гемодинамика ҷой надошт, диққатро ба худ кӯчиши нишондиҳандаҳои миёна дар соатҳои шаб ҷалб менамуд. Маълумоти мазкур ба ихтилоли ташкили гардиши хун мувофиқи вақт бо падидахои десинхронози дохилӣ ва беруна ишора мекарданд.

Мелатонинро бо вояи 3 мг ба беморон як маротиба дар шабонарӯз соати 22.00 таъин мекарданд. То ва пас аз муолиҷаи 10-рӯза профили шабонарӯзии нишондиҳандаҳои гемодинамикаи марказӣ омӯхта мешуд. Дар натиҷаи таҳқиқот муайян гардид, ки сатҳи миёнаи шабонарӯзии нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ дар шакли муқовимати умумии канории рагҳо, кори дил тамоюл ба камшавӣ дошт ва он қариб 30% коҳиш ёфт. Таъсири устувори гипотензивӣ ба ҳисоби миёна дар шабонарӯзи 5-ум фаро мерасид (5.7±0.3).

Муқаррар гардид, ки ворид кардани мелатонин ба нақшаҳои табобати беморон бо ФШ дар ашхоси солхӯрда на танҳо самараи муолиҷаро бо воситаҳои гипотензивии стандартӣ тақвия мебахшад, балки ҳамчунин ба муътадил шудани гемодинамикаи

шабонарӯзии халалёфта мусоидат мекунад. Муолиҷаи зикргардида имкон медиҳад ихтилолҳои хоб, ки дар беморон бо ФШ зиёд вомехӯранд, махсусан дар синну соли калон, бомуваффақият бартараф карда шаванд. Таҳлили муқоисавии маълумоти омӯзиши динамикаи симптоматикаи клиникӣ дар беморони мубтало ба ФШ зери таъсири мономуолиҷа ва муолиҷаи омехта бо мелатонин имкон медиҳад бартарии охирӣ муқаррар карда шавад. Камшавии нишондиҳандаҳои миёнаи шабонарӯзии гемодинамика, омори фраксияи ихроҷот, ҳаҷми ниҳоии диастоликӣ ва ниҳоии систоликӣ, суръати кутоҳшавии нахҳои сиркулярӣ дар шароити таъсири гипотензивии он қайд мегардиданд. Ба ҳисоби миёна дар шабонарӯзи 5-ум беҳшавии устувори табъ, аз байн рафтани бехобӣ, чархзании сар, эҳсосоти ногувор дар мавзеи дил қайд мегардиданд. Мутаносибан, воридкунии иловагии мелатонин ба муолиҷаи маҷмуӣ дар мавриди солдидагон бо ФШ-ро метавон асоснок донист [7].

Кам шудани ҳосилшавии шабонаи мелатонин бо истеҳсоли кофии рӯзонаи он дар беморон бо ФШ-и баланд, инчунин дар беморон бо ГА бе коҳишёбии ФШ дар соатҳои шаб – нон-дипперҳо қайд мегардад [8]. (2012).

Ихтилоли коҳишёбии фаъолии САНС ҳангоми шаб дар нон-дипперҳо қайд мегардад [3,4]. Ворид намудани мелатонин метавонад ба маҳви фаъолии шабонаи САНС мусоидат намояд. Коҳишёбии фаъолии ферментҳои туршкунанда, миелопероксидаза метавонад ба таъсирҳои вазопротективӣ ва гипотензивии мелатонин мусоидат кунад [9]. (2010) Мелатонин ҳамчунин имкон дорад шарёнҳои канориро мустақиман васеъ намояд [6-9], (1997, 1999, 1998) ва ба ин тариқ ба камшавии ФШ –и шабона мусоидат намояд.

K. Obayashi ва ҳаммуал. [42] (2014) таъсири мутақобилаи мелатонини эндогенӣ ва сатҳи ФШ-и шабонаро дар беморони солхӯрда таҳқиқ намуданд. Дар рафти таҳқиқоти мазкур экскретсияи шабонаи мелатонин бо пешоб ҳамчун нишндиҳандаи мелатонини истеҳсолшаванда, инчунин ФШ арзёбӣ мегардид. Аз 863 бемор (синни миёна – 72,1 сол) 386 нафар муолиҷаи зиддигипертензиявӣ (МЗГ) мегирифтанд. Ҳангоме, ки экскретсияи мелатонин ба пешоб 25% меафзуд, ФШС дар гурӯҳи бемороне, ки давоҳои гипотензивӣ намегирифтанд (p=0,01), ба андозаи аз нигоҳи омор аҳамиятдор коҳиш меёфт, дар ҳоле ки дар гурӯҳи бемороне, ки табобат мегирифтанд, таъсирҳои аз лиҳози омор аҳамиятдор дида намешуданд (p=0,87). Таҳлили чандбораи регрессивӣ нишон дод, ки экскретсияи баланди мелатонин бо пешоб бо коҳиш ёфтани сатҳи ФШ-и шабона новобаста аз син, ҷинс, индекси вазни бадан, истеъмоли тамоку, доштани диабети қанд, дараҷаи фаъолии ҷисмонӣ дар давоми рӯз алоқаманд аст (коэффитсиенти регрессия – 2,21, ҳангоми 95% фосилаи эътимод — ФЭ аз –4,38 то –0,05; p=0,045). Афзудани экскретсияи мелатонин бо пешоб аз 4,2 то 10,5мкг ба коҳишёбии сатҳи ФШС ба 2 мм сут. сим. мувофиқ буд.

Дар таҳқиқоти дигар ҳамон муаллифон имкони диметиларгинини ассиметриро барои монеъшавӣ ба таъсири мелатонин ба сатҳи ФШ-и шабона, дар асоси фарзияе, ки мелатонин ФШ-и шабонаро паст карда, молекулаҳои NO-ро дар эндотелий зиёд мекунад, ADMA бошад ингибитори эндогении NOсинтаза мебошад, арзёбӣ менамуданд[5].(2014). Дар таҳқиқоти мазкур 852 патсиент ширкат варзиданд, ҳамчнуин нишондиҳандаҳое чун ADMA дар хуноба, 6-сулфатоксимелатонин дар пешоб ва сатҳи ФШ чен карда мешуданд. Сатҳи миёнаи ADMA 0,46±0,06 мкмол/литрро ташкил медод. Баланд шудани сатҳи 6-сулфатоксимелатонин бо коҳишёбии ФШ дар гурӯҳҳо бо сатҳи пасти ADMA дар таркиби хунашон (мутаносибан p=0,004 ва 0,002), вобастагии зич дошт, аммо на дар гурӯҳҳое, ки дар таркиби хунашон ADMA (мутаносибан p=0,75 ва 0,12) сатҳи баланд дошт. Ба ин тариқ, хулоса бароварда шуд, ки ADMA таъсири мелатонини эндогениро ба сатҳи ФШ-и шабона паст мекунад.

H. Cui ва ҳаммуал. [6] (2008) кӯшиши муайян кардани вобастагии байни усораи мелатонин ва тағйирёбии ФШС дар беморон

бо ГШ (дипперҳо ва нон-дипперҳо)-ро пеш гирифтанд. Дар давоми 24 соат ФШ, сатҳи 6-сулфатоксимелатонин (шабона ва рӯзона)-ро дар гурӯҳи назоратӣ (n=20), гурӯҳи нон-дипперҳо (n=32) ва гурӯҳи дипперҳо (n=36) чен менамуданд. Тавре интизор мерафт, коҳишёбии ФШ-и шабона дар нон-дипперҳо ба маротиб камтар аз дипперҳо ва гурӯҳи назоратӣ буд. Сатҳи 6-сулфатоксимелатонин ба андозаи назаррас аз сатҳи рӯзона дар ҳамаи гурӯҳҳо буд, сатҳи 6- сулфатоксимелатонин ва таносуби сатҳи шабона ба рӯзона бошад, назар дар нон-дипперҳо дар гурӯҳҳои дигар хеле бештар ($p< 0,001$), ФШ диастоликӣ ба андозаи 4,9 мм сут. сим. ($p <0,01$), инчунин басомади кашишхӯриҳои дил ба ҳисоби миёна ба 3,9 зарб/дақ ($p<0,01$) буд.

Истифодаи мелатонин дар беморон бо ФШ бехатар аст ва тахмин меравад, ки иловаи он ба МГШ бо хавфи назарраси робитаҳои манфии дорувор бо гурӯҳи асосии маводҳо ҳамроҳ мебошад, ки дар табобати бемор истифода мешаванд. Таъсирҳои манфие, аз қабили дарди сар, хоболудӣ, бемадорӣ, хобҳои тарсовар қайд мегардиданд [7-9]. Дар асоси таҳқиқотҳои мавҷуд ва истифодаи клиникии мелатонин он бехавф маҳсуб меёбад [110,111].

Ғайр аз корҳое, ки ба таъсири мустақими мелатонин ба сатҳи фишори шарёнӣ бахшида шудаанд, заминаи ҷиддии далелҳое ҷамъ оварда шудааст, ки ба робитаи мустақим миёни сифати хоб ва баландшавии фишори шарёнии ҳам шабона ва ҳам рӯзона ишора мекунад [13].(1999) Дар рафти як қатор таҳқиқотҳо муқаррар карда шуд, ки дар беморони мубтало ба гипертензияи шарёнии шабона, ки бо истеъмоли доруҳои гипотензивии анъанавӣ ислоҳ намешавад, таъини иловагии мелатонин ба камшавии аниқи фишори шарёнӣ ҳангоми хоб боис мегардад. Ин вазъро E. Grossman ва ҳаммуал. (14), ки дар 38 бемори гирифтор ба фишори шарёнии баланд дар вақти хоб мушоҳида анҷом додаанд, бо вуҷуди он ки онҳо муолиҷаи гипотензивӣ мегирифтанд, мушоҳида намуданд. Ба ними беморон пеш аз хоб мелатонин бо ҷаббиши тадриҷӣ таъин мегардид, гурӯҳи назоратӣ бошад платсебо мегирифт. Дар натиҷаи табобат бо мелатонин фишори шарёнӣ ҳангоми хоб возеҳан поён рафт – систоликӣ аз 136 ± 9 то 130 ± 10 мм сут. сим. ($p = 0,011$), диастоликӣ аз 72 ± 11 то 69 ± 9 мм сут. сим. ($p = 0,01$). Дар бемороне, ки платсебо мегирифтанд, сатҳи фишори шарёнӣ бетағйир боқӣ монд [24]. (2006) Аммо натиҷаҳое, ки муаллифони дигар ба даст оварданд, чандон яктарафа нестанд ва самараи табобат бо мелатонин дар ҳамаи беморон бо гипертонияи шарёнии шабонаро мавриди суол қарор медиҳанд. Масалан, дар таҳқиқоти T. Rechcinski ва ҳаммуал. (2010) 60 патсиент бо набуди коҳишёбии назарраси фишори шарёнӣ ҳангоми хоб омӯхта шуданд. Дар баробари муолиҷаи стандартӣ ба як гурӯҳ пеш аз хоб мелатонин ва ба гурӯҳи дигар платсебо таъин шуд. Муътадил шудани назми шабонарӯзии тағйирот дар фишори шарёнӣ дар гурӯҳи асосӣ танҳо дар 35% дар қиёс бо 15% дар гурӯҳи назоратӣ қайд гардид [11].(2010)

Дар пойгоҳи додаҳои PubMed муаллифон 63 мақолаеро пайдо карданд, ки дар 30 соли охир дар адабиёти англисзабон бахшида ба таъсири мелатонин ба фишори шарёнӣ ба табъ расидаанд. Барои таҳлил танҳо таҳқиқотҳои рандомӣ бо истифодаи назоратии платсебо интихоб шуданд, ки ҳадафи ниҳоии онҳо омӯзиши таъсири мелатонин ба фишори шарёнӣ буд. Мавҷудияти натиҷаҳои мониторинги якшабонарӯзии фишори шарёнӣ шарти ҳатмии ба таҳлил ворид намудани таҳқиқот гардид. Дар натиҷа танҳо се омӯзиш (дар се ҳолат мелатонин бо озодшавии тадриҷӣ ва дар чор ҳолат мелатонини бо озодшавии яклаҳзаина таъин мешуд) ба талаботи интихоб мувофиқ дониста шуданд. Таҳлили баргузоршуда нишон дод, ки танҳо иловаи шакли тадриҷан озодшавандаи мелатонин ба муолиҷаи гипотензивӣ имкон медиҳад андозаи фишори шарёнӣ дар соатҳои шаб беҳтар назорат карда шавад [16]. (2011)

Механизмҳое ки тавассути онҳо мелатонин метавонад ба ФШ таъсир расонад, тавре ба назар мерасад, гуногуннавъанд. Масалан, N. Satake ва ҳаммуал. [18] ба хулосае омаданд, ки

таъсири рагвасеъкунандаи мелатонин тавассути таъсири мустақими он ба ретсепторҳои ҳуҷайраҳои суфтамушакҳо ва эндотелийи рагҳо амалӣ мешавад. Тадқиқоти J. Chuang ва ҳаммуал. [21] нишон медиҳад, ки пас аз воридкунии дохиливаридии мелатонин дар калламушҳо коҳишёбии ФШ, камшавии басомади кашишхӯриҳои дил ва ҳосилшавии серотонин аз тарафи сохторҳои майнаи сар мушоҳида мегардад. Ғайр аз ин, заминаи васеи далелӣ оид ба алоқаи мустақим байни сифати бади хоб ва баланд шудани ФШ ҳам шабона ва ҳам рӯзона ҷамъ оварда шудааст [9].

Дар як қатор таҳқиқотҳо исбот шудааст, ки дар беморон бо ФШ-и шабона, ки бо истеъмоли доруҳои гипотензивии анъанавӣ ислоҳ намешавад, пайомади таъини мелатонини иловагӣ коҳишёбии возеҳи ФШ ҳангоми хоб мебошад.

Истифода аз мелатонин дар беморони солхӯрдаи мубтало ба гипертонияи шарёнӣ илова ба муолиҷаи гипотензивӣ имкон дод натиҷаҳои беҳтари табобат ба даст оварда шаванд [11].(1998). Ғайр аз ин ки мелатонин ФШ-ро паст мекунад, ҳамчунин сатҳи холестерин ва таъсири харобиовари ҳормонҳои стрессро коҳиш медиҳад, ки метавонанд ба мушаки дил, махсусан дар солхӯрдагӣ, замоне ки пас аз беморӣ, ҳодисаи ғамангез, дилшикастагӣ барқарор шудан душвор аст, осеб расонанд [5].(2004).

ХУЛОСА. Мелатонин синхронизатори эндогении равандҳои биологӣ дар организм мебошад, назмҳои шабонарӯзӣ, мавсимӣ ва солонаи организмро ба танзим медарорад, ташаккулёбии стресси оксидативиро коҳиш медиҳад, таъсири седативӣ дорад, сифати хобро беҳтар мекунад, басомади кашишхӯриҳои дил ва тонуси рагҳоро танзим менамояд, агрегатсияи тромботситҳоро пешгирӣ ва сатҳи холестеринро дар хун паст мекунад. Мелатонин таъсири зиддистрессӣ, зидди бемориҳои ишемиявӣ (антиангиналӣ) ва гипотензивиро ба вуҷуд меорад, ки бо коҳишёбии муқовимати умумии канорӣ таъмин мегардад. Мелатонин метавонад таъсири гипотензивии муолиҷаи асосиро, алалхусус ҳангоми ҷой надоштани коҳишёбии муносиби фишори шарёнӣ ҳангоми шаб, тақвия бахшад.

Метавон гуфт, ки ба мелатонин то ҳанӯз табибон баҳои сазовор надодаанд ва он дар оянда бояд дар клиникаи бемориҳои дарунӣ истифодаи васеътар касб кунад. Айни замон мелатонинро наметавон давои ягон бемории мушаххас номид, он бештар як унсури мултифунксионалии дастгирии гомеостази организм мебошад. Ҳангоми таъин намудани мелатонин динамикаи возеҳи мусбати сифати ҳаёти беморон бо зуҳуроти депрессия, вайроншавии хоб, хусусан дар беморони солхӯрдаи гирифтор ба гипертонияи шарёнӣ бо хавфи баланди оризаҳои дилурагӣ муайян гардид. Омӯзиши махсусиятҳои таъсири мелатонин ба нишондиҳандаҳои баъзе равандҳои мубодилавӣ ва сифати ҳаёти беморони солдида ва пиронсол бо гипертонияи шарёнӣ бешак ҷолиб мебошад.

Алоқамандии хусусиятҳои инфиродии усораи мелатонин ва тамоюлҳои ба он вобаста ба инкишофи бемориҳои дилурагӣ таҳқиқотҳои минбаъдаро талаб мекунад.

Адабиёт

1.Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur. HeartJ. 2013. V. 34. P. 2159–2219.

2. . Чазова И.Е., Ощепкова Е.В., Жернакова Ю.В. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Клинические рекоменда-ции 2013 г. // Кардиол. вестн. 2015. № 1. С. 3–30.

3.PiepoliM.F., HoesA.W., AgewallS. etal.; Authors/TaskForceMembers. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice // Eur. Heart J. 2016. V. 37. № 29. P. 2315–2381.

4.Willams B, Mancia G. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39(33):3021-104 doi:10.1093/eurheartj/ehy339.

5.Willams B, Mancia G. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur

Heart J. 2018;39(33):3021-104 doi:10.1093/eurheartj/ehy339..

6.Chazova IE, Oschepkova EV, ZhernakovaYuV. Clinical recommendations.Arterial hypertension in adults. 2016;1-70. http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/fedhypert. pdf. (13 July 2018) (In Russ.)ЧазоваИ.Е., ОщепковаЕ.В., ЖернаковаЮ.В.. Клиническиерекомендации. Артериальнаягипертонияу взрослых. 2016;1-70.

7.Muromtseva GA, Kontsevaya AV, Konstantinov VV, et al. The prevalence of non-infectious diseases risk factors in Russian population in 2012-2013 years. The results of ECVDRF.Cardiovascular Therapy and Prevention. 2014;13(6):4-11. (In Russ.)МуромцеваГ.А., КонцевояА.В., КонстантиновВ.В., и др. Распространенность факторов риска неин-фекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013 гг. Результаты иссле-дования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014;13(6):4-11. doi:10.15829/1728-8800-2014-6-4-11.

8.Митьковская Н. П., Григоренко Е. А., Рудкова Е. Н., Удот П. С. Гипертонические кризы: как повлиять на пробле-му // Кардиология в Беларуси. “ 2013, № 3. – С. 115–128.

9.Хирманов В. Н. Актуальные вопросы ведения пациентов с гипертоническими кризами // Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски. “ 2018. “ Том 2, № 2. “ С. 312–322.

10. 2018 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. EuropeanHeart J. “ 2018; Vol. 39. “ P. 3021–3104.

11. Chazova IE, ZhernakovaYuV. on behalf of the experts. Clinical guidelines.Diagnosis and treatment of arterial hypertension.Systemic Hypertension.2019;16(1):6-31. (In Russ.) ЧазоваИ.Е., ЖернаковаЮ.В. от имениэкспертов. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальнои гипертонии. Системные гипертензии. 2019;16(1):6-31. doi:10.26442/2075082X.2019.1.190179.

12. Smolensky/ M.H., Hermida/ R.C.,Portaluppi F./ Circadian mechanisms of 24-hour blood pressure regulation and patterning. Sleep Med Rev. 2016. pii: S1087–0792 (16) 00019–8.

13. Hermida RC, Ayala DE, Fernandez JR, et al. Circadian rhythms in blood pressure regulation and optimization of hypertension treatment with ACE inhibitor and ARB medications. Am J Hypertens. 2011. (4): 383–91.

14. Hermida RC, Ayala DE, Fernбndez JR, Mojyn A./ Sleep-time blood pressure: prognostic value and relevance as a therapeutic target for cardiovascular risk reduction. Chronobiol Int. 2013; 30 (1–2): 68–86.

15. Hermida RC, Ayala DE, Mojyn A, Fernбndez JR. Sleep-Time Ambulatory BP Is an Independent Prognostic Marker of CKD. J AmSocNephrol. 2017; 28 (9): 2802–2811.

16. Turek FW. Circadianclocks: Not yourgrandfather’s clock. Science.2016; 354 (6315): 992–993.

17.Губин/ Д. Г., Губин/ Г. Д., Гапон/ Л. И./ Преиму-ществаиспользованияхронобиологических-нормативовприанализеданныхамбулатор-ногомониторингаартериальногодавления. Вестникаритмологии. 2000. 16: 84–94

18. EttehadD., EmdinC.A., KiranA. etal. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2016;387(10022):957–67. DOI: 10.1016/ S0140-6736 (15)01225-8.

19. Fagard RH, Thijs L, Staessen JA at al. Night-day blood pressure ratio and dipping pattern as predictors of death and cardiovascular events in hypertension. J Hum Hypertens. 2009;23(10):645-653. https://doi.org/10.1038/jhh.2009.9

20. Dolan E, Stanton A, Thijs L, et al. Superiority of ambulatory over clinic blood pressure measurement in predicting mortality: the Dublin outcome study. Hypertension. 2006;46(1):156-161. https://doi.org/10.1161/01.hyp.0000170138.56903.7a

21. KovalzonVM.Somnologybases:physiologyandneurochemistryofthecycle“dream- wakefulness”. M.: BINOM. Laboratoriyaznaniy.2011. Russian (КовальзонВ.М. Основысомнологии:физиологияинейрохимияцикла“сон-бодрствование”.М.: БИНОМ. Лабораториязнаний. 2011).

22. Bubenik G.A., Konturek S.J. Melatonin and aging: prospects for human treatment. J. Physiol. Pharmacol. 2011; 62(1): 13—9.

23. Urinary 6-sulfatoxymelatonin levels and their correlations with lifestyle factors and steroid hormone

levels / E. S. Schernhammer [et al.] // J. Pineal. Res. — 2006. — Vol. 40, № 2. — P. 116–124.

24.Анисимов В.Н. Мелатонин и его место в современной медицине. РМЖ, 2006. 14, 4. С. 269-273

25. Комаров Ф.И., Рапопорт С.И., Малиновская Н.К., Анисимов В.Н. Мелатонин в норме и патоло-гии. М.: ИД Медпрактика-М, 2004. 308 с.

26. Мелатонин: перспективы применения в клинике. Под ред. С.И. Рапопорта. М.: ИМАПресс, 2012. 175.

27.Каладзе Н.Н., Соболева Е.М., Скромная Н.Н. – Итоги и перспективы изучения физиологиче-ских, патогенетических и фармакологических эффектов мелатонина. – Здоровье ребенка, 2010, №2, с.23.

28. Анисимов В.Н. – Эпифиз и продукция мелатонина, 2004, с.7-19.

29. Хунданов Л., Гладков А. – Мед.Вестник, 1997, №10, с.77-81.

30. Арутюнян А.В., Степанов М.Г., Керкешко Г.О., Айламазян Э.К. Нарушение гипоталамической регуляции репродуктивной функции при воздействии нейротоксических соединений и мелатонина. Журнал акушерства и женских болезней. 2003; (2): 77—80.

31. Пальцев М.А., Кветной И.М. Руководство по нейроиммуно- эндокринологии. 3-еизд. М.: ЗАО «Шико»; 2014.

32.. Каладзе Н.Н., Соболева Е.М., Скромная Н.Н. – Итоги и перспективы изучения физиологиче-ских, патогенетических и фармакологических эффектов мелатонина. – Здоровье ребенка, 2010, №2, с.23.

33. Анисимов В.Н. – Эпифиз и продукция мелатонина, 2004, с.7-19.

34.Хунданов Л., Гладков А. – Мед.Вестник, 1997, №10, с.77-81.

35.Caniato R., Filippini R., Piovan A., Puricelli L., Borsarini A., Cappelletti E.M. – "Melatonin in plants". – Advances in Experimental Medicine and Biology, 2003, v.527, №7, pp.593.

36. Анисимов В.Н. – Мелатонин: роль в организме, применение в клинике, 2007, с.14-45.

37. Venegas C., Garcia J.A., Escames G., Ortiz F., Lopez A., Doerrier C., GarciaCorzo L., Lopez L.C., Reiter R.J., Acuna-Castroviejo D. Extrapineal Melatonin: Analysis of its Subcellular Distribution and Daily Fluctuations // J. Pineal Res. – 2012. – Vol.52. – P. 217–227. doi: 10.1111/j.1600-079X.2011.00931.x.

38. Melatonin in Chinese medicinal herbs / G. Chen [et al.] // Life Sci. — 2003. — Vol. 73, № 1. — P. 19–26.

39. Acupuncture increases nocturnal melatonin secretion and reduces insomnia and anxiety: a preliminary report / D. W. Spence [et al.] // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. — 2004. — Vol. 16, № 1. — P. 19–28.

40.Borjigin J., Zhang L.S., Calinescu A.A. Circadian regulation of pineal gland rhythmicity // Mol Cell Endocrinol. – 2012. – Vol.349. – N1. – P. 13-19. doi: 10.1016/j.mce.2011.07.009

41.Hunter C.M., Figueiro M.G. Measuring Light at Night and Melatonin Levels in Shift Workers: A Review of the Literature // Biol Res Nurs. – 2017. – Vol.19. – N4. – P. 365-374. doi: 10.1177/1099800417714069

42.Amaral F.G.D., Cipolla-Neto J. A brief review about melatonin, a pineal hormone // Arch EndocrinolMetab. – 2018. – Vol.62. – N4. – P.472-479. doi: 10.20945/2359-3997000000066.

43. Гриненко Т.Н., Баллюзек М.Ф., Кветная Т.В. Мелатонин как маркёр выра-женности структурно-функциональных изменений сердца и сосудов при метаболическом синдроме // Клиническая медицина. 2012. №2. С. 30–34.

44.Заславская Р.М., Шакирова А.Н., Лилица Г.В., Щербань Э.А. Мелатонин в комплекс. лечении больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. М.: Медпрактика-М, 2005. 192 с.

45.Заславская Р.М., Лилица Г.В., Щербань Э.А. и др. Эффективность метабо-лической терапии пожилых больных ишемической болезнью сердца. 2-ое изд., доп. и перераб. Монография. М.: Медпрактика-М, 2010. 316 с.

46.Мелатонин в норме и патологии / Под ред. Ф.И. Комарова, С.И. Рапопорта, Н.К. Малиновской, В.Н. Анисимова. М.: Медпрактика-М, 2004. 308 с.

ПРИМЕНЕНИЯ МЕЛАТОНИНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Бобоев Ф. Д., Сохибов Р. Г., Шукуров Ф.А.
Кафедра внутренных болезней № 2 ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино"

В статье представлены современные данные о мелатонине и его участии в обеспечении нормальной жизнедеятельности организма, о влиянии мелатонина на деятельность сердечно-сосудистой системы, а также показана его роль в патогенезе депрессии, нарушении сна, метаболического синдрома, ишемической болезни сердца и артериальной гипертонии. Рассмотрены вопросы синтеза эндогенного мелатонина и влияние этого гормона на суточные и сезонные перестройки организма человека, в частности у лиц пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: эпифиз-мелатонин-пожилой возраст, артериальная гипертензия-комплексная терапия.

MELATONIN USE FOR HYPERTENSION IN ELDERLY PATIENTS

Boboev F. D., Sohibov R. G., Shukurov F. A.
Department of Internal Medicine № 2 SEI"TSMU named after Abuali ibni Sino"

The article presents modern data on melatonin and its participation in ensuring the normal functioning of the body, on the effect of melatonin on the activity of the cardiovascular system, and also shows its role in the pathogenesis of depression, sleep disturbances, metabolic syndrome, coronary heart disease and arterial hypertension. The issues of the synthesis of endogenous melatonin and the effect of this hormone on daily and seasonal changes in the human body, in particular, in elderly and senile people, are considered.

Key words: pineal gland-melatonin-elderly age, arterial hypertension-complex therapy

Бобоев Фирдавс Давронович *– аспиранти кафедраи бемориҳои дарунии №2 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино", 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш.Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ 139, Тел: +79998282435, E-mail: fredi-tj@mail.ru*

Соибов Раҳматулло Ғуломович *– н.и.т., дотсент, мудири кафедраи бемориҳои МДТ "ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино", 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш.Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, х.118, Тел: +992918449691, E-mail: fredi-tj@mail.ru*

Шукуров Фирдавс Абдушукурович *– аспиранти кафедраи физиологияи патологӣ МДТ "ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино", 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш.Душанбе, кӯчаи Н.Махсум 120. Тел: +992935160915, E-mail: firdavs.shukurov.93@mail.ru*

Бобоев Фирдавс Давронович *- аспирант кафедры внутренних болезней №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», 734003, Республика Таджикистан, г.Душанбе, пр. Рудаки, 139, Тел. +79998282435, E-mail: fredi-tj@mail.ru*

Соибов Рахматулло Гуломович *– к.м.н. доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», 734003 республика Таджикистан, г. Душанбе, проспект Рудаки д. 118, конт. тел.: +992918449691 E-mail: fredi-tj@mail.ru*

Шукуров Фирдавс Абдушукурович *– аспирант кафедры патологической физиологии ГОУ «ТГМУ имени абуали ибни Сино», 734003 Республика таджикистан, г.Душанбе, ул. Н.Махсум 120. Тел: +992935160915, E-mail: firdavs.shukurov.93@mail.ru*

Boboev Firdavs Davronovich *- aspirant of the Department of Internal Diseases №2 of the SEI"TSMU named after Abuali ibn Sino", 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Ave., 139, Tel. +79998282435, E-mail: fredi-tj@mail.ru*

Soibov Rakhmatullo Gulomovich *- Ph.D. Associate Professor, Head of the Department of Internal Diseases №2 of the SEI"TSMU named after Abuali ibni Sino", 734003 Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Avenue, 118, cont. tel.: +992918449691 E-mail: fredi-tj@mail.ru*

Shukurov Firdavs Abdushukurovich *– aspirant of the Department of Pathological Physiology of the SEI "Tajikistan State Medical University named after Abu Ali Ibni Sino", 734003 Republic of Tajikistan, Dushanbe, st. N. Makhsum 120. Tel: +992935160915, E-mail: firdavs.shukurov.93@mail.ru*

МУБРАМИЯТИ БЕМОРИҲОИ НУҚСОНҲОИ МОДАРЗОДИИ ИНКИШОФ
(Шарҳи адабиёт)

Набиева Ш.З.[1], Шамсов Б.А.[1], Комилова М.И.[2]

[1]МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакон»
[2]МДТ «Донишгоҳи давлатии Хуҷанд ба номи академик Бобоҷон Ғафуров»

Муҳиммият. Нуқсонҳои модарзодии инкишоф ин ихтилолҳои сохторӣ, рафторӣ, функционалӣ ва метаболикие мебошанд, ки дар давраи ҳаёти дохилибатнӣ пайдо мешаванд ва ба таври пренаталӣ, ҳангоми таваллуд ё дертар дар даврони ширхорагӣ фарқ карда мешаванд, масалан нуқсони шунавоӣ [14,18,31]. Нуқсони модарзодии инкишоф (НМИ) инчунин бо номи аномалияҳои модарзодӣ, нуқсонҳои модарзодӣ ва ихтилолҳои модарзодӣ низ маълуманд. НМИ метавонанд, ки аномалияҳои маҳдуд ё ҷузи синдром бошанд ва сабаби асосии бемориҳои неонаталӣ, ширхорагӣ ва фавт буданашро давом медиҳанд [6].

Мувофиқи баҳогузориҳо, ҳамасола 7,9 миллион кӯдакони дорои аномалияҳои ҷиддии модарзодиро ташкил медиҳанд [24]. Хиссаи глобалии фавти неонаталӣ аз сабаби ин нуқсонҳо аз 3%-и соли 2008 то 4,4% -и соли 2013 зиёд шудааст [10,25]. Мутаассифона, зиёда аз 90%-и аномалияҳои навзодӣ дар кишварҳои сатҳи даромадашон миёна ё паст ба амал меояд [1,28].

Мувофиқи маълумоти шабакаи Аврупоии бақайдгирии аҳолӣ барои назорати эпидемиологии аномалияҳои модарзодӣ EUROCAT аз 5,1 миллион таваллудкунӣ дар Иттиҳоди Аврупо ҳамасола тақрибан 127000 (2,5%) дорои НМИ мебошад [19].

Иттилоъ дода мешавад, ки он ҳамагӣ 1,07% дар Япония ташкил медиҳад ва то 4,3% дар Тайван мерасад [30]. Дар ИМА 2-3% -и ҳолатҳои аномалияҳои модарзодӣ ҳангоми таваллуд ба қайд гирифта шудааст. Хангоми таваллуд пайдо шудани аномалияи модарзодӣ дар Англия 2% ва дар Африкаи Ҷанубӣ 1,49% [9] ба қайд гирифта шудааст.

Патологияҳои модарзодии ҷиддии зиёд дучоршаванда ин нуқсонҳои модарзодии дил, нуқсонҳои найчаи асабӣ ва синдроми Даун ба ҳисоб мераванд [6,8,9,18]. НМИ метавонад, ки сабаби фавтияти кӯдакон бошад; дар байни ширхорагони дорои нуқсонҳои инкишоф, ки зинда наемонанд, зиёда аз 70% дар моҳи аввали ҳаёт вафот мекунанд. Тақрибан аз 40% то 60 % -и НМИ пайдоиши номаълум доранд [3,5,18,25,31]. Этиологияи НМИ генетикӣ (30-40%) ва муҳити атроф (5-10%) мебошад. Дар байни этиологияи генетикӣ аномалияҳои хромасомавӣ 6%-ро, ихтилолҳои бисёргенӣ 25% ва бисёромил 20-30%-ро ташкил медиҳад, аммо сабаби тақрибан 50%-и НМИ ҳанӯз ҳам маълум нест. Никоҳҳои хешутаборӣ ҳамчун омили муҳимми мусоидаткунандаи зиёдшавии НМИ ба ҳисоб мераванд [1-7,13,33].

Омилҳои таъсиррасонии таъсиркунанда синну сол, тарзи ҳаёт, беморӣ ҳангоми ҳомилагӣ, муоинаҳои то валодат , истеъмол ва рад кардани истеъмоли кислотаи фолат дар давраи периконсептуалӣ ба шумор мераванд [14,16]. Никоҳи хешутаборӣ, исқотҳои қаблӣ ва мурдатавалудшудагон, ҳамчунин бемориҳои модарзодии ирсӣ омили дигари муҳим дар этиологияи ин беморӣ мебошад [29]. Баъзе ҷамъиятҳои этикӣ (масалан яҳудӣ-ашкеназӣ ё финҳо) нисбатан паҳншавии омил мутатсияҳои нодири генетикӣ доранд, ба мисли фибрози кистоз ва гемофилия. Синну соли модар низ омили хатари инкишофи аномалии дохилибатнии ҷанин шуда метавонад. Синну соли модар ба хатари зиёдшавии аномалияи хромосомавӣ, аз ҷумла синдроми Даун таъсири зиёд дорад [6,9,11,18].

Ба модар таъсир расонидани пестисидҳои ҷудогона ва дигар химикатҳо, ҳамчунин доруҳои алоҳида, машрубот, сигор ва радиатсия ҳангоми ҳомилагӣ метавонанд, ки хатари аномалияҳои модарзодиро дар ҷанин ё навзодон ба вуҷуд биёранд. Дар наздикии партовгоҳҳо, заводҳои оҳангудозӣ ё шахтаҳо зиндагӣ ё кор кардан низ метавонанд, ки омили хатар, махсусан агар модар

дучори таъсири омилҳои дигари хатари муҳити атроф ё нокифоя будани ғизо бошанд.

Сироятҳои модар, монанди сифилис ва сурхча сабаби муҳимми аномалияҳои модарзодӣ дар кишварҳои сатҳи даромадашон паст ё миёна ба ҳисоб мераванд.

Ба наздикӣ оид ба таъсири таъсироти дохилибатнии вируси Зика ба инкишофи ҷанин иттилоъ дода шуд. Соли 2015 дар Бразилия ҳолатҳои аз вируси Зика сироятнок шудан ва қувватгирии фазоӣ - замонии микросефалия ба қайд гирифта шуда буд. Дар соли 2016 Бразилия иттилоъ дод, ки аз 4180 ҳолатҳои эҳтимолии микросефалия 270 адад тасдиқ карда шуда буданд, 462 ҳолат истисно карда шуд, таҳқиқоти 3448 ҳолат ҳоло давом доранд. Барои муқоиса: ба таври умумӣ дар кишвар 163 ҳолати микросефалия дар як сол ба қайд гирифта шуд. Дар 6 ҳолат аз 270 ҳолати тасдиқшудаи микросефалия, ки аз мавҷуд будани сирояти Зика гувоҳӣ медиҳанд, мақомоти нигоҳдории тандурустӣ ва агентӣ барои тасдиқ кардани алоқаи сабабӣ- натиҷавӣ, таҳқиқоти густурда гузарониданд.

Нокифоя будани кислотаи фолат дар модарон хатари бо нуқсонҳои найчаи асабӣ таваллуд шудани кӯдакон зиёд мешавад, дар ҳоле ки аз меъёр зиёд истеъмол кардани витамини А метавонад, ки ба инкишофи мӯътадили эмбрион ё ҷанин таъсир расонад.

Даромади паст низ метавонад, ки ба таври ғайримустақим омили аномалияи модарзодӣ гардад, ки бештар дар оилаҳо ва кишварҳои дорои захираҳои махдуд дида мешаванд. Аз рӯи баҳогузорӣ, тақрибан 94% аномалияҳои вазнини модарзодӣ дар кишварҳои дорои даромади паст ва миёна ба амал меоянд [1,4].

Чорабиниҳои профилактикии нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ба кам кардани миқдори аномалияҳои муайяни модарзодӣ ба ҳисоби бартараф кардани хатар ё қувват гирифтани омилҳои муҳофизатӣ равона карда шудаанд. Амалиётҳо ва қувват бахшидан инҳоро дар бар мегаранд:

- таъмин кардани духтарони наврас ва модарон бо ғизои солим, аз ҷумла интихоби васеи меваҷоту сабзавот ва дастгирӣ намудани вазни солим;

- таъмин кардани истеъмоли муносиби витаминҳо ва минералҳо ва махсусан кислотаи фолиевӣ, бо ғизо барои духтарони наврас ва модарон;

- таъмин кардани он чӣ, ки модарон аз моддаҳои зарарнок, махсусан алкогол ва сигор дур ҳастанд;

- роҳ надодан ба сафари занҳои ҳомила (баъзан занҳои синну соли зоянда) дар минтақаҳо, ки дар он ҷойҳо хурӯҷи сироят зиёд аст, тавре, ки маълум аст, онҳо ба аномалияҳои модарзодӣ алоқаманд ҳастанд;

- кам кардан ва бартараф сохтани таъсири моддаҳои зарарнок (монанди филизҳои вазнин ё пестисифҳо) ба муҳити атроф ҳангоми ҳомилагӣ;

- назорат кардани диабет то ва ҳангоми ҳомилагӣ тавассути машвараткунӣ, назорати вазн, парҳез ва муроқибати инсулин ҳангоми зарурат;

- таъмин кардани он чӣ, ки ҳама гуна нурафканиҳо ба занҳои ҳомила тавассути доруҳо ё нурафканиҳои тиббӣ (масалан, нурҳои визуалӣ) асоснок буд ва дар заминаи таҳлили ҷиддии хатар ва манфиат барои саломатӣ асоснок карда шудааст;

- ваксинатсияи кӯдакон ва занҳо, махсусан бар муқобили вируси сурхакон;

- баланд бардоштан ва қувватнок кардани таълими персоналии тиббӣ ва шахсони дигар, ки дар ҳамкории профилактикаи аломатҳои модарзодӣ иштироккунанда;

- скрининги сироят, махсусан сурхакон, ветр.ген ва сифилис ва баррасии масъалаи табобат.

Хизматрасонии тиббӣ то ва ҳангоми ҳомилагӣ (то бедоршавӣ) дар худ таҷрибаи базавии солимии репродуктивӣ, ҳамчунин скрининги тиббӣ- генетикӣ ва машварат иборат аст. Скрининг дар давоми 3 даврааи зикршуда гузаронидан мумкин аст:

Скрининг то ҳомила шудан мумкин аст, ки барои ошкор кардани онҳое, ки ба хатари муайяни ихтилолҳо дучор шудаанд, ё ба хатари интиқол додани беморӣ ба фарзандони худ муфид бошад. Скрининг дар худ ҷамъоварии таърихи бемории оилавӣ ва

ошкор намудани ноқилҳо ва махсусан дар он кишварҳое пуразриш ҳастанд, ки дар он ҷойҳо никоҳҳои хешутаборӣ паҳн шудааст. Таҳқиқотҳои дар Тоҷикистон гузаронидшуда нишон медиҳанд, ки ҳиссаи никоҳҳои хешутаборӣ дар байни нуқсонҳои модарзодии инкишоф 23-36%-и ҳамаи ҳолатҳои НМИ-ро ташкил доданд ва ҳар як кӯдаки чоруми гирифтори НМИ дар ҶТ аз никоҳҳои хешутаборӣ буданд. Хамчунин дар ҷараёни таҳқиқот ошкор кардан мумкин аст, ки дар ҶТ никоҳи хешутаборӣ омили таваллуд шудани кӯдакони бемори Даун дар 26% -и гурӯҳи таҳқиқшуда муайян карда шуд, нуқсонҳои модарзодии дил 20% аз гурӯҳи занҳои никоҳи хешутабориро ташкил дод [1,2,4,5,6,9,18,31].

Скрининг дар давраи бордоршавӣ; тавсифи модар метавонад, ки хатарро баланд кунад ва натиҷаҳои скринингро барои пешниҳод кардани ёриҳои муносиб вобаста аз хатар истифода кардан мумкин аст. Ин мумкин аст, ки таҳқиқоти муайян кардани синну соли модари ҷавон ё калонсолро ҳамчунин истеъмол кардани машрубот , сигор ва ё дигар хатарҳоро дар бар гирад. Ултрасадоро мумкин аст, ки барои ошкор намудани синдроми Даун ва аномалияҳои ҷиддии сохторӣ дар давоми триместри якум, ҳамчунин аномалияҳои вазнини аномалияи ҷиддӣ дар триместри дуюм истифода баранд.

Хуни модарро мумкин аст, ки барои муайян кардани маркерҳои пласентарӣ таҳқик кунем, то ин ки дар пешгӯии хатари аномалияҳои хромасомавӣ ё нуқсони найчаи асабӣ ё мавҷуд будани ДНК-и озоди ҷанин барои дақиқ кардани бисёр аномалияҳои хромосомавӣ истифода карда шавад. Тестҳои ташхисӣ, монанди намунаи мӯякчаҳои хорион ва аминосентез, метавонанд, ки барои ташхиси аномалияҳои хромосомавӣ ва сироят дар занҳо аз гурӯҳҳои хатари олӣ истифода карда шаванд.

Скринингги неонаталӣ аз таҳқиқоти клиникӣ ва таҳқиқоти вайроншавии хун, метаболизм ва тавлиди гармонҳо иборат аст. Скрининг барои муайян кардани кор ва нуқсони дил, ҳамчунин барвақт ошкор намудани аномалияҳои модарзодӣ метавонанд, ки усулҳои ҳаётан муҳимми табобатро сабук карда, пешравии баъзе ихтилолҳои ҷисмонӣ , интеллектуалӣ, босира ва сомеа пешгирӣ карда шавад. Дар баъзе кишварҳо пеш аз рухсат шудан аз таваллудхона, маъмулан аз аномалияи ғадуди сипаршакл ё фавқулгурдаҳо скрининг гузаронида шуд.

Таҳқиқот нишон дод, ки чорабиниҳои асосии профилактикӣ ҷиҳати кам кардани таваллуди кӯдакони дорои нуқсонҳои инкишоф ва беҳтар сохтани вазъи саломатии занҳои ҳомила бояд ба такмил додани технологияҳои ташхисӣ ва ҳал кардани проблемаҳои тиббиву иҷтимоии занҳои ҳомила равона карда шудааст. Хангоми бо нуқсони модарзодии инкишоф таваллуд шудани кӯдак, роҳҳои оптимизатсияи расонидани ёрӣ ва минбаъд реабилитатсияи кӯдакон бо мақсади паст кардани сатҳи фавтият, беморшавӣ ва баъдан маъюбшавӣ зарур мебошад [1,8,18].

Ба вазниниҳои ниҳоят зиёди аномалияҳои модарзодӣ дар СНСД нигоҳ накарда, то ҳанӯз оид ба ин ҳолатҳо маълумотҳои қотеъ дар даст нест, зеро бақайдгирии нуқсонҳои модарзодӣ вуҷуд надорад [11,19,24].

Хамин тавр, аномалияҳои сершумори модарзодии сохториро бо ёрии ҷарроҳии педиатрӣ ислоҳ кардан мумкин аст, барои кӯдакони дорои мушкилоти функсионалӣ бошад, ба монанди талассемия (бемориҳои ретседивии ирсии хун), бемориҳои досмонанди ҳуҷайравӣ ва гипотиреози модарзодӣ (коҳиш ёфтани функсияи ғадуди сипаршакл), табобати барвақтро таъйин кардан муҳим аст.

АДАБИЁТ

1. Бузрукова Н.Д. Некоторые аспекты врождённых пороков развития новорождённых детей / Н.Д. Бузрукова, Р.Х. Саидмурадова, К.К. Махкамов, Ф.К. Олимова // Известия Академии наук Республики Таджикистан. Отделение биологических и медицинских наук. – 2015. - №1(189). – С. 64-68.

2. Додхоева М. Ф. Медико-социальные аспекты врождённых пороков развития новорождённых / М. Ф. Додхоева, В. Ю. Мельникова // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. – 2013. - №1. – С.72-77.

3. Сарсенбаева Г.И. Редкие врожденные заболевания в детской кардиохирургии / Г.И. Сарсенбаева, А.И. Ким, А.К. Тулебаева // Здравоохранение Таджикистана. – 2019. – №2 (341). – С.71-77.

4. Тихомирова Н.А. Роль факторов среды обитания в развитии врожденных пороков / Н.А. Тихомирова, И.Ф. Колпащикова // Вестник РУДН. Серия: Экология и безопасность жизнедеятельности. - 2008. - №3. – С.70-74.

5. Шамсов Б.А. Роль ультразвуковой диагностики при врожденных пороках сердца у детей / Б.А. Шамсов, М.А. Хусейнова // Материалы I-го съезда Ассоциации детских хирургов Центральной Азии и I-го съезда РОО "Казахстанские детские хирурги": сб. статей. – Алматы, 2019. – С. 182-183.

6. Шипилова Л.М. Анализ структуры врожденных пороков развития у новорожденных за последние 5 лет (2014 - 2018гг.) / Л.М. Шипилова, Старчикова Т.А. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2019. - №4. – С. 230-231.

7. Янковская Н.И. Возможные факторы риска возникновения врожденных пороков развития у новорожденных в современных экологических условиях // Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины. – 2014. - №4. – С. 342-345.

8. Agha MM et al. Determinants of survival in children with congenital abnormalities: a long-term population-based cohort study. Birth defects research Part A, Clinical and molecular teratology 2006;76:46-54.

9. Aghaz F, Ojagh SZ, Khanjari S, Vaisi-Raygani A, Khazaei M, Bakhtiari M. The Contingent Prenatal Screening Test for Down's Syndrome and Neural Tube Defects in West of Iran. J Reprod Infertil. 2019;20(4):244-251.

10. Anthony S, Kateman H, Brand R, et al. Ethnic differences in congenital malformations in the Netherlands: analyses of a 5-year birth cohort. Paediatr Perinat Epidemiol. 2005;19(2):135-144. doi:10.1111/j.1365-3016.2005.00632.x

11. Biri A et al. Birth prevalence and distribution of congenital anomalies in a university hospital. PerinatolDergisi 2005;13:86-90.

12. Boyle B, Addor M-C, Arriola L, et al. Estimating global burden of disease due to congenital anomaly: an analysis of European data. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2018;103:F22–F28. 10.1136/archdischild-2016-311845.

13. Brent RL. Environmental causes of human congenital malformations: the pediatrician's role in dealing with these complex clinical problems caused by a multiplicity of environmental and genetic factors. Pediatrics. 2004;113(4 Suppl):957-968.

14. Centers for Disease C, Prevention. Improved national prevalence estimates for 18 selected major birth defects—United States, 1999-2001. MMWR Morbidity and mortality weekly report 2006;54:1301-5.

15. Chan Margaret. World Health Organization. 2nd rev. ed Geneva, Switzerland: Elsiveier; 2015; 267 p.

16. Christianson A, Howson CP, Modell B. March of dimes: global report on birth defects, the hidden toll of dying and disabled children. 1st ed USA: March of Dimes Birth Defects Found; 2005. 84 p.

17. Corsello G, Giuffrи M. Congenital malformations. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012;25 Suppl 1:25-29. doi:10.3109/14767058.2012.664943

18. Diamandopoulos K, Green J. Down syndrome: an integrative review. J Neonatal Nurs. 2018;24(5): 235–41.

19. EUROSTAT. Population projections - tables. 2019. [Online] https://ec.europa.eu/eurostat/

web/population-demography-migration-projections/data/main-tables. [accessed 29.04.2020.]

20. Goetzinger KR, Shanks AL, Odibo AO, Macones GA, Cahill AG. Advanced maternal age and the risk of major congenital anomalies. Am J Perinatol. 2017;34(3):217–22.

21. Goley SM, Sakula-Barry S, Kelly A, Wright N. Investigating the use of ultrasonography for the antenatal diagnosis of structural congenital anomalies in low-income and middle-income countries: systematic review protocol. BMJ Paediatr Open. 2019;3(1):e000538. Published 2019 Sep 13. doi:10.1136/bmjpo-2019-000538

22. Kalter H. Teratology in the 20th century: environmental causes of congenital malformations in humans and how they were established. Neurotoxicol Teratol. 2003;25(2):131-282.

23. Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. Lancet. 2015;385:430–40.

24. Ndibazza J, Lule S, Nampijja M, Mpairwe H, Oduru G, Kiggundu M, et al. A description of congenital anomalies among infants in Entebbe, Uganda. Birt Defects Res A Clin Mol Teratol. 2011;91:857–61.

25. Oestergaard MZ, Inoue M, Yoshida S, Mahanani WR, Gore FM, Cousens S, et al. Neonatal mortality levels for 193 countries in 2009 with trends since 1990: a systematic analysis of Progress, projections, and priorities. PLoS Med. 2011;8:e1001080

26. Pfeifer U, Gubler D, Bergstraesser E, Bassler D. Congenital malformations, palliative care and postnatal redirection to more intensive treatment - a review at a Swiss tertiary center. J Matern Fetal Neonatal Med. 2018;31(9):1182-1187. doi:10.1080/14767058.2017.1311317

27. Rajangam S et al. Consanguinity and chromosomal abnormality in mental retardation and or multiple congenital anomaly. Journal of the Anatomical Society of India 2007;56:30-3.

28. Sitkin NA, Ozgediz D, Donkor P, Farmer DL. Congenital anomalies in low- and middle-income countries: the unborn child of global surgery. World J Surg. 2015;39:36–40.

29. Taksande A, Vilhekar K, Chaturvedi P, Jain M. Congenital malformations at birth in Central India: a rural medical college hospital based data. Indian J Hum Genet. 2010;16:159.

30. Temtamy S et al. A genetic epidemiological study of malformations at birth in Egypt. Eastern Mediterranean Health journal 1998;4:252-9.

31. WHO. WHO | Congenital anomalies WHO 2016. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/. Accessed 7 May 2017.

32. Wittekindt B, Schloesser R, Doberschuetz N, et al. Epidemiology and Outcome of Major Congenital Malformations in a Large German County. Eur J Pediatr Surg. 2019;29(3):282-289. doi:10.1055/s-0038-1642630

33. Wright NJ; Global PaedSurg Research Collaboration. Management and outcomes of gastrointestinal congenital anomalies in low, middle- and high-income countries: protocol for a multicentre, international, prospective cohort study. BMJ Open. 2019;9(8):e030452. Published 2019 Sep 3. doi:10.1136/bmjopen-2019-030452

АКТУАЛЬНОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ (Обзор литературы)

Набиева Ш.З.[1], Шамсов Б.А.[1], Комилова М.И.[2]

В статье приведен обзор современной литературы с целью изучения вопросов этиологии, факторы риска, профилактики, выявлении и современном лечении врожденных пороков развития.

Исследования доказали, что основные профилактические мероприятия по снижению рождения детей с пороками развития и улучшения состояния здоровья беременных женщин должны быть направлены на совершенствование диагностических технологий и решение медико-социальных проблем беременных женщин.

Ключевые слова: дети, врожденные пороки развития, пороки развития, врожденные аномалии, ВПР, ВПС.

RELEVANCE OF INCIDENTAL DEVELOPMENTAL DISORDERS

Nabieva Sh.Z[1]. Shamsov B.A.[1], Fayzulloev F.A.[1], Shamsov A.T.[2], Komilova M.I.[3]

The article provides a review of modern literature in order to study the issues of etiology, risk factors, prevention, detection and modern treatment of congenital malformations.

Studies have shown that the main preventive measures to reduce the birth of children with developmental defects and improve the health status of pregnant women should be aimed at improving diagnostic technologies and solving medical and social problems of pregnant women.

Key words: children, congenital malformations, malformations, congenital anomalies, congenital malformations, congenital heart disease.

Набиева Шаҳноза Зоировна *- унвонҷӯйи МД "Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона", E-mail: shaha.92@mail.ru,*

Шамсов Бахтовар Абдулҳафизович *– муовини директор МД "Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона". Сурога: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, шаҳри Душанбе, хиёбони И.Сомони 59. E-mail: bakhtovar01@gmail.com Тел: (+992) 907-58-88-87*

Комилова Маҳфуза Иброгимовна *– муаллимаи калони кафедраи фарҳангшиносии МДТ "Донишгоҳи давлатии Хуҷанд ба номи академик Бобоҷон Ғафуров", Тел: (+992) 92-969-00-03*

Набиева Ш.З. *– соискатель ГУ «Республиканский научно клинический центр педиатрии и детской хирургии». E-mail: shaha.92@mail.ru*

Шамсов Бахтовар Абдулхафизович *– заместитель директора ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии». Адрес: 734026, Республика Таджикистан, город Душанбе, проспект И.Сомони 59. E-mail: bakhtovar01@gmail.com Тел: (+992) 907-58-88-87*

Комилова Махфуза Иброгимовна *– старший преподаватель кафедры культурологии ГОУ «Худжандский государственный университет им. академика Бободжона Гафурова», Тел: (+992) 92-969-00-03*

Nabieva Sh.Z. *- Applicant for the State Institution "Republican Scientific Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery". E-mail: shaha.92@mail.ru*

Shamsov Bakhtovar Abdulkhafizovich *- Deputy Director of State Institution "Republican scientific and clinical center of pediatrics and child surgery". Address: 734026, Republic of Tajikistan, Dushanbe city, I. Somoni Avenue 59. E-mail: bakhtovar01@gmail.com Tel: (+992) 907-58-88-87*

Komilova Mahfuza Ibrogimovna *- Senior Lecturer of the Department of Cultural Studies of the State Educational Institution "Khujand State University named after. Academician Bobojon Gafurov, Tel: (+992) 92-969-00-03*

УСУЛҲОИ ТАБОБАТИ ПСОРИАЗ

Эмомалиев Д.Г.

Кафедраи дерматовенерология бо курси косметологияи МДТ ДТБДКСТ ҶТ

Дар тӯли даҳсолаҳои омӯзиши псориаз, барои табобати он миқдори зиёди воситаҳо ва усулҳои табобат истифода мешуданд, ки аксарияти кулли онҳо айни замон таваҷҷӯҳи таърихӣ доранд. Аммо, бинобар надоштани маълумоти дақиқ дар бораи этиология ва патогенези беморӣ, то ҳол ягон доруе вучуд надорад, ки метавонад пурра баркароршавӣ ё ремиссияи дарозмуддати псориазро ба вучуд орад. Бояд қайд кард, ки дар 20-40% беморон ремиссияи псориаз ба таври стихиявӣ рух медиҳад ва аз ин рӯ баҳо додан ба самаранокии терапия душвор аст [46].

Арзёбии паҳншавӣ ва вазнинии беморӣ бо мутобиқати (риояи) бемор ба терапия бо назардошти имкониятҳои молиявии ӯ барои муваффақияти тактикаи терапевтӣ му-

ҳим аст. Диққати махсус ба омилҳое, ки ба инкишоф ё шиддат гирифтани беморӣ мусоидат мекунанд, пардохта мешавад. Ҷараёни музмин ва такрори псориаз табобати дарозмуддатро талаб мекунад ва аз ин рӯ дар бораи бехатарии он дар хотир доштан лозим аст [7, 17].

Солҳои охир дар табобати беморони псориаз доруҳое истифода мешуданд, ки ба пайвандҳои асосии патогенези он таъсир мерасонанд: боздории пролифератсияи кератиноцит, боздории фаъолшавии ҳуҷайраҳои Т, муҳосираи цитокинҳо [3].

Бо ин мақсад аксар вақт фототерапия, ретиноидҳои хушбӯй, терапия бо иммуносупрессантҳо ва дигар доруҳои иммунотропӣ (доруҳои иммунобиологӣ, иммуностимуляторҳо) истифода мешаванд [24].

Фототерапия барои псориаз бо истифода аз манбаъҳои нурҳои сунъӣ соли 1925 аз ҷониби Геккерман ҷорӣ карда шудааст. Дар солҳои 1970-ум нишон дода шуд, ки таъсири ҷудогона ба радиатсияи васеъи ультрабунафши,ва дар миқдори доғҳо, ки аксуламали эритемикии сабукро дар шаклҳои сабуки псориаз муассир аст. Татбиқи асосии терапияи фотодинамикӣ бо псорален ва радиатсияи ултрабунафши А (PUVA) дар солҳои 70-ум ва мавҷи танги UV-B (311-313 нм) дар солҳои 1980 ба амал омада буданд.

Дар псориаз, фототерапия интихобӣ аст. Он Т-лимфоситҳои пӯстро, ки асосан дар эпидермис ҷойгиранд, нест мекунад [20, 189].Механизми бартарафсозӣ апоптози Т-лимфоситҳо дар хуруҷҳои псориатист, дар ҳоле ки посухҳои иммунӣ бо Th1 ба сӯи Th2 ҳаракат мекунанд [15, 57].

Нишон дода шудааст, ки самаранокии клиникии фотохимотерапия бо камшавии назарраси зардоби беморони гирифтори псориаз дар фаъолияти цитокинҳо ҳамроҳӣ мешавад [25, 61].

Шуоъҳои ултрабунафши мавҷи миёна (ултрабунафш-NB) -и спектри танг (311 нм) нисбат ба интихоби ултрабунафши интихобии спектрҳои дарозии миёна (290-320 нм) аз ҳисоби ҳалли тезтари лавҳаҳои псориатӣ ва папулаҳо ва муддати кӯтоҳи табобат самараноктар аст.

Дар байни усулҳои фототерапия ва паҳншуда самарабахштарин усули омезиши радиатсияи ултрабунафши дарозмуддат (320-400 нм) ва фотосенсибилизатори силсилаи фурокумарин мебошад, ки ба таври шифоҳӣ 1,5-2 соат пеш аз шуоъдиҳӣ таъин карда мешаванд (терапияи ПУВА). Дар як ҳафта 3-4 ҷаласаи терапияи PUVA гузаронида мешавад, ки дар маҷмӯъ 20-25 расмиёт мебошанд.

Бо зуҳуроти хурди псориаз, PUVA метавонад бо истифодаи маҳаллии фурокумарин (пувалан, псорален, аммифурин ва ғ.), ки 20-30 дақиқа пеш аз шуоъдиҳӣ истифода мешавад, истифода бурда шавад,

Барои баланд бардоштани самаранокии фототерапия, доруҳои системавӣ истифода мешаванд, ки дар байни онҳо ретиноидҳои хушбӯй бештар истифода мешаванд. Омезиши фототерапия ва ретиноидҳо ҳатто дар беморони дорои варианти калон-лавҳаи бемории музмин ба табобат бо қабатҳои скуфозии барҷаста самаранок аст [30, 46].

Ба тариқи таҷрибавӣ нишон дода шудааст, ки ретиноидҳои хушбӯй равандҳои канцерогенезро бозмедоранд, ки ин ба коҳиш додани таъсири канцерогении шуои ултрабунафш мусоидат мекунад [57].

Дар байни таъсири манфии фототерапия, каме бештар терапияи PUVA, бисёр муаллифон имконияти таъсири канцерогении худро, ки аз вояи шуои ултрабунафш вобаста аст, қайд мекунанд [18, 50]. Афзоиши хавфи пайдоиши саратони пӯст бо таъсири дарозмуддати шуоъҳои ултрабунафш дар тадқиқоти баъзе муаллифон нишон дода шудааст [25,61]

Барои кам кардани таъсири манфӣ ва кам кардани миқдори шуои ултрабунафш, таркиби гуногуни терапияи PUVA бо ретинол, ретиноидҳо, кальципотриол ва ғайра истифода мешаванд.

Дар солҳои охир, барои лазерҳои дарозмӯҳлати (308 нм) якранги экимерӣ барои табобати беморони псориази палмор, бо лавҳаҳои кӯҳнаи табобатшаванда, аз ҷумла онҳое, ки дар пӯсти сатҳҳои экстензории оринҷ ва зонуҳо истифода мешаванд, бо истифода аз лазерҳои дарозмӯҳлати (308 нм) монохромии эксимерӣ, ки фокус (дар мин-

тақа) медиҳанд (аз 2 то 6 DER - вояи ҳадди ақали эритемикӣ) дозаҳои акс. Тадқиқотҳо оид ба шумораи кофии беморон (124 нафар) дар 72% ҳолатҳо самаранокии хуби онро нишон доданд (75% решҳо комилан ҳал карда шуданд) [61].

Ретиноидҳои хушбӯй яке аз табобатҳои бомуваффақияти псориаз боқӣ мемонанд, ки дар байни онҳо ацитретин (неотигазон) барои псориаз самараноктар аст. Механизми амали ретиноидҳо дар псориаз маълум нест. Боварӣ доранд, ки илова бар таъсири фотосенсибилизатсия, ацитретин, бо пайваст шудан ба ретсепторҳои кислотаи ретиноик, бо устувор кардани мембранаҳои ҳуҷайра, таъсири мусбат мерасонад, равандҳои паҳншавӣ ва кератинатсияи эпидермисро ба эътидол меорад. Натиҷаҳои беҳтарин бо ацитретин дар псориази палмтарӣ, пустулярӣ ва эритродермикунонидашуда ба даст оварда мешаванд, ки дар он он, ба монанди метотрексат ва циклоспорин, доруи интихоби аввал ҳисобида мешавад [7,52].

Вақте ки ацитретин бо PUVA якҷоя карда мешавад, таъсири табобат устувортар ва дарозтар мешавад [52] ва дар якҷоягӣ бо метотрексат, дору инчунин дар шаклҳои нодир, веррусуси псориаз [54]

То имрӯз, доруҳои интихобшуда ҳанӯз ҳам метотрексат (МТТ) ва циклоспорин (CsA) мебошанд [3,57]. Ҳарду дору барои табобати дарозмуддати беморони гирифтори псориази пустуляр ё эритродермаи псориатӣ, шаклҳои вазнин ё мӯътадили клиникии дерматоз истифода мешаванд [31, 37]. Метотрексат инчунин доруи интихобшуда барои артрити псориазмебошад [2, 35]. Метотрексат агенти цитостатикӣ мебошад. Гурӯҳ: антиметаболитҳо, антагонистҳои кислотаи фолий. Механизми амали МТТ дар псориаз қаблан барои фурӯ нишондани гиперпролифератсияи эпидермал тавассути коҳиш додани фаъолияти ферментҳои дигидрофолат редуктаза (DHFR) пешбинӣ шуда буд [12, 39]. Дар айни замон, механизми цитостатикии амали МТТ бо боздории трансформилаза, фермент, ки дар мубодилаи имидазолпиридимин (пурин) иштирок мекунад, шарҳ дода мешавад [22]. Фурӯ бурдани фаъолияти трансформилаза боиси боздории истеҳсоли тимидинепурин мегардад ва бо ин синтези ДНК ва РНК-ро вайрон мекунад. Ин ба саркӯбии афзоиши паҳншавии кератиноцитҳо оварда мерасонад [42, 49]. Нисфи ҳаёти МТТ муддати дароз тӯл мекашад, ки самаранокии дарозмуддати онро ҳангоми истифодаи як ҳафта як маротиба мефаҳмонад. Таъсири мусбии терапевтии дору хеле дер зоҳир мешавад (асосан пас аз 4-8 ҳафта), ки ин ҳам ба тӯли нимҳаёт вобаста аст [27, 49].

Ҳангоми табобати псориаз дар солҳои охир 3 схемаи истифодаи МТТ иҷозат дода шудааст: а) се маротиба истеъмоли даҳонакии дору бо фосилаи 12-соата дар як ҳафта, вояи умумии ҳафтаина 15-25 мг; б) як маротиба дар як даҳон истеъмол кардани МТТ дар вояи 10 - 25 мг (ҳадди аксар 30 мг) як маротиба дар як ҳафта; в) як маротиба дар дохили мушак дохил кардан бо вояи 12,5 - 15 (ҳадди аксар 25 мг) як маротиба дар як ҳафта. Таъсири хуб ба табобати МТТ дар 75-80% беморон ба мушоҳида мерасад [45]. Динамикаи мусбии такмили клиникӣ аз ҳафтаи 2-ум то 8-уми пас аз оғози табобат қайд карда мешавад ва пас аз 8-12 ҳафта барқароршавии тақрибан пурра [33, 53].

Гайринишондод барои истифодаи МТТ сиррози ҷигар, гепатити вирусӣ дар марҳилаи фаъол, сирояти ВНМО, бемориҳои мағзи устухон, гурда, ҳомиладорӣ, майзадагӣ мебошад [42, 53].

Циклоспорин А (CsA), ундекапептиди даврии бетараф, бори аввал соли 1979 аз ҷониби Мюллер ва Ҳеррманн дар беморони гирифтори артрити ревматоидӣ истифода шудааст, ки дар байни онҳо 4 нафар беморони псориаз буданд, ки гирифтори артритҳои псориатикӣ буданд. Мушоҳидаҳо нишон доданд, ки дар ҳама 4 бемори гирифтори псориаз, дар баробари суст шудани нишонаҳои артрит, нишонаҳои беморӣ дар пӯст комилан ҳалли худро ёфтанд. Баъдан, муайян карда шуд, ки самаранокии CsA дар псориаз бо бастани ҳуҷайраҳои Т аз ҷониби он алоқаманд аст, ки ин имконпазирии генезиси аутоиммунии дерматозро нишон медиҳад [43].

Механизми амали дору асосан ба ингибишсия (маҳдудкунӣ) -и синтези ИЛ-2 тавассути Т-хелперҳои фаъолшуда ва боздории паҳншавии кератиноцитҳо коҳиш меёбад. [29, 40].

CsA дар табобати шаклҳои илтиҳобии псориаз, аз ҷумла эритродермаи псориатӣ, инчунин ҳангоми зарари нохун самаранок тар аст. Барои табобати псориаз, CsA ба таври даҳонӣ, вобаста аз вазнинии беморӣ, дар як вояи шабонарӯзии 2,5-5,0 мг / кг дода мешавад. Дар аксари беморон, пас аз 16 ҳафтаи монотерапияи CsA, индекси PASI аз арзишҳои аввалия 85% ё бештар камтар мешавад. Давомнокии табобат аз самаранокии он вобаста аст - аз 3-4 моҳ то 6-12-24 моҳ [49]

Таъсири манфии CsA маъмулан нефротоксик, ихтилоли асаб (гипо ва / ё гиперестезия, дарди сар, ларзиш, хастагӣ, дарди мушакҳо), гипертонияи артерия, сироятҳои вирусӣ, гипертрихоз ва ғайра мебошанд [28, 50]

Ба гурӯҳи доруҳои маъмулӣ, ки бештар дар табобати псориаз истифода мешаванд (терапияи анъанавӣ) доруҳои калтсий (10% ҳалли глюконати калтсий барои сӯзандору дар дохили мушак), натрий (30% натрий тиосульфати натрий барои ворид кардани вена), агентҳои детоксикатсионӣ (гемодез ё қатрачаи рагҳои гемозол аз дохили 500 мл, 5-6 тазриқӣ, унитериол дар дохили мушак то 10-12 сӯзандору), доруҳое, ки ба микросиркулятор таъсир мерасонанд (пентоксифиллин-трентал ё компламин, теоникол), антигистаминҳо (цетиризин, лоратадин, кетотифен ва ғ.), ингибиторҳои фосфодиэстераза (теофиллин, аминофиллин, кавинтон), седативҳо (иқтибоси валериан, форт motherwort форт ва ғ.), дар ҳолатҳои ҳамбастагӣ бо сироятҳои бактериявӣ, алахусус бо стрептококк - антибиотикҳо, терапияи беруна [6, 18].

Дар солҳои охир, таҳқиқоти биологияи молекулавӣ бисёр ҷанбаҳои механизмҳои молекулавӣ ва ҳуҷайра дар патогенези псориазро ошкор карданд, ки ин имкон дод доруҳои иммунобиологӣ - синфи нави доруҳо, ки эътирофи торафт бештар пайдо мекунанд. Доруҳои иммунобиологӣ дар табобати псориази шадид ва мӯътадил дигаргунӣ ба амал оварданд, ба мисли пештар метотрексат ва циклоспорин. Механизми амали ин доруҳо бастани селективӣ (интихобӣ) маҷмӯаҳои муайяни молекулавӣ мебошад, ки дар патогенези псориаз нақши муҳим мебозанд [19, 44].

Ҳама иммуномодуляторҳои биологӣ бо тамғаи «-mab» дар номҳои байналмилалӣ антителаҳои моноклоналӣ (маб) мебошанд ва онҳое, ки охири «-cept» доранд, сафедаҳои муттаҳидшуда мебошанд, ки дар молекулаи онҳо ду алоҳида мебошанд, аксар вақт бо функсияҳои гуногун, сафеда.

Барои табобати псориаз, иммуномодуляторҳои биологӣ пешниҳод карда шуданд, ки мувофиқи механизми таъсирашон ба ду гурӯҳ мансубанд. Намояндагони гурӯҳи якум ба доруҳои антититокин мансубанд, дар гурӯҳи дуюм доруҳое, ки ба ҳуҷайраҳои-Т таъсир мерасонанд.

Дар айни замон 2 дору истифода мешаванд, ки фаъолшавии ҳуҷайраҳои Т-ро бозмедоранд: Эфализумаб ва Алефасепт [5, 51].

Эфализумаб (муродифи Раптива) антибиотики рекомбинантии гуманизатсияшуда (инсон-муш) зидди CD11 моноклоналист. Бо бастани таблиғи LFA-1 (антигени бо лимфоситҳо алоқаманд 1) ва молекулаи адгезияи ҳуҷайра 1, он таъсири зидди CD11a дорад, ки фаъолшавии ҳуҷайраҳои Т-ро бозмедорад ва ба ин васила муҳоҷират ва пайвастшавии онҳоро ба кератиноцитҳо бозмедорад. Эфализумабро дар зери пӯст дар 0 ва 4 ҳафта ва сипас дар 3 моҳ як маротиба мекунанд [5, 44].

Алефасепт сафедаи ҳамҷояшавандаи рекомбинантӣ мебошад, ки дорои як пораи антигени пайвастани ҳуҷайра (адгезия) LFA-3 ва IgG1 мебошад. Ин як антагонистест, ки таблиғи LFA-3 (антигени бо лимфо-ситҳо алоқамандро 3) бо CD2 мебандад, ки апоптозии ҳуҷайраҳои Т-ро бо роҳи пешгирии фаъолшавии онҳо мусоидат мекунад ва бо ин иммунитети ҳуҷайраҳоро пахш мекунад. Ин ба кам шудани илтиҳоб оварда мерасонад. Alefacept ҳар ҳафта бо 15 мг ІМ барои 12 ҳафта таъин карда мешавад;

курсҳои такрорӣ пас аз 12 ҳафта имконпазиранд [20,44].

Дар табобати псориаз доруҳои антиситокин (антителаҳои ситокин), ки барои безарар гардонидани ситокинҳо пас аз истеҳсолашон равона карда шудаанд, бештар истифода мешаванд. Дар амалияи клиникӣ, самаранокии антагонистҳои омили некрозии алфа дар бемориҳои илтиҳоби аутоиммунӣ ва торпидӣ бо дигар доруҳо бо амали доруҳои глюкокортикостероид дар бисёр бемориҳо муқоиса карда мешавад. Дар байни антагонистҳои TNF-а доруҳо маъмулан инфликсимаб, этанерцепт ва адалимумаб мебошанд [48,58].

Инфликсимаб антиденоти моноклоналии рекомбинанти химикӣ (яъне сафедаҳои ҳайвонот, муш ва инсон) мебошад. Дору бо TNF-а пайваст шуда, интиқоли сигналро аз он ба ҳуҷайраҳои ба он ҳассос бастааст. Ин озодшавии про-илтиҳобии IL-1 ва IL-8, раванди хемотаксис ва қобилияти рагҳоро бозмедорад. Инфликсимабро IV дар 5-10 мг / кг дар 0, 2 ва 6 ҳафта медиҳанд. Адалимумаб як рекомбинанти гуманизатсияшуда аст (яъне, он пурра аз сафедаи инсон иборат аст) антители моноклоналии IgG1, ки бар зидди TNF-а равона шудааст. Он дар як миқдори 80 мг, як ҳафта пас аз вояи оғоз - 40 мг 1 маротиба дар 2 ҳафта гузаронида мешавад. Этанерцепт сафедаи ҳамҷояшавандаи ҳалшавандаи инсондоштаи рекомбинантӣ мебошад, ки аз TNF-а ретсепторҳои ҳалшаванда ва минтақаи Fc-и сафедаи IgG -и одам иборат аст, ки TNF-а-ро пайваст мекунад ва фаъолияти онро безарар мегардонад. Онро дар давоми 12 ҳафта ду маротиба дар як ҳафта ду маротиба 25-50 мг сӯзандору мекунанд, сипас 50 мг дар як ҳафта. Самаранокӣ пас аз 10 ҳафта (PASI-75) - 82 - 91% (инфликимсаб), пас аз 12 ҳафта - 34-44% (этанерцепт), пас аз 16 ҳафта - 71% (адалимумаб) [2, 47].

Устекинумаб (анти-интерлейкин-12 / интерлейкин-23 p40) антибиотикҳои рекомбинантаи гуманизатсияшудаи моноклоналист, ки мушаххасият ва дараҷаи баланди аффинсӣ (аффинатӣ) барои п40-молекулаи IL-12 ва IL-23 дорад, ин интерлейкинҳоро мебандад ва пайвастшавии онҳоро бо ретсепторҳо пешгирӣ мекунад хуҷайраҳои Т [58] Тадқиқотҳои клиникӣ самаранокии баланди устекинумабро дар табобати беморони гирифтори псориаз, артрити псориаз, пустулези палмор-плантар нишон доданд, аммо дар адабиёт гузоришҳо оид ба муқоисаи мустақим бо инфликимсаб ва адалимумаб вуҷуд надоранд [34,48].

Солҳои охир барои табобати псориаз бисёр иммуномодуляторҳои нави биологӣ ва доруҳои гурӯҳҳои дигар ба даст оварда шуданд, ки самаранокии онҳо дар бисёр клиникаҳои кишварҳои гуногун таҳқиқ карда мешавад (апремиласт, иксекизумаб, дупилумаб, секукинумаб, рисанкизумаб, гуселкумаб, нетакимаб ва г.) [32, 38]

Дастурҳои клиникӣ барои табобати беморони гирифтори шаклҳои гуногуни клиникии псориаз, аз ҷумла эритродермик, псориази пустуляр, шаклҳои вазнини палморплантар, пӯст, аногенитал, дерматози байнисигиталӣ, беморони ҳамбастагии гепатити С ё ВНМО дода шудаанд [14, 21]

Тадқиқотҳои сершумор нишон медиҳанд, ки механизми амали иммуномодуляторҳои биологӣ аз бисёр ҷиҳатҳо ба метотрексат шабеҳ аст ва ҳамзамон онҳо гепатотоксикӣ надоранд. Бо вуҷуди ин, мавҷудияти мушкилоти сироятӣ, амали иммуносупрессивӣ, арзиши баланд, дониши нокофӣ дар бораи бехатарии истифодаи дарозмуддати онҳо таҳқиқоти минбаъдаро талаб мекунад [23, 60]. Бисёре аз муҳаққиқон бар онанд, ки доруҳои биологӣ бояд дар табобати шаклҳои вазнини псориази ба МТТ тобовар ё дар сурати мавҷуд набудани зиддиятҳо барои истифодаи он истифода шаванд [41,56]

Барои табобати псориаз доираи васеи доруҳои мубрами (мубрамӣ) мавҷуданд [7]. Аксар вақт, агентҳои мубрами дерматоз дар шакли малҳам ё крем истифода мешаванд. Аз нуқтаи назари косметикӣ, қаймокро беҳтарин субҳ ва малҳам - шабона истифода мебаранд. Дар айни замон, асосан стероидҳои маҳаллӣ, аналогҳои витамини D, тазаротин, ингибиторҳои кальциневрин истифода мешаванд [26,59]

Кортикостероидҳо бо пайваст шудан ба ретсепторҳои глюкокортикоидҳо таъсири сершумори худро нишон медиҳанд, транскрипсияи (раванди синтези РНК) якчанд генҳои вобаста ба АР-ва NF-Kb, аз ҷумла IL-1 ва TNF-a -ро манъ мекунанд (маҳдуд мекунанд). Ин таъсири зидди илтиҳобӣ, антипролиферативӣ, вазоконстрикторӣ ва иммуносупрессивии кортикостероидҳоро ва самаранокии онҳоро дар псориаз шарҳ медиҳад. Ҳангоми шакли сабуки псориаз, инчунин ҳангоми ҷойгиршавии хуруҷҳои псориатӣ дар минтақаи аногениталӣ, пӯст, сатҳҳои флексор, кортикостероидҳои мубрамӣ доруҳои интихобшуда ҳисобида мешаванд. Истифодаи дарозмуддати кортикостероидҳои мубрами рӯз метавонад ба атрофияи пӯст бо пайдоиши эҳтимолии аломатҳои кашиш оварда расонад ва аз ин рӯ, барои кам кардани таъсири манфии стероидҳо тавсия дода мешавад, ки онҳоро дар якҷоягӣ бо равғани атласи 0,005% кальципотриол истифода баред [16,59].

Витамини D3 ва шаклҳои аз ҷиҳати биологӣ фаъол, афзоиш ва афзоиши кератиноцитҳо ва фарқкунии ҳуҷайраҳои эпидермис, инчунин вокунишҳои масуният ва мубодилаи калтсий ва фосфорро суст мекунанд. Арсенал дорои омодагиҳо бо калситриол (Силкис) барои истифодаи беруна, инчунин аналогҳои витамини D3 мебошад: кальципотриол - дар шакли лотон, крем ва малҳам (Daivonex, Psorkutan), такальцитол (Kuratoderm), maxacalcitol. Кальципотриол (равғани атрафшон 0,005%) нисбат ба антралин ва қатрон 15% ангишт самарабахштар аст, аммо аз кортикостероидҳои маҳаллӣ камтар аст. Истифодаи якҷояи калсипотриол ва кортикостероидҳои мубрами метавонад натиҷаҳои хуб ба даст оранд [1, 16].

Ба таври маҳаллӣ, дар псориаз насли сеюм ретиноиди 0,05% ва 0,1% гель ё қаймоқи тазаротен истифода мешавад, ки микёс ва ғафсии лавҳаро коҳиш медиҳад, шафакро коҳиш медиҳад. Тахмин мезанем, ки таъсири тазаротин дар иртиботи он бо ретсепторҳои кислотаи ретиноин аст. Он асосан дар якҷоягӣ бо глюкокортикоидҳо ё бо фототерапияи УВБ, балнеотерапия истифода мешавад [7].

Ингибитори маҳаллии кальциневрин (такролимус - ФК-506), антибиотики макролид] тавассути пайваст шудан ба иммуноглобулин (сафедаи пайвасткунандаи ФК-506) маҷмӯае ба вуҷуд меорад, ки бо кальциневин ҳамкорӣ мекунад ва онро бозмедорад. Таъсири зиддиилтиҳобӣ дорад, ки интихобан синтезро пахш мекунад ва аз Т-лимфоситҳо ва ҳуҷайраҳои мастии миёнаравҳои илтиҳобӣ, инчунин цитокинҳо озод мекунад [19, 59]. Ингибитори дигари кальцеурин, пимекролимус низ кор мекунад. Тадқиқотҳое мавҷуданд, ки самаранокии истифодаи такролимус ва пимекролимусро дар табобати беморони гирифтори псориази рӯй ва пӯшишҳои калон (псориази баръакс) нишон медиҳанд [33]

Солҳои охир, ҳангоми табобати бемории псориаз, доруҳои иммунотропӣ бо фаъолияти иммуномодуляторӣ, аз қабили ликопид, спленопид, полиоксидоний, тимодепрессин, доруҳо аз гурӯҳи тимуси ситомедин: тактивин, тимоптин, тималин, тимоген, тимоцин ва дигар иммуномодулҳои синтетикии [синтетикӣ] бештар истифода мешаванд [8, 9].

Барои беҳтар кардани ҳолати параметрҳои иммунологии дар псориаз тағйирёфта, тимогари иммуностимулянтиро дар Ҷумҳурии Тоҷикистон гурӯҳи олимони фармаколог таҳти роҳбарии профессор Г.М.Бобиев таҳия кардан мумкин аст. Ин дору барои истифода аз ҷониби Кумитаи фармакологии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 27 майи соли 2008 тасдиқ карда шудааст (бақайдгирӣ No 000084Т). Тимогар пептиди синтетикии изолейцин-триптофан мебошад, ки мундариҷаи муқаррарии Т-хелпер ва Т-супрессори зерпопулятсияҳои Т-лимфоситҳоро барқарор мекунад, сатҳи танзими Т-лимфоситҳоро ба эътидол меорад, фаъолияти иммунитети гуморалиро (синтези баъзе антителаҳо) афзоиш медиҳад, инчунин омилҳои иммунитети фитрӣ (фагоцитоз, пептидҳо, комплемент, интерферонҳо ва ғ.), дар ҳолати дуюми норасоии ма-

суният, параметрҳои гаматологиро ба эътидол меоранд. Дору дар таҷрибаи тиббӣ васеъ истифода мешавад. Самаранокии тимогар дар табобати беморони гирифтори арата алопеция, нейродермит, флегмонҳои некрозии одонтогении пӯсидаи аксуламали минтақаи максимулфасиалӣ муқаррар карда шудааст [10, 13]. Дар гузоришҳои ҷудогона оид ба истифодаи тимогар дар табобати беморони псориаз, самаранокии он нишон дода шудааст, аммо таҳқиқот дар шумораи ками беморон, бе омӯхтани нишондиҳандаҳои асосии патогенез ва натиҷаҳои дарозмуддати табобат гузаронида шуданд [4].

Ҳамин тариқ, баррасии дар боло овардашуда нишон медиҳад, ки дар табобати псориаз василаҳо ва усулҳои сершумор пешниҳод ва истифода шудаанд, аммо натиҷаи дилхоҳ то ба ҳолати барқароршавӣ ба даст наомадааст. Такмили донишҳо оид ба омӯзиши этиология ва патогенези псориаз ба ҷустуҷӯи технологияҳои нави фарматсевтӣ барои табобати он, аз қабили доруҳои иммуномодуляторӣ, аз ҷумла модификатори биологии аксуламал мусоидат мекунад.

Адабиет

1. Адаскевич, В.П. Кожные и венерические болезни [Текст] / В.П. Адаскевич, В.М. Козин // М: Мед. Литература. – 2006: 356 с.

2. Адаскевич, В.П. Применение адалимумаба у детей с осложненным псориазом: обзор клинических случаев / В.П. Адаскевич, В.Е. Спиридонов, В.В. Саларев // Клиническая дерматология и венерология. 2018. Т. 17. № 3. С. 114-118.

3. Баев, А.И. Опыт применения метотрексата в терапии среднетяжелых форм псориаза / А.И. Баев, И.Ш. Дорофеева, З.И. Ашуева // Медицина. (Алматы). 2018. № 11 (197). С. 78-82.

4. Бобиев, Г.М. Применение нового иммуномодулирующего препарата тимогар при лечении псориаза и нейродермита / Г.М. Бобиев, П.Т. Зоиров, А.А. Хусейнов // Иммунология. 1999. 2. С. 46-49.

5. Воцель, Г. Стратегия лечения вульгарного псориаза и псориатического артрита. / Г. Воцель // Дерматолог, 2010; 1: С. 047-056.

6. Горланов, И.А. Опыт применения 0,1% мази гидрокортизона-17-бутирата в лечении псориаза у детей / И.А. Горланов, Л.М. Леина, И.Р. Милявская, С.Ю. Куликова // Клин.дерматол. и венерол. 2010; 6: С. 105-108.

7. Голдсмит, Л.А. Дерматология Фицпатрика в клинической практике / Л.А. Голдсмит, С.И. Кац, Б.И. Джилкрест [и др.]. // –М: ГЭОТАР, 2015. – Т 1. – 1072 с.

8. Донцова, Е.В. Современные подходы к физиотерапии и профилактике псориаза (обзор литературы). / Е.В. Донцова, Л.А. Новикова, Т.М. Бахметьева, Л.Н. Борзунова // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2018. № 2. С. 54-62.

9. Зоиров, П.Т. Тимоцин при лечении псориаза и нейродермита / П.Т. Зоиров, А. Хусейнов, Х.М. Собиров, Н.П. Зоирова // Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии: сб. матер. круг. стола. – Душанбе, 2016. – С. 87-88.

10. Зоирова, Н.П. Сравнительная оценка эффективности применения тимогара и тимоцина при лечении алопеции / Н.П. Зоирова, Г.М. Бобиев, А.А. Хусейнов, А.Н. Шахматов // Здравоохранение Таджикистана. – 2011. – 3. – С. 52-57.

12. Мельниченко, О.О. Современные подходы к терапии тяжелых форм псориаза. Медицинский совет, 2017, 11

13. Мирзоев, М.Ш. Комплексное лечение одонтогенных гнилостно-некротических флегмон в условиях жаркого климата Республики Таджикистан / М.Ш. Мирзоев М.Ш., М.Н. Шакиров, Ш.М. Мирзозода, Б.А. Салимов // Вестник последипл. образов. в сфере здравоох., 2016, 1, 38-43.

14. Перламутров, Ю.Н. Современные возможности системной терапии псориаза / Ю.Н. Перламутров, Т.В. Айвазова, К.Б. Ольховская, А.М. Соловьев // Клиническая дерматология и венерология. 2019. Т. 18. № 4. С. 486-490.

15. Понич, Е.С. Фотодинамическая и системная биологическая терапия тяжелых форм псориаза / Е.С. Понич, Л.С. Круглова, Н.Б. Корчажкина // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2015. Т. 14. № 6. С. 17-20.

16. Садретдинов, Р.А. Комплексная терапия хронических дерматозов у детей / Р.А. Садретдинов, И.А. Ерина // Современные проблемы науки и образования. 2018. № 4. С. 184.

17. Скрипкин, Ю.К. Клиническая дерматовенерология. Руководство для врачей / Под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева // М. 2009; 2.

18. Скрипкин, Ю.К. Дерматовенерология. Национальное руководство / Ю.К. Скрипкин, Ю.С. Бутов, О.Л. Иванов [и др.]. – М.: ГЭОТАР, 2017. – 895 с.

19. Тухбатуллина, Р.Г. Современные подходы к терапии псориаза / Р.Г. Тухбатуллина, А.Ф. Латыпова, Е.В. Файзуллина // Тенденции развития науки и образования. 2019. № 50-3. С. 25-32.

20. Тухбатуллина, Р.Г. Некоторые аспекты применения генно-инженерных биологических препаратов для лечения псориаза / Р.Г. Тухбатуллина, А.Ф. Латыпова // Тенденции развития науки и образования. 2019. № 49-10. С. 59-63.

21. Armstrong, A.W. Initiation, Switching, and Cessation of Psoriasis Treatments Among Patients with Moderate to Severe Psoriasis in the United States / A.W. Armstrong, J.W. Koning, S. Rowse, H. Tan, C. Mamolo, M. Kaur // Clin Drug Investig. 2017 May; 37(5): 493-501.

22. Arnone, M. Diagnostic and therapeutic guidelines for plaque psoriasis - Brazilian Society of Dermatology / M. Arnone, M.D. Takahashi, A.V. de Carvalho, W.M. Bernardo, A.L. Bressan // Anais Brasileiros de Dermatologia. 2019 Mar-Apr; 94(2 Suppl 1): 76-107.

23. Barbieri, M.A. cost-effectiveness and budget impact analysis of apremilast in patients with psoriasis in the Italian setting / M. Barbieri, F. Loconsole, A. Migliore, S. Capri // J Med Econ. 2020 Jan 20:1-9.

24. Boehner, A. Generalized pustular psoriasis - a model disease for specific targeted immunotherapy, systematic review / A. Boehner, A.A. Navarini, K. Eyerich // Exp Dermatol. 2018 Oct;27(10):1067-1077.

25. Bulur, I. The efficacy and safety of phototherapy in geriatric patients: a retrospective study / I. Bulur, H.K. Erdogan, A.E. Aksu et al. // An Bras Dermatol. 2018 Jan-Feb;93(1):33-38.

26. Damiani, G. Nanodermatology-based solutions for psoriasis: State-of-the art and future prospects / G. Damiani, A. Pacifico, D.M. Linder et al. // Dermatol Ther. 2019 Nov;32(6): e13113.

27. Dattola, A. A novel vehicle for the treatment of psoriasis / A. Dattola, M. Silvestri, L. Bennardo et al. // Dermatol Ther. 2019 Dec 12: e13185.

28. Egeberg, A. Prevalence and characteristics of psoriasis in Denmark: findings from the Danish skin cohort / A. Egeberg, Y.M.F. Andersen, J.P. Thyssen // BMJ Open. 2019 Mar 20;9(3): e028116.

29. Georgesen, C. Pediatric pustular psoriasis responsive to cyclosporine / C. Georgesen, H. Wildman, X. Wang et al. // Dermatology Online Journal. 2017. Volume 23 (11): 14.

30. Girolomoni, G. Psoriasis: rationale for targeting interleukin-17 / G. Girolomoni, U. Mrowietz, C. Paul // Br J Dermatol. 2012; 167:717-24.

31. Gooderham, M.J. An update on generalized pustular psoriasis / M.J. Gooderham, A.S. Van Voorhees, M.G. Lebwohl et al. // Expert Rev Clin Immunol. 2019 Sep;15(9):907-919.

32. Gu, C. Risankizumab for the treatment of psoriasis / C. Gu, J. Yang // Expert Rev Clin Pharmacol. 2019 Sep;12(9):851-857.

33. Han, G. What's new in topical treatments for psoriasis. Cutis. 2019 Feb;103(2):65-66.

34. Hegazy, S. Efficacy of ustekinumab in palmoplantar pustulosis. / S. Hegazy, M.P. Konstantinou, C. Bulai Livideanu et al. // Eur Acad Dermatol Venereol. 2018 May;32(5): e204-e206.

35. Helmick, C.G. Psoriasis and Psoriatic Arthritis: A Public Health Agenda / C.G. Helmick, J.J. Sacks, J.M. Gelfand et al. // American journal of preventive medicine. 2013 Apr; 44(4): 424-426.

36. Hesselvig, J.H. Correlation Between Dermatology Life Quality Index and Psoriasis Area and Severity Index in Patients with Psoriasis Treated with Ustekinumab / J.H. Hesselvig, A. Egeberg, N.D. Loft et al. // Acta Derm Venereol. 2018 Mar. 13;98(3):335-339.

37. Hoegler, K.M. Generalized pustular psoriasis: a review and update on treatment / K.M. Hoegler, A.M. John, M.Z. Handler et al. // J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018 Oct;32(10):1645-1651.

38. Jeon, C. Monoclonal antibodies inhibiting IL-12, -23, and -17 for the treatment of psoriasis / C. Jeon, S. Sekhon, D. Yan // Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2017 Aug 21; 13(10): 2247-2259.

39. Kalb, R.E. Methotrexate and psoriasis: 2009 National Psoriasis Foundation Consensus Conference. J Am Acad Dermatol. 2009. 60 (5):824-837.

40. Kim, W.B. Diagnosis and management of psoriasis / W.B. Kim, D. Jerome, J. Yeung // Can Fam Physician. 2017 Apr; 63(4): 278-285.

41. Kimball, A. Demography, baseline disease characteristics and treatment history of patients with psoriasis enrolled in a multicentre, prospective, disease-based registry (PSOLAR) / A. Kimball, C. Leonardi, M. Stahle et al // The British Journal of Dermatology. 2014 Jul 16; 171(1): 137-147.

42. Lindqvist, T. Methotrexate Management in Psoriasis: Are We Following the Guidelines? / T. Lindqvist, L.A. Salah, M. Gillstedt et al // Acta Derm Venereol. 2018 Apr 16;98(4):449-451.

43. Llamas-Velasco, M. Moderate Psoriasis: A Proposed Definition / M. Llamas-Velasco, P. de la Cueva, J. Notario // Actas Dermosifiliogr. 2017 Dec;108(10):911-917.

44. Menter, A. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 1. Overview of psoriasis and guidelines of care for the treatment of psoriasis with biologics / A. Menter et al. / J Am Acad Dermatol. 2008. 58 (5): 826-850.

45. Menter, A. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 4. Guidelines of care for the treatment of psoriasis with traditional systemic agents / A. Menter et al. // J Am Acad Dermatol. 2009. 61 (3): 451-485.

46. Menter, A. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 5. Guidelines of care for the treatment of psoriasis with phototherapy and photochemotherapy / A. Menter et al. // J Am Acad Dermatol. 2010. 62 (1):114-135.

47. Mezones-Holguin, E. Efficacy and Safety in the Continued Treatment with a Biosimilar Drug in Patients Receiving Infliximab: A Systematic Review in the Context of Decision-Making from a Latin-American Country / E. Mezones-Holguin, R.V. Gamboa-Cardenas, G. Sanchez-Felix et al // Front Pharmacol. 2019 Nov 15; 10: 1010.

48. Mitoma, H. Mechanisms for cytotoxic effects of anti-tumor necrosis factor agents of transmembrane tumor necrosis factor alpha-expressing cells: comparison among infliximab, etanercept, and adalimumab [Text] / H. Mitoma, T. Horiuchi, H. Tsukamoto // Arthr. Rheum – 2008; 58: 5: 1248 – 1257.

49. Mrowietz, U. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus / U. Mrowietz, K. Kragballe, K. Reich et al // Arch Dermatol Res. 2011; 303:1-10.

50. Obeid, G. Interventions for chronic palmoplantar pustulosis / G. Obeid, G. Do, L. Kirby / / Cochrane Database Syst Rev. 2020 Jan 20;1:CD011628.

51. Pathirana, D. European S3- Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris / D. Pathirana, A.D. Ormerod, P. Saiag et al // J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009; 23:1-70.

52. Sbidian, E. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis / E. Sbidian, A. Chaimani, S. Afach et al // Cochrane Database Syst Rev. 2020 Jan 9;1:CD011535.

53. Shah, R.A. Brief Update on Dermatologic Uses of Methotrexate / R.A. Shah, C.E. Nwannunu, A.L. Limmer et al // Skin Therapy Lett. 2019 Nov; 24(6): 5-8.

54. Shivers, L. Verrucous psoriasis treated with methotrexate and acitretin combination therapy / L. Shivers, M.E. Montanez-Wiscovich // Cutis. 2019 Dec;104(6): E10-E12.

55. Skillen, L.A. The management of moderate to severe psoriasis: a biologic revolution / L.A. Skillen, K. McKenna // Ulster Med J. 2018 May;87(2):125.

56. Sondermann, W. Dermatological complications of therapy with biologics in inflammatory autoimmune diseases / W. Sondermann, S. Herz, E. Sody et al // J Dtsch Dermatol Ges. 2019 Oct;17(10):1029-1037.

57. Staubach, P. Management of psoriasis / P. Staubach, S. Zimmer // Med Monatsschr Pharm. 2017 Jun;40(6):238-44.

58. Thibodeaux, Q. Dual biologic therapy for recalcitrant psoriasis and psoriatic arthritis / Q. Thibodeaux, K. Ly, V. Reddy et al // JAAD Case Rep. 2019 Oct 10; 5(10): 928-930.

59. Wollina, U. Treatment of Psoriasis: Novel Approaches to Topical Delivery. Open Access Maced / U. Wollina, M. Tirant, A. Vojvodic, T. Lotti // J Med Sci. 2019 Sep 30; 7(18):3018-3025.

60. Yiu, Z.Z.N. BADBIR Study Group. Risk of Serious Infection in Patients with Psoriasis Receiving Biologic Therapies: A Prospective Cohort Study from the British Association of Dermatologists Biologic Interventions Register (BADBIR) / Z.Z.N Yiu, C.H. Smith, D.M. Ashcroft et al // J Invest Dermatol. 2018 Mar;138(3):534-541.

61. Zhang, P. A clinical review of phototherapy for psoriasis / P. Zhang, M.X. Wu // Lasers Med Sci. 2018 Jan;33(1):173-180.

СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметалогии ГОУ «ИПО в СЗ РТ»

Резюме.В статье приводится детальный обзор литературы по современным методам системного и наружного лечения псориаза. Подробно и с оценкой эффективности по данным многочисленных исследователей рассмотрены различные виды фототерапии, ароматические ретиноиды, иммуносупрессивные и иммуностимулирующие препараты, иммунобиологические средства. Из наружных средств автор подробно освещает различные противовоспалительные, отшелушивающие и рассасывающие препараты, использующиеся в виде растворов, гелей, мазей, кремов. Но, несмотря на обилие средств и методов лечения, до настоящего времени нет препаратов, которые могли бы привести к полному излечению псориаза.

Ключевые слова: фототерапия, ретиноид, псориаз, гель, мазь, крем.

Summary. The article provides a detailed review of the literature on modern methods of systemic and external treatment of psoriasis. Various types of phototherapy, aromatic retinoids, immunosuppressive and immunostimulating drugs, immunobiological agents are considered in detail and with an assessment of their effectiveness according to the data of numerous researchers. From external means, the author covers in detail various anti-inflammatory, exfoliating and absorbable preparations used in the form of solutions, gels, ointments, creams. But, despite the abundance of remedies and methods of treatment, until now there are no drugs that could lead to a complete cure for psoriasis.

Key words: фототерапия, ретиноид, псориаз, гель, мазь, крем.

ЭмомалиевЧ.Г.*,унвончуйи кафедраи дерматовенерология бо курси косметологияи МДТ ДТБДКСТ ҶТ.*

ЭмомалиевДж.Г., *соискатель кафедры дерматологии с курсом косметологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ».*

Emomaliev J.G., *Competitor of the Department of Dermatology with a course of cosmetology, State Educational Institution "IPO in the NW of the Republic of Tatarstan".*

ЁДБУД



ЗОИРОВ ПОДАБОН ТОШМАТОВ (1942-2022)

4 марти соли 2022 донишманди маъруфи тоҷик, доктори илмҳои тиб, Узви вобастаи Академияи илмҳои ҶТ, Аълочии тандурустии ҶШС Тоҷикистон, устоди мумтоз ва олими пухтакор, профессори кафедраи дерматовенерологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" Подабон Тошматович Зоиров аз олам даргузаштанд.

Зоиров Подабон 9 –уми майи соли 1942 дар шаҳри Кӯлоб ба дунё омада, пас аз хатми ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (соли 1965) бештари умри азизи худро фидои тандурустии аҳли ҷомеа сохтаанд. Боиси ифтихор аст, ки марҳум ҳамчун устоди моҳир солҳои зиёд таълиму тарбия ва омодасозии мутахассисони ҷавони соҳаи тибро дар Донишгоҳи тиббӣ як самти муҳимми фаъолияти касбии хеш қарор дода, ҳамчун омӯзгори мушфиқу меҳрубон ва сахтгиру серталаб сазовори ҳурмату эҳтироми баланд гаштаанд ва бесабаб нест, ки то имрӯз ҳамчун устоди ҳақиқии якчанд насли табибони соҳибмаълумоти ҷумҳурӣ шинохта мешаванд.

Фаъолияти меҳнатиашонро П.Т.Зоиров дар самти муолиҷаи бемориҳои пӯст оғоз намудаанд. Баъдтар оид ба масъалаҳои мубрами соҳаҳои дерматовенерология, эпидемиология, патогенез ва муолиҷаи дерматозҳои музмин ва бемориҳои венерикӣ таҳқиқотҳои арзишманди илмӣ бурда, ҳамчун олими варзида на танҳо дар дохили ҷумҳурӣ, балки берун аз он маъруфияти зиёд пайдо намуданд.

Зоиров П.Т. солҳои 1970-1978 ассистенти кафедраи дерматовенерология, солҳои 1979-1980 ходими хурди илмӣ, солҳои 1974-1980 ассистенти кафедра, аз соли 1983 мудири кафедраи бемориҳои пӯст ва венерикӣ, ноиби ректори Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино оид ба корҳои илмӣ (1996-2005) ва аз соли 2005-ум то лаҳзаи охирини умри хеш профессори кафедраи дерматовенерологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" буданд.

Хизматҳои бисёрсолаи устоди гиромӣ бо мукофотҳои олии Ватан-ордени «Шараф» дараҷаи II, Аълочии тандурустии ҶШС Тоҷикистон (1984), инчунин Ҷоизаи байналмилалии ЭКО дар соҳаи илм ва технология (2000) қадрдонӣ гаштаанд.

Раёсати ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино бинобар даргузашти олими нуктасанҷ, табиби беҳамто, педагоги моҳир профессор Подабон Тошматович Зоиров ба наздикону пайвандон, ҳамкасбон ва шогирдони марҳум изҳори тасаллият менамояд.

Ёди неки ин марди шариф дар қалби ҳамкорону ҳамкасбон ва дӯстону шогирдонаш то абад боқӣ хоҳад монд.

Баъд аз вафот турбати мо аз замин мачӯ,
Дар синаҳои мардуми ориф мазори мо

Роҳбарияти МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии "Авҷи Зуҳал", кафедраи дерматовенерологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино".

ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО
Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авҷи Зуҳал" Пешниҳод намудани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 ҳуруфи андозааш 14 Times New Roman Tj, ҳошияҳо 2,5 см ва фосилаи байни сатрҳо 1,5 мм ҳуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи варақ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электронии мақола пешниҳод гардад.

2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои ҷудогонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 12 саҳифа зиёд набошанд.

3. Пешниҳод кардани Шохиси УДК (индекси мазкурро аз дилхоҳ китобхонаи илмӣ дастрас намудан мумкин аст).

4. Мақолаҳои хулосавӣ бояд муфассал, фаҳмо ва мушаххас бошанд. Маълумотномаи адабиёт бояд маълумотҳои танҳо ба ҳамин мақолаи баррасишаванда марбутро дар бар гирад. Ҳаҷми мақола бояд аз 12 саҳифа зиёд набошад. Иқтибосҳои библиографӣ на бештар аз 50 номгӯ бошанд, дар матн рақамҳо дар қавсайни квадратӣ [] оварда мешаванд. 5. 5. Мақолаҳои илмӣ бе тақриз қбул карда намешаванд. Дар тақриз аслият, муҳиммият, мубрамият ва қаблан чоп нашудани мақола бояд зикр шавад.

6. Дар аввали мақола унвони он (бо ҳуруфи Caps Lock сиёҳ), ному насаби муаллиф (нимсиёҳ), номи ҳуқуқии муассиса оварда шавад. Дар охири мақола бо ду забон (русӣ ва англисӣ) маълумот дода шавад.Агар шумораи муаллифон аз 4 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.

7. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, муҳиммият (дар ҳаҷми на бештар аз 1 саҳифа), мақсад, мавод ва усули таҳқиқ, натиҷаҳо ва баррасии онҳо, хулоса, номгӯйи адабиёт, суроға барои мукотибот. Аннотатсия (резюме) бояд мазмуни мақоларо дар шакли фишурда ифода кунад. Дар асоси аннотатсия калимаҳои калидӣ на камтар аз 7 то 10 калима ё ибора нишон дода шаванд.

8. Ҳамаи формулаҳо бояд ба таври ҷиддӣ санҷида шуда ва дуруст бошанд. Агар маълумотҳои бо рақам ифодакардашуда зиёд бошанд, онҳоро дар шакли ҷадвал ворид кардан зарур аст. Ҷадвалҳо, диаграммаҳо ва расмҳо бояд мӯъҷаз, ифодаҳо возеҳу равшан, бе ихтисора ва ба забони тоҷикӣ бошанд.

9. Иллюстратсия (ороиш) -ҳо бояд дақиқу возеҳ ва мушаххас бошанд, овардани шарҳ ва ифодаҳои тартибӣ (бо ҳарф ё рақам) ва навиштаҷоти зери расмҳо ҳатмист.

10. Номгӯйи адабиёт дар мақолаҳои оригиналӣ бояд аз 20 адад бештар набошад, рақамгузории сарчашмаи адабиёт мувофиқи тартиби дар матн иқтибосшудани онҳо оварда шавад. Рӯйхати адабиёти истифодашуда бояд дар асоси талаботи ГОСТ 7.1-2003 ва ГОСТ 7.0.5-2008 таҳия гардад. Масъулияти дуруст будани маълумот танҳо ба уҳдаи муаллиф вогузор мешавад.

11. Маълумот дар бораи муаллиф ё муаллифони мақола (ҷойи кор ва вазифаи муаллиф, суроға, телефонҳо барои тамос, почтаи электронӣ) дар шакли пурра бо се забон (тоҷикӣ, русӣ, англисӣ) оварда шавад. Ҳаммуаллифӣ бояд аз се нафар зиёд набошад.

12. Талаботи имлои забони тоҷикӣ ба таври қатъӣ риоя карда шавад.

13. Мақолаҳои қаблан дар нашрияҳои дигар чопшуда қабул карда намешаванд.

14. Идораи маҷалла ҳуқуқи тақриз ва таҳрири мақоларо дорад.

Мақоларо ба суроғаи зерин фиристонед: 734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ-139, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»,

Идораи маҷаллаи "Авҷи Зуҳал"

Ба чопаш 16.05.2022 имзо шуд. Андозаи 60х84 $^{1}/_{16}$.
12 ҷузъи чопӣ. Адади нашр 100 нусха.