ISSN: 2616-5252

АВҶИ ЗУҲАЛ

№ 3 - 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
Холбеков М.Ё. - д.и.б., профессор
Раҳмонов Э.Р. - д.и.т., дотсент
Саидов Ё.У. - д.и.т., дотсент
Миралиев С.Р. - д.и.т., дотсент
Азизов Г.Ҷ. - д.и.т.
Субҳонов С.С. - н.и.т., дотсент
Бобоева Л.А. - н.и.т., дотсент
Рачабов Г.О. - н.и.б., дотсент
Назаров М.Н. - 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:
№ 3 (48) 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
Холбеков М.Ё. - д.б.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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

AVÇI ZUHAL

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

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

Текущее издание:
№ 3 (48) 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

АКУШЕРӢ ВА ГИНЕКОЛОГӢ

Давлатова М.Ф., Каримова Д.Г., Ҳақназарова М.А.
Хусусиятҳои клиникӣ-лабораторӣ sars-cov-2-и марговар дар ҳомилагон, тавъам бо илтиҳоби шуш
7
Қадамалиева М.Д. Натиҷаҳои ҳомилагӣ ва валодат баъди гузаронидани сирояти нави коронавирус
13
Юлдошева М.У., Мелникова В.Ю., Абдуллаева Р.А.
Муносибати комплексӣ ба табобати эндометрити музмин дар занҳои гирифтори бенаслӣ ва нигоҳ надоштани ҳомилагӣ
16

БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

Ахмедов Ф.С.
Басомади дучоршавӣ ва сохтори симптомҳо дар бемороне, ки covid-19-ро аз сар гузаронидаанд
21
Шамсов А.Т., Шамсов Б.А., Уроқов К.З., Ходжиева Г.Б., Караев И.И.
Оғози миелолейкози музмин бо приапизм
25

БЕМОРИҲОИ КӮДАКОН

Боймуродов Б. Н.
Кӯдаки маъюб-мушкилоти ҷомеаи муосир
30

Зайнудинова П. Қ., Исмоилов К. И., Ҷаборова Н. С.
Хусусиятҳои пайванди плазмавии гемостаз дар кӯдакони навзоди гирифтори сироятҳои дохили батнӣ
33

Қурбонов Н.Б., Давлатов С.Т., Қурбонова Р.Н.
Хусусиятҳои зуҳуроти пӯстии аллергияи дорӯӣ дар кӯдакон
38

СОДЕРЖАНИЕ

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Давлятова М.Ф., Д.Г. Каримова, М.А. Хакназарова
Клинико-лабораторные особенности летальной sars-cov-2-ассоциированнной пневмонии у беременных
7
Кадамалиева М.Д.
Беременность и исходы родов после перенесенной новой коронавирусной инфекции
13
Юлдошева М.У., Мельникова В.Ю., Абдуллаева Р.А
Комплексный подход к терапии хронического эндометрита у женщин с бесплодием и невынашиванием беременности
16

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

Ахмедов Ф.С.
Частота встречаемости и структура симптомов у больных, перенесённых covid-19
21
Шамсов А.Т., Шамсов Б.А., Уроков К.З., Ходжиева Г.Б., Караев И.И.
Дебют хронического миелолейкоза с приапизмом
25

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

Боймуродов Б. Н.
Дети-инвалиды проблема современного общества
30

К.И. Исмоилов, П.К. Зайнудинова, Н.С. Джаборова
Особенности плазменного звена гемостаза у новорожденных детей с внутриутробными инфекциями
33

Курбонов Н.Б., Давлатов С.Т., Курбонова Р.Н.
Особенности кожных проявлений лекарственной аллергии у детей
38

CONTENTS

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Davlyatova M.F., Karimova D.G., Khaknazarova M.A.
Clinical and laboratory characteristics of fatal sars-cov-2-associated pneumonia in pregnant women
7
Kadamalieva M. D.
Pregnancy and childbirth outcomes after a new coronavirus infection
13
Yuldosheva M.U., Melnikova V.Yu., Abdullaeva R.A.
Integrated approach to the therapy of chronic endometritis in women with infertility and miscarriage
16

INTERNAL ILLNESSES

Akhmedov F.S.
Frequency of occurrence and structure of symptoms in patients with covid-19
21
Shamsov A.T., Shamsov B.A., Urokov K.Z., Khodzhieva G.B., Karaev I.I.
Debut of chronic myeloleukosis with priapism
25

CHILDHOOD DISEASES

Boymurodov B.N.
Children with disabled problem of modern society construction workers.
30

Ismoilov K. I., Zainudinova P. Q., Jaborova N.S.
The state of the plasma link of hemostasis in newborns children with intrauterine infections
33

Qurbonov N.B., Davlatov S.T., Qurbonova R.N
Features of skin manifestations of drug allergy in children
38

Қурбонова П.Г.
Эпидемиологияи рахит дар байни кӯдакони синни то яксола
41
Хоҷаева Н.Н.,
Исмоилов К.И.,
Содиков Н.М., Бергер И.В.
Қобилиятҳои мутобиқшавии системаи дилу нафас дар кӯдакони гирифтори лейкемияи шадид дар давраи ремиссия
45
БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

Рузиев М.М. , Ҷураев Х.М. , Алӣ-Зода С.Г.
Уфунатҳои бемористонӣ ва пешгирӣ аз мушкилоти баъдиҷарроҳӣ
50
Раҳмонов Ҷ.Э., Матинов Ш.Қ., Хоҷаева Н.М.
Самаранокии табобати сирояти омехтаи ВНМО/Гепатити С

56
У.Ю.Сирочидинова.
Пандемияи covid-19 ва бемории сил.
60
БЕҲДОШТ

Комилов И.Ш.
Таснифоти санитарӣ – микробиологии инфексияҳои дохилибеморхонавӣ дар муассисаҳои соҳаи ҷарроҳӣ

65
ЛОР

Холматов Ҷ.И.
Тиннитус. Ҳолати мубрами проблема
70
НЕВРОЛОГИЯ

Ғаниева М.Т., Асилова Н.Г., Қурбонова М.Б., Фирузаи И.
Мисолҳои клиникии ташхиси параплегияҳои спастикӣ, кизери ниқоби фалаҷи кӯдаконаи мағзи сарпинҳон мешаванд

75

СТОМАТОЛОГИЯ

Қосимов М.М.
Усулҳои муолиҷаи ҷарроҳии кӯдаконаи дорои роғи модарзоди лаби боло ва ком
80

Курбонова П.Г.
Эпидемиология рахита у детей до года
41
Ходжаева Н.Н.,
Исмоилов К. И.,
Содиков Н. М., Бергер И.В.
Адаптационные возможности кардио – респираторной системы у детей с острым лейкозом в период ремиссии
45
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Рузиев М.М., Джураев Х.М., Али-Заде С.Г.
Госпитальные инфекции и профилактика послеоперационных осложнений
50
Рахмонов Дж.Э., Матинов Ш.К., Ходжаева Н.М.
Эффективность лечения сочетанной инфекции ВИЧ/гепатит С
56
Сироджидинова У.Ю.
Пандемия COVID-19 и туберкулёз
60
ГИГИЕНА

Комилов И.Ш.
Санитарно – микробиологическая характеристика внутрибольничных инфекции в учреждениях хирургического профиля
65
ЛОР

Холматов Д.И.
Шум в ушах. Актуальность проблемы
70
НЕВРОЛОГИЯ

Ганиева М.Т., Асилова Н.Г. Курбонова М.Б., Фирузаи И.
Клинические примеры диагностики спастических параплегий, скрывающихся под маской детского церебрального паралича
75

СТОМАТОЛОГИЯ

Косимов М.М.
Методы реконструкции врожденных расшелин губы и неба у детей
80

Kurbanova P.G.
Epidemiology o frickets among young children
41
Hojaeva N.N.,
Ismoilov K.I.,
Sodikov N.M., Berger I.V.
Adaptation capabilities of the cardio - respiratory system in children with acute leukemia during remission.
45
INFECTIOUS ILLNESSES

Ruziev M.M.. Juraev Kh.M., Ali-Zade S.G.
Hospital infections and prevention of postoperative complications
50
Rakhmonov J.E., Matinov Sh.K., Khodjaeva N.M.
Effectiveness of treatment of co-infection with HIV/hepatitis C

56
Siroojidinova U.Yu.
COVID-19 pandemic and tuberculosis
60
HYGIENE

Komilov I. Sh.
Sanitary - microbiological characteristics of hospital infections in surgical institutions

65
ENT

Kholmatov D.I.
Noise in ears. The urgency of the problem
70
NEUROLOGY

Ganieva M.T., Asilova N.G. Kurbonova M.B., Firuzai I.
Clinical examples of diagnostics of spastic paraplegia hidden under the mask of infantial cerebral palsy

75

DENTISTRY

Kosimov M.M.
Methods of reconstruction of congenital cleft lip and palate in children
80

Рачабов Б.Б.,Таиров У.Т., Ҷумаев Ш.М.
Шаклҳои ташакилии пешгирӣ ва муолиҷаи кариеси дандонҳои кӯдакон ва наврасоне, ки дар минтақаи флюорози эндемӣ истиқомат мекунанд
86
Юсупов З.Я.
Диспансеризатсияи стоматологии кормандоне, ки дучори таъсири омилҳои ногувори истеҳсоли арзиз шудаанд
90
ТРАВМАТОЛОГИЯ
Начибуллои Сикандар
Арзёбӣ ва мудирияти садамоти муҳраҳои гардан
95
УРОЛОГИЯ
Мираков Р.С.
Нишондиҳандаҳои фаъолияти функсионалии гурдаи ягонаи боқимонда пас аз денерватсия дар шароити пасткӯҳ ва баландкӯҳ
101
ФАРМАКОЛОГИЯ
Гулмаҳмадзода З.Г.
Усули муайянсозии миқдори 2-бром-7-метил-5-оксо-5н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин
106
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ
Ҷӯраева С.Д., Ниёзова Н.Ф
Ҷоғари эндемикӣ дар кӯдакон ва таъсири он ба параметрҳои инкишофи ҷисмонӣ
109
ШАРҲИ АДАБИЁТ
Бабаева Л.А., Қосимова П.В.
Ҷанбаҳои муосири бемории музмини гурдаҳо дар кӯдакон
112
Маҳмудназаров М.И.
Принсипҳои ҷарроҳии муосири деформатсияи бинии берунӣ бо эътилолиятҳои якҷояи ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ
121

Раджабов Б.Б., Таиров У.Т., Джумаев Ш.М.
Организационные формы профилактики и лечения кариеса зубов у детей и подростков, проживающих в регионе эндемического флюороза
86
Юсупов З.Я.
Стоматологическая диспансеризация работников, подвергающихся воздействию неблагоприятных факторов алюминиевого производства
90
ТРАВМАТОЛОГИЯ
Наджибулло Сикандар
Оценки и направлении травм шейных позвонков
95
УРОЛОГИЯ
Мираков Р.С.
Показатели функциональной деятельности единственной оставшейся почки после денервации в условиях низкогорья и высокогорья
101
ФАРМАКОЛОГИЯ
З.Г. Гулмахмадзода
Метод определения количество 2-бром-7-метил-5-оксо-5н-1,3,4-тиадиазоло [3,2-а] пиримидина
106
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ
Джураева С.Д., Ниязова Н.Ф
Эндемический зоб у детей и его влияние на параметры физического развития
109
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ
Бабаева Л.А., Касымова П.В.
Современные аспекты хронической болезни почек у детей
112
М.И. Махмудназаров
Современные принципы хирургии деформации наружного носа, сочетанной с патологией Полости носа и околоносовых пазух
121

Radjabov B.B., Tairov U.T., Jumaev Sh.M.
Organizational forms of prevention and treatment of dental caries in children and adolescents living in the region of endemic fluorosis
86
Yusupov Zarif
Dental dispanserization of workers, being subjected to influence disadvantage factors of aluminum production
90
TRAUMATOLOGY
Najiballah Sikandar
Evaluation and referral of cervical vertebrae injuries
95
UROLOGY
Mirakov R.S.
Indicators of the functional activity of the only one remained kidney after denervation in the conditions of low highland and high highlands
101
PHARMACOLOGY
Z.G. Gulmahmadzoda
Method for determining the amount of 2-bromine-7-methyl-5-oxo-5h-1,3,4-thiadiazolo [3,2-a] pyrimidine
106
ENDOCRINOLOGY
Juraeva S.D., Niyazova N.F.
Endemic goiter in children and its impact on the parameters of physical development
109
LITERATURE REVIEW
Babaeva L.A., Kasimova P.V.
Modern aspects of chronic kidney disease in children
112
Makhmudnazarov M.I.
Modern principles of surgery of external nose deformation combined with pathology nose cavity and paranasal sinuses.
121

Раҳматуллоев Р.,
Пулотов О. Н., Гулов У.А.
Тромбоз ва эмболияҳои шарёнҳои андомҳои боло: этиопатогенез, хатоҳои ташхис ва тактикаи табобат
127
Ҳасанзода С.М.
Таҳлил ва баҳогузорӣ ба хусусиятҳои сохторӣ-функсионалии ремоделсозии шарёнҳои хоб ва коронарӣ дар беморони дорои артрити ревматсоидӣ аз мавҷуд будани бемории ишемикии дил
136
ҒАЙРИТИББӢ

Аджибаева -Купенова Д.Т.
Муҳити таҳқиқотӣ барои рушди фаъолияти илмӣ

145
Д.Т. Ажибаева-Купенова
Таърихи ташаккули муҳити таҳқиқотӣ дар ҶС «АТҚҶ»

157
Арабзода С.Н.
Пешгӯии имкониятҳои мутобиқшавии донишҷӯён ба ташаннуҷи эҳсосотӣ дар фаъолияти системаи симптоадренаралӣ.
164
Камавал Муҳаммад Амир
Оғози равобити афғонистон ва россияи тазорӣ

168
ҚурбонбековаП.Қ.,
РустамоваЛ.М., ХудоёроваҶ.,
Шерова С.А.
Басомади бемориҳои саратонӣ дар вилояти мухтори кӯҳистони бадахшон

173
Разиков Ш.Ш.,
Холбегов М.Ё., Пирова Ш.
Хусусиятҳои биоэкологии гирдгардиши барангезандаҳои бемориҳои эхинококкоз ва алвеолококоз дар минтақаҳои гуногуни иқлимию ҷуғрофӣ

177
Шокиров Ҳокимхон
Вожазори рустаниҳо дар «Бурҳониқотеъ»-и МуҳаммадҳусайниБурҳон
183

Рахматуллаев Р.,
О.Н Пулатов., Гулов У.А.
Тромбозы и эмболии артерий верхних конечностей: этиопатогенез, диагностические ошибки и тактика лечения
127
Хасанзода С.М.
Анализ и оценка особенности структурно-функционального ремоделирования сонных и коронарных артерий у больных ревматоидным артритом в зависимости от наличия ишемической болезни сердца
136
НЕМЕДИЦИНСКИЙ

Д.Т. Ажибаева-Купенова
Исследовательская среда для развития научной деятельности

145
Д.Т. Ажибаева-Купенова
История становления исследовательской среды в АО «ЮКМА»
157
Арабзода С. Н
Прогнозирование адаптационных возможностей студентов к эмоциональному стрессу по активности симпатоадреналовой системы.
164
Камавал Мухаммад Амир
Начало связей афганистана и царской России

168
Қурбонбекова П.Қ., Рустамова Л.М., Худоерова Дж., Шерова С.А.
Частота раковых заболеваемости у жителей горно-бадахшанской автономной области
173
Разиков Ш.Ш., Холбегов М.Ё., Пирова Ш.
Биоэкологические оссобенности распространения заболевания эхинококкоза и алвеолококоза в различных условиях климато-географических регионов.
177
Шокиров Хакимхон
Сокровища терминов растении в “Бурхони котеъ” Мухаммадхусайна Бурхон
183

Rakhmatullaev R.,
Pulatov O.N., Gulov u.A.
Thrombosis and embolism of the arteries of the upper extremities: etiopathogenesis, diagnostic errors and treatment tactics
127
Hasanzoda S.M.
Analysis and evaluation of the features of structural and functional remodeling of the carotid and coronary arteries in patients with rheumatoid arthritis, depending on the presence of coronary heart disease
136
NON-MEDICAL

D.T. Azhibayeva-Kupenova
Research environment for the development of scientific activities
145
D.T. Azhibayeva-Kupenova
The history of the formation of the research environment in JSC "SKMA"
157
Arabzoda S.N.
Predicting the students adaptive abilities to emotional stress by the activity of the sympathoadrenal system.

164
Kamaval Mohammad Amir
The beginning of relations between Afghanistan and Tsarist Russia
168
Qurbonbekova P.Q., Rustamova L.M., Khudyorova J., Sherova S.A.
Cancer occurrence in GBAO

173
Razikov Sh. Sh., Kholbegov M.Yo., Pirova Sh.
Fauna, biology and ecology of coccidiosis of animals (eymeria) in various conditions of the republic of tajikistan.

177
Shokirov Hokimkhon
Treasures of plant terms in “Burkhoni kote” by Muhammadhusain Burkhon
183

АКУШЕРӢ ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ-ЛАБОРАТОРИИ SARS-CoV-2-и МАРГОВАР ДАР ҲОМИЛАГОН, ТАВЪАМ БО ИЛТИҲОБИ ШУШ

Давлатова М.Ф., Каримова Д.Г., Ҳақназарова М.А.
Кафедраи акушерӣ ва гинекологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Муҳиммият. Тавъам шудани ҳомилагӣ ва сирояти шадиди респираторӣ ҷараёни ҳамдигарро мураккаб гардонида, ба таври эҳтимолӣ хатари марги модарро меафзоянд. Дар давраи гестатсия, ҳангоми сирояти вирусии респираторӣ, эҳтимоли вазнин ҷараён гирифтан ва якбора инкишоф ёфтани ҳолати буҳронӣ ба таври кофӣ баланд буда, сабаби хусусиятҳои ҳолати физиологии системаи дилу шуш ва масунияти ҳомилагон мегардад [1-5].

Илтиҳоби вирусии шуш сабаби нисбатан бештари маргҳое ба ҳисоб меравад, ки бо сабаби сирояти ғайриакушерии модар ба амал меояд [5-7].

Маълумотҳо аз хусуси сабаб ва басомади фавтнокии модар аз рӯйи таҳқиқотҳои охирине, ки ба сирояти нави вируси тоҷдор дар замони раванди гестатсионӣ бахшида шудааст, ба ҳам муқобиланд. Зимни баъзе мақолаҳо басомади рӯ ба афзоиш доштаи фавтнокии модар ба мушоҳида мерасад. Ҳамин тавр, дар Эрон аз 9 ҳомиладори гирифтор ба шакли вазнини SARS-CoV-2 дар семоҳаи дуюм ва сеюм 7 зани ҳомила фавтид [8-10]. Саддарсадии фавнокӣ аз сирояти SARS-CoV-2 дар миёни ҳомилагон анқариб ба 25% мерасад [10].Пас,агар фавтнокии модар ҳангомимаргумирбо пандемияи зукоми A (H1N1)-и соли 2009 муқоиса карда шавад,нишондиҳандаи мазкур дар ҳолати шакли вазниншудаи беморӣ, тибқи ахбороти адабиётҳо, андаке камтар буда, ба 1,1% мерасид. Дар алоқамандӣ ба масоили мазкур омӯзиши басомад, сабаб ва ҳолати ба амал омадани фавти модар ҳангоми фавтнокӣ аз SARS-COV-2, ки дар ҳомилагон бо илтиҳоби шуш якҷоя шудааст, ба мақсади чорабиниҳои ташкилӣ, ташхисӣ, тактикӣ ва муолиҷавӣ аз манфиати илмӣ холӣ нест.

Мақсади таҳқиқ: ба мақсади мувофиқгардонии ташхис ва тактикаи акушерии муроқабати ин доираи ҳомилагон омӯзиши хусусиятҳои ҷараёни фавтнокии SARS-COV-2, ки дар ҳомилагон бо илтиҳоби шуш якҷоя шудааст.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Дар давраи пандемияи солҳои 2020-2021 дар таваллудхонаи назди Маркази тиббии шаҳрӣ 70 зани бемор бо нишонаҳои SARS-COV-2, ки бо илтиҳоби шуш якҷоя шудааст, бистарӣ гардид. 70 зани ҳомиладори мубтало ба ҷараёни вазниниаш миёна, вазнин ва буҳронии SARS-COV-2 муоина карда шуд. Дар мавриди тамоми беморонусулҳои умумиклиникӣ, акушерӣ ва клиникӣ-лабораторӣ таҳқиқ (таҳлили умумии хун, пешоб, таҳқиқи биохимиявии хун, коагулограмма) татбиқ гардид. Барои тасдиқ кардани ташхиси «илтиҳоби хориҷибеморхонавии шуш» рентгенографияи обзории узвҳои қафаси сина дар ду тарҳ ё томографияи компютерӣ карда шуд. Аз теъдоди умумии ҳомилагони воридшуда, ки аз нишонаҳои илтиҳоби шуш бо ҷараёни дараҷаи вазниниаш миёна, вазнин ва буҳронӣ бо сабаби SARS-COV-2 (70 зани ҳомиладор) ранҷ мекашиданд, басомади фавтнокии модар 7 ҳодиса (1%)-ро тшкил медод. Дар ҳамаи занҳои фавтида ташхиси «илтиҳоби шуш бо этиологияи коронавирус» дар ҳоли ҳаёт бо усули РЗП тасдиқ шуда буд, инчунин ба таври иловагӣ ТИФ низ истифода гардид, ки дар раванд иммуноглобулинҳои махсуси M ва Gдар хун зоҳир шуданд. Варақаҳои амбулатории ҳомилагон, ки дар МСШ-и ҷойи зист пур карда мешуд, корти мубодилаи ҳомилагӣ, таърихи ҳомилагӣ, ки дар раванди бистарӣ кунонидан дар статсионари ковидӣ то лаҳзаи марг пур карда мешуд, мавриди таҳлилу таҳқиқ қарор дода шуд. Бозбинии омории мавод бо истифода аз функсияи дахлдори Microsoft Excel 2016 ва таъминоти барномаи Statistica 10.0 барои Windows (StatSoft Inc., USA) ба амал оварда шуд. Маълумотҳои дар шакли қимати мутлақ ва саддарсадӣ

барои категорияи маълумотҳо пешниҳод мегардад. Маълумотҳои категориявӣ ва таносубҳо бо истифода аз меъёри хи-квадрат, аз ҷумла бо ислоҳи Йетс ва меъёри дақиқи дуҷонибаи Фишер муқоиса карда шуд. Қимати p<0,05аз ҷиҳати оморӣ муҳим шумурда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқ ва баррасии онҳо. Синни миёнаи ҳомилагони фавтида 31,9 солро ташкил дода, тағйирёбиҳои вариатсионӣ дар ҳудуди аз 25 то 37 сол буд. Омӯзиши басомади марги занҳои ҳомила, ки гирифтор ба нишонаҳои илтиҳоби коронавирусии шуш буданд, дар алоқамандӣ аз син нишон дод, ки 2/3 ҳомилагон дар синни аз 30 то 39 ва ҳамагӣ 1/3 дар синни аз 20 то 29-солагӣ фавтиданд. Тақсимоти таносуб дар гурӯҳи таҳти омӯзиш ба чунин қарор буд: 57,1% аввалзой ва 42,9% бошанд, такрорзой буданд. Омӯзиши ҷойи зисти ҳомилагони фавтида нишон дод, ки 42,9 %-и онҳо дар қишлоқҷойҳо ва 57,1% бошад, сокинони шаҳри Душанбе буданд. Омӯзиши мақоми иҷтимоӣ аз он дарак медод, ки аксарияти занҳои ҳомилаи фавтида дар ҳоли ҳаёт хонашин буда, танҳо 14,3% ба категорияи занҳои коргар шомил буданд.

Тағйирёбии муҳлати гестатсия, ки зимни он фавти модар дар доираи аз 21 то 36 ҳафта воқеъ гардидааст, ба ҳисоби миёна 27,8 ҳафтаро ташкил медод. Ҳамин тавр, дар семоҳаи дуюми ҳомилагӣ 4 (57,1%) зани ҳомила ва дар семоҳи сеюм бошад, 3 (42,9%)з ан фавтид. Сирояти зуд-зуд дучоршавандаи респираторӣ, ба монанди СШВР ва зукоми вазниншуда дар анамнези сироятӣ дарҷ ёфта буд. Ба категорияи ҳомилагони фавтида дар анамнез зимни 100% ҳолатҳо лаҳзаҳои зуд-зуд гирифторшавӣ ба сирояти шадиди респираторӣ ба мушоҳида мерасид. Дар миёна бештар СШВР – 6 (85,7%) ва зуком – 2 (28,6%) ё якҷоя шудани онҳо 2 (28,6%) ба қайд гирифта шудааст.

Бемории ҳамроҳшудаи экстрагениталӣ дар мавриди ҳомилагони фавтида дар 6 (85,7%) ҳодиса муайян гардид. Дар ҳомилагоне, ки аз илтиҳоби коронавирусии шуш фавтиданд, зимни 6 (85,7%) нафар бемории системаи пешобҳосилкунанда - пиелонефрити музмин (85,7%), нуқсони инкишофи системаи пешобҳосилкунанда (14,3%) ванокифоягии музмини гурда (14,3%) ташхис шуд. Ихтилолоти эндокринӣ дар шакли синдроми метаболикӣ дар мавриди 3 (42,9%) ҳомила ошкор гардид. Бемории системаи дилу рагҳо дар ҳар сеюм (42,9%) ҳомилаи фавтида зоҳир шуд. Бемории хун дар шакли камхунӣ бо сабаби камбудии оҳан дар мавриди 2/3 ҳомила (71,4%) ташхис гардид. Аллергоз дар категорияи мазкур дар ҳар зани ҳомилаи панҷум (28,6%) мушоҳида гардид. Дар аксари марганҷомиҳои таҳти таҳқиқ 6 (85,7%) дар як вақт якҷояшавии якчанд воҳиди нозологӣ (бемории системаи пешобҳосилкунанда, синдроми метаболӣ ва камхунӣ бо сабаби камбуди оҳан) ба қайд гирифта шуд.

Ҳангоми таҳлили оризаҳои ҳомилагӣ дар ҳолатҳое, ки бо марг анҷом пазируфтааст, ҷараёни оризаёфтаи гестатсия дар ҳар зани дуюми ҳомилагӣ (57,1%) ба назар расидааст. Ихтилолоти фишорбаландӣ, ҳангоми ҳомиладгӣ, дар 2 (28,9%) мариз бемории асосии ҳомилагон ба ҳисоб мерафт. Он дар шакли преэклампсияи муътадил дар мавриди 2 (28,9%) нафар муаррифӣ шуд. Дар ҳар ҳомилаи сеюм ҳамл дар шакли бисёрҷанинӣ 2 (28,9%) буд. Инчунин ҳамл дар ҳар зани сеюм (28,9%) ҳангоми истифодаи технологияи ёрирасони репродуктивӣ (ЭКО) ба амал омадааст, ки дар давраи пандемия иҷро шудааст. Дар ҳар ҳомилаи панҷум (14,3%) ҷараёни раванди гестатсионӣ бо фавти антенаталии ҷанин, зоишҳои пеш аз муҳлат, бисёробӣ, ДРПО ва ихтилолоти маҷрои хуни ФПК ориза ёфтааст.

Баландшавии ҳарорат то сатҳи бузургии зерфибрилӣ дар мавриди 7 (100%) бемор симптоми асосии шакли вазнин ба шумор мерафт, ки якбора аз лаҳзаи оғози беморӣ пайдо шуда буд. Заъфи ошкоро тӯли тамоми муддати беморӣ ба7 (100%) нафар мудом ҳамроҳ буд.Сулфа ба сифати яке аз симптомҳои барвақтӣ дар тамоми ҳодисаҳо - 7 (100%) зоҳир ва дар аксари беморон дар шакли хушк ва бе балғам буд. Нафастангӣ ҳамчун симптоми хуруҷкунандаи илтиҳоби шуш тадриҷан пайдо шуда, ҳангоми ворид

шудан ба статсионар аввал дар мавриди 5 (71,4%) бемор ва баъдан дар тамоми ҳомилагони фавтида ошкор гардид. Дарди қафаси сина дар аксари 4 (57,1%) ҳомилагони фавтида ба мушоҳида мерасид. Симптомҳои захролудшавӣ, ки зуҳурёбии он ҳамзамон бо афзудани нафастангӣ зиёд мешуд, бо симптомҳое ба монанди остеалгия – 4 (57,1%), миалгия – 3 (42,9%), дарди сар– 3 (42,9%) зоҳир мешуд. Иллати масмумияти системаи дилу рагҳо дар шакли тахикардия 7(100%) ва коҳиш ёфтани фишори шарёнӣ зоҳир шуд, ки дар мавриди 4 (57,1%) бемор ба қайд гирифта шуд.

Нафастангӣ ҳамчун симптоми асосии иллати бофтаҳои шуш дар тамоми ҳодисаҳо мушоҳида гардид. Зимнан БҲД дар ҳудуди аз 28 то 35 дар як дақиқа тағйир меёфт. Ҳамзамон муйян намудани сатуратсияи оксиген паст буда, дар доираи аз 75 то 93 тағйир меёфт. Дар тамоми ҳомилагони фавтида илтиҳоби коронавирусии шуш бо ДСШР оризанок шуда, баъдан нокифоягии дил фавти занҳои ҳомиларо инитсиатсия намуд. Маълумотҳои усулҳои лабораторӣ дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Ҷадвали 1. – Натиҷаи таҳлили пурраи хун дар ҳомилагони фавтида

№	Лейко-т	Лим-т	Эрит-т	Гемо-н	Гем-т	Тромт	СТЭ
1	4,6	0,6	4,14	121	35,9	182	20
2	11,6	0,7	3,29	101	28,9	421	40
3	17,1	1,35	2,91	85	25,7	166	30
4	4,8	0,5	4,4	115	35,8	39	37
5	5,7	0,7	3,56	102	30,6	103	10
6	5,9	0,9	3,94	120	34,6	164	20
7	7,8	1,3	3,76	101	31,2	173	25

Лейкотситоз дар мавриди беморони таҳти таҳқиқ ҳангоми 2 (28,6%) ҳодиса муайян гардид. Дар аксари ҳомилагон 4 (57,1%) ҳолати лейкопения зоҳир шуд. Лимфопения 4 (57,1%) беморро ҳамроҳӣ менамуд. Дар 4 (57,1%) мариз сатҳи гемоглобин паст буд. Ҳолати нишондиҳандаи гематокритӣ дар мавриди тмоми фавтидагони (100%) коҳиш ёфта буд. Дар аксари ҳолатҳо 5 (71,4%) сатҳи тромботситҳо паст буд. Дар 6 (85,7%) бемор СТЭ-и баланд ба қайд гирифта шуд. Дар қиматҳои таҳлили биохимиявии хун низ тағйиротҳои патологӣ ба қайд гирифта шуд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2.- Натиҷаи таҳлили биохимиявии хун дар ҳомилагони фавтида

№	Бил. умумӣ	Сафедаи умумӣ	АлАТ	АсАТ	Қанди хун	Фибрино ген
1	14,0	55	16,0	12,0	6,20	2,4
2	24,4	42	45,0	34,0	6,9	6
3	19,5	50	30,5	24,5	5,3	4,1
4	43,0	67	47,0	39,0	5,6	5,4
5	14	49	26,0	14,0	6,2	6,0
6	10	55	7,50	30,2	5,8	2,2
7	12,2	59	29,4	24,8	5,4	4,0

Зимни 3 (42,7%) ҳодиса баланд будани сатҳи билирубини умумӣ, дар 2 (28,6%) мавриd сатҳи АлАТ ошкор гардид. Гипопротеинемия дар мавриди 6 (85,7%) бемор ба қайд гирифта шуд. Гипергликемия дар 7 (100%) мариз муайян гардид. Консентрасияи баланди фибриногенро ҳангоми 4 (57,1%) ҳодиса ташхис карданд. Омӯзиши қиматҳои таҳлили умумӣ ва биохимиявии хун дар занҳои ҳомиладори фавтида ва муқоисаи онҳо зуҳуроти ибтидоии инкишофи тӯфони шадиди ситокиниро дар тамоми ҳолатҳо зоҳир намуд.

Дар мавриди тамоми ҳомилагоне, ки ба статсионари ковидӣ бо нишонаҳои бемории шадиди респираторӣ, симптомҳои клиникии илтиҳоби шуш ворид шуданд, таҳқиқи ҳолати шуш ба амал оварда шуд. Зимнан усулҳои шуоии ташхис ба монанди рентгенографияи шуш дар ду тарҳ ё томографияи компютерӣ ба кор бурда шуд. Меъёрҳои ташхисии илтиҳоби вирусии шуш чу-

нин муаррифӣ шуд: пайдо шудани симптоми патогномии «шишаи тирашуда», манбаъҳои консолидатсия, тағйиротҳои ретикулярӣ, инфилтратсияи мавзеъҳои наздиреашагӣ, деформатсия ва сахтшавии решаҳои шуш. Дар тамоми ҳолатҳои раванд дутарафа ҷараён гирифта буд.

Ҷадвали 3. - Аломатҳо, мавзеъгирӣ ва ҳаҷми иллати шушҳо, ки ба воситаи усули шуоии таҳқиқ дар ҳомилагони фавтида зоҳир шуд.

№	Аломатҳо	Мавзеъгирии раванди патологӣ дар шушҳо	Ташхис
1	«Шишаи тира», қитъаҳои консолидатсия, тағйиротҳои ретикулярӣ	Дутарафа	Илтиҳби дутарафаи полисегментарии шушҳо
2	«Шишаи тира», Сахтшавии интерститсия, Сахтшавии решаҳо	Дутарафа	Илтиҳоби дутарафаи полисегментарӣ
3	Инфилтратсияи решаҳо, инфилтратсияи манбаӣ, деформатсияи решаҳо	Дутарафа	Илтиҳоби дутарафаи полисегментарӣ
4	Шиддатёбӣ, деформатсияи манзараи шуш, деформатсия ва инфилтратсияи решаҳо	Дутарафа	Бронхопневмонияи дутарафа
5	Шиддатёбии манзараи шуш, инфилтратсияи манбаӣ, инфилтратсияи решаҳо	Дутарафа	Илтиҳоби дутарафаи полисегментарӣ
6	«Шишаи тира», манбаъҳои консолидатсия	Дутарафа	Илтиҳоби дутарафаи полисегментарӣ
7	Деформатсияи манзараи шуш, деформатсия ва инфилтратсияи решаҳо	Дутарафа	Бронхопневмонияи дутарафа

Дар мавриди 7 бемор бо назардошти нафастангӣ ба ҳомилагон ёрии респираторӣ (нишондиҳандаи SpO2 <90%) расонида шуд. Ёрии респираторӣ аз ингалятсия бо оксигени намнок дар ҳолати бардошта будани сари бемор дар кат расонида шуд. Ҳангоми бенатиҷа будани усули мазкур, тахипноэи фзуншаванда, коҳиш ёфтани SpO2 ҳаводиҳии ғайриолоишии шушҳо бо фишори доимии мусбат ба муддати тамоми давраи нафаскашӣ ва нафасбарорӣ (CPAP) ба амал оварда шуд, ки он дар ду ҳодиса истифода гардид. Интубатсия ва ҳаводиҳоии сунъии шушҳо (ҲСШ) дар ҳолати бенатиҷа будани усул ба воситаи ёрии ғайриолоишии респираторӣ ба кор бурда шуд. Дар алоқамандӣ бо нокифоягии хуруҷкунандаи нафас дар панҷ ҳолат ба ҳомилагон амали зоимонӣ бо роҳи амалиёти фаврии қайсарӣ амалӣ карда шуд. Ду зани ҳомила таваллуд накарда, вафотк арданд.

Таҳлили ҳодисаҳои фавти модар ҳангоми шакли вазнини SARS-CoV-2 нишон дод, ки патогеннокии баланди вируси мазкур дар шароити ҳомилагӣ ва дар муҳлати гестатсия аз ҳафтаи 21 то 36-ум сабаби оғози шадид, сурат гирифтани инкишофи шакли вазнини сирояти мазкур гардида, бо ОРДС оризадор шуда, оқибати марг анҷомиро инитсиатсия намуд.

Хусусиятҳои симптомҳо иклиникии якҷояшудаи SARS-CoV-2-ро бо илтиҳоби шуш дар ҳомилагон зимни нимаи дуюми гестатсия, ки сабаби фавт гардидааст, якчояшавии гипертермия, сулфаи хушк, нафастангӣ ва тахикрдия ҳисобидан мумкин аст.

Тағйиротхои ҷиддӣ дар таҳлилҳои лабораторияи таҳлили пурраи хун, таҳлили биохимиявии хун, системаи лахтабандӣ дар аксарияти мутлақ аз инкишоф ёфтани тӯфони ситокинӣ ва иллатнокшавии системавии узвҳои ҳаётан муҳим далолат менамояд. Тағйиротҳои дутарафа, фарогир, интишорёфтаи бофтаи шуш аз деструксияи азими дастгоҳи алвеолярӣ ва аз пешгиринашавандаи фавтноки ДСШР дарак медиҳад.

Адабиёт

1. Белокриницкая Т.Е. Тяжелые формы гриппа у беременных: факторы риска, особенности клинического течения, профилактика / Т.Е. Белокриницкая, Д.А. Тарбаева, А.Ю. Трубицына // Врач. – 2013. № 2. – С. 32-36.
2. Жаркин Н.А. 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. Киселев О.И. Коронавирус SARS. /О.И. Киселев, В.И. Покровский //Экспресс-бюллетень Института гриппа РАМН. Изд. Группа НИИ гриппа РАМН. – 2005. - 86 стр.
4. Сандакова Е.А. 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.
5. Синчихин С.П. Новая коронавирусная инфекция и другие респираторные вирусные заболевания у беременных:
клиническая лекция /С.П. Синчихин, Л.В. Степанян, О.Б. Мамиев// Гинекология. - 2020. Т. 22,| №2. С. 6-16
6. Хамитов Р.А. Экспериментальные данные по эффективности арбидола в отношении возбудителя атипичной пневмонии (SARS) invitro и invivo// Р.А. Хамитов, А.М. Шустер, С.Я.Логинова// Арбидол - новые данные. – М., 2004. – С.43–46.
7. 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, No. 395, p. 507
8.Dede FS, Celen S, Bilgin S.Maternal deaths associated with H1N1 influenza virus infection in Turkey. A whole-of-population report BJOG, 2011, No. 118 Vol. 10, pp. 1216-1222.
9. Kash JC, Taubenberger JK. The Role of Viral, Host, and Secondary Bacterial Factors in Influenza Pathogenesis. Am. J. Pathol, 2015, No.185, Vol. 6, pp.1528-1536.
10. Swartz D, Graham A. Potential Maternal and Infant Outcomes from Coronavirus 2019-nCoV (SARSCoV-2) Infecting Pregnant Women: Lessons
From SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. Viruses 2020, pp. 1–16.
11. Zhou F, Yu T, Du R. Clinical course and risk factors for mortality of Adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort Study. Lancet, 2020, DOI, 10.1016/S0140-6736(20)30566-3
12. Hantoushzade S, Aagaard K. Maternal death due to COVID -19. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2020.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕОСОБЕННОСТИ ЛЕТАЛЬНОЙ SARS-CoV-2-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ

М.Ф. Давлятова, Д.Г. Каримова, М.А. Хакназарова
Кафедра акушерства и гинекологии №1,ГОУ “ТГМУ им. Абулиимбни Сино”

Цель исследования: изучение клинико-лабораторных особенностей течения летальных SARS-COV-2-ассоциированных пневмоний у беременных с целью оптимизации диагностики и акушерской тактики ведения данного контингента беременных.

Материал и методы исследования. Было обследовано 70 беременных женщин с среднетяжёлым, тяжёлым и критическим течением SARS-CoV-2.Объём исследования соответствовал стандарту обследования беременных при короновирусной инфекцииSARS-CoV-2. От общего числа обследованных 7 случаев (1%) закончились летально.

Результаты исследования и их обсуждение. Ведущими симптомами летальных пневмоний явились фебрильная лихорадка – 7 (100%), выраженная слабость – 7 (100%), кашель сухой и малопродуктивный – 7 (100%),

одышка определялась у всех погибших беременных.Лейкоцитоз у изучаемого контингента определялся в 2 (28,6%) случаях, лейкопения в 4 (57,1%), лимфопения в 4 (57,1%) случаях. Уровень гемоглобина был снижен в 4 (57,1%). Состояние гематокритного показателя были снижены у всех погибших (100%). Тромбоцитопения определялась у 5 (71,4%) беременных. СОЭ было повышенным в 6 случаях (85,7%).Гипопротеиннемия выявлялась в 6 (85,7%), гипергликемия у 7 (100%) и гиперфибриногеннемия в 4 (57,1%) случаях.

Вывод. Особенностью клинических симптомов летальных SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний у беременных во второй половине гестации следует считать сочетания гипертермии, сухого кашля, одышки и тахикардии. Изменения в лабораторных анализах крови свидетельствует о развитии цитокиногого шторма и системном поражении жизненно важных органов.

Ключевые слова: вирусные пневмонии и беременность, короновирусные инфекции, SARS-CoV-2, материнская смертность.

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF FATAL SARS-CoV-2-ASSOCIATED PNEUMONIA IN PREGNANT WOMEN

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

Purpose of the study: to study the causes of maternal mortality in lethal SARS-COV-2-associated pneumonia during gestation in order to optimize the provision of medical care in this category of pregnant women.

Material and research methods. 70 pregnant women with moderate, severe and critical course of SARS-CoV-2 were examined. The extent of study corresponded to the standard of examination of pregnant women with SARS-CoV-2 coronavirus infection. Of the total number of cases examined, 7 cases (1%) were fatal.

Results of the study and their discussion. The leading symptoms of lethal pneumonias were febrile fever - 7 (100%), marked weakness - 7 (100%), dry and unproductive cough - 7 (100%), dyspnea was determined in all dead pregnant women. Leukocytosis in the studied contingent was determined in 2 (28.6%) cases, leukopenia in 4 (57.1%) cases, lymphopenia in 4 (57.1%) cases. The hemoglobin level was reduced in 4 (57.1%). The state of the hematocrit index was reduced in all dead (100%). Thrombocytopenia was determined in 5 (71.4%) pregnant women. ESR was elevated in 6 cases (85.7%). Hypoproteinemia was determined in 6 (85.7%) cases, hyperglycemia in 7 (100%) cases and hyperfibrinogenemia in 4 (57.1%) cases.

Conclusion. Combinations of hyperthermia, dry cough, dyspnea and tachycardia should be considered as feature clinical symptoms of lethal SARS-CoV-2-associated pneumonia in pregnant women in the second half of gestation. Changes in laboratory analyzes of a blood test indicate the development of a cytokine storm and systemic damage to vital organs.

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

Давлятова Маҳина Фарруховна – номзади илмҳои 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 Давлатби Гулбидиновна – унвончӯ кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 МДТ "ДДТТ баномиАбуалӣибни Сино"

Ҳақназарова Матлуба Абдулмачидовна - доктори илміои тиб, профессор 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. Абулии ибни Сино»; ORCIDID: 0000-0003-0414-0249; тел: 91 905 34 68*E-mail: malika051098@mail.ru

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

Хакназарова Матлуба Абдулмачидовна - доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абулии ибни Сино»;

Davlyatova Mahina Farrukhovna - *candidate of medical sciences, associate professor of the department of obstetrics and gynecology №1 of SEI "ATSMU";ORCID ID: 0000-0003-0414-0249; tel: 91 905 34 68* E-mail: malika051098@mail.ru

Karimova Davlatbe Gulbidinovna – degree seeker*Department of Obstetrics and Gynecology №1, SEI "ATSMU"*

Matluba Abdulmadjidovna Khaknazarova- *doctor of medical sciences, associate professor of the department of obstetrics and gynecology №1 of SEI "ATSMU";*

НАТИҶАҲОИ ҲОМИЛАГӢ ВА ВАЛОДАТ БАЪДИ ГУЗАРОНИДАНИ СИРОЯТИ НАВИ КОРОНАВИРУС

Қадамалиева М.Д.

Кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӯ ибни Сино»

Муҳиммият: Авзои эпидемиологии ҷаҳони имрӯза, ки бо штамми коронавируси SARS-CoV-2 сироят ёфтааст, шиддатнок боқӣ мемонад ва сирояти нави коронавирус COVID-19 ин оғози паҳншавӣ дар тамоми ҷаҳон мебошад.

Ҳодисаҳои нави коронавирус махсусан дар занони ҳомила ташвишовар аст. Дар айни замон, адабиётҳо нишон медиҳанд, ки дар занони ҳомила дар муқоиса бо шумораи умумии гирифторони COVID -19 ҷараёни шидадтар вуҷуд дорад. Якҷоя бо вирус он хусусиятҳои эпидемиологию клиникӣ дар кӯдакони сироятёфта дар натиҷаи омӯзиш. Барангезандаи бемориҳои вирусӣ ба бачапартоӣ ва зиёд гаштани хунравиҳо дар вақти валодат оварда мерасонад. Вирусҳо дигар сироятҳои дар организм вуҷуд дошторо фаъол гардонида, ба илиҳоби узвҳои таносули дохила оварда мерасонад. Ҳамаи ин ба тифли дар батн буда таъсири худро мерасонад, хусусан агар сироятёбӣ дар ҳафтаҳои аввали ҳомиладорӣ ба амал ояд.

Мақсади таҳқиқот: Омӯхтани хусусиятҳои раванди ҳомиладорӣ, валодат ва оқибатҳои перинаталӣ баъди гузаронидани сирояти нави коронавирус SARS-CoV-2.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: Дар мо таҳлили перспективии 45 таърихи таваллуди бемороне, ки ба сирояти коронавирус SARS-CoV-2. дар давоми ҳомиладорӣ гирифтор шудаанд, гузаронида шуд, тақрибан 12% аз 2169 таваллудкардагон дар давоми солҳои 2020-2021 дар асоси маводҳои таваллудхонаи шаҳрии №2. Маводҳои таҳқиқот: Таҳқиқотҳои гистологии машима.

Натиҷаҳои таҳқиқот: Синну соли миёнаи ҳомиладорон 29,5±0,8 ташкил дод. Миёни ин ҳомиладорон навтаваллудкунандагон 20, такрортаваллудкунандагон 25 –ро ташкил медод.

Ҳомилагон сирояти коронавирусро дар ҳафтаҳои гуногуни бордорӣ аз сар гузаронидаанд: то 12 ҳафта -9 (5%) бемор, дар мӯҳлати аз 13 то 27 ҳафта -13 (3,4%) бемор, аз 28 то 37 ҳафта -11 (4,1%) бемор. Ҷолиби диққат он аст, ки теъдоди зиёди ҳомиладорон сирояти бемории коронавирусро дар ҳафтаҳои аввали ҳомиладорӣ паси сар намудаанд – то 12 ҳафта (5%). Ин нишондод оқибатҳои нохушро доро мебошад: махсусан ин гуна ҳомиладорон ба гурӯҳҳои хавфи баланд аз рӯи вайроншавии эмриогенез ва инкишофи НМТ(нуқсонҳои модарзодии тифл) дохил мешаванд. Зиёда аз нисфи (51%) ҳомиладорон сирояти коронавирусро дар ҳафтаҳои 13 то 27 паси сар кардаанд, ки ин марҳилаи фаъоли инкишофёбии машима мебошад, ки оқибат метавонад боиси норасогии машимавӣ гардад. Дар давоми ҳомиладории мазкур ду маротиба бемориҳои шадиди роҳҳои нафасро 2 (22%) беморон паси сар намуданд. Ин нишондиҳандаҳо аз баланд будани қобилияти қабули сироятҳои ҳавогию қатрагӣ, ки ба иллатнок намудани узвҳои нафас аз ҳисоби паст гаштани сис-

темаи имуннӣ гипервентятсияи шушҳо ва мавҷуд будани сироятҳои музмин дар раванди ҳомиладорӣ шаҳодат медиҳанд. Дар 53%-ҳомиладороне, ки сирояти коронавирусро паси сар намудаанд, аворизи авҷгири бемориҳои музмини роҳҳои нафас дида мешуд.

Таҳлили раванди ҳомиладорӣ дар ин беморон нишон дод, ки бисёртар шакли аворизёбӣ дар ҷараёни гестатсионӣ ин қатъ гардида ҳомиладорӣ дар ҳафтаҳои аввал ва охир – дар 12(65%) ҳолат. Аз ин 13% ҳомиладорон ду маротиба бистарӣ гашта буданд, ҳамчунин дар 5% беморон нишонаҳои музмини хавфи исқоти ҳамл ба назар мерасид. Дар 2% ҳолат раванди ҳомиладорӣ бо бачапартоӣ анҷомид. Дар 8% беморон раванди ҳомиладорӣ авориз ёфт бо БИДТ (бозмонии инкишофёбии дохилибатнӣ), ҳамчунин дар 27% беморон ҳолати варамии гипертензивӣ вобаста ба ҳомиладорӣ дида мешуд.

Сирояти мазкур ба та“йротҳои илтиҳобии пардаи амнионӣ, оқибат ба вайроншавии ҷараёнҳои ҳосилшавӣ ва ҷабидашавии обҳои наздитифлӣ- камобӣ (5%) ва бисёробӣ (12%) оварда расонид.Ин нишондиҳандаҳои аворизёбӣ ба адабиётҳои мазкур мувофиқат мекард.

Ҳомиладорӣ дар 96% ҳолат бо валодат анҷомид. Аз инҳо валодати пеш аз мӯҳлат 5%, аз мӯҳлат гузашта – 0,74%, тез-%. Дар 4% ҳолат исқоти ҳамли худсарона ва ҳомиладории аз инкишоф бозмонда дида мешуд.

Ҳангоми таҳлили раванди ҳомиладорӣ дар 28,3% бемор, пеш аз мӯҳлат рафтани обҳои наздитифлӣ ба назар мерасид. Аворизҳо ба монанди сустии фаъолияти валодат, валодати пеш аз мӯҳлат ва аз мӯҳлат гузашта, дар 35% қайд гардид.

Дар 11% ҳолат валодат бо роҳи ҷарроҳӣ сурат гирифт. Аз онҳо буриши қайсарӣ 63%, гузоштани чангакҳои акушерӣ дар 13% ҳолат. Дар 5% ҳолат аворизи ҷудошавӣ ва баровардани машима дар оянда бо даст ҷудо намудани он аз дохили ковокии бачадон мушоҳида гардид.

Ҳангоми таҳлили оқибатҳои перинаталӣ ба назар расид, ҳолати навзодон аз рӯи ченаки Апгар ба 7-8 холл мерасад, дар 86% ҳомиладорон. Фавти перинаталӣ дар 4% ҳолат дида мешуд, дар ин маврид теъдоди фавти антенаталӣ нисбат ба маълумотҳои адабиётҳо 1,5 маротиба зиёд ба қайд гирифта шуд. Таҳлили ретроспективии таърихи валодат ба мо имконият дод, ки аз рӯи натиҷаҳои тадқиқоти гистологии машима ҳолати вазифаи муҳофизати машима омӯхта шавад. Аз ин ҷо теъдоди зиёдро норасогии музмини машимавӣ дар намуди компенсаторӣ (67%), ҳамчунин дар намуди декомпенсаторӣ (15%) ташкил медод. Норасогии музмини машимавӣ ҳамчун ҷараёнҳои таҳаввулии вайроншавии “изогирӣ (дистрофикӣ) ва вайроншавии хунгардиш тавсиф мешуд. Та“йротҳои илтиҳобии машима ба намуди машимаи фасоднок -13% ҳолат, фасодиву серозии десидуити базалӣ -11% ҳолат, хориоамнионит – дар 7% ҳолат зоҳир мешуд. Та“йротҳои мазкур ба фавти перинаталӣ аз ҳисоби илтиҳоби шушҳо ва сепсис, ҳамчунин шумораи зиёди фавти перинаталиро ташкил медоданд.

Ҳамчунин бояд қайд намуд, ки алоқаи муайяне байни аворизҳои шушии ҳомиладорон ва баландшавии чунин нишондиҳандаҳо вуҷуд дорад, ба мисли бемориҳо ва фавти перинаталӣ, БИДБ (боздошти инкишофи дохили батнӣ), асфиксия ва сироятёбии дохилибатнӣ.

Хулоса: Ҳамин тавр таҳлили клиникиомории бемории мазкур ва оқибатҳои ҳомиладорӣ дар занҳои баъди гузаронидани сирояти нави коронавирус SARS-CoV-2, бори дигар аз ҳад зиёд паҳншавии аворизҳои мазкур ва муҳим будани солимгардонии ҳомиладорон самаранок, аз ҷиҳати иқтисодӣ усулҳои дастрас барои кам кардани аворизҳои акушерӣ ва перинаталӣ нишон медиҳад.

Адабиёт

1. Анестезиолого-реанимационное обеспечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Методические рекомендации Федерации Анестезиологов- реаниматологов (версия №2 от 18 апреля 2020 года). - 92 с. 54 Версия 1 (24.04.2020)

2. Временные методические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции 2019-nCoV. Минздрав России. - Версия 5 от 08.04.2020. – 112 с.
3. Ди Ренцо Д.К., Макацария А.Д., Цибизова В.И., Капанна Ф., Разеро Б., Комличенко Э.В., Первунина Т.М., Хизроева Д.Х., Бицадзе В.О., Шкода А.С. О принципах работы перинатального стационара в условиях пандемии коронавируса. Вестник РАМН. 2020;75(1):83–92. doi: 10.15690/vramn1324
4. Куликов А.В., Шифман Е.М. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации. Протоколы лечения. Издание четвертое, дополненное и переработанное / Под редакцией А.В. Куликова, Е.М. Шифмана. – М.: Издательство «Буки Веди», 2019. – 928 с.
5. Boseley S. China trials anti-HIV drug on coronavirus patients. The Guardian. February 7, 2020. https://www.theguardian.com/world/2020/feb/07/china-trials-anti-hiv-drugcoronaviru s-patients. Accessed March 7, 2020.
6. Schwartz DA. An Analysis of 38 Pregnant Women with COVID-19, Their Newborn Infants, and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes [published online ahead of print, 2020 Mar 17]. Arch Pathol Lab Med. 2020;10.5858/arpa.2020-0901-SA. doi:10.5858/arpa.2020-0901-SA
7. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 is suspected. 13 March 2020. https://www.who.int/publications-detail/clinicalmanagement-of-severe-acute-respira tory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-issuspected. Accessed March 15, 2020.
8. Wang L, Shi Y, Xiao T, et al. Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection (First Edition). Ann Transl Med. 2020;8(3):47.doi: 10.21037/atm.2020.02.20.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ИСХОДЫ РОДОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Кадамалиева М.Д.
Кафедра акушерства и гинекологии №2, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Заболеваемость коронавирусной инфекцией у беременных составляет от 25 до 52%. Более половины (51%) беременных заболевают в срок от 13 до 27 недель, а также наблюдаются такие осложнения, как обострение хронических заболеваний верхних дыхательных путей (53%), угроза выкидыша на ранних сроках и поздние месячные (65%), поздние и преждевременные роды (35%) и неонатальные случаи асфиксии и гипоксии (22%).

Ключевые слова: беременность, коронавирусная инфекция, не беременность, плацентарная недостаточность, угроза прерывания беременности, преждевременные роды.

PREGNANCY AND CHILDBIRTH OUTCOMES AFTER A NEW CORONAVIRUS INFECTION

Kadamalieva M. D.
Department of Obstetrics and Gynecology №2, ATSMU named after Abuali ibn Sino

The incidence of coronavirus infection in pregnant women ranges from 25 to 52%. More than half (51%) of pregnant women get sick between 13 and 27 weeks, and complications such as exacerbation of chronic diseases of the upper respiratory tract (53%), the threat of early miscarriage and late menstruation (65%), late and premature childbirth (35%) and neonatal cases of asphyxia and hypoxia (22%).

Key words: pregnancy, coronavirus infection, non-pregnancy, placental insufficiency, threat of termination of pregnancy, premature birth.

Қадамалиева Мунира Давлаталиевна, н.и.т., досенти кафедраи акушерӣ ва гинекологии №2- и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», телефон 918.67.01.44.

Кадамалиева Мунира Давлаталиевна, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», тел. 918.67.01.44.

Kadamalieva Munira Davlatalievna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology № 2, State Educational Institution "TSMU named after Abuali ibn Sino", tel. 918.67.01.44.

МУНОСИБАТИ КОМПЛЕКСӢ БА ТАБОБАТИ ЭНДОМЕТРИТИ МУЗМИН ДАР ЗАНҲОИ ГИРИФТОРИ БЕНАСЛӢ ВА НИГОҲ НАДОШТАНИ ҲОМИЛАГӢ

Юлдошева М.У., Мелникова В.Ю., Абдуллаева Р.А.

МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1

Муҳиммият. Эндометрит музмин (ЭМ) протсесси илтиҳобӣ аст бо ихтилоли сохтор ва функсияи эндометрия, тағйирпазирии басомади вай ба мушкилоти ташхис рабт дорад. Ҷараёни ниҳонӣ ва номаълуми симптоматикаи клиникии ва шарҳу тафсири гуногуни натиҷаҳои усулҳои гуногуни верификатсия баҳснокии тасаввурот дар бораи иштирок доштани беморӣ дар талафоти репродуктивиро муайян мекунанд [1, 2]. Чунин мешуморанд, ки ЭМ сабаби бенаслӣ (12-46%), генезаш номаълум – дар 28%, нигоҳ надоштани ретсидивӣ (12%), бемуваффақиятии такрории ЭКО (30%) ва миқдори ками имплантатсияҳо (11,5%) аст. Илтиҳоби субклиникии эндометрия дар амалияи клиникӣ худ ба худ муҳим нест, балки дар робита бо ихтилоли наслронӣ муҳиммият касб мекунад: дар байни занҳои дорои бенаслии ташхиси аз тариқи таҳқиқоти гистологӣ тасдиқшуда дар 60%, кӯшишҳои бемуваффақонаи ЭКО – дар 40–50% муоинаҳо аст [3,4]. Дар айни замон ЭМ дар ихтилолҳои репродуктивӣ афзалият надорад ва метавонад, ки ҳангоми ягон хел таҳқиқоти занҳои наслрониашон муътадил бозёфти тасодуфӣ бошад [5].

Эндометрит музмин синдроми клиникӣ-морфологӣ аст, ки дар он дар натиҷаи осебҳои устувори эндометрия тавассути омилҳои сироятӣ тағйиротҳои дувумии сершумори морфофункционалӣ пайдо мешаванд, ки ихтилолҳои сиклии интиқол (трансформатсия) ва дарккунии пардаи луобии ҷисми бачадонро ба вуҷуд меоранд [4,5].

Паҳншавии ЭМ то охир омӯхта нашудааст ва дар ҳудуди аз 0,8 то 66 % -ро [4], ба ҳисоби миёна 15 % ташкил медиҳад. Мувофиқи маълумоти А.В. Шуршалинова (2007), ҳиссаи беморони дорои ЭМ дар байни ҳамаи беморони гинекологии дар Маркази илмии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии ба номи В. И. Кулаковаи Вазорати тандурустии Федератсияи Россия дар давоми 10 сол бистаришуда ҳамагӣ 1,7–3,3 % аст [6]. Аммо мувофиқи натиҷаҳои таҳқиқотҳои морфологии биоптати эндометрия, инпатология аз нишондиҳандаҳои дар боло тавсифшуда баланд буда, аз 2,3 то 19,2 %-ро ташкил медиҳад [7,8,11].

Мувофиқи нуқтаи назари анъанавӣ, механизми асосии инкишофи МЭ дар эндометрия устувор будани микроорганизмҳои шартии аэробӣ-анаэробӣ мебошад, ки басомади муайянкунии онҳо ҳангоми аз ҷиҳати морфологӣ тасдиқшудаи ЭМ то 58,0–77,5% мерасад [9,10]..

Мақсади таҳқиқот – тартиб додани алгоритми табобати ЭМ ва омӯхтани самаранокии чорабиниҳои гузаронидашудаи табобатӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти комплексӣ ва табобати 120 зани дорои эндометрити музмин гузаронида шуд. Ҳамаи беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Гурӯҳи асосиро 64 (n=64) зани дорои и эндометрити музмин ва талафи аввалини ҳомилагӣ ташкил дод, дар гурӯҳи муқоисавӣ 38 (n=38) зан бо эндометрити музмин ва бенаслӣ буданд. Сохтори синнусолии ҳарду гурӯҳ фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳим надоштанд ва ба ҳисоби миёна 32±3,2

сол буд. Аз таҳқиқот бемориҳои вазнини соматикӣ ва аллергӣ, омилҳои эндокринии ихтилолҳои репродук-тивӣ, бемориҳои системавӣ, аз ҷумла тромбофилияи модарзодӣ, синдроми антифосфолипидӣ, бемориҳои шадиди илтиҳобии узвҳои гениталия дар беморон хориҷ карда шуданд. Таҳқиқоти комплексӣ ҷамъоварии анамнез, таҳқиқоти умумиклиникӣ ва гинекологӣ, усулҳои лабораторӣ ва методиро дар бар гирифт. Дар ҳамаи беморон ТУС-и коси хурд гузаронида шуд. Ба баҳодиҳии миёнаи бачадонии М-эхо диққати махсус дода шуд: ғафсии он, эхо-структура ва вуҷуд доштани изофаҳо. Муоинаи ғадудҳои ширӣ гузаронида шуд, барои баҳо додан ба функсияи тухмдонҳо тестҳои ташхиси функсио-налӣ анҷом дода шуд. Бо усули бактериологӣ муайянкунии миқдории КОЕ/мл бо муайян кардани омили патогеният гузаронида шуд, ҳамчунин усули аксуламали полимеразии занҷирӣ истифода гашт. Ташхиси эндометрити музмин бо маълумотҳои таҳқиқоти морфологии эндометрия, кибо усули Пайпел-биопсия (биопсияи аспиратсионии эндометрия) дар рӯзҳои 7-11-уми сикли ҳайзбинӣ ба даст оварда шуда буданд, верификатсия карда шуданд.

Таҳлили оморӣ бо истифода аз бастаи амалии «Statistica10.0» (StatSoftInc., USA) ва SPSSStatistics 23 (IBM, USA) гузаронида шуд. Бузургиҳои миёна ва ғалатҳои онҳо барои бузургиҳои мутлақ (M±m) ва ҳиссаҳо бароибузургиҳои нисбӣ ҳисоб карда шуданд. Муқоисаи бузургиҳои мустақили нисбӣ тибқи меъёри чIПирсон гузаронида шуд (агар n1 ва ё n2 аз 0-5 –бошад, аз Фишер) истифода карда шуд.

Беморони ҳарду гурӯҳ табобат шуданд: бо препаратҳои нестероидии зиддиилтиҳобӣ, иммунионӣ, метаболикӣ, табобати зиддивирусӣ, табобати бехтарсозии микросиркулятсия дар эндометрия, контрасептивҳои омехтаи оралӣ (КОО) ва физиотерапия. КОО танҳо ҳангоми муайян кардани гиперплазияи эндометрия бе атипия истифода шуд. Антибиотикҳо ҳангоми дар кишти бактериологии патогении ковокии бачадон муайян кардани микрофлора истифода мешавад. Меъёри самаранокии табобатинҳоянд: набудани шикоят дар занҳо, трансформатсияи муътадили эндометрия, вуҷуд доштани овулятсия дар ин сикли менструалӣ ва сар шудани ҳомилагӣ.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Таҳлили маълумотҳои анамнези 102 зани синну соли репродуктивии гирифтори ЭМ сохтори синнусолӣ дар ҳарду гурӯҳ тақрибан як хел буда, 32±3,2 солро ташкил дод. Эҳсосоти субъективӣ ва объективӣ дар ҷадвали 1 оварда мешавад.

Ҷадвали 1– Симптомҳои субъективӣ дар занҳои гирифтори ЭМ.

Шикоятҳо	Миқдори беморон (n=102)			
	Гурӯҳи аосӣ, n=64		Гурӯҳи муқоисавӣ, n=38	
	Миқдор	%	Миқдор	%
Эҳсосоти дарднок дар поении шикам	36	56,3	15	39,5
Ифрозоти чиркдорихунолуд аз роҳҳои ҷинсӣ	12	18,8	8	21,1
Ихтилоли сикли ҳайзбинӣ типи:				
А. Алгодисменорея	8	12,5	5	13,2
В. Гиперполименорея	6	9,4	2	5,3
С. Менометрорагия	4	6,3	3	7,9
Хунравиҳои дисфунксионалии бачадон	2	3,1	1	2,6

Тавре ки дар ҷадвали 1 дида мешавад, дар гурӯҳи асосӣ 56,3% -и беморон аз синдроми дард дар поении шикам, 18,8% -и занҳо аз лейкоррея шикоят доштанд. Аз симптоми ихтилоли сикли ҳайзбинӣ тақрибан ҳар як зани сеюм шикоят мекард.

Дар гурӯҳи муқоисавӣ синдроми дард дар 39,5% -и занҳо дида шуд, 21,1%-и онҳо аз лейкоррея шикоят доштанд, ихтилоли сикли ҳайзбинӣ дар 29%-и занҳо ба кайд гирифта шуд. Ҳамин тавр, дар ҳарду гурӯҳ аз 102 зани таҳқиқшуда дар 18 (17,6%) миомаи бачадон, дар 12 (11,7%) – полипи эндометрия, дар 14 (13,7%) – гиперплазияи эндометрия

ба назар расид.

Дар таҳқиқоти гистологӣ аз 102 зани таҳқиқшудаи ҳарду гурӯҳ илтиҳоби музминиэндометрияи возеҳ ва возеҳи муътадил ба мушоҳида расид. Онҳо дар ҳамаи занҳо бо миқдори якхела муайян карда шуданд. Протсесси илтиҳобӣ бо полип ва гиперплазияи эндометрия бе атипия якҷоя шудааст. Манзараи патоморфологӣ дар ҷадвали 2 оварда мешавад.

Ҷадвали 2–Манзараи патоморфологӣ дар занони гирифтори ЭМ

Сохтори патологӣ	Миқдори беморон (n-102)			
	Гурӯҳи асосӣ, n=64		Гурӯҳи муқоисавӣ, n=38	
	Миқдор	%	Миқдор	%
Гиперплазияи эндометрия	14	21,8	11	28,9
Полипи эндометрия	12	18,7	6	15,7
Эндометрияи гипопластикӣ	5	7,8	12	31,6
Гиперплазияи мураккаби эндометрия бо дисплазияи эпителии ғадудҳо	8	12,5	3	7,9

Тавре ки дар ҷадвал дида мешавад, дар гурӯҳи асосӣ гиперплазия эндометрия дар 21,8 % зан, вале дар гурӯҳи муқоисавӣ дар 28,9% зан ба назар расид. Полипи эндометрия дар ҳарду гурӯҳ тақрибан як хел буд. Эндометрияи гипопластикӣ дар занҳои дорои ЭМ ва бенаслӣ 31,5% буд, ки се маротиба аз гурӯҳи асосӣ зиёд аст. Гиперплазияи мураккаб дар занҳои дорои ЭМ ва нигоҳ надоштани ҳомилагӣ 12,5% -ро ташкил дод, ки аз гурӯҳи муқоисавӣ баланд аст.

Натиҷаҳои таҳқиқоти бактериологии муҳтаво дар занҳои дорои хадшаи бачадон тухмгузории барзиёд ва инкишофи возеҳи колонияи намояндагони микрофлораи патогенииро дар гурӯҳи асосӣ ва ҳам дар гурӯҳи муқоисашаванда нишон дод (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3 – Тавсифи муқоисавии таркиби бактериалии ковокии бачадон.

Номи барангезанда	Гурӯҳи асосӣ (n=64)		Гурӯҳи муқоисавӣ (n=38)		P
	Миқдор	%	Миқдор	%	
Staphylococcus pyogenic	31	48,4	19	50	<0,05
Staphylococcus aureus	12	18,7	9	3,6	>0,05
Staphylococcus epidermidis	6	9,3	4	10,5	>0,05
Klebsiellae	7	10,9	3	7,8	>0,05
E.coli	3	4,6	2	5,2	>0,05
Ассотсиатсияи микробҳо	4	6,2	1	2,6	>0,05

Эзоҳ: р– аҳамияти омории фарқияти байни нишондиҳандаҳои гурӯҳи асосӣ ва муқоисавӣ (тибқи ц-критерияи Фишер).

Мавқеи асосиро дар байни микрофлораҳои киштшуда стафилоккоки пиогенӣ ташкил дод, ки басомади он то 48,4% дар гурӯҳи асосӣ ва 50% дар гурӯҳи муқоисавӣ буд. Дар ҳар як зани панҷум стафилоккоки тиллоранг 23,6% дида шуд ва дар 8,7% ҳолат дар таркиби микрофлораи канали сервикалӣ стафилоккоки эпидермалӣ қарор дош.

Пас аз гузаронидани табобат дар кишти бактериологӣ аз ковокии бачадон сабзиши флора дар ҳарду гурӯҳи занҳо муайян карда нашуд. Хамаи ин занҳо бо усули табобати омехтаи оралӣ бо контрасептивҳо ва усулҳои алтернативии физиотерапия муолиҷа карда шуданд.

Хулоса. Натиҷаҳои ба даст овардашуда аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки схемаи пешниҳодшудаи табобати ЭМ ба тағйиротҳои патологии бофтаҳои эндометриодӣ таъсири ислоҳкунандагӣ мерасонанд. Истифодаи схемаи зикршудаи табобати ЭМ имкон дод, ки самарнокии табобатбаланд бардошта шавад, ҳамчунин барои беҳтар шудани сифати ҳаёти занҳо ва баланд бардоштани наслронии ин категорияи занҳо мусоидат карда шавад.

Адабиёт

1. Лызикова Ю.А.Хронический эндометрит как причина нарушений репродуктивной функции у женщин /Лызикова Ю.А. // Журнал проблемы здоровья и экологии – 2019. – С.9-13.
2. Радзинский В. Е., Хронический эндометрит: современные аспекты / Радзинский В. Е., Петров Ю.А., Полина М.Л. // Кубанский научный медицинский вестник. – 2017. – С.70-76.
3. Кузнецова И.В. Хронический эндометрит как исход инфекционного воспалительного заболевания матки. / И.В. Кузнецова, Н.С. Землина, Т.Н. Рашидов // Журнал Гинекология, 2018. – Т.18. – №2. – С.44-50.
4. Радзинский В.Е. Патогенетические особенности макротипов хронического эндометрита / В.Е. Радзинский, Ю.А. Петров, Калинина Е.А., Д.В. Широкова // Казанский медицинский журнал. – 2017. – Т.98. – №1. – С.27-34.
5. Bayer Gardner I.B. Plasma cells in chronic endometrium are easily identified when stained with Sundecan-I // Modern pathology. – 2019. – P.23-28.
6. Шуршалина/ А. В./ Роль хронического эндометрита в развитии патологии репродуктивной функции / А.В./ Шуршалина // Российский медицинский журнал. – 2007. – №/ 4. – С.25-27.
7. Балан В.Е., Овчинникова В.В., Тихомирова Е.В., Лапина А.В., Панина Е.М. Новые возможности терапии хронического эндометрита. *Медицинский алфавит*. – 2017. – №3(23) – С.37-41.
8. Chronic Endometritis. Due to Common Bacteria Is Prevalent in Women with Recurrent Miscarriage as Confirmed by Improved Pregnancy Outcome After Antibiotic Treatment / E. Cicinelli [et al.] // Reprod. Sci. – 2014. – Vol.21 (5). – P.640-647.
9. Microbiological findings in endometrial specimen: our experience / E. Cicineli [et al.] // Arch. Gynecol. Obstet. – 2012. – Vol.285 (5). – P.1325-1329.
10. Chronic endometritis: A combined Histopathologic and clinical Review of cases from 2002 to 2007 / M. Smith [et al.] // Int. J. Gynecol. Pathol. – 2009. – Vol.29.- P.44-50.
11. Сухих Г. Т. Хронический эндометрит. Рук-во / Г. Т. Сухих, А. В. Шуршалина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 64 с.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Юлдошева М.У., Мельникова В.Ю., Абдуллаева Р.А.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», кафедра акушерства и гинекологии №1

Резюме. В данной статье приведены данные обследования и лечения 102 женщин с хроническим эндометритом, который может является причиной различных нарушений репродуктивной функции исследуемого контингента женщин в виде бесплодия и невынашивания беременности. В свою очередь своевременная диагностика и внедрение современного алгоритма терапии воспалительного процесса в эндометрии являются важным этапом в лечении хронического эндометрита и профилактике репродуктивных потерь.

Ключевые слова: *хронический эндомиометрит, бесплодие, невынашивание беременности,алгоритм терапии хронического эндометрита*

Summary. This article presents the data of examination and treatment of 102 women with chronic endometritis, which can be the cause of various disorders of the reproductive function of the studied contingent of women in the form of infertility and miscarriage. In turn, timely diagnosis and the introduction of a modern algorithm for the treatment of the inflammatory process in the endometrium are an important step in the treatment of chronic endometritis and the prevention of reproductive losses.

Keywords:*chronic endometritis, infertility, miscarriage, chronic endometritis therapy algorithm.*

Юлдошева Манижа Умарҷоновна, н.и.т., ассистенти кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», E-mail: manizha.yuldosheva.88@mail.ru

Мелникова Вероника Юревна, н.и.т., ассистенти кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», E-mail: veronika.melnikova.86@mail.ru

Абдуллаева Рано Абдугаппаровна, н.и.т., мудири кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», E-mail: dr.abdullayevarano@mail.ru

ЮлдошеваМанижаУмарджоновна, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1, к.м.н. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», E-mail: manizha.yuldosheva.88@mail.ru

Мельникова Вероника Юрьевна, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1, к.м.н. ГОУ «ТГМУ имени Абуалиибни Сино», E-mail: veronika.melnikova.86@mail.ru

Абдуллаева Рано Абдугаппаровна, заведующая кафедры акушерства и гинекологии №1, к.м.н., доцент ГОУ «ТГМУ имени Абуалиибни Сино»,E-mail: dr.abdullayevarano@mail.ru

YuldoshevaManizhaUmarjonovna, Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology №1, Ph.D. State educational institution “Avicenna Tajik State Medical University”, Tel:985675625.E-mail: manizha.yuldosheva.88@mail.ru

MelnikovaVeronikaYurievna, Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology №1, Ph.D. State educational institution “ Avicenna Tajik State Medical University “, Tel.: +992 93 518 02 20E-mail: veronika.melnikova.86@mail.ru

AbdullayevaRanoAbdugapparovna, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology №1, Ph.D, Associate ProfessorState educational institution”Avicenna Tajik State Medical University”, Tel:938836333E-mail: dr.abdullayevarano@mail.ru

БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

БАСОМАДИ ДУЧОРШАВӢ ВА СОХТОРИ СИМПТОМҲО ДАР БЕМОРОНЕ, КИ COVID-19-РО АЗ САР ГУЗАРОНИДААНД

Ахмедов Ф.С.
Кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мубрамият. Таҷрибаи амалӣ ва натиҷаҳои таҳлили картаҳои амбулаторӣ ва статсионарии патсиентҳои бо SARS-CoV-2 сироятёфта нишон медиҳанд, ки аксарияти беморон дар тӯли муддати муайян (на зиёда аз 4 ҳафта) сиҳат меёбанд ва дар ҷараёни минбаъда аз ягон хусус шикоят намекунанд. Дар таҷрибаи амалӣ мо бо ҳолатҳое дучор меоем, ки аломатҳои сирояти аз сар гузаронида пурра бартараф намешаванд, балки тамоюли инкишоф доранд. Аз ҳамин сабаб дар таҷрибаи ҳамарӯзаи табибон ва маълумоти адабиётҳо бо номи «COVID-и тӯлонӣ» (long COVID) истилоҳи нав пайдо шуд [2, 7]. Маҳз ҳамин мафҳум дар маълумоти адабиётҳо синдроми постковидиро ифода менамояд. Бо вуҷуди он ки ин мафҳумҳо имрӯзҳо дар ҷомеаи табибон умумиистеъмол нест, вале онро маҳз дар таълифотҳои илмии солҳои охир бештар дучор меоем. Бинобар ҳамин аз тарафи мо аз сарчашмаҳои илмӣ истилоҳоти бештар дучоршаванда ва умумиистеъмоли вобаста ба синдроми постковидӣ ҷудо карда шуд:

- extended COVID-19 - шакли дурудароз ҷараёнгирандаи беморӣ бо нигоҳдории симптомҳои асосӣ зиёда аз 3 ҳафта аз оғози манифести мирус. - chronic COVID-19 – шакли музмини дурудароз ҷараёнгирандаи беморӣ бо нигоҳдории симптомҳои асосӣ зиёда аз 12 ҳафта аз оғози манифести вирус.

· acute COVID-19 – ин шакли шадиди беморӣ буда, шикоятҳо ва аломатҳои беморӣ на зиёда аз 4 ҳафта давом меёбанд. *ongoing symptomatic* COVID-19 – ин шакли махсуси беморӣ мебошад, ки шикоятҳо ва аломатҳои беморӣ ҳангоми мавҷудияти вирус тӯли 4 то 12 ҳафта давом мекунад.

· *post-COVID-19 syndrome*(синдроми постковидӣ) – симптомҳои беморӣ ва шикоятҳои беморон дорои дараҷаи зоҳиршавиашон гуногун зиёда аз >12 ва натиҷаи бемориҳои дигар ва ҳолатҳои патологӣ ҳисобида намешаванд [6, 7].

Барои беморони Ҷумҳурии Тоҷикистон низ симптомҳо ва ҳолатҳои зикршуда истисно нестанд. То имрӯз мо бо оризаҳои гуногуне дучор меоем, ки дар патсиентҳои мо дар давраи постковидӣ пайдо шудаанд [1, 4, 5].

Мақсади таҳқиқот: ошкор намудани басомад ва сохтори симптомҳои асосии аҳолии ҷумҳурӣ дар давраи постковидӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар давоми сол (с. 2020) аз тарафи мо таҳлили синдроми постковидии патсиентҳо гузаронида шуд, ки на зиёда аз 5- ҳафта пас аз рухсатии статсионарӣ сироятро аз сар гузаронидаанд. Мо дар асоси таҳлили солонаи муроҷиати патсиентҳо ба шуъбаҳои гуногуни МД МТШ – и №2 ба номи К.Т.Тоҷиев, инчунин шуъбаҳои дигар баҳисобгирӣ ва таҳлили симптому синдромҳои клиникӣ – лабораторӣ барои патсиентҳои аҳолии ҷумҳурӣ хосро ба роҳ мондем. Ба ҳар як патсиенти муроҷиаткунанда карта пур карда шуд. Усулҳои иловагии таҳқиқот на бо ҳама патсиентҳо гузаронида шуданд, зеро ба ин зарурат набуд, вале дар ҳолатҳои ҷудогона онҳо барои муайян намудани сабабҳои асосии ковиди тӯлонӣ кумак намуда, инчунин бартараф намудани ташаккули оризаҳои вазнин (СД, кризи гипертонӣ, оризаҳои тромбоэмболикӣ) мусоидат карданд. 615 нафар патсиентҳо таҳқиқ карда шуданд, бо онҳо баҳодиҳии вазнинии ҷараёни сирояти ковидӣ (ҷадвали 1) ба роҳ монда шуд. Бо ҳамаи патсиентҳо таҳқиқоти усули умумиклиникӣ, ҳангоми зарурат усулҳои махсус гузаронида шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Тавре аз натиҷаи таҳлили картаҳои амбулаторӣ ва статсионарӣ маълум гардид**,** ҳолати патсиентҳои муроҷиткардаро дар давоми сол ҳамчун вазнини миёна дар давраи хурӯҷи беморӣ ар-

зёбӣ намудан мумкин аст. Дар баробари ҳамин дар аксарияти беморон осеби зоҳиршудаи бофтаҳои шуш (67,6% мавҷуд буд), ки то имрӯз дар патсиентҳо (29,5%) боқӣ мондаанд. Далели мазкур метавонад аз хусуси афзоиши вирус дар организм ва осеби устувори ҷудогонаи бофтаҳои шуш шаҳодат диҳад. Инчунин қисме аз беморон бо сабаби осеби шушҳо ва аксар вақт ба шуъбаи эҳё бозпас дар статсионар бистарӣ карда мешуданд 12(1,9%). Қобили зикр аст, ки симптомҳои бешумор дар давраи беморӣ ва коҳишёбии онҳо то 3-4 симптомҳо дар давраи постковидӣ мушоҳида карда шуданд. Натиҷаҳо ба таври эътимоднок шаҳодат медиҳанд, ки симптомҳои постковидӣ дар давоми 2 моҳ мавҷуд буданд, дар ҳолате ки дар давраи хурӯҷи беморӣ аломатҳои асосӣ дар муҳлати 19-рӯза бартараф мешуданд.

Ҷадвали 1. – Тавсифи патсиентҳо дар давраи бистаригардонӣ

	Давраи беморӣ	**Давраи постковидӣ**
Тағйирёбии бофтаҳои шуш	416 (67,6%)	182 (29,5%)
Таъйиноти гормонҳо	210 (34,1%)	32 (5,2%)
Давомнокии статсионарӣ ва давраи постквидӣ (рӯз)	19+2,0	54+3,0
О-2 терапия	321 (52,1%)	4 (0,6%)
Бистарӣ дар шуъбаи реаниматсия	111 (18,0%)	12 (1,9%)
Миқдори симптомҳо	7,0+1,0	3,0+1,0

Ҳамин тавр, мувофиқи маълумотҳои мо 615 нафар патсиентҳо муоина карда шуданд, ки бо симптомҳои гуногун баъди аз сар гузаронидани сироят ба МД МТШ №2 мурочиат кардаанд ва шикоятҳои онҳо аз тарафи мо чун синдроми постковидӣ арзёбӣ карда шуданд. Бо вуҷуди он ки мувофиқи маълумотҳои як қатор муаллифон муҳлати синдроми постковидӣ 4-6 ҳафтаро ташкил медиҳад, мо маълумотҳои давраи чксоларо аз назар гузаронидем, зеро аксари табибон симптомҳои бемориро сабт намуда, тавсия медиҳанд, ки симптомҳои постковидӣ муддати то як солро ташкил медиҳад. Бо назардошти симптомҳои постковидӣ ба басомади зиёди шикоятҳои беморон аз хусуси узвҳои нафаскашӣ бояд аҳамият дод, ки миқдори зиёди онҳоро нафастангӣ, яъне 213(34,6%) аз миёни 615 нафар муоинашудагон ташкил медиҳанд. Аломатҳои мазкур, маъмулан метавонанд натичаи патологияи узвхои нафаскашӣ, инчунин норасоии системаи дилу рагҳо ҳисобида шаванд. Дар робита ба ҳамин мо танҳо патсиентҳои дорои патологияи бронху шушҳоро ба қайд гирифтем. Нафастангӣ мувофиқи ихтилоли патогенетикӣ натиҷаи норасоии вентилятсияи шушҳо ва коҳишёбии фоизи таъмини пурраи хун бо оксиген ба ҳисоб меравад. Яке аз шикоятҳои азиятовари патсиентҳо сулфаи шиддатноки бе балғам мебошад.

Мувофиқи пурсиш шикояти беморон хеле давомнок буда, махсусан шабона хурӯҷ мекард. Аксари беморонро муддати 2 моҳ сулфа азият медод ва чунин ҳолат дар -119 (19,3%) нафар беморон мушоҳида карда шуд. Сулфа, ба андешаи мо, метавонад сабаби як қатор омилҳо, аз ҷумла, ҷараёни илтиҳобии бронхҳо ва бофтаҳои шушҳо бошад. Лозим ба ёдоварист, ки ҷараёни илтиҳобӣ метавонад дар натиҷаи фаъолнокии микрофлораи занбуруғӣ ва бактериалии системаи бронху шушҳо дар заминаи коҳишёбии хусусиятҳои муҳофизатӣ ва иммунологӣ пас аз хурӯҷи вирусҳо ташаккул ёбад. Дар баробари шикоятҳои мазкур аксар вақт патсиентҳо аз зуҳуроти ба аллергия шабоҳатдошта шикоят мекарданд. Беморонро хориши гулӯ ва ринит нороҳат месохт ва мутаносибан 64 (10,4%) ва 52 (8,4%)-ро ташкил медод ва ба онҳо зуҳуроти аллергӣ хос буд. Миқдори ками балғам дар 102 нафар (16,5%) патсиентҳо ба қайд гирифта шуд, ки бо усули таҳқиқоти бактериологӣ ба мавҷудияти микрофлораи занбурӯғӣ ва бактериалӣ гузаронида шуд. Қисми зиёди патсиентҳои бемориро аз сар гузаронида бениҳоят коҳишёбии узви биноиро қайд намуданд, ки ин 186 нафар (30,2%) мебошад. Дар баробари ҳамин онҳо на танҳо паст шудани тезии биноиш, балки хушкии чашмон, эҳсоси хастагии ғӯзаи чашмон дар анҷоми рӯзи корӣ ва симптомҳои

дигарро аз қабили рӯшноитарсӣ ва ё баръакс, ҳарос аз торикиро зикр менамоянд. Дар давраи постковидӣ аксари беморон аз камшавии моеи ашкӣ шикоят доштанд ва чунин ҳолат дар адабиётҳо ҳамчун «кератоконюктивити хушк - Сикка» ҳисобида мешавад, ки то имрӯз он шарҳи патогенетикии илмӣ ва асоснокшудаи худро наёфтааст[2, 6]**.** Ин бемории мултифакторӣ буда, бар асари норасоии сифат ва/ё миқдори моеи ашк пайдо шудааст. Як гурӯҳ патсиентҳо дар давраи постковидӣ аз аносмия ва гипосмия шикоят карданро давом медоданд. Миёни чунин шикоятҳо эҳсоси гуногуни беморон мавҷуд буд: баъзе патсиентҳо дараҷаи шӯрии хӯрок, таъми қанду ғизоро дарк карда наметавонистанд, баъзеи дигарашон ҳисси талхию тундиро надоштанд, ки ин 74 (12,0%)-ро ташкил медод. Ҳангоми чунин шикоятҳо як қисми беморон аз дарк карда натавонистани бӯй шикоят доштанд, ки он чун ҳисси дисгевзия (тамъи устувори оҳанмонанди даҳон, баъзеи дигарон тамъи туршӣ) шикоят доштанд, ки ин 112 (18,2%)-ро ташкил медиҳад. Дар баробари чунин шикоятҳо як гурӯҳ патсиентҳо надоштани иштиҳо нисбат ба ҳама гуна ғизо ва обро таъкид намуданд, ки ин 91 (14,7%) мебошад. Аксар вақт патсиентҳо аз хурӯҷҳои ногаҳонии дилзанӣ шикоят доштанд, ки метавонад якбора ҳангоми тағйир додани ҳолати бадан, аз ҷой бархостан, бедоршавӣ аз хоб ва ҳолатҳои дигар рух диҳад. Чунин патсиентҳо зиёда аз 170 нафар (27,6%) буданд. Дар адабиётҳои илмии солҳои охир чунин симптом аксар вақт пас аз гузаронидани сирояти ковидӣ ба қайд гирифта шуда, «*синдроми тахикардияи постуралӣ*» номида мешавад. То имруз шарҳи патогенетикии он тавсиф наёфтааст, ҳол он ки қисми зиёди патсиентҳо муддати тӯлонӣ чунин симптомро аз сар гузаронидаанд [2]. Бисёре аз патсиентҳо афзоиши онро бо фарорасии торикӣ ё ҳангоми танҳо будан алоқаманд менамоянд. Шикоятҳои ҷиддӣ аз дарди ноҳияи дил иборат буд, ки 38 нафар (6,1%) патсиентро ташкил медод. Ҳамаи беморони зикршуда аз рӯйи нақшаи кардиологӣ таҳқиқ карда шуданд. Аз эҳсоси нофорами гуногун ва вазнинии ноҳияи дил зиёда аз 60 нафар (9,7%) патсиентҳо шикоят доштанд. Як қисм патсиентҳои муроҷиатнамуда рагкашии мушакҳои бо дарди сахт ҷараёндоштаро зикр намуданд. Асосан рагкашӣ дар андомҳои поён ба амал меомад ва 66 нафар (10,7%)-ро ташкил дод. Дар баробари ҳамин бояд қайд намуд, ки дар баъзе беморон пас аз гузаштани таҳқиқи баланси электролитӣ ихтилол дар шакли гипонатриемия ва гипокалиемия мушоҳида карда шуд, ки ин метавонад пайдоиши чунин рагкашии шадиди мушаки андомҳои поёнро асоснок намояд. Дар заминаи чунин ҳолат як қисм беморонро дарди мушакҳо нороҳат месохт, ки аз 87 нафар (14,4%) иборат буд. Аз хусуси системаи ҳозима оид ба дилбеҳузурӣ ва диарея шикоятҳо ҷой дошт, ки мутаносибан 45 (7,3%) ва 67 (10,8%)-ро ташкил медод.

Тағйиротҳои симптоматикаи неврологӣ дар бештар ҳолатҳо дар шакли сарчархзанӣ 122 (19,8%), сардард 214 (34,7%), дарди мушакҳо - 87 (14,4%), хастагӣ – 238 (38,6%), асабоният - 144 (23,4%), хоби нороҳат -171 (27,8%), ҳолати депрессивӣ -133 (21,6%), ихтилоли хотира -196 (31,8%) ба қайд гирифта шуданд. Табларза ва дарди буғумҳо дар 94 (15,2%) ва 138 нафар (22,4%) патсиентҳо мушоҳида карда шуданд.

Хулоса. Мушоҳидаи патсиентҳо дар давоми сол дар давраи пасазбистаригардонӣ шикоятҳои гуногунро дар бар мегирад, ки ин аз хусуси бо ҷараёни патологӣ фаро гирифта шудани бисёр узвҳо ва системаҳо шаҳодат медиҳад. Дар чунин ҳолат мо метавонем аз хусуси осеби полиоргании инсон бо вирусҳо дар давраи сирояти ковидӣ дилпурона сухан ронем.

Адабиёт

1. Ганиева М.Т. Неврологическое проявление коронавирусной инфекции / М.Т. Ганиева, Т.В. Мадаминова, М.Б. Исоева // Материалы НПК на тему: «Коронавирусная инфекция в Республике Таджикистан: эпидемиология, диагностика и современные возможности лечения».-2020.-С.50-51.

2. Костинов М.П., Шмитько А.Д., Полищук В.Б., Хромова Е.А. Современные представления о новом коронавирусе и заболевании, вызванном SARS-COV-2 // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2020. Т. 9, № 2. С. 33-42.
3. Минеральный обмен и COVID-19: есть ли связь? /И.С. Маганева и др.//Терапевтический архив.-2021.-№ 93(10).-С.1227–1233.
4. Мустафакулова Н.И. Частота и структура развившихся осложнений при коронавирусном интерстициальном пневмоните / Н.И. Мустафакулова, Н.С. Мирзокаримова, Ф.Н. Махмадалиев // Материалы НПК на тему: «Коронавирусная инфекция в Республике Таджикистан: эпидемиология, диагностика и современные возможности лечения».-2020.-С.114-115.
5. Рахманов Э.Р. Причины смерти людей от коронавирусной инфекции COVID-19 / Э.Р. Рахманов, Ш.Б. Хабибуллоев, Х.Х. Хабибзода // Материалы НПК на тему: «Коронавирусная инфекция в Республике Таджикистан: эпидемиология, диагностика и современные возможности лечения».-2020.-С.160-161.
6. Фармакоэпидемиологическое исследование COVID-19 в Российской Федерации ЭГИДА-2020 /Пшеничная и др// Терапевтический архив.-2021.- №93(11).- С.1306–1315.
7. Чучалин А.Г. COVID-19 и безопасность человека. Терапевтический архив. 2021; 93 (3): 253–254.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТРУКТУРА СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСЁННЫХ COVID-19

Ахмедов Ф.С.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», кафедра внутренних болезней №1

Учитывая высокую частоту обращаемости пациентов после перенесенной вирусной инфекции SARS-CoV-2, проведены исследования по выявлению частоту и структуры жалоб. Обследовано в годовой период (2020 год) 615 пациентов, обратившихся с различными жалобами. Частота жалоб указывает на приоритет жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы, бронхолёгочной системы, а также неврологической симптоматики. Регистрировались случаи обострения хронических заболеваний пищеварительной системы, а также аллергических проявлений. Выявлены случаи патологии органов зрения, психологических нарушений, патологии кожи. Проведённые исследования указывают на своевременность профилактических мер по отношению к хроническим заболеваниям, ввиду полиорганности поражения при вирусной инфекции, обусловленной SARS-CoV-2.

Ключевые слова: постковидный синдром, COVID-19, частота симптомов и синдромов

FREQUENCY OF OCCURRENCE AND STRUCTURE OF SYMPTOMS IN PATIENTS WITH COVID-19

Akhmedov F.S.
ATSMU, Department of Internal Diseases №1

Taking into account the high frequency of patients seeking treatment after a viral infection SARS-CoV-2, to identify the frequency and structure of complaints studies were carried out. 615 patients who applied with various complaints examined in the annual period (2020). The frequency of complaints indicates the priority of complaints from the cardiovascular system, bronchopulmonary system, as well as neurological symptoms. Cases of exacerbation of chronic diseases of the digestive system, as well as allergic manifestations, were recorded. Cases of pathology of the organs of vision, psychological disorders, pathology of the skin were identified. The conducted studies indicate the timeliness of preventive measures in relation to chronic diseases, due to the multiple organ damage in viral infection caused by SARS-CoV-2.

Key words: post-COVID syndrome, COVID-19, frequency of symptoms and syndromes

Ахмедов Ф.С. – ассистенти кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Ахмедов Ф.С. - ассистент кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. тел. 934548054 farkhod.akhmedov92@gmail.com.

Akhmedov F.S.- assistant of the Department of Internal Diseases №1, Tel: 934548054, E-mail: farkhod.akhmedov92@gmail.com.

ОҒОЗИ МИЕЛОЛЕЙКОЗИ МУЗМИН БО ПРИАПИЗМ

Шамсов А.Т.[1], Шамсов Б.А.[2], Уроқов К.З.[1], Ходжиева Г.Б.[1], Караев И.И.[2]

[1]Кафедраи бемориҳои дарунии №3-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

[2]МД «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакона»

Муҳиммияти мавзуъ. Миелолейкози музмин (ММ) ин як бемории музмини миелопролиферативӣ мебошад, ки одатан миқдори зиёди ҳуҷайраҳои сафеди хун ва спленомегалияи азимро нишон медиҳад [2]. Приапизм зуҳуроти нодири ММ аст ва асосан ба гиперлейкоситоз вобаста аст. Дебюти он ҳамчун нишонаи дискразияи гематологӣ ҳодисаи нодир аст. Приапизм, ки бо ҳама гуна лейкемия рух медиҳад, як ҳолати фавқулоддаи тиббӣ ва урологӣ буда, табобати фаврии ҷумзъӣ, табобати симптоматикӣ, ситоредуктивӣ ва оғози барвақти терапияи мақсаднокро талаб мекунад. Дар ин ҳолат, приапизм ҳамчун зуҳуроти ғайриоддии ММ ва аҳамияти он дар арзёбӣ ва идоракунии беморони гирифтори приапизм тавсиф карда мешавад [1-3, 7].

Приапизм бемории дардноки дарозмуддат аст, ки зиёда аз чор соат давом мекунад ва пас аз қатъ шудани ҳавасмандгардонии ҷинсӣ идома меёбад ва ё бо он алоқаманд нест [1,3]. Ин як намуди бемории нодирест, ки аз 100000 нафар одам қариб дар 0,9 ҳолат бемории приапизм во мехӯрад [3]. Аммо вақтҳои охир ҳангоми истифодаи васеи доруҳо барои табобати норасоии эректилӣ ҳодисаҳои приапизм афзоиш меёбанд [1-3]. Сабабҳои маъмулии ин беморӣ таъсири доруҳо, осебёбӣ, бемориҳои асаб, s-гемоглобинопатия ва дигар бемориҳои хун мебошанд [4]. Ҳодисаҳои приапизм дар мардони калонсоли гирифтори лейкемия 1-5%-ро ташкил медиҳанд [1]. Приапизм метавонад, аввалин зуҳури клиникии миелолейкози музмин бошад. Дар беморони гирифтори миелолейкози музмин приапизм дар натиҷаи гиперлейкоситоз ҳамроҳи лейкостаз ва гипервискозия рух медиҳад, ки одатан, ҳангоми зиёд шудани шумораи лейкоситҳои хун аз 100*109 л мушоҳида мешавад, ки ин дар навбати худ боиси монеаи рагҳо бо тромбҳо ва микротромбҳо мегардад [1-5]. Омили дигари патогенетикие, ки ба инкишофи приапизм дар беморони гирифтори миелолейкози музмин оварда мерасонад, аз ҳад зиёд истеҳсол шудани ситокинҳо ва молекулаҳои адгезия аз ҷониби ҳуҷайраҳои лейкемикӣ, ки ба зиёд шудани секвестрии ҳуҷайраҳо дар микрокапиллярҳо оварда мерасонад [1].

Мақсади таҳқиқот. Ҳолати приапизмро дар бемор ҳангоми оғози миелолейкозимузмин нишон медиҳем, ҳамчунин, мушоҳидаи клиникӣ ва табобати бомуваффақият бо ингибитори протеини тирозинкиназаро пешниҳод менамоем.

Мавод ва методи таҳқиқот. Санаи 15.10.2019 ба шуъбаи гемотологияи МД «ММТ Шифобахш» беморе омад, ки соли таваллудаш 2002 сол буд. Ӯ бо шикояти аз ногаҳон пайдошавии варами олоти таносули мардона ва моядон, эрексияи дардноки доимӣ, бемадорӣ ва таби 38,50 омада буд. Аз рӯйи таъкиди ӯ, се рӯзи охир бемор будааст. Аввали беморӣ бо чизе рабт надорад. Аз бемориаш танҳо шамолкашиашро дар хотир дорад. Одатҳои бади инсонӣ дар ӯ дида намешуданд. Қаблан, ба табиби оилавӣ ва уролог мурочиат кардааст, ки ба ӯ антибиотик ва доруҳои зиддиилтиҳобӣ таъин кардаанд. Аммо вазъи бемор торафт бад шудааст. Рӯзи дигар бемор барои ташхис хун супоридааст ва маълум гаштааст, ки гиперлейкоситоз доштааст ва барои рафъи беморӣ ба «ММТ Шифобахш» равон карда шудааст. Ҳангоми ба беморхона омадан,

аҳволи бемор вазнин буд ва ранги пӯсташ одӣ буд. Гиреҳҳои лимфовии канорӣ палмосида намешаванд. Дар шуш нафаскашии везикулярӣ дошт ва заниши дил муназзам буд, яъне 88 зарба дар 1 дақиқа. Шикамаш мулоим, дард дар қисми чап буд. Ҷигар палмосида намешавад. Испурҷ то хати горизонталии ноф калон шудааст (+12 см) ва ҳангоми палмосидан андаке дардманд мебошад. Алоими Пастернатский аз ҳар ду тараф манфӣ. Пешобронӣ 3-4 маротиба дар як шабонарӯз, андаке дарднок ва бо сӯзиш. Олоти таносулӣ варамнок, дар ҳолати эректилӣ, сахт ва дардманд мебошад.

Ҷадвали 1.- Нишондоди таҳлили умумии хун

Нишондод	Миқдор
эритросит	4,8 * 10^{12}/л
гемоглобин	142 г/л
нишондоди ранга	0,9
ретикулоситҳо	2,2%
тромбоситҳо	952,0 * 10^{9}/л;
лейкоситҳо	528,2 * 10^{9}/л
бластҳо	0
эозинофилҳо	7
промиелоситҳо	12
миелоситҳо	15
метамиелоситҳо	16
чӯбчашакл	14
сегментҳо	18
лимфоситҳо	13
моноситҳо	5
СТЭ	51 мм/соат

Ҷадвали 2. - Нишондоди таҳлилҳои умумии пешоб ва биохимиявии хун

Таҳлили умумии пешоб	
Нишондод	**Миқдор**
зичии пешоб	1,016
сафеда	0,033
лейкоситҳо	8 – 10
наҷосат барои гиҷҷа	-
Таҳлили биохимикии хун	
Нишондод	**Миқдор**
билирубини умумӣ	21,0
билирубини мустақим	8,0
Билирубини ғайримустақим	13,0
озмоиши тимол- вероналӣ	3,2
озмоиши йодӣ	0
АсАт	0,56
АлАт	0,64
RW	Манфӣ
HBS Ag	Манфӣ
HCV	Манфӣ
HIV	Манфӣ

Натиҷаҳои санҷишҳои функсионалии ҷигар, креатинин, мочевина, электролитҳои хун дар меъёр. Миелограмма: мағзи устухон, гиперрегенераторӣ. Ҳуҷайраҳои бластӣ 5%-ро ташкил мекунанд. Шохаи сафедро силсилаи эозонофилӣ ва базофилии дараҷаи гуногун ташкил мекунанд. Камолоти таъхирёфта дар марҳилаи миелоситҳо. Шохаи сурх танг шудааст, 12 мегакариосит ба назар расид. Тромбоситҳо гурӯҳ-гурӯҳ дида мешаванд. Гени химерии BCR-ABL – 68%. ЭКГ: ритми синусӣ, заниши набз дар 1 дақ - 94 маротиба. Хати меҳварии дил каҷ нашудааст. УС-и узвҳои ковокии шикам: спленомегалия. Рентгенографияи шушҳо: бронхити музмин. Ташхиси уролог: приапизми ишемикӣ. Дар асоси ташхиси ҳаматарафа диагнози миелолейкози музмин, фазаи музмин муайян карда шуд. Ориза: приапизми ишемикӣ. Ба бемор фавран табобати консервативӣ бо ингибитори протеинитирозинкиназа – гливек 100 мг, 4 капсулӣ саҳар дар шиками холӣ, аллопуринол 300 мг, 1 ҳаб 3 маротиба дар як рӯз, табобати зиддибактериявӣ ва дезинтоксикатсионӣ таъин карда шуд. Инҷунин, кӯшиш карда шуд, дар соатҳои аввали будани бемор дар беморхона, пунксияи танаи узви таносулӣ, хориҷ намудани хуни ҷамъшуда бо сӯзани инсулинии G34 ва ворид намудани 2 мл фенилэфрин дохили кавернозӣ гузаронида шавад.

Натиҷаи таҳқиқот. Дар натиҷаи табобати оғоз карда шуда пас аз 24 соат ҳолати бемор хеле хуб шуд, дард ва варами танаи узви таносулӣ тадриҷан коҳиш ёфт, ҳолати эректилӣ оҳиста-оҳиста паст шуд ва эҳтимолияти гузаронидани амалиёти ҷарроҳии кавернэктомия кам шуд. Пас аз 3 ҳафтаи муолиҷа бо ингибитори протеини тирозинкиназа – гливек ба миқдори 400 мг дар 1 шабонарӯз ҳолати бемор хеле хуб шуд, ҳангоми муоина шикоятҳо танҳо аз араққунии зиёд, ҳисси вазнинӣ дар тарафи чапи шикам ва сустии умумиро дорад. Ҳаҷми испурҷ то 60-70 фоиз фишурда шудааст. Шумораи лейкоситҳо миқдоран 50% кам

шуданд. Эҳтимолияти кавернэктомия аз байн рафт. Пас аз 2 моҳ вазъи бемор қаноатбахш мебошад. ва шикояте аз ҷониби бемор боқӣ намондааст. Оризаҳои баъди истифодаи ситостатикҳо дида намешавад. Андозаи испурҷ ба ҳаҷми муайян оварда шуд. Функсияи эректилӣгум нашудааст.

Нишондодҳои таҳлили умумии хун ба ҳадди меъёр омададанд: эритроситҳо - 4,8*1012/л; гемоглобин - 144 гр/%; лейкоситҳо - 10,4*109/л; тромбоситҳо - 366,0*109/л; ретикулоситҳо – 1,5%; бластҳо - 0; эозинофилҳо - 5; базофилҳо - 1; чӯбчашакл – 9; сегментҳо – 49; лимфоситҳо - 32; моноситҳо - 4; СОЭ - 16 мм.ст.сб. Ҳуҷайраҳои ноболиғ ва бластҳо дида намешаванд.

Хулоса. Тадқиқоқти мазкур аз он шаҳодат медиҳад, ки самаранокии ингибитори протеинтирозинкиназа – гливек ҳангоми табобати приапизм дар беморони гирифтори миелолейкози музмин бениҳоят баланд мебошад. Имконияти гузаронидани табобати консервативӣ бидуни ҷарроҳиро дорад. Функсияи эректилӣ гум намешавад.

Адабиёт

1. Набиев, З.Н. Современные подходы к комплексному лечению политравм у детей / З.Н. Набиев, Х.А. Шамсов // Здравоохранение Таджикистана. – 2015. – № 1(324). – С. 44-50.
2. Рустамов М.Н. Приапизм как первый признак хронического миелолейкоза / М.Н. Рустамов, Г.Р. Гусейнов, И.С. Ахмедов // Гематология и трансфузиология. - 2019. - №2. – С. 234-237.
3. Роль ультразвуковой диагностики при инфекции мочевой системы у детей / Н.Т. Мирзоали, М.А. Хусейнова, Б.Э. Ашуров, З.Н. Набиев // Жизнеобеспечение при критических состояниях : Материалы Всероссийской конференции с международным участием. Тезисы докладов, Москва, 13–14 ноября 2020 года / Научный редактор В.Т. Долгих. – Москва: ООО «Московское Конгрессное Бюро», 2020. – С. 112-115.
4. Савченко В. Г. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению острых миелоидных лейкозов взрослых / В.Г. Савченко, Е.Н. Паровичникова, Б.В. Афанасьев и др. // Гематология и трансфузиология. - 2014. - №1(59). – С.1-28.
5. Туркина А.Г. Результаты терапии больных хроническим миелолейкозом по данным российской части международного многоцентрового популяционного исследования eutos population-based study (eutos-pbs) / А.Г. Туркина, О.В. Лазарева, Е.Ю. Челышева и др. // Гематология и трансфузиология. - 2019. - №2. – С. 106-121.
6. Bower H., Bjorkholm M., Dickman P.W., et al. Life expectancy of patients with chronic myeloid leukemia approaches the life expectancy of the general population. Journal of Clinical Oncology. 2016;34: 2851-7.
7. Eland I.A., van der Lei J., Stricker B.H., Sturkenboom M.J. Incidence of priapism in the general population. Urology. 2001; 57 (5): 970-2.
8. Keoghane S.R., Sullivan M.E., Miller M.A. The aetiology, pathogenesis and management of priapism. BJU Int. 2002; 90(2): 149-54.
9. Shaeer O.K., Shaeer K.Z., AbdelRahman I.F., et al. Priapism as a result of chronic myeloid leukemia: case report, pathology, and review of the literature. J Sex Med. 2015; 12(3): 827-34. DOI: 10.1111/jsm.12812

ДЕБЮТ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА С ПРИАПИЗМОМ

Шамсов А.Т.[1], Шамсов Б.А.[2], Уроков К.З.[1], Ходжиева Г.Б.[1], Караев И.И.[2]
1.Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»;
[2] ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Актуальность. Хронический миелоидный лейкоз (ХМЛ) - это хроническое миелопролиферативное заболевание, которое обычно проявляется высоким уровнем лейкоци-

тов и массивной спленомегалией. Приапизм - редкое проявление ХМЛ и в основном возникает из-за гиперлейкоцитоза.

Цель исследования: продемонстрировать случая приапизма, возникший у больного в дебюте хронического миелолейкоза, представить клиническое наблюдение и успешное лечение ингибитором протеинтирозинкиназы.

Материалы и методы исследования. В гематологическое отделение ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш» 15.10.2019г. поступил больной Ф., 2002 г.р., с жалобами на внезапно возникшую болезненную эрекцию и припухлость мошонки, повышение температуры до 38,5оС, общую слабость. Больным считает себя в течении последних 3-х суток.

Результаты и их обсуждение. В результате проводимой терапии через 24 часа боли и отёчность полового члена несколько уменьшились, отмечалось постепенное снижение эрекции. Через 3 недели уровень лейкоцитов снизился наполовину.

Выводы. Данное исследование свидетельствует об эффективности ингибитора протеинтирозинкиназы – гливек в лечении приапизма у больных с хроническим миелолейкозом, без оперативного вмешательства.

Ключевые слова: хронический миелолейкоз, приапизм, ХМЛ, лейкоз, гематология, лейкостаз, гливек.

DEBUT OF CHRONIC MYELOLEUKOSIS WITH PRIAPISM

Shamsov A.T.[1], Shamsov B.A.[2], Urokov K.Z.[1], Khodzhieva G.B.[1], Karaev I.I.[1]
[1]Department of Internal Medicine №3 Avicenna Tajik State Medical University
[2]Republican scientific clinical center of pediatrics and child surgery

Relevance. Chronic myeloid leukemia (CML) is a chronic myeloproliferative disorder that usually presents with high white blood cell counts and massive splenomegaly. Priapism is a rare manifestation of CML and is mainly due to hyperleukocytosis.

Aim: To demonstrate a case of priapism that arose in a patient at the onset of chronic myeloid leukemia, to present a clinical observation and successful treatment with a protein tyrosine kinase inhibitor.

Materials and research methods. In the hematology department of the State Institution of the National Medical Center “Shifobakhsh” 15.10.2019. patient F., born in 2002, was admitted with complaints of a sudden painful erection and swelling of the scrotum, fever up to 38.5 ° C, general weakness. The patient considers himself to be during the last 3 days.Results and its discussion. As a result of the therapy, after 24 hours, the pain and swelling of the penis slightly decreased, there was a gradual decrease in erection. After 3 weeks, the leukocyte count dropped by half.

Findings. This study demonstrates the effectiveness of the protein tyrosine kinase inhibitor - glivec in the treatment of priapism in patients with chronic myeloid leukemia, without surgery.

Key words: chronic myeloid leukemia, priapism, CML, leukemia, hematology, leukostasis, glivec

Шамсов Абдулҳафиз Тоҷидинович – ассистенти калони кафедраи бемориҳои дарунии №3-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», E-mail: shamsov1960@gmail.com Тел: (+992) 907-78-74-74

Шамсов Бахтовар Абдулҳафизович – муовини директор МД “Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона”. Суроға: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, шаҳри Душанбе, хиёбони И.Сомони 59. E-mail: bakhtovar01@gmail.com Тел: (+992) 907-58-88-87

Уроқов Комрон Зокирҷонович – мудири кафедраи бемориҳои дарунии №3-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», н.и.т., E-mail: komron_med.83@mail.ru Тел: (+992) 918-99-46-66

Ходжиева Гулнора Бобоевна – дотсенти кафедраи бемориҳои дарунии №3-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», н.и.т., Тел: (+992) 918-62-69-41

Қараев Идибек Исломуддинович – уновнҷӯи МД "Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона". Суроға: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, шаҳри Душанбе, хиёбони И.Сомони 59. Тел: (+992) 988-40-85-40

Шамсов Абдулхафиз Тоджидинович – старший преподаватель кафедры внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», E-mail: shamsov1960@gmail.com Тел: (+992) 907-78-74-74

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

Уроков Комрон Зокирович – заведующий кафедрой внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», к.м.н., E-mail: komron_med.83@mail.ru Тел: (+992) 918-99-46-66

Ходжиева Гулнора Бобоевна – доцент кафедры внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», к.м.н., Тел: (+992) 918-62-69-41

Караев Идибек Исломуддинович - соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии». Адрес: 734026, Республика Таджикистан, город Душанбе, проспект И.Сомони 59. Тел: (+992) 988-40-85-40

Shamsov Abdulkhafiz Tojidinovich - Senior Lecturer of the department of Internal Medicine №3 Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: shamsov1960@gmail.com Tel. (+992) 907-78-74-74

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

Urokov Komron Zokirovich - Head of the department of Internal Medicine №3 Avicenna Tajik State Medical University, PhD, E-mail: komron_med.83@mail.ru Tel: (+992) 918-99-46-66

Khojieva Gulnora Boboevna - Associate Professor of the department of Internal Medicine №3 Avicenna Tajik State Medical University, PhD, Tel: (+992) 918-62-69-41

Karaev Idibek Islomuddinovich - applicant for the 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) 988-40-85-40

БЕМОРИҲОИ КӮДАКОН

КоДАКИ МАЪЮБ-МУШКИЛОТИ ҶОМЕАИ МУОСИР

Боймуродов Б. Н.
МД Маркази Ҷумҳуриявии барқарорсозии солими кӯдакон

Муҳиммият. Мушкилотҳои маъюбии аҳолӣ, инчунин пешгирӣ ва барқарорсозии он на танҳо барои фаъолияти соҳаи тандурустӣ, балки дар маҷмӯъ сиёсати иҷтимоии давлат ҳамчун самтҳои афзалиятнок тасниф шудаанд(1,3,5).

Паҳншавии маъюбӣ дар байни кӯдакон яке аз нишондиҳандаҳоест, ки вазъи саломатии аҳолии кӯдак, инчунин вазъи онҳоро дар кишвар, сатҳи рушд ва самаранокии хадамотҳое, ки барои татбиқи сиёсати пешгирии маъюбии кӯдак масъуланд, тавсиф менамояд(3,4,5,).

Сабаби асосии маъюб донистани кӯдакон беморие мебошад, ки ба чунин оқибатҳо оварда мерасонад, ва бинобар ин кӯдак наметавонад зиндагии муътадили ба синну соли худ хосро пеш барад. Тибқи омори давлатӣ, дар миёни беморони сабтиномшуда ҳиссаи кӯдаконе, ки маъюбияшон аз ин беморӣ шудааст, кам аст.

Ҳамин тариқ, солҳост, ки сабабҳои асосии маъюбии кӯдакӣ ихтилоли равонӣ, аномалияҳои модарзодии инкишоф, саратонҳо, бемориҳои системаи асаб ва эндонринӣ ва ғайра мебошанд.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, чун дар дигар кишварҳо, мушкилоти кӯдакони маъюб дар ҷомеаи муосир яке аз мушкилотҳои мубрами рӯз ба шумор меравад. Мушкилоти кӯдакони маъюб ба тамоми ҷабҳаҳои ҳаёти ҷомеаи мо дахл дорад: аз санадҳои қонунгузорӣ ва созмонҳои ҷамъиятӣ, то муҳити зиндагии оилаҳои онҳо. Шумораи кӯдакони маъюб сол то сол меафзояд.Ба афзоиши шумораи кӯдакони маъюб инҳо мусоидат мекунанд: бемориҳои кӯдакона, афзоиши осебёбиҳо, экологияи бади муҳити зист ва ғайра (6,7,8).

«Имкониятҳои баробар барои кӯдаконе, ки ба нигоҳубини махсуси давлатӣ эҳтиёҷ доранд» муқарар карда шудааст: ташкили системаи пешгирии барвақти маъюбии кӯдакон; дастгирии ҳамаҷонибаи оилаҳое, ки кӯдакони дорои маълулият ва дорои имконияти маҳдуддоштаро тарбия мекунанд; бунёди инфрасохтори муосири ҳамаҷонибаи офиятбахшӣ ва кӯмаки таълимӣ ба кӯдакони маъюб ва кӯдакони имконияти маҳдуддошта, ворид намудани чунин кӯдакон ба муҳити ҳамсолони оддии худ, таъмини зиндагии муътадили онҳо дар ҳаёти ояндаи калонсолон(9,10).

Мақсади тадқиқот.Омухтани нуқтаи назари ҳозиразамон оид ба мушкилоти маъюбии кӯдакон ва муаян кардани дурнамоҳои муҳимтарин.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Таҳлили маълумоти мавҷудаи МД Маркази ҷумҳуриявии барқарорсозии солимии кӯдаконва омори давлатӣ гузаронида шуда, маълумоти таҳқиқоти сершумор оид ба масъалаҳои мавриди барраси ҷамбаст карда шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Вақтҳои охир дар бораи гузаштан ба истилоҳоти муътадил нисбат ба кӯдакони маъюб бисёр сухан меравад. Баъзе масоили истилоҳот аз қабили «Маъюб» “як вожаи хеле дағал ва ҳатто хашмгин аст ва дар робита ба кӯдак, баъзан ҳатто қобили қабул нест. Дар кишварҳои аврупоӣ истилоҳи «кӯдаки маъюб» ҳеҷ гоҳ истифода нашудааст.Чунин кӯдаконро дар бисёре аз кишарҳои пешрафта «кӯдакони дорои имконияти маҳдуддошта», «кӯдакони бо нуқсон» ё «кӯдакони мушкилоти таҳсилотӣ» меноманд. Эҳтимол, ин муносибати дуруст ба ин тоифаи кӯдакон аст, зеро онҳо дар ҷои аввал кӯдак ҳастанд.

Мушкилоти мутобиқсозии иҷтимоии чунин кӯдакон ҳоло ҳам муҳим аст.Дар синни 20-солагӣ ва болотар аз он маъюб шудан душвор аст ва аз таввалуд боз ҳам мушкилтар мебошад, зеро дар даврони кӯдакӣ кӯдак бисёр чизҳоро дарк мекунад ва меомӯзад ва маъюбӣ монеаи бузурге барои

бартараф кардани ҳама чизи нав мегагдад. Нофаҳмӣ, беэътиноӣ, нодонӣ, таасуб, тарс омилҳои иҷтимоӣ буда, ба рушди кӯдакони маълул монеъ шуда, ба ҷудо кардани онҳо аз ҷомеъа оварда мерасонад. Онҳо ба дигарон наздик намешаванд.Аммо бисёрии онҳо хело боистеъдоданд ва баъзан ин истеъдодҳо ҳато ба мантиқи инсонӣ тоб намеоваранд: шеър менависанд, ба варзиш машғул мешаванд, суруд мехонанд, расмкаши мекунанд, асбобҳои мусиқи менавозанд

Чунин кӯдакон на танҳо ба фаҳмиш падару модар, балки умуман ба фаҳмиш ва кӯмаки ҷомеа ниёз доранд, танҳо дар он сурат онҳо метавонанд дарк кунанд, ки онҳо воқеан лозиманд, онҳоро воқеан мефаҳманд ва дӯст медоранд.

Ба чунин кӯдакон ҳар қадар зудтар ёрӣ расонда шавад, ҳамон қадар эҳтимол дорад, ки вай ба боғчаи муқарарӣ рафта, дар мактаби муқарарӣ таҳсил кунад.Аз ин рӯ, тавонбахшии ислоҳӣ бояд фавран пас аз таввалуд, вақте ки мушкилоти дахлдор муаян карда мешавад, таъмин карда шавад.

Имрӯз дар байни мушкилоти сершуморе, ки волидайни кӯдаки дорои маълулият бо онҳо рӯбарӯ мешаванд, ду мушкилоти муҳимтарин ба амал меоянд. Мушкилоти якум ва асоси ин муносибати дигарон бо кӯдаки маъюб аст. Мушкилоти дуюм тарбияи ин кӯдакон мебошад. Бисёр боғчаҳо ва мактабҳо кӯдакони дорои имконияти маҳдудро қабул карда наметавонанд, зеро онҳо асбобу анҷоми махсус, муаллимони маълумоти махсус надоранд ва ё доранд аммо норасо мебошанд.

Ҳоло давлат ба кӯдакони имкониятаашон маҳдуд таваҷҷӯҳи хоса зоҳир намуда, муассисаҳои тиббию таълимӣ бо муваффақият инкишоф меёбанд.Аммо мизони кумак дар хизматрасонӣ ба кӯдакони ин тоифа ба ниёзҳо ҷавобгӯ нест, зеро мушкилоте, ки тавонбахшии иҷтимоӣ ва мутобиқшавӣ дар оянда ҳал нашудааст.Чунин масъалаҳои инкишофи шахсияти кӯдак, аз қабили: муносибати ӯ бо ҷамъият, эҳсоси «худро» дар ҷамъият дар нақшаи дуюм мемонанд.

Системаи маориф бароикӯдакони имкониятаашон маҳдудна ҳама ниёзмандонро фаро мегирад. Ҳолати таълими инфиродӣ дар хона на ҳама вақт ба талаботи муносибати ҳамаҷониба ба шахсияти кӯдак мувофиқат мекунад, зеро муваффақияти барқарорсозии чунин кӯдакон аз рушди доираи эҳсосу идроки қавӣ ва хусусиятҳои шахсии онҳо вобаста аст.

Ҳоло ташкили просесси таълиму тарбияро дар хона муалимони мактабҳои маҳалли истиқомати кӯдакони маъюб ба ҷо меоранд. Дар татбиқи барномаи таълимии мактабӣ танҳо дониши касбии фанни мазкур кифоя нест. Муаллим бояд дорои дониши махсуси психологӣ бошад, ки барои муносибати шахсӣ ба кӯдакӣ маъюб зарур аст. Имконияти додани машварати тахассусӣ ба волидон дар масъалаҳои тарбия ва ислоҳи рафтор, ташкили фаъолияти тавонбахшӣ, муносибатҳои дохили оила.

Омузиши психологию педагогии падару модарон қисми таркибии кори ҷамъиятӣ мебошад. Волидайн бояд ҳамчун ёрдамчии омӯзгор амал кунанд. Асоси методологии таълими психологию педагогии падару модарон дар он аст, ки оила ин муҳите мебошад, ки дар он кӯдак дар бораи худ тасаввуроти «Ман шахси дорои ақидаи худ ҳастам», ташаккул меёбад, ки дар он ӯ дар бораи худ қарорҳои аввалин қабул мекунад ва табиати иҷтимоии ӯ аз он ҷо оғоз меёбад. Вазифаи тарбияи оилавӣ аз он иборат аст, ки ба кӯдаки дорои маълулият табдил ёфтани шахси салоҳиятдоре, ки бо итифода аз воситаҳои созанда барои ташаккули худбаҳодиҳӣ ва ноил шудан ба мавқеи муайяни иҷтимоӣ истифода мебарад.

Хулоса, танҳо кори якҷояи омӯзгорон, волидон ва кормандони иҷтимоӣ имкон медиҳад, ки масъалаҳои рушди шахсияти кӯдак, барқарорсозии иҷтимоӣ ва мутобиқсозии ӯ дар оянда ҳал карда шаванд.

Кӯдакони маъюб як ҷузъи неруи инсонии кишвари мо ва ҷаҳон мебошанд. Одамони маъюб метавонанд ҳама чизро ё қариб ҳама чизро иҷро кунанд, онҳо танҳо ба кӯмак ниёз доранд ва беҳтараш сари вақт.

Адабиёт

1) Арпентьева М.Р. Проблемы лиц с ограниченными возможностями здоровья (детей и взрослых) и их семей // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2016. – № 2. – С. 48–52.
2) Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Гундобина О.С., Лукина Е.А., Геворкян А.К., Савостьянов К.В. и др. Ведение детей с болезнью Гоше. Современные клинические рекомендации. Педиатрическая фармакология. 2016; 13(3): 244–50.
3) Винярская И.В., Терлецкая Р.Н., Басаргина Е.Н., и др. Заболеваемость детей болезнями системы кровообращения в Российской Федерации // Российский педиатрический журнал. 2015. Т. 18. № 5 С. 60–65.
4) Гоибов А.Г., Лукьянов Н.Б., Рузиев М.М., Абдурахимов А.С. Условия перехода к социальной модели инвалидности и особенности реабилитации лиц с ограниченными возможностями в Республики Таджикистан // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2017. – №3. – С. 11-15.
5) Инвалидность и социальное положение инвалидов в России / под ред. Т. М. Малевой. М.:ДелоРАНХиГС, 2017. 256 с.
6) Итоговый отчет ПРООН по вопросам инвалидности в Таджикистане. Душанбе, 2012.
9. Профиль страны по инвалидности: Республика Таджикистан.- Японское агентство по международному сотрудничеству. 2009. С. 6.
7) Камилова ГИ, Ашурова НС, Чудинов АВ, Гаибова МГ. Основные факторы, обусловливающие первичную инвалидность населения Республики Таджикистан. Вестник Авиценны. 2015;3:102-6.
8) Мавлонов АП, Косимова МС, Сулаймонов ИИ. Результаты исследования комплексной медико-социальной реабилитации детей с перинатальным поражением нервной системы. Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2018;8(4):437-42.
9) Носирова М.П., Иномзода Д.И., Ёдгорова М.Д., Умароваз.К. Структура заболеваний, обусловивших инвалидность среди детей города Душанбе// Вестник Авиценны 2019 том 21 № 4 с.603-609
10) Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы. Постановление правительства Республики Таджикистан №455 от 28 октября 2016 г.

ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Боймуродов Б. Н.
ГУ «Деткий Республиканский реабилитационный центр».

Актуальность. Распространённость инвалидности у детей – один из показателей, характеризующих состояние здоровья детского населения, а также их положение в стране.

Цель. Изучить современные взгляды на проблему детской инвалидности и определить наиболее важные перспективы.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ имеющейся информации и государственной статистики, отчет о деятельности ГУ Республиканский детский реабилитационный центр.

92 **Результаты и их обсуждение.** Проблема детей инвалидов продолжает остаДваться одной из наиболее важных для родителей, где воспитывается больной ребенок. В значительной степени данная проблема связана с двумя значимыми задачами. Во первых к одной из важных проблем это отношение окружающих в данной семье, вторая проблема связана с процессом организации и проведения инклюзивного образовательного процесса больному ребенку. Остается значительной на сегодняшний день не все детские дошкольные учреждения могут организовать учебный процесс, тому причины отсутствие специальных условий. Кадрового потенциала, специального оборудования

Выводы.Дети-инвалиды относятся к определенному контингенту человеческого потенциала, которые нуждаются в определенных условий окружающего среды.Только при условии комплексного похода с привлечением представителей системы образования, родителей социальных работников могут способствовать развитию ребенка и его социальную адаптацию к условиям окружающей среды. Способности детей с ограниченными возможностями в решении некоторых задач практически безграничны, данная категория детей нуждается в поддержке и содействии.

Ключевые слова; дети-инвалиды, родители, общества, реабилитация.

CHILDREN WITH DISABLED PROBLEM OF MODERN SOCIETY

B.N.Boymurodov
State Institution"Republican Children'sRehabilitation Center"

Relevance. The prevalence of disability in children is one of the indicators that characterize the health status of the child population, as well as their situation in the country.

Purpose. To study current views on the problem of childhood disability and identify the most important perspectives.

Materials and research methods. The analysis of available information and state statistics, a report on the activities of the State Institution Republican Children's Rehabilitation Center was carried out.

Results and its discussion. Today, among the numerous problems that parents of a child with disabilities face, two of the most significant come to the fore. The first and main one is the attitude of others. The second problem is the education of such children. Many kindergartens and schools cannot accept children with disabilities because they do not have or do not have enough special equipment, teachers with special education.

Findings. Comprehensive joint work of teachers, parents and social workers will solve the problems of the development of the child's personality, his social rehabilitation and adaptation in the future. Disabled children are part of the human potential of our country and the world. People with disabilities can do everything or almost everything. They just need help, and preferably on time.

Keywords; disabled children, parents, societies, rehabilitation.

Боймуродов Бобомурод Насридинович- унвончӯи МД «Пажӯҳишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон» тел: (+992) 908880432, E-mail:boymurodov.1983@mail.ru

Боймуродов Бобомурод Насридинович- соискатель ГУ«Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» тел: (+992) 908880432, E-mail: boymurodov.1983@mail.ru

BoymurodovBobomurodNasridinovich- Applicant of the SI«Tajik Research institute of Preventive Mtdicine»тел: (+992) 908880432, E-mail: boymurodov.1983@mail.ru

ХУСУСИЯТҲОИ ПАЙВАНДИ ПЛАЗМАВИИ ГЕМОСТАЗ ДАР КоДАКОНИ НАВЗОДИ ГИРИФТОРИ СИРОЯТҲОИ ДОХИЛИ БАТНв

Зайнудинова П. Қ., Исмоилов К. И., Ҷаборова Н. С.
МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино Душанбе, Тоҷикистон,
Кафедраи бемориэои кӯдаконаи №2

Муҳиммият. Давраи барвақти неонаталӣ дар кӯдаконе, ки таъсири номатлуби раванди вайроншавии хомиладорӣ доранд, аз ҷумла дар давраи сирояτёбии дохилибатнӣ, мавҷудияти заминаи экстремалии физиолоҷиро тавсиф мекунад, ки на танҳо аз ихтилоли гемостазиолочӣ дар системаи модар – ҳамроҳак – ҷанин, балки бо норасогии табиии як қатор омилҳои коагулятсионии хун, антикоагулятсияҳои физиолочӣ ва

ҷузъҳои фибринолиз, инчунин дохилшавии гардиши шушӣ, гемолизи пас аз таваллуд, дучоршавӣ ба стрессҳои бактериявӣ ва як қатор дигар тағиротҳое, ки замима эҷод мекунанд, барои вайроншавии ҷиддӣ ва хатарнок дар танзими худ дар ин давраи ҳаёт. Ин махсусан дар кӯдакони бармаҳалтаваллудшуда ва кӯдаконе, ки вазни баданашон кам нисбати давраи гестатсиони мебошад, зоҳир мегардад [1, 3].

Сирояти дохили батнӣ яке аз муҳимтарин проблемаҳои тиббию иҷтимоии акушерӣ ва перинатолоҷии муосир мебошад. Аҳамияти хосаи он аз сатҳи баланди беморшавӣ дар байни занони ҳомила, занони таваллудкун ва таваллудкарда бо осеб дидани ҷанин ва навзодон, қисми зиёди бемориҳои бактериявӣ ва вирусӣ дар сохтори фавти модарон ва оқибатҳои номусоиди перинаталӣ иборат аст [4, 5, 7].

Ҳамин тариқ, ба гуфтаи як қатор муаллифон, дар ш. Москва, сироятҳои дохили батнӣ дар 27,4 – 36,6% кӯдакони зинда таваллудшуда инкишоф ёфта, дар сохтори фавти навзодҳо патологияи сироятӣ ҷойҳои 1 – 3 –ро ишғол намуда, аз 11 то 45% талафотро ба бар мегирад. [4, 5, 8].

Ихтилоли системаи коагулятияи хун асосан дар заминаи сироятёбӣ, асфиксияи шадид, синдроми дисстресси респираторӣ ба вуҷуд омада, яке аз сабабҳои асосии марг ва маъюбии кӯдакони бармаҳал ва дар мӯҳлат таваллудшуда ба шумор меравад [2-4].

Зуҳуроти гемостазҳои вайроншуда метавонад ба равандҳои патолоҷӣ ба монанди зиёдшавии хунравӣ, синдроми паҳншудаи лахташавии дохилирагӣ, микротромбоваскулит ва тромбоз оварда расонад, ки ҳамчун мушкилтарин мушкилиҳои давраи навзодӣ таҳлил карда мешаванд. Онҳо бо басомади ҳадди аксар дар вирусемия, сироятҳои шадиди бактериявӣ ва захролудшавии хун, гемолиз, ситолиз ва дигар ҳолатҳои фавқуллода пайдо мешаванд [1, 4, 6].

Имрӯз, муайян кардани пайванди плазмавии гемостаз як ҷанбаи аз ҳад зиёд муҳими ташхиси ҳолатҳои фавқуллода мебошад, ки пеш аз ҳама дар неонатология ва педиатрия талаб карда мешавад.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои пайванди плазмавии гемостаз дар кӯдакони навзоди гирифтори сироятҳои модарзодии дохили батнӣ.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқоти клиникии беморон дар пойгаҳи зинаи 2 – юми назорати беморон дар шуъбаи 5 – ми соматикии кӯдаконаи МД ММТҶТ беморхонаи “Шифобахш” гузаронида шуд. Дар мавриди тадқиқоти мазкур 52 навзоди гирифтори сирояти дохили батнӣ қарор дошт. Аз ин нишондодҳо 32(61,5%) нафарашон кӯдакони расида ва 20 (38,5%) нафарашон кӯдакони норасиди синну солашон аз 5 то 2 моҳаро ташкил медод. Аз инҳо 7(13,5%) нафар навзод аз таваллудхона интиқол шуда ва 45 (86, 5%) - тои дигарашон аз хона дар ҳолати вазнин муроҷиат намуда бистарӣ шуданд. Ҳамаи беморони таҳти назорат қароргирифтаи мо ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуда буданд. Гурӯҳи якумро 36 (69,2%) нафар беморони гирифтори ҷараёни шадиди сирояти дохили батнӣ ва гурӯҳи дуввумро 16 (30,8%) нафар беморони гирифтори ҷараёни хеле вазнини патолоҷӣ ташкил медод. Гурӯҳи назоратӣ аз 20 навзоди нисбатан солим иборат буд.

Ба ҳамаи беморон баҳодиҳии аломатҳои клиникавии сирояти модарзодии дохили батнӣ, муайян кардани параметрҳои гематолоҷӣ ва биохимиявии хун ва маркерҳои TOCRH сирият, кишти хун, наҷосат ва луоб аз гулӯ барои микрофлора, нишондодҳои пайванди плазмавии гемостаз гузаронида шуданд.

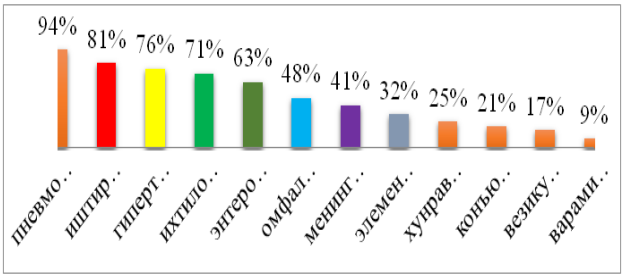
Коркарди маълумоти оморӣ бо истифода аз усулҳои стандартии барномаҳои STATISTIKA 6,0 (StatSoftInc., ИМА) анҷом дода шуд. Арзишҳои миқдорӣ ҳамчун арзишҳои миёна ва хатоҳои стандартӣ, арзишҳои сифатӣ бошад ҳамчун арзишҳои мутлақ ва ҳиссаи онҳо(%) тавсиф карда шудаанд. Муқоисаи ҷуфти арзишҳои мутлақ бо истифода аз санҷиши U-меъёри Манн Уитни гузаронида шуданд. Фарқияти байни нишондиҳандаҳо ҳангоми $p<0,05$ аҳамияти оморӣ ҳисобида шуд.

Натиҷаи тадқиқот ва баррасии он. Дар ҳамаи модарони кӯдакони назоратшаванда

собиқаи акушерии тӯлонӣ ҷой дошта буд ба монанди ҷараёни оризавии марҳилаи антенаталиву таваллуд – 29 (55,7%), исқоти ҳамли сершумор - 18 (34,6%), гестоз дар ҳомиладорон – 14 (26,9%), ҳомиладории инкишофнаёфта - 34 (65,3%), мурдатаваллудшудагон 3 (5,7%), норасогии ғизо– 13 (25%), фосилаи беобии тӯлонӣ -20 (38%) и ғ.

Ҳамаи кӯдакони дар ҳолати вазнин 36 (69,2%) ва хеле вазнин 16 (30,8%), бистаришуда бо шикоятхои зерин мурочиат намуда буданд: 40 нафар бо гипертермия (76%), пусти мармарӣ дар 25 (48%)кӯдак, акроцианоз дар 28 (53%), нафастангӣ дар 35 (67%), иштироки мушакҳои ёрирасони қафаси сина дар 42 (81%), ҷамшавии кафк дар даҳон дар 25 (47%), изҳои геморрагӣ дар пусти бадан дар 17 (32%), хунравӣ аз ҷои сӯзандору дар 13 (25%) навзоди бемор. Клиникаи сирояти дохили батнӣ дар беморони мушоҳидашуда аломатҳои гуногун доштанд. Дар баробари зуҳуроти асосии клиникӣ дар кӯдакони навзод патологияи илтиҳоби - сироятии ҳамрадиф ба назар мерасид, ки дар байни онҳо бештар пневмония дар 49 (94%) нафар, омфалит дар 21 (40%) бемор, пемфигуси навзодон дар 4 навзод (7%), конъюнктивит дар 11 (21%) бемор, везикулопустулез дар 9 (17%) нафар бемор, энтероколит дар 33(63%) нафар, варами мағзи сар дар 6 (9%) бемор, менингоэнцефалит дар 6 (11,5%) ва гидросефалия дар 5(9,6%) навзоди бемор мушоҳида шуд.

Диаграмма №1. - Клиникаи СДБ дар кӯдакони навзоди таҳти назорат.

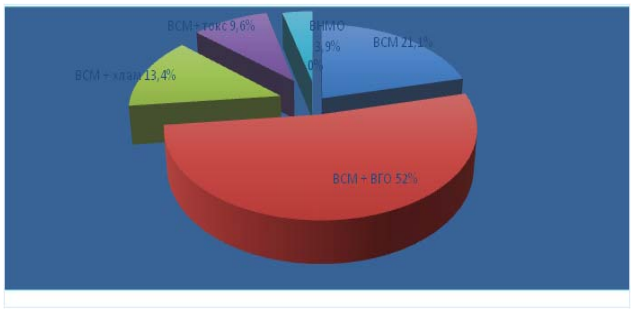


Эзоҳ: % аз шумораи умумии беморон

Дар ҳамаи навзодон гипорефлексия (66%), гиподинамия (90%), синдроми вегетативию вистсерали (71%) айён буд.Дар беморони муоинашуда ҷараёни вазнини сирояти дохили батнӣ бо оризаҳои синдроми лахташавии паҳншудаи дохилирагӣ (52%), энтероколити решию некротикӣ (6%), бо ихтилоҷҳо (71%), варами мағзи сар (9 %). Дар 94% ташхиси пневмония ба тавассути рентген тасдиқ карда шудааст.

Омӯзиши серологии хуни кӯдакони навзодон бо сироятҳои дохлибатнӣ барои TORCH – сироятҳо мушоҳидашуда титрҳои мусбати (зиёда аз 1:400) маркерҳои сирояти вируси ситомегалия (ВСМ) дар 11 (21,1%) кӯдак, сирояти ВСМ ва вируси герпеси оддӣ дар 27 (52%) нафар, сирояти ВСМ ва хламидиоз – дар 7 (13,4%) кас, дар 2 (3,9%) нафар маркерҳои сирояти ВНМО, сирояти ВСМ + токсоплазмоз – дар 5 (9,6%) беморони муоинашуда муайян карда шуд. Дар бештари тифлони навзод шакли омехтаи сироят муайян карда шуд, ки қисми зиёди омезишро сироятҳо ба монанди ВСМ ва сирояти вируси герпеси ташкил менамуд. Рафти сирояти дохилибатнии модарзодӣ дар кӯдакони ҳарду гурӯҳ асосан дар шакли норасогии полиорганӣ зоҳир шуд.

Диаграмма №2 .- Нишондиҳандаҳои санҷишҳои хун дар кӯдакони навзод бо TORCH - сироят



Эзоҳ: % аз миқдори умумии беморон

Ҳангоми таҳлили маълумот дар бораи системаи лахташавии хун дар кӯдакони навзоди гурӯҳи якум тамоюл ба баландшавии ВФР қайд карда шуд (АВР) (81,11±1,9). Дар айни замон дар ин кӯдакони муоинашуда тамоюл ба пастшавии сатҳи фибрин (13,33±2,0) ва фибриногенро дар муқоиса бо ҳамин нишондиҳандаҳо дар навзодони солим нишон доданд (333,1±4,0). Вақти лахташавии хун бо усули Ли Уайт дар навзодон бо ҷараёни вазнини СДБ (9,0 ±1,7) нисбат ба нишондиҳан-

даи гурӯҳи назоратӣ тамоюли афзоиш доштр<0,05 (5,0 ±1,0). ВФҚТ (АЧТВ) дар кӯдакони ин гурӯҳ (76,2±1,31) дар муқоиса бо ҳаминнишондодҳоикӯдаконигурӯҳиназоратӣ(34,2±4,92) давомнокиитулонӣдошт.

Дар кӯдакони гурӯҳи 2 бо СДБ вақти фаъолшудаи рекалсификатсия ба таври назаррас афзоиш ёфт (84,77±2,9), дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои кӯдакони гурӯҳи назоратӣ (72,41±3,2) р <0,001. Дар ҳоле, ки миқдори фибрин (14,9±1,4) ва фибриноген (113,81±12,4) дар зардобаи хуни гурӯҳҳои мушоҳидашудаи кӯдакон дар муқоиса бо ҳамин нишондодҳои кӯдакони гурӯҳи назоратӣ хеле паст аст р <0,001 (333,1±4,0). Вақти лахташавии хун по Ли Уайт хеле дароз шудааст (11,81±1,8) дар муқоиса бо ҳамин нишондиҳанда барои кӯдакони солим р <0,001 (5,0±1,3). Дар ин кӯдакон нишондиҳандаҳои ВФУТ (АЧТВ) хеле зиёд шуданд (81,96±2,87) нисбат ба ҳамин нишондиҳанда дар гурӯҳи солим (34,2±4,92).

Ҷадвали №1.- Хусусиятҳои муқоисавии андозаи коагуллограмма дар кӯдакони гурӯҳҳои I ва ЙI

Нишондодҳо	Гуруҳиназоратӣ (n=20)	I – гурӯҳ (n=36)	II -гурӯҳ (n=16)
Вақти рекалсификатсия (сон.) **p** **p1**	72,41±3,2	81,11±1,9 <0,05	84,77±2,9 <0,001 <0,05
Фибрин **p** **p1**	12,0 ±0,9	13,33±2,0 >0,05	14,9±1,4 <0,05 <0,05
Фибриноген (г/л.) **p** **p1**	333,1±4,0	166,43±4 <0,001	113,81±12,4 <0,05 <0,001
Вақти лахташавии хун бо усули Ли Уайт (дақ.)**p** **p1**	5,0±1,3	9,0±1,7 <0,05	11,81±1,8 <0,001 <0,05
ВФҚТ (АЧТВ) (сон) **p** **p1**	34,2±4,92	76,2±1,31 <0,001	81,96±2,87 <0,05 <0,001

Эзоҳ: **p** – аҳамияти статистикиинишондодҳо ба гурӯҳиназоратӣ. $\mathbf{p_1}$ – аҳамияти статистикии нишондодҳо байни фарқияти ду гурӯҳ кӯдакони бемор (аз рӯи U-критерияи Манн-Уитни).

Ҳангоми муқоисаи нишондодҳои коагулограммаи ҳар ду гурӯҳи навзодони бемори гирифтори сирояти дохилибатнӣ хеле дароз шудани вақти лахташавии хун бо усули Ли Уайт ва вақти рекалсификатсия дар гурӯҳи дуюми кӯдакони навзод бо ҷараёни хеле вазнин нисбат ба ҳамин нишондиҳандаи гурӯҳи якум бо раванди шадиди патологӣ муайян карда шуд р <0,05. Ҳамзамон, баръакс, дар зардобаи хуни беморони гурӯҳи дуввум нисбат ба гурӯҳи якуми беморон камшавии ба назар намоёни таркиби фибриноген мушоҳида карда шуд р <0,01.

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои тадқиқоти гузаронидаи мо нишон медиҳанд, ки СДБ дар кӯдакони навзод ҷараёни умумӣ дошта ба нишонаҳои шадиди захролудшавии умумибаданӣ, вайроншавии микросиркуляторӣ ва фаъолияти узвҳои дарунӣ ва системаҳо оварда мерасонад. Тағироти клиникӣ дорои хусусиятҳои бисёрҷониба буда бо ихтилоли системаи лахташавии хун дар шакли номутавозунии гиперкоагулянтӣ ва гипокоагулянтӣ ҳамроҳӣ мекунанд.

Хулоса. Тадқиқи зинаи зардобавии гемостаз нишон дод, ки дар таркиби зардобаи хун дигаргуниҳои гуногунсамт бо намуди фаъолшавии омилҳои лахташавии хун дида мешавад ва ҳамзамон дароз шудани вақт ва давомнокии лахташавии хун мушоҳида карда шуд, ки ин аз инкишофёбии коагулопатияи талаботӣ шаҳодат медиҳад.

Дараҷаи зоҳиршавии зуҳуроти номбаршуда аз раванди ҳомиладорӣ ва таваллуд, намуди барангезандаи сироятӣ, дараҷаи камолот ва инкишофёбии вазифаҳои узвҳову системаҳо, шиддати синдроми холестаз, ситолиз ва илтиҳоби системавӣ вобастагӣ дорад. Зуҳуроти дигаргуниҳои зинаи плазмавии гомеостаз зарурияти таъин намудани табобати ислоҳкунандаи мувофикро талаб мекунад.

Адабиёт

1. Белоусова Т. В. Нарушение системы гемостаза у новорожденных с врожденной генерализованной инфекцией ДНК – вирусной этиологии / Т. В. Белоусова, И. О. Маринкин // Сибирскийжурнал клинической и экспериментальной медицины. - 2010. Т-25, №1. - С. 57- 61.
2. Заболотских И. Б. Диагностика и коррекция расстройств системы гемостаза / И. Б. Заболотских, С. В. Синников и др. // М., «Практическая медицина». - 2008. С. 134.
3. Зурхолова Х. Р. Особенности гемостатических сдвигов у недоношенных детей с пневмонией / Х. Р. Зурхолова и др. // Здравоохранение Таджикистана. – 2019. - №4 (336). – с. 24-27.
4. Идрисова Л. С. Оценка состояния новорожденных, родившихся от матерей с высоким риском развития внутриутробной инфекции / Л. С. Идрисова и др. // Руководство для врачей. Современные проблемы науки и образования. – 2012. -№1.
5. Леонова Е. Ю. Особенности системы гемостаза у новорожденных детей / Е. Ю. Леонова, О. Ю. Синякин // Охрана материнства и детства. -2016. - №2 (28). – С. 76 – 81.
6. Шабалов Н. П. Гемостаз в динамике первой недели жизни как отражение механизмов адаптации к внеутробной жизни новорожденного // Педиатрия. – М., 2000. №3. С. 84-91.
7. Шабалов Н. П. Неонатология // Н.П. Шабалов М., 2009. – Т. 1. С. 567- 581с.

ОСОБЕННОСТИ ПЛАЗМЕННОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Зайнудинова П. К., Исмоилов К. И., Джаборова Н. С.
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино Душанбе, Таджикистан кафедра детских болезней №2

Результаты проведенного нами исследования плазменного звена гемостаза у 52 новорожденных детей с ВУИ показало наличие распространенности процесса с явными симптомами интоксикации, нарушениями функций внутренних органов и систем. Клиническая картина у детей сопровождалась изменениями в свертывающей системе крови, проявившейся в дисбалансе, как по гиперкоагуляционному, так и гипокоагуляционному типу.

Исследование плазменного звена гемостаза показало изменений в нем в виде активации плазменных факторов свертывания крови, в то же время отмечалось увеличение длительности и времени свертывания крови, что свидетельствует о развитии коагулопатии потребления у данной категории больных, выраженность которых зависит от течения ВУИ и патогенности возбудителя к органам и тканям.

Выявленные в плазменном звене нарушения гемостаза у детей с ВУИ диктует о необходимости разработки методов ранней диагностики, эффективного проведения корригирующей терапии и профилактики внутриутробных инфекций.

Ключевые слова. Новорожденные дети, внутриутробная инфекция,гемостаз.

THE STATE OF THE PLASMA LINK OF HEMOSTASIS IN NEWBORNS CHILDREN WITH INTRAUTERINE INFECTIONS

K. I. Ismoilov, P. Q. Zainudinova,N.S. Jaborova
TSMU named Abuali ibni Sino Department of children's diseases № 2

The results of our study of the blood coagulation system in 52 newborns children with congenital IUIshowed that intrauterine infections have a generalized course with severe symptoms of intoxication and microcirculatory disorders, dysfunction of internal organs of the systems. Clinical changes were accompanied by disturbances in the blood coagulation system of a multidirectional nature in the form of both hypercoagulatory and hypocoagulatoru imbalance.

In children on the background of IUI, changes in hemostasis are observed in the form

of a system, the multidirectional plasma link of which depends on the course of pathology system and the tropism of the coagulation pathogen of IUI to organs and tissues. Identifying changes in hemostasis link in children with IUI dictates necessary of holding timely adequate corrective therapy.

Key words: Hemostasis, intrauterine infection, newborns children.

Зайнудинова Парвина Қурбоншоевна*– ассистенти кафедраибемориэои кӯдаконаи №2- и МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, parvina904481980@gmail.com тел.: +92 904 48 1980*

Исмоилов Комилҷон Исроилович – профессори кафедраи беморихои кӯдаконаи №2 – и МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино,E.mail:ismoilov52@inbox.ru тел.: +92 985 12 78 45.

Ҷаборова Наргис Сулаймонқуловна - н.и.т, ходими илми бахши гинекологӣ- эндокринологӣ ва репродуктологияи МД ПИТГ ва П ҶТ E.mail:njaborova Glist.ru тел.: +92 918 61 61 14

Зайнудинова Парвина Курбоншоевна – ассистент кафедры детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино, г. Душанбе, ул. Джавонон, тел.: +92 904 48 19 80, parvina904481980@gmail.com

Исмоилов Комилжон Исроилович - д. м. н, профессор кафедры детских болезней №2. E.mail:ismoilov52@inbox.ru тел.: +92 985 12 78 45.

Ҷаборова Наргис Сулаймонқуловна – к.м.н, научный сотрудник отдела гинекологичечкой эндокринологии и ГУ НИИАГ и П РТ. E.mail:njaborova Glist.ru тел.: +92 918 61 61 14

Zainudinova Parvina Qurbonshoevna - assistant of the department of children's diseases № 2 TSMU named Abuali ibni Sino,tel.:+992 904 48 19 80 parvina904481980@gmail.com

Ismoilov Komiljon Isroiljvich – d. m. s., professor**,** head of the department of children's diseases №2, TSMU named Abuali ibni Sino, E.mail:ismoilov52@inbox.ru

Jaborova Nargis Sulaymonkulovna– c.m.s, researcher, departmentof gynecological endocrinology and reproductologyGA RIOG P. E.mail:njaborova Glist.ruтел.: +92 918 61 61 14

ХУСУСИЯТҲОИ ЗУҲУРОТИ ПоСТИИ АЛЛЕРГИЯИ ДОРУӢ ДАР КоДАКОН

Қурбонов Н.Б.,[1] **Давлатов С.Т.,**[1] **Қурбонова Р.Н.**[2]

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

2.Кафедраи аллергология ва иммунологияи клиникии МДИ ДТБДКСТ ҶТ

Муҳиммияти мавзуъ. Айни замон аллергияи дорӯӣ як мушкилоти таъхирнопазири тибби муосир ба шумор меравад ва осеби пӯсти дорӯӣ яке аз зуҳуротҳои маъмултарини аллергия ба ҳисоб меравад. Вариантҳои ин осебҳо аз ҷиҳати клиникӣ бо зуҳуроти назарраси полиморфии доғҳо, новобаста аз шаклҳои дорӯӣ фарқ мекунанд [1,2,4,5,6].

Мувофиқи маълумоти сарчашмаҳо ҳангоми пайдарпай истеъмол намудани зиёда аз 5 намуди доруворӣ таъсири нохуши онҳо то 71 % меафзояд [3]. Табобати беасос ва беиҷозати доруворӣ метавонад ба оқибатҳои зараровар бо инкишофи оризаҳои гуногун ва таъсири нохуш ва фалокатовар оварда расонад, ки хеле гуногун ва пешгуинашаванда мебошанд [5,7].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои зуҳуроти пӯстии аллергияи дорӯӣ дар кӯдакон.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот ба таҳлили натиҷаҳои пурсиш дар байни 560 кӯдаки аз 2 моҳа то 14 сола, ки аз соли 2008 то 2020 бо осебҳои гуногуни пӯстии этиологияи дорӯӣ барои кӯмак ба аллерголгҳо муроҷиат кардаанд, асос ёфтааст. Дар тӯли 12 сол 560 кӯдаки аз 2 моҳа то 14 сола таҳти назорати мо қарор доштанд, ки дар байни онҳо 170 кӯдак аз экзантемаи собит, 4 кӯдак аз эритемаи экссудативӣ, 38 кӯдак аз авҷгирии дерматити атопикӣ пас аз антибиотикҳо, 6 кӯдак аз дерматити периоралӣ ва 34

кӯдак аз дигар зуҳуроти аллергияи дорӯй азият мекашиданд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи он. Экзантемаи собит ба зуҳуроти маъмултарини аллергияи дорӯй тааллуқ дорад. Аз нуқтаи назари клиникӣ ба он пайдоиши доғҳои хурд (65,5%) [3,4,5] хос буд. Аз 170 беморони гирифтори экзантемаи собит дар 99 кӯдакон (58,2%) он ба антибиотикҳои сефалоспоринҳо, дар 71 (41,8%) кӯдакон - барои дигар дорухо таҳия шудааст. Аз рӯйи синну сол кӯдаконе, ки ба экзантемаи собит мубтало шудаанд, чунин тақсим карда шуданд: аз 2 моҳа то 2 сола - 52 кӯдак, аз 3 то 5 сола - 28 кӯдак, аз 12 то 14 сола - 26 кӯдак. 101 нафар (59,4%) писарон ва 69 нафар (40,6%) духтарон буданд.

Дар 134 (78,8%) кӯдак дар рӯзи якум ё дуюми пас аз таъйини дорухо экзантемаи аз ҷиҳати клиникӣ собит ба вуҷуд омадааст. Табиати доғҳо полиморфӣ буда, аксар вақт онҳо эритематозӣ буданд - дар 82 (48,2%) кӯдакон, дар 71 (41,8%) кӯдакон доғи макулопапулярӣ ва дар 17 (10%) беморон доғҳои махмалакмонандро қайд карданд. Дар ҳамаи беморони дар таҳти назоратбуда доғҳо дар 2-5 кӯдак боқӣ мондаанд. Дар 63 (37,1%) кӯдак доғҳо дар рӯзи аввали таъйини антигистаминҳо ва доруҳои гормоналӣ аз байн рафтанд. Доғҳо баъзан бо ҳарорати субфебрилӣ ва хориши пӯст ҳамроҳӣ мекарданд. Бояд қайд кард, ки пас аз таъйини антибиотикҳо доғҳо аксар вақт дар рӯзи аввали беморӣ камтар ва дар рӯзи дуюм бештар пайдо мешаванд. Ҳангоми таъйини сулфаниламид ва дигар доруҳо, одатан, бусурот дар рӯзи 3-4-уми беморӣ, камтар дар рӯзи дуюм пайдо мешавад.

Ҳамин тариқ, экзантемаи собит як оризаи аллергиявии терапияи дорӯй бо зуҳури полиморфии доғҳо мебошад, ки аксар вақт дар писарон мушоҳида мешавад ва бо афзоиши синну соли кӯдакон шумораи беморони экзантемаи собит кам мешавад.

Эритемаи экссудативӣ дар кӯдакон. Эритемаи экссудативӣ як бемории аллергии пӯст буда, дар байни кӯдакон хеле кам мушоҳида мешавад. Дар зери назорати мо 4 кӯдаки гирифтори эритемаи экссудативӣ қарор доштанд, ки аз ин шумора аз 3 то 5 сола - 2 кӯдак ва аз 5 то 7 сола низ 2 кӯдак буд. Аз ин шумора 2 писар ва 2 духтар буданд. Сабаби инкишофи беморӣ дар 3 кӯдак пенитсиллин ва дар 1 кӯдак ампитсиллин будааст. Зуҳуроти клиникии эритемаи экссудативӣ дар беморони мушоҳидашуда баланд шудани ҳарорати бадан бо ҳамзамон пайдоиши доғҳои папулярӣ дар тамоми бадан буд. Дар рӯзи дуюми беморӣ дар як кӯдак шакли буллёзии беморӣ пайдо шуд: андозаи блистерҳо аз 1 то 1,5 см буда, доғҳо ранги хокистарранг-кабудӣ доштанд ва аз сатҳи пӯст каме баланд шуданд. Ҳама кӯдакони мушоҳидашуда аломатҳои захролудшавӣ, инчунин дарди мушакҳоро ба назар мерасид. Дар луобпардаи беморони мушоҳидашуда элементҳои экссудативӣ вуҷуд надоштанд. Дар 3 кӯдак дилбеҳузурӣ, баъзан қайкунӣ дида мешуд.

Давомнокии беморӣ дар беморони мушоҳидашуда аз 3 то 4 ҳафта буд. Пигментатсияи қаҳваранг дар макони доғ дар тӯли 6 моҳ, ё бештар аз он боқӣ монд.

Дерматити атопикӣ дар кӯдакон. Дерматити атопикӣ бемории алергиявии пӯст мебошад ва ин беморӣ дар синни кӯдакӣ нисбатан кам во мехӯрад. Мо 38 кӯдакро бо авҷгирии дерматити атопикӣ мушоҳида кардем, аз ҷумла 9 кӯдаки аз 2 моҳа то 2 сола, 8 кӯдак - аз 3 то 5 сола, 6 кӯдак - аз 6 то 7 сола, 7 кӯдак - аз 8 то 11 сола, 8 кӯдак - аз 12 то 14 сола буданд. Аз ин шумора дар 26 (68,4%) кӯдакон сабаби авҷ гирифтани беморӣ таъйини антибиотикҳо, аз чумла, дар 3 кӯдак пенитсиллин, дар 1 кӯдак ампитсиллин буд. Дар 12 кӯдак (31,6%) омилҳои этиологӣ доруҳои зерин буданд: макролидҳо-2, сефалоспоринҳо-3, тетратсиклин-4, антигистамин-1, полимиксин-1 ва фузидин натрий-1. Аз ҷиҳати клиникӣ авҷ гирифтани дерматити атопикӣ бо аломатҳои зерин ифода ёфт: экссудатсия дар 16 (42,1%), пролифератсия дар 10 (26,3%), ва дар 12 (31,6%) кӯдакон омехтаи экссудасия ва пролифератсия ба қайд гирифта шудааст, дар ҳамаи кӯдакони мушоҳида хориши пӯст мушоҳида мешуд.

Дерматитҳои периоралӣ дар кӯдакон як ҳолати хеле камёфти пӯст аст, ки ба пӯсти

атрофи даҳон дар алоҳидагӣ таъсир мерасонад.

Аз 560 кӯдаке, ки мо мушоҳида кардем, 6 кӯдак (1,1%) гирифтори дерматити периоралӣ буданд. Сабаби инкишофи беморӣ дар 3 кӯдак доруҳои пенитсиллин, дар 1 кӯдак - тетратсиклин, дар 1 кӯдак - олететрин ва ваксинаи зидди сулфакабутак, гулузиндонак ва кузоз дар 1 кӯдак буданд. Дар 4 бемор ташаккулёбии экссудатсия дар атрофи даҳон мушоҳида карда шуд, дар 1 кӯдак пролифератсия ва омехтаи экссудатсия бо пролифератсия (баъди ворид кардани ваксинаи зидди сулфакабутак, гулузиндонак ва кузоз) мушоҳида шудааст. Бояд қайд кард, ки раванди илтиҳобии аллергӣ зиёда аз 6 моҳ давом кард ва онро ҳатто бо табобати гормонӣ бартараф кардан душвор буд.

Хулоса. Аллергияи дорӯӣ дар зиёда аз 60% ҳолатҳо ба пӯсти кӯдакон бо зуҳури полиморфии доғ таъсир мерасонад ва баъзан метавонад бо табларзаи паст ва хориши пӯст мушоҳида шавад. Аксари ҳолатҳо аз ҷониби антибиотикҳои сефалоспорин ва дигар доруҳо ба вуҷуд меоянд. Бояд қайд кард, ки ҳангоми таъйини антибиотикҳо доғҳо аксар вақт дар рӯзи аввали беморӣ, камтар дар рӯзи дуюм пайдо мешаванд. Ҳангоми таъйини сулфаниламид ва дигар доруҳо доғ, одатан, дар рӯзи 3-4-уми беморӣ, аҳён дар рӯзи дуюм пайдо мешавад. Бо афзоиши синну соли кӯдакон шумораи беморони гирифтори экзантемаи собит кам мешавад.

Адабиёт:

1. Дранник Г.Н.. Клиническая аллергология и иммунология.- Москва.- 2003 г. – 602с.
2. Кулага А.В. и др. Аллергия и грибковые болезни. - Москва.- 2005. – 518с.
3. Хаитов Р.М. Клиническая аллергология и иммунология.- МЕДпресс- информ. Москва.- 2002 г - С.580-582.
4. Горякина Л.А. Клиническая аллергология и иммунология. Москва.- 2009г. С.236-245.
5. Колхир П.В. Доказательная аллергология и иммунология.- Москва.- 2010 г. – 526с.
6. Аллергология. Федеральные клинические рекомендации. Под. Руководством акад. РАН Р.М. Хаитова, проф. Н.И. Ильина. – Фармарус-Принт медиа.- 2014.- 126с.
7. Asero R., Marsano A.V. D-dimer plasma levels parallel the clinical response to omalisumab in patiens with severe chronic spontaneous urticaria. Int. Arch. Allergy Immunal. – 2017. 172-40-44.

ОСОБЕННОСТИ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

Курбонов Н.Б.,[1] **Давлатов С.Т.,**[1] **Курбонова Р.Н.**[2]
1.Кафедра Детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
2. Кафедра Клинической аллергологии и иммунологии ГОУ ИПО в СЗ РТ

Авторы изучили особенности распространенности кожной аллергии на лекарственные препараты в зависимости от пола и возраста детей. По данным Душанбинского аллергологического центра, наиболее распрост-раненными проявлениями аллергии являются поражения кожи. Для решения данного вопроса мы провели ретроспективный анализ заболевания с 2008 по 2020 гг. у 560 детей в возрасте от 2 мес до 14 лет, обратившихся к аллергологам с различными кожными поражениями лекарственной этиологии. По данным авторов, проявления кожной аллергии к лекарственным препаратам по возрасту в большинстве случаев развивались у 59,4% детей от 2 мес до 14 лет. В этиологической структуре препараты цефалоспоринового ряда занимали первое место, в 41,8% -другие препараты. По мнению авторов причинами преобладания кожных проявлений аллергии являются:

1. Необоснованное назначение антибактериальных препаратов;

2. Нарушения иммунной системы и частые ОРВИ, восприимчивость к грибкам, а также частые воспалительные заболевания мочевыделительной системы у детей;

3. Злоупотребление лекарствами со стороны родителей.

Ключевые слова: кожные проявления, лекарственная аллергия, дети

FEATURES OF SKIN MANIFESTATIONS OF DRUG ALLERGY IN CHILDREN

Qurbonov N.B.,[1] Davlatov S.T.,[1] Qurbonova R.N [2]

1.Department of Children's Diseases №2 of SEI "Avicenna TSMU" .
Department of Clinical Allergology and immunology of SEI IPE in Healthcare of RT

The authors studied the prevalence of skin allergy to drugs depending on the sex and age of children. According to the Dushanbe Allergy Center, the most common manifestations of allergy are skin lesions. To address this issue, we conducted a retrospective analysis of the disease from 2008 to 2020 years in 560 children aged 2 months to 14 years, who turned to allergists with various skin lesions of drug etiology. According to the authors, manifestations of skin allergy to drugs by age in most cases developed in 59.4% of children from 2 months to 14 years of age. In the etiological structure, cephalosporin drugs occupied the first place, in 41.8% - other drugs. According to the authors, the reasons for the predominance of skin manifestations of allergies are:

1. Unreasonable prescription of antibacterial drugs;

2. Disorders of the immune system and frequent acute respiratory viral infections, susceptibility to fungi, as well as frequent inflammatory diseases of the urinary system in children;

3. Abuse of drugs by parents.

Keywords: skin manifestations, drug allergy, children

Қурбонов Набӣ Бобоматинович - ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдаконаи №2 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", тел: 918-61-35-57.

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

Qurbonov Nabi Bobomatinovich –assistant of department Children's diseases №2 of SEI "Avicenna TSMU", tel: 918-61-35-57.

Давлатов Самиҳил Тиллоевич - н.и.т., ассистенти кафедраи Бемориҳои кӯдаконаи №2 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" тел**:** 985-28-71-15.

Давлатов Самихил Тиллоевич - к.м.н., ассистент кафедры Детских болезней №2 ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", тел**:** 985-28-71-15.

Davlatov Samihil Tilloevich, c.m.s., assistant of department Children's diseases №2 of SEI "Avicenna TSMU", tel: 985-28-71-15.

Қурбонова Рисолат Набиевна - ассистенти кафедраи аллергология ва иммунологияи клиникии МДИ ДТБДКСТ ҷТ, тел: 918936015.

Курбонова Рисолат Набиевна - ассистент кафедры Клинической аллергологии и иммунологии ГОУ ИПО в СЗ РТ, тел: 988239495.

Qurbonova Risolat Nabievna - assistant of the Department of Clinical Allergology and immunology, SEI Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan, tel: 918936015.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯИ РАХИТ ДАР БАЙНИ КоДАКОНИ СИННИ ТО ЯКСОЛА

Қурбонова П.Г.

МДТ "Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ"

Муҳимият. Рахит (Р) – бемории ба дараҷаи кофӣ паҳнёфта мебошад, ки ба синни муайяни кӯдакон, аз он ҷумла синни бармаҳали кӯдакон хос мебошад, ба омилҳои

асосии баамалоии он воридшавии нокифоя ва/ё синтези витамини витамини D дар вуҷуд мансуб мебошад. Аз рӯйи дараҷаи паҳнёбӣ рахит дорои бузургии кофӣ мебошад, ки тамоми мамлакатҳои ҷаҳонро фаро гирифтааст, аммо дар мамлакатҳои сатҳи зиндагиашон паст буда касрати он баландтар мебошад. Тадқиқотҳои солҳои охир бақайдгирии зиёди рахитро дар мамлакатҳои тараққикарда, ба монанди ИМА, Ҷопон, ҳамчунин мамлакатҳои Аврупо[1,4,9] нишон медиҳанд. Таҳқиқотҳои дар ФР гузаронидашуда аз он шаҳодат медиҳанд, ки рахити дараҷаи сабук ва миёнавазнин дар 50–70%-и кӯдакон [3,6,7] ошкор карда мешаванд. Ҳанӯз соли 1985, А. И. Рывкина муқаррар намудааст, ки рахит дар 56,5% -и кӯдакони соли аввали ҳаёт вомехӯрад, дар баробари ин С. В. Мальцева (1987), касрати пайдошавии рахитро дар 80%-и кӯдакони таҳқиқшуда муқаррар намудааст. Аз он ҷумла аз рӯйи маълумотҳои духтурони кӯдаконаи ш. Москва рахити классикӣ дар 30%-и кӯдакони синни бармаҳал вомехӯрад.

Ҳамин тавр, рахит ҳамчун яке аз бемориҳои паҳнёфтаи кӯдакона, бо баъзе хусусиятҳо вобаста аз сатҳи тараққиёти мамлакат боқӣ мемонад.

Мақсади тадқиқот. Омӯхтани баъзе масъалаҳои эпидемиологияи рахит дар байни кӯдакони синни бармаҳал.

Услубҳои тадқиқот. Дар раванди кор натиҷаҳои таҳқиқотҳои миллии гузаронидашуда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, дар давраҳои аз соли 2009 то соли 2016 истифода бурда шудаанд. Бо таҳқиқот масъалаҳои асосии ғизогирии модарон ва кӯдакон, аз он ҷумла вазн, қад, такрор намудани ғизогирӣ, муайян намудани таҷдиди 24-соатаи ғизогирӣ, муайян намудани Hb, витамини А фаро гирифта шуда, баҳодиҳии таъминотнокии кӯдакон бо витамини D гузаронида шудааст. Дар раванди кор услуби дескриптивӣ ва таҳлилии эпидемиологияи муосир истифода бурда шудаанд. Таҳлили омории мавод бо ёрии пакети барномаҳои таҷрибавии Statistica 10.0 (StatSoft, USA) иҷро карда шудааст.

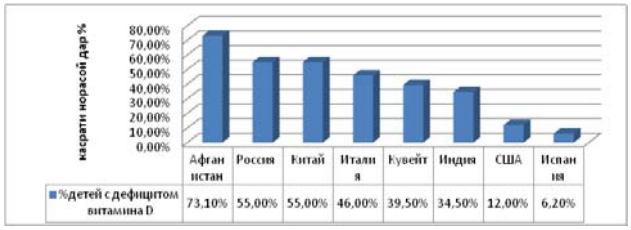
Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Баҳодиҳии масъалаи эпидемиологияи норасоии витамини D нишон дод, ки норасоӣ дар 50%-и аҳолии мамлакатҳои тараққикардаи Аврупо ва ИМА вомехӯрад. Пас дар байни контингенти кӯдакона нишондиҳандаи мазкур тамоман гуногун мебошад ва аз 60% то 100% тағйир меёбад. Омӯзиши сабабҳои чунин паҳнёбии баланд, муқаррар кардааст, ки 2 омили асосӣ вуҷуд доранд ин ғизогирии нобаробар ва мавҷуд набудани нурпошии кофии офтоб. Омили якуми зикргардида нисбатан ба кӯдаконе, ки дар деҳот зиндагӣ мекунанд хос мебошад, ки сабаби ғизогирии пастсифат дар ратсион ба таври фаровон мавҷуд будани маҳсулоти зироатҳои ғалладонагӣ буда, омили дуюм бештар ҳамчун омили этиологӣ дар байни кӯдакони шаҳрӣ қайд карда мешавад.

Аз ҷониби мо таҳлили муқоисавии норасоии витамини D дар мамлакатҳои дар арзҳои гуногуни географӣ ҷойгиршуда ва бо сатҳи гуногуни тараққиёти иқтисодӣ буда гузаронида шудааст. Таҳлил нишон дод, ки касрати норасоии витамин на танҳо аз сатҳи тараққиёти иқтисодӣ, балки ҳамчунин аз ҷойгиршавии географӣ низ вобаста мебошад. Аз он ҷмла Федератсияи Россия ва Чин дар параллели 35-ум ҷойгир шудаанд, ки дар он ҷойҳо омилҳои иқлимӣ-географӣ барои ба аҳолӣ ба дараҷаи васеъ ва кофӣ дастрас будани нурҳои офтоб имконият намедиҳанд.Ин далел яке аз сабабҳои паҳнёбии васеи норасоии витамини D дар байни аҳолии мамлакатҳои мазкур, бештар аз 55% мебошад.

Аз ҷониби мо таҳлили муқоисавии норасоии витамини D дар мамлакатҳои дар арзҳои гуногуни географӣ ҷойгиршуда ва бо сатҳи гуногуни тараққиёти иқтисодӣ буда гузаронида шудааст. Таҳлил нишон дод, ки касрати норасоии витамин на танҳо аз сатҳи тараққиёти иқтисодӣ, балки ҳамчунин аз ҷойгиршавии географӣ низ вобаста мебошад. Аз он ҷмла Федератсияи Россия ва Чин дар параллели 35-ум ҷойгир шудаанд, ки дар он ҷойҳо омилҳои иқлимӣ-географӣ барои ба аҳолӣ ба дараҷаи васеъ ва кофӣ дастрас будани нурҳои офтоб имконият намедиҳанд.Ин далел яке аз сабабҳои паҳ-

нёбии васеи норасоии витамини D дар байни аҳолии мамлакатҳои мазкур, бештар аз 55% мебошад.

Нишондиҳандаи аз ҳама баланди паҳнёбии рахит дар Афғонистон– 73,1%, аз ҳама паст дар Испания – 6,2% ошкор карда шудааст. Нишондиҳандаҳои паҳнёбии норасоии витамини D дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соли 2009 (39,8%) (расми 1) ба маълумотҳои мамлакати аз ҷиҳати иқтисодӣ тараққикарда Қувайт – (39,5%) наздик шудаанд.



Расми 1.Паҳнёбии норасоии витамини D дар кӯдакон, дар мамлакатҳои гуногун.

Динамикаи мусбат, ки бо васеъшавии дастрасии кӯдакон ба маҳсулоти ғизоӣ, ки дорои витамини D мебошанд ва дар байни аҳолии мамлакат гузаронидани корҳои фаҳмондадиҳии зиёд барои коҳишдиҳаии нишондиҳандаҳои паҳнёбии норасоии витамини D дар байни кӯдакон мусоидат намуд. Дар соли 2016 маълумотҳои умумиҷумҳуриявӣ оид ба паҳнёбии норасоии витамини D, ба нишондиҳандаҳои ИМА (12,0%) наздик шудаанд, аммо аз нишондиҳандаҳои мамлакати Испания (6,2%) бештар аз 2 маротиба зиёдтар мебошанд.

Дар баробари ин дар як қатор мамлакатҳо, ки ба онҳо Ҳиндустон, Қувайт, Итолиё мансуб мебошанд ва аз параллели 38 пасттар ҷойгир шудаанд,дар аҳолӣ имконият ҳаст, ки муддати бардавом дар зери таъсири нурҳои офтоб қарор дошта бошанд, дар ҳар се сокини ин мамлакатҳо норасоии витамини D ҷой дорад. Аҳолии Испания ва ИМА, ба ғайр аз имконияти ба муддати кофӣ дар зери таъсири нурҳои офтоб будан, имкониятҳои иқтисодии ин мамлакатҳо имкон медиҳанд, маҳсулотҳои ғизоии бо витамини D бойгардонидашударо истеҳсол намоянд ва ин далел сабаби асосии паҳнёбии ками норасоии витамини D мувофиқан аз 6 то 12% мебошад. Дар Афғонистон дар 73,1%-и аҳолӣ норасоии витамини D, ошкор карда шудааст, ки сабаби он муаммоҳои ифоданоки иқтисодӣ мебошанд, ки ба ғизогирии пастсифати аҳолӣ оварда мерасонад.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолӣ бо кӯмаки шарикони рушд дар давоми 10 солҳои охир 2 маротиба (сс. 2009 ва 2016) дар сатҳи мамлакат баҳодиҳии ҳолати ғизогирии модарон ва кӯдакон, дар баробари баҳодиҳии компонентҳои асосие, ки ҳолати ғизогириро тавсиф менамоянд- вазн, қад, таҷдиди 24-соатаи ғизогирӣ, муайян намудани сатҳи Hb, витамини А, баҳодиҳии таъминотнокии кӯдакон бо витамини D гузаронида шуданд.

Тадқиқотҳои гузаронидашуда динамикаи тағйирёбиҳои таъминотнокии вуҷуди кӯдакро бо витамини D нишон доданд, чунончи агар дар соли 2009 ҳар 4-ум кӯдак (39,8%) дар Тоҷикистон норасии витамини D дошта буданд, пас пас аз 7 сол нишондиҳандаи таҳлилшаванда бештар аз 3 маротиба (12,4%) коҳиш ёфтааст. Дар мавриди баҳодиҳии якум дар соли 2009 муқаррар карда шуда буд, ки нишондиҳандаи аз ҳама баланди норасоӣ дар ВМКБ (66,7%) ошкор карда шудааст, минтақаи мазкур ба минтақаи баландкӯҳ мансуб мебошад, ки дар баландии бештар аз 3500м аз сатҳи баҳр қарор дорад, дар баробари ин дар вилоятҳои Хатлон ва Суғд нишондиҳандаҳои норасоии витамини D нисбат ба ВМКБ аз ҷиҳати оморӣ аниқ паст ($P<0,05$ ва 0,001 мувофиқан) мебошад. Дар шаҳри Душанбе ва НТҶ дар бештар аз ними кӯдакон норасоии витамини D (мувофиқан 58,90% ва 59,60%) ошкор карда шудааст. Таҳлили гузаронидашуда нишон дод, ки дар 2 минтақаи охирон норасоии микроэлементи мазкур аз нишондиҳандаи ҷумҳуриявӣ қариб 1,5 маротиба баландтар мебошад..

Таҳқиқотҳои дар соли 2016 гузаронидашуда динамикаи муҳими паҳнёбии норасоии витамини D-ро дар байни аҳолии кӯдаконаи Тоҷикистон нишон дод. Чунончи дар сатҳи ҷумҳуриявӣ норасоӣ бештар аз 3 маротиба коҳиш ёфтва 12,4%-ро ташкил дод,

фарқияти байни солҳои таҳлилшаванда (сс. 2009 ва 2016) аз ҷиҳати оморӣ аниқ мебошад (P<0,001). Дар ҳамаи минтақаҳои мамлакат низ коҳишёбии нишондиҳандаҳои паҳнёбии норасоии витамини D дар байни кӯдакон ҷой дошт. Дар ВМКБ нишондиҳандаи норасоӣ бештар аз 15 маротиба коҳиш ёфт (мувофиқан аз 66,7% то 2,6%, фарқият аз ҷиҳати оморӣ аниқ мебошад (P<0,001)). Дар НТҶ коҳишёбӣ беш аз 6 маротибаро ташкил дод (мувофиқан аз 59,6% то 9,3%), дар вилояти Суғд ва дар ш. Душанбе бештар аз 3 маротиба, дар вилояти Хатлон бошад 1,8 маротиба 1,8. Ҳамин тавр дар ҳамаи минтақаҳои мамлакат дар давоми 7 сол коҳишёбии аниқи омории норасоии витамини D ошкор карда шудааст.

Ҳамин тавр, дар соли 2009 дар ҶТ дар ҳар 3 –юм кӯдак мавҷудияти бемории рахит ҷой дошт. Дар динамика маҳаки (критерийи) асосии коҳишёбии нишондиҳандаҳои паҳнёбии норасоии витамини D беҳтаршавии ҳолати ғизогирии кӯдакон мебошад.

Имрӯзҳо паҳнёбии норасоии витамини Dдар ҶТ бо маълумотҳои ИМА муқоисашаванда мебошад, ки аз 12,5% баланд нест.

Адабиёт

1. Агуреева О.В., Жабрева Т.О., Скворцова Е.А. и др. Анализ уровня витамина D в сыворотке крови пациентов в Ростовской области/ О.В., Агуреева, Т.О., Жабрева, Е.А. Скворцова и др.// Остеопороз и остеопатии. 2016. Т. 19. № 2. –С. 47.
2. Вахлова, И.В. Обеспеченность витамином D и эффективность его профилактического назначения у детей раннего возраста / И.В. Вахлова, Н.А. Зюзева // Практическая медицина. 2017. № 5 (106). С. 31–36.
3. Ержанова Г.Е. Рахит у детей/ Г.Е. Ержанова // Вестник КазНМУ, №4 2014 С.83-85
4. Захарова И.Н., Творогова Т.М., Вечерко В.И., Лазарева С.И., Васильева С.В., Евсеева Е.А. Мониторинг статуса витамина D у подростков города Москвы в течение года// Педиатрия. 2015. 94. №3 С. 114–120.
5. Малявская, С.И. Обеспеченность витамином D детей раннего возраста Архангельской области // Экология человека. 2016. № 11. С. 18–22.
6. Медико-демографическоеисследование, 2017 г.// Агентство по Статистике при Президенте Республики Таджикистан Душанбе, 471 с.
7. Мульти -индикаторное кластерное исследование 2005г. Результаты по Таджикистану// Монитор. положения детей и женщин. Октябрь- 2006г. Душанбе 76 с.
8. Национальные исследования статуса питательных микроэлементов в Таджикистане 2009 г. Душанбе -2010г. 138 с.
9. Национальное исследование статуса микроэлементов в Таджикистане 2016 г. Душанбе -2016г. 130 с.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯИ РАХИТА СРЕДИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Курбонова П.Г.
ГОУ “Республиканский медицинский колледж”

Цель исследования. Изучить некотрые аспекты эпидемиологии рахита у детей первого года жизни.

Материалы и методы. В иссоеловании были использованы результаты Национальных исследований проведенных В Репсублике Таджикистан за ериод с 2009 по 2016 гг. В процессе исследования были использованы дискритные и эпидемиологические методы исследвания. Статистическая обработка проведена на основе использрвания копьютерного пакета Statistica 10.0 (StatSoft, USA).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что **с**амые высокие показатели рахита имеет место в Авганистане– 73,1%, самые низкая распространенность в Испании – 6,2%. Тогда как распространенность дефицита витамина D в Республике Таджикистан в 2009 году составило (39,8%), что сопо-

ставимо с показателя развитых стран Қувейт – (39,5%). Проведенные исследования показали динамику показателя распространенности рахита среди детей Тжикистана если в 2009 г. составило (39,8%), то с истичением 7 лет установлено снижение показателя дефицита витамина D среди детей Тоджикистана более чем в 3 раза и составило (12,4%)

Вывод. В 2009 в РТ каждый 3 ребенок страдал дефицитом витамина D основной причиной снижение показатели распространенности дефицита витамина D является повышение статуса питания матерей и детей. Последние годы показатель распространенности витамина D в РТ по данным НИП не превышает 12,5%.

Ключевые слова. Дети, рахит, распространенность.

EPIDEMIOLOGYOFRICKETSAMONGYOUNGCHILDREN

Kurbanova P.G.
State educational institutionRepublican Medical College Purpose of the study.

To study some issues of the epidemiology of rickets among young children

Research methods. In the process of work, the results of national studies in the Republic of Tajikistan were used for the period from 2009 to 2016. In the course of the work, the descriptive and analytical method of modern epidemiology was applied. Statistical analysis of the material was performed using the Statistica 10.0 software package (StatSoft, USA).

Results and its discussion. The highest prevalence of rickets was found in Afghanistan - 73.1%, the lowest in Spain - 6.2%. Indicators of the prevalence of vitamin D deficiency in the Republic of Tajikistan in 2009 (39.8%) approached the data of the economically developed country of Kuwait - (39.5%). The studies carried out have shown the dynamics of changes in the provision of the body of children with vitamin D, so if in 2009 every 4 children (39.8%) in Tajikistan had a vitamin D deficiency, then after 7 years the analyzed indicator decreased by more than 3 times (12.4 %).

Thus, in 2009, every 3 children in the Republic of Tajikistan had rickets. In dynamics, the main criterion for reducing the prevalence of vitamin D deficiency is an improvement in the nutritional status of children. At present, the prevalence of vitamin D deficiency in Tajikistan is comparable to that of the United States and does not exceed 12.5%.

Keywords. Children, rickets, prevalence

Курбонова Парвина Грезовна, МДТ “Коллеҷитиббииҷумҳуриявӣ” мудири кафедраи кори ҳамширагӣ. Тел:+992 887751717
Курбонова Парвина Грезовна, ГОУ «Республиканский медицинский колледж» Заведующая отделением сестринского делаТел:+992 887751717
Kurbonova ParvinaGrezovna, State Educational Institution “Republican Medical College” Head of the Department of Nursing Tel: +992 887751717

ҚОБИЛИЯТҲОИ МУТОБИҚШАВИИ СИСТЕМАИ ДИЛУ НАФАС ДАР КоДАКОНИ ГИРИФТОРИ ЛЕЙКЕМИЯИ ШАДИД ДАР ДАВРАИ РЕМИССИЯ

Хоҷаева Н.Н., Исмоилов К.И., Содиков Н.М., Бергер И.В.
Кафедраи бемориҳои кӯдакона №2, МДТ “ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”.

Муҳиммият. Дар солҳои охир дар муолиҷаи касалиҳои гематологии бачагон муваффақиятҳои калон ба даст оварда шуданд. Ҳаминтариқ, дар 85 - 90% беморони гирифтори лейкемияи шадиди лимфобластикӣ ремиссияи пурраи клиникӣ ва гематологӣ имконпазир аст. Дар баробари ин маълум аст, ки аксари навъҳои табобати беморони гирифтори лейкемияи шадид ба узвҳои гуногун, аз ҷумла дилу шуш таъсири манфӣ

доранд. Вобаста ба ин, дар давраи муоинаи дарозмуддати чунин кӯдаконе, ки дар ҳолати ремиссияи пурраи клиникӣ ва гематологӣ қарор доранд, дар баробари табобати мушаххас масъалаҳои муҳими мутобиқшавӣ ва барқарорсозӣ бояд ҳал карда шаванд.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши ҳолати функсионалии системаи дилу нафас дар кӯдакони гирифтори лейкемияи шадид дар давраи ремиссия.

Мавод ва тариқаҳои таҳқиқ. Кор аз рӯи натиҷаҳои тадқиқоти клиникӣ, инструменталӣ ва лабораторӣ 48 кӯдаки гирифтори бемории лейкемияи шадиди аз 2 то 15 сола, ки дар шуъбаи гематологияи кӯдаконаи ММТ ҶТ таҳти назорат қарор доштанд, асосёфтааст.

Ташхиси лейкемияи шадид дар асоси маълумоти анамнез, тасвири клиникӣ, усулҳои параклиникӣ ва натиҷаҳои муоинаи комплексии гематологии аз ҷониби умум қабулшуда асос ёфтааст. Барои омӯзиши сатҳи инкишофи ҷисмонии кӯдакон инҳо муайянкарда шуданд: масса, дарозӣ ва масоҳати сатҳи бадан, шумораи нафас, тапиши дил дар як дақиқа барои ҳамаи кӯдакон ҳисоб карда шуд ва фишори хун аз рӯи Н. С. Коротков муайян карда шуд.Барои баҳодиҳии қобилиятҳои мутобиқшавии системаи дилу нафас, усулҳои махсуси тадқиқотии зерин истифода шуданд: электрокардиография (муайян кардани фаъолияти биоэлектрикии миокард), эхокардиография (муайян кардани параметрҳои морфологӣ ва функсионалии дил), санҷиши PWC_{170} (муайянкунӣ), фаъолияти ҷисмонӣ). Фаъолияти SDH ва GPDH дар лимфоситҳои хуни периферӣ бо усули миқдории ситохимиявӣ муайянкарда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқ ва муҳокима. Дар Ҳама кӯдакони гирифтори лейкемияи шадиде, ки аз ҷониби мо муоина карда шуданд, ремиссияи пурраи клиникӣ ва гематологӣ муайянкарда шуд.

Беморони гирифтори лейкемияи шадид асосан бо варианти лимфобластикии беморӣбудандвадавраиремиссияаз 1 моҳто 55 моҳбуд. Ба гуруҳи якум 22 нафар кӯдакони давомнокии ремиссияи камтар аз 12 мох, дуюм 25 нафар беморон бо давомнокии ремиссияи зиёда аз 12 мох, аз он чумла 5 нафар беморон зиёда аз 4 сол ремиссияи пурра доштанд. Давомнокии миёнаи ремиссия дар беморони гурӯҳи 2 50,90 ± 4,49 моҳро ташкил медиҳад. Дар 5 беморони ремиссияи кӯтоҳмуддат, таъсири боқимондаи синдроми Кушинг ва дар 2 беморе, ки ремиссияи дарозмуддат доранд, гипертонияи мӯътадили муваққатии артериалӣ мушоҳида шудааст. Кӯдакони гирифтори лейкемияи шадид тақрибан як хела барномаҳои муолиҷаи индуксионӣ, мустаҳқамкунӣ, нигоҳдорӣ ва реиндуксионирo гирифтанд.

Химиопрофилактикаи нейролейкемия дар тамоми марҳилаҳо табобат гузаронида шуд.

Ҳангоми омӯзиши гемодинамикаи марказӣ дар шароити оромии мушакҳо дар беморони гирифтори лейкемияи шадид бо давомнокии кӯтоҳи ремиссия, арзиши миёнаи ҳаҷми дақиқаи гардиши хун ва суръати дил дар муқоиса бо ҳамон маълумоти кӯдакони гурӯҳи назоратӣ хеле баланд буд.

Нишондиҳандаҳои SOC ва SI дар беморони ин гурӯҳ низ нисбат ба маълумоти назоратӣ каме баландтар буданд, аммо ин фарқият аз ҷиҳати статистикӣ ночиз буд. Фарқияти ошкор шуда дар нишондиҳандаҳои гемодинамикаи марказӣ дар кӯдаконе, ки давомнокии кӯтоҳи ремиссия доранд, дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои кӯдакони солим, ба баланд шудани набзи дил дар кӯдакони аввал вобаста буд. Афзоиши IOC дар беморон, аз афташ, аксуламали ҷуброни системаи дилу раг ба вайрон кардани мубодилаи бофтаҳо мебошад. (Ҷадвали 1).

Ҳамин тариқ, таҳқиқоти гемодинамика дар шароити оромии мушакҳо дар ҳама беморони гирифтори ЛШ афзоиши назарраси МОК ва СІ –ро нишон доданд. Ҳангоми таҳлили ЭКГ-и беморони ЛШ дар давраи ремиссия, вайронкунии назарраси фаъолияти биоэлектрикии миокард ошкор карда шуд. Тағйироти конфигуратсияи мавҷи Р дар шакли кандашавӣ ва ҷудошавии он дар бисёр пешгӯиҳо қайд карда шуд. Дар беморон дар баробари деформатсияи дандонаи

Ҷадвали 1. Нишондиҳандаҳои марказии гемодинамикӣ дар кӯдакони гирифтори бемориҳои онкогематологӣ ҳангоми ремиссия (х ± а)

Давомнокии ремиссия	Талаботҳои тадқиқот	МОК л/ дақ	SI л/ дақ/ м²	ТД Т/дақ
Камтар аз 12 моҳ N = 22	Оромӣ	3,9±0,24	3,07±0,10	92,8±1,54*
	0,5 Вт/кг	7,3±0,31	5,48±0,15	143,5±2,52
	1,0 Вт/кг	9,0±1,38	7,37±0,67	174,5±5,38
Зиёдтар аз 12 моҳ N = 26	Оромӣ	3,55±0,01	2,32±0,04	81,2±1,22
	0,5 Вт/кг	6,5±0,24	4,58±0,06	177,6±1,74
	1,0 Вт/кг	8,4±0,49	6,07±0,09	144,4±2,67

Эзоҳ:* - эътимоднокии фарқият дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ; ** эътимоднокии фарқияти байни ду гурӯҳи беморон.

атриум ҳамворшавии мавҷи Р мушоҳида карда мешавад. Тағйироти дар мавҷи Р ошкоршударо бо мавҷуд будани протсессҳои дистрофикии миокард, инчунин вайрон шудани танзими асаб шарҳ додан мумкин аст.

Таҳлили тағйироти ЭКГ вобаста ба давомнокии ремиссия нишон дод, ки бо зиёд шудани давомнокии ремиссия (зиёда аз 12 моҳ) дар беморони гирифтори гемобластоз камшавии амплитудаи мавҷи Р, зиёдшавии амплитудаи ремиссия мавҷи Т ва афзоиши фаъолияти электрикии миокардияи чапи меъда бештар маъмул аст (р <0,01).

Ҳамин тариқ, тағйироти ЭКГ, ки мо ошкор кардем, аз мавҷудияти дистрофияи миокард дар 67,7% кӯдакони гирифтори ЛШ шаҳодат медиҳанд. Тадқиқоти эхокардиографӣ нишон дод, ки параметрҳои морфометрӣ (албатта, диаметр ва ҳаҷмҳои дистоликӣ ва систоликӣ) дар беморони ЛШ, ки аз ҷониби мо муоина карда шудаанд, ба ҳисоби миёна аз арзишҳои мувофиқ фарқ намекунанд. Бо вуҷуди ин, ҳангоми таҳлили маълумотҳои эхокардиографӣ, ки гемодинамикаро тавсиф мекунанд, афзоиши МОК дар аксарияти беморон (71,4%), ки давомнокии кӯтоҳи ремиссия доранд, муайян карда шуд. Дар баробари ин, дар кӯдакони ремиссияи дарозмуддат (зиёда аз 12 моҳ) ин нишондиҳанда амалан аз меъёр фарқ намекард.

Барои арзёбии сатҳи фаъолияти ҷисмонӣ аз рӯи санҷиши PWC_{170} (усули эргометрияи велосипед), ҳамчун нишондиҳандаи ҷудонашавандаи имкониятҳои функсионалии бадан, системаи дилу нафас. Бо истифода аз санҷиш 48 кӯдаки гирифтори лейкемияи шадид муоина карда шуданд.

Ҳангоми омӯзиши нишондиҳандаҳои ҷисмонии PWC_{170} (Ҷадвали 2), дар ҳамаи беморони гирифтори лейкемия, новобаста аз давомнокии ремиссия, коҳиши назарраси ҳаммутлақи PWC_{170} ва ҳамнисбӣ муайян карда шуд.

Ҳамин тариқ, ин санҷиш як бора паст шудани фаъолия тиҷисмониро дар ҳамаи беморони гирифтори гемобластоз, ки аз ҷониби мо муоина карда шуд, муайян кард, ки ин аз коҳиши назарраси механизмҳои адаптатсияи системаи дилу нафаскашӣ шаҳодат медиҳад.

Ҷадвали 2. Фаъолияти ҷисмонӣ мувофиқи санҷиши PWC_{170} дар кӯдакони гирифтори бемориҳои онкогематологӣ дар давраи ремиссия (I±м)

Давомнокии ремиссия	PWC_{170}	PWC_{170}	PWC_{170}
Камтар аз 12 моҳ n= 22	234,8±18,54	6,07±0,25	41,5±1,65
ЛШ зиёда аз 12 моҳ n = 26	375,1±18,54	8,65±0,32	59,3±1,06

Хулоса. Натичаҳои тадқиқоти ҳаматарафаи системаи кардиореспиратории бачагони гирифтори ЛШ дар давраи ремиссия нишон доданд, ки параметрҳои функсионалии нафаскашии беруна сарфи назар аз давомнокии ремиссия дар доираи муътадил мемонанд. Тағйирот дар ҳолати функсионалии системаи дилу рагҳо дар беморони гирифтори бемориҳои онкогематологӣ, зоҳиран сабаби паст шудани фаъолияти ҷис-

монӣ (PWC_{170}) гардид.

Ин мавқеъро натиҷаҳои таҳлили корреляционӣ, ки таносуби байни PWC_{170} ва параметрҳои функсионалии системаи нафасро ошкор накарда аст, дар ҳоле ки робитаи баланди функсионалии байни PWC_{170} ва нишондиҳандаҳои гемодинамикаи марказӣ қайд карда шуда аст. Ихтилоли функсионалии аз ҷониби мо муайяншуда, аз афташ, ба тағйироти дистрофии мушакҳои дил асос ёфтааст, ки натиҷаи таъсири зараровари омилҳои эндогенӣ ва экзогенӣ мебошанд. Ин маънои онро дорад, ки кӯдакони гирифтори лейкемияи шадид дар давраи ремиссия қобилияти мутобиқшавӣ ва ҷуброни системаи дилу нафас коҳиш меёбанд.

Адабиёт

1. Баровская Ю. А. Современные аспекты диагностики и лечения острого миелоидного лейкоза у детей. Вопросы гематологии/ онкологии и иммунопатии в педиатрии, 2015. 14 (3). С. 48-54.
2. Балашева И. И., Десятова Л. Ф. Роль конституционального фактора в клиническом полиморфизме у детей с острым лимфобластным лейкозом. Сибирский онкологический журнал. 2012.(6). С. 64 – 67.
3. Ведринцев В. В., Мошуров И. П. Онкологическая ситуация в Воронежской области. В кн.: Сборник научных статей; под редакцией И. Э. Есауленко и др. Воронеж: Научная книга, 2014. С. 10 -17.
4. Паина О.В., Семенова Е.В., Маркова И.В., Зубаровская Л.С., Афанасьев Б.В. Современные представления о терапии острого лейкоза у детей до 1 года Российский журнал детской гематологии и онкологии. 2019. Т. 6. № 2. С. 11-19
5. Отто Н.Ю., Тутаева М.Р., Шахбанова А.М., Сулейманова Х.А., Фараджова Д.М., Каширская Н.А., Шульдайс В.А., Арешева М.Н., Сапрыкина Е.В. Острый лейкоз у детей: тенденции, сложности диагностики Главный врач Юга России. 2019. № 2 (66). С. 9-11.

АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КАРДИО – РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ В ПЕРИОД РЕМИССИИ.

Ходжаева Н.Н., Исмоилов К. И., Содиков Н. М., Бергер И.В.
ГОУ Кафедра детских болезней №2, ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В данной работе нами было проведено исследование возможностей кардио – респираторной системы у 48 детей с острым лейкозом. В результате проведенной работы были выявлены функциональные нарушения, обусловленные дистрофическими изменениями сердечной мышцы, которые в свою очередь привели к снижению адаптационных возможностей организма детей с острым лейкозом.

Цель исследования. Изучение функционального состояния сердечно -сосудистой системы у детей с острой лейкемией в стадии ремиссии.

Заключение. Таким образом, результаты комплексного исследования кардиореспираторной системы детей с ОЛЛ в период ремиссии показали, что функциональные параметры внешнего дыхания остаются стабильными независимо от продолжительности ремиссии. Изменения функционального состояния сердечно-сосудистой системы у пациентов с онкогематологическим заболеванием, по-видимому, привели к снижению физической активности (PWC170).

Ключевые слова: острый лимфобластный лейкоз, сердечно - сосудистая система, адаптация.

ADAPTATION CAPABILITIES OF THE CARDIO - RESPIRATORY SYSTEM IN CHILDREN WITH ACUTE LEUKEMIA DURING REMISSION.

Hojaeva N.N, Ismoilov K.I., Sodikov N.M., Berger I.V.
Department of Childhood Diseases No. 2, TSMU named after Abuali ibn Sino

In this study, we examined the capabilities of the cardiovascular system in 48 children with acute leukemia. The study revealed functional disorders caused by dystrophic changes in the heart muscle, which in turn led to a decrease in the body's ability to adapt in children with acute leukemia.

Purpose of the study. Study of the functional state of the cardiovascular system in children with acute leukemia in remission.

Conclusion. Thus, the results of a comprehensive study of the cardiorespiratory system of children with PH during the period of remission showed that the functional parameters of external respiration remain stable regardless of the duration of remission. Changes in the functional state of the cardiovascular system in patients with hematological cancer appear to have led to a decrease in physical activity (PWC170).

Key words: acute lymphoblastic leukemia, cardiovascular system, adaptation.

Хоҷаева Никзан Назарбековна — номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи бемориҳои кӯдаконаи № 2 МДД Донишкадаи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино. Почтаи электронӣ: khodjaevanikzan@gmail.com, тел: 935-00-20-90

Исмоилов Комилчон Исроилович — доктори илми тиб, профессори кафедраи бемориҳои кӯдаконаи № 2-и МДД Донишгохи давлатии тиббии Точикистон ба номи Абуали ибни Сино. Почтаи электронӣ: ismoilovk@mail.ru, тел: 985-12-78-45

Содиков Наимчон Махмадаминович — духтури бачагонаи маркази тиббии Форобй. Почтаи электронӣ: n.sodikov@gmail.com, тел: 900-00-22-11

Бергер Инна Викторовна – номзади илмҳои тиб, ходими калони илмии Маркази ҷумҳуриявии махсуси илмию амалии гематологияи Вазорати тандурустии Ҷумҳурии озбекистон, Email: innaberger@mail.ru

Ходжаева НикзанНазарбековна – к.м.н., доцент кафедры детских болезней №2ГОУТаджикского государственного медицинского университета им. Абулаи ибни Сино. Email:khodjaevanikzan@gmail.com, тел: 935-00-20-90

Исмоилов Комилчон Исроилович – д.м.н., профессор кафедры детскиих болезней №2 ГОУ Таджикского государственного медицинского университета им. Абулаи ибни Сино. Email: ismoilovk@mail.ru, тел: 985-12-78-45

Содиков Наимжон Махмадаминович – врач педиатр Медицинского центра Фараби. Email: n.sodikov@gmail.com, тел: 900-00-22-11

Бергер Инна Викторовна – к.м.н, старший научный сотрудник в Республиканском Специализированном Научно- Практическом Медицинском Центре Гематологии МЗ РУз, Email: innaberger@mail.ru

Khodjaeva Nikzan Nazarbekovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Children's Diseases No. 2 of the Tajik State Medical University named after Abulai ibni Sino. Email:khodjaevanikzan@gmail.com, tel: 935-00-20-90

Ismoilov Komilchon Isroilovich - Doctor of Medical Sciences, Professorof the Department of Childhood Diseases No. 2 of the Tajik State Medical University named after Abulai ibni Sino. Email: ismoilovk@mail.ru, tel: 985-12-78-45

Sodikov Naimzhon Makhmadaminovich - pediatrician of the Farabi Medical Center. Email: n.sodikov@gmail.com, tel: 900-00-22-11

Berger Inna Viktorovna - Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Hematology, Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Email: innaberger@mail.ru

БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

УФУНАТҲОИ БЕМОРИСТОНв ВА ПЕШГИРв АЗ МУШКИЛОТИ БАЪДИҶАРРОҲӢ

Рузиев М.М. [1], Ҷураев Х.М. [2], Алӣ-Зода С.Г. [3]
1.Муассисаи давлатии “Институти тадқиқоти илмии тиббии профилактикии Тоҷикистон» ВТ ва ҲИА ҶТ; 2. Маркази ҷумҳуриявии клиникии ортопедӣ ва травматологӣ; 3. Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Муҳиммият. Мизони оризаҳои баъдиҷарроҳӣ . Тибқи маълумотҳои муҳаққиқони мухталиф, мизони уфунатҳои чирку-септикӣ пас аз амали ҷарроҳӣ аз 0,29 то 30% -ро ташкил медиҳад, ин ҳам дар ҳолест, ки қисми зиёди муаллифон ба нишондоди маҳдудтаре ишора мекунанд - аз 2 то 10% [1-3]. Дар Федератсияи Россия, мизони уфунатҳои чирку-септикӣ миёни беморони ҷарроҳишуда дар беморхонаҳои ҷарроҳӣ 7,1% -ро ташкил медиҳад [3].

Сатҳи баландтари сирояти захмҳои ҷарроҳиро М.Г. Аверянов ва В.Т.Соколовский ишора намудаанд (11.5-28.8%) ва мониторинги анҷомдодаи онҳо мизони баланди оризаҳои чиркӣ (9,7-9,8%) дар дараҷаҳои I ва II-и захмҳои ҷарроҳиро нишон медиҳад, дар ҳоле ки амалан ҳеҷ оризае вуҷуд надорад (сатҳи қобили қабул болотар аз 1% нест) [1].

Баъзе муаллифон мизони бисёр каме аз оризаҳои пас аз ҷарроҳиро зикр мекунанд. Ҳамин тавр, ба гуфтаи В.И. Донцова ва ҳаммуаллифон (1999), барои зиёда аз 53,000 амалиёт, басомади оризаҳои чирку-септикӣ танҳо 1,51% буд [2].

Номутобиқатии маълумот аҳамияти ин мушкилотро коҳиш намедиҳад, балки боиси барқароршавии хеле сусти беморон, афзоиши маргу мир, давомнокии бистарӣ дар беморхона ва ҳазинаҳои дармон мегардад.

Мақсади пешгирии ҷарроҳӣ. Мақсади пешгирии ҷарроҳӣ ҷилавгирӣ аз сироятҳое мебошад, ки дар натиҷаи мудохила ба ҳуҷум ё алоқаи мустақим бо онҳо ба вуҷуд меоянд, аммо асоси дармони сирояте, ки ҷарроҳӣ ба хотири он гузаронида мешавад, нест. Он аз эҷоди консентратсияи зарурӣ дар бофта то лаҳзаи ифлосшавии микробҳо ва муддати тӯлонӣ нигоҳ доштани ин консентратсия иборат аст.

Намудҳои мудохилоти ҷарроҳӣ. Албатта, мизони оризаҳои сироятӣ бастагӣ ба навъи мудохилаи ҷарроҳӣ дорад. Хатари оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ дар амалиёти тоза ҳадди ақал аст (камтар аз 2-5%) ва дар амалиёти ба истилоҳ ифлос ҳадди аксар (то 30-40%) аст.

Бо таваҷҷуҳ ба хатари пайдоиши оризаҳои сироятии баъди ҷарроҳӣ, ҳамаи амалиётҳои ҷарроҳӣ ба 4 даста тақсим мешаванд.

I. “Ҷарроҳии тоза” - ҷарроҳии банақшагирифташуда бидуни кушодани меъдаву рӯдаҳо ё узвҳои таносул ва роҳҳои нафас, ҷарроҳии ортопедӣ, ҷарроҳӣ дар дил ва рагҳои хунгузар дар беморони бидуни тағйироти трофикӣ, протези буғумҳо ва ғайра.

II. Амалиётҳои “Шартан пок” - амалиётҳои банақшагирифташуда бо кушодани рӯдаҳо, амалиёти урологӣ, гинекологӣ ва пулмонологӣ бидуни нишонаҳои сироят, дахолати такрорӣ тавассути захми тоза ва ғайра.

III. Амалиётҳои “заҳролудшуда” (ифлоснашуда) - амалиётҳо дар ҳолати вайроншавии асептикӣ ё дар сурати ҳузури раванди илтиҳобӣ (вале на илтиҳоби чиркӣ).

IV. Амалиётҳои “ифлос” (сироятшуда) - мудохилаҳои ҷарроҳӣ ҳангоми вуҷуди сирояти ҳамзамон ё қаблӣ.

Омилҳои хавф. Омилҳои хавфи пас аз ҷарроҳӣ сарзананда сабабҳои зиёдеро дар бар мегиранд, ки ҳолати бемор, дахолати ҷарроҳӣ ва патогенетикии микроорганизмҳо аз қабили онҳо мебошанд.

Муҳим инҳоянд: бистарии дарозмуддати қабл аз ҷарроҳӣ;дармони антибиотикӣ чанд рӯз қабл аз ҷарроҳӣ; давомнокии ҷарроҳӣ; гемостазияи нокифоя; захмгирии ҷарроҳӣ ва ғайра.

Оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ ва уфунатҳои бемористонӣ. Мушкилоти пас аз ҷарроҳӣ ба зуҳуроти сирояти бемористонӣ алоқаманданд, зеро онҳо ба мушахасоти уфунатҳои бемористонӣ, ки аз ҷониби Бюрои аврупоии ТУТ пешниҳод шудааст, мувофиқат мекунанд ва чун ҳама гуна бемории сироятии клиникӣ, ки ҳангоми бистарӣ шудани бемор дар беморхона ё гирифтани табобат мушоҳида шудааст, муоина мешавад. Ба ибораи дигар, ҳама оризаҳои чиркӣ, ки пас аз ҷарроҳӣ дар бемористон ба вуҷуд меоянд, нишонаи сирояти бемористонӣ маҳсуб мешавад.

Дар айни замон, ҳеҷ шакке нест, ки вайрон кардани қоидаҳои санитарӣ-гигиенӣ дар муассисаҳои тиббӣ боиси афзоиши беморшавӣ ва хуруҷи сирояти нозукомиалӣ (сирояти бемористонӣ) мегардад. Ин ҳолат, махсусан хоси бемориҳои меъда ва роҳи нафас аст. Аммо, оризаҳои дигари сирояти баъдиҷарроҳӣ, ки мизони хуруҷашон дар беморхонаҳои ҷарроҳии соҳаҳои гуногун ва сифати катҳои хоб зиёд аст, масалан бо варами пистони баъд аз таваллуд ё абсестҳои пас аз тазриқ, муқоиса карда намешавад.

Ҷанбаҳои бактериологии мушкилиҳои пас аз ҷарроҳӣ. Барои дарки моҳияти фарқиятҳо дар зуҳуроти сироятҳои нозокомиалӣ ва инчунин тавсияҳои саҳеҳ дар мавриди пешгирии мушкилиҳои пас аз ҷарроҳӣ, мо баъзе ҷанбаҳои бактериологии мушкилиҳои пас аз ҷарроҳиро ба назар мегирем.

Моҳияти флораи микроби ҷудошуда аз манбаи инфексия дар бемороне, ки мо бо бемориҳои шадид ё ҷароҳатҳои узвҳои шикам ҷарроҳӣ кардаем, сарфи назар аз номукаммалии лабораторияҳои бактериологии беморхона ва хатогиҳои эҳтимолӣ дар ҷамъоварии мавод, тасвири муайянеро бо бартарии E. coli, Enterobacter, Klebsiella, намудҳои гуногуни стафилококкҳо, стрептококҳоро нишон медиҳад. Солҳои охир дар моҳияти флораи микробӣ ягон тағйироти назаррас ба назар нарасид. Дар 3 соли охир, бо пайдоиши оризаҳои баъди ҷарроҳӣ, ки аз захмҳои чиркӣ, осебҳои дохили шикам ва дигар манбаҳо ҳосил шудаанд, метавон зуҳуроти сироятҳои бемористониро, ки флораи микробӣ ба он наздик аст, мушаххас намуд, ҳол он ки флораи микробҳои бемористонӣ вобаста ба бисёре аз вижагиҳои бемористон, дорои моҳияти зиёд аст.

Муаллифони гуногун сатҳи баланди P. aeruginosa (18.1%) ва E. coli (26.9%) -ро қайд мекунанд, ба паҳншавии enterobacteria ва Staphylococcus aureus диққат медиҳанд. Шиддатҳои бемористонии интихобшуда дорои муқовимати баланд ба антибиотикҳо мебошанд (муқовимат ба антибиотикҳои маъмултарин метавонад ба 70-90% расад). Муқовимати баланд ба пенитсиллинҳо ва ҳассосияти хуб ба фторхинолонҳо мушоҳида шуд.

Тафовут дар моҳияти флораи микробҳо дар шуъбаҳои захм ва уфунатҳои ҷарроҳӣ ва дар шуъбаҳое, ки беморон таҳти амали ҷарроҳии «шартан тоза» ва «сироятшуда» қарор гирифтаанд, зикр шудааст.

Тибқи маълумоти мо, дар шӯъбаи ҷарроҳии чирку зардоб аз захмҳо бештар стафилакокои ауриус (41,5%), стафилококки эпидермалӣ (22%), E. coli (21%) ҷудо мешаванд. Дар шӯъбаҳои ҷарроҳии шикам, ки дар он ҷо амалиёти фаврӣ анҷом дода мешавад, дар захмҳои пас аз ҷарроҳӣ ҳосилшуда микробҳои қисмати рӯда бештар мушоҳида шуда (49,6%), таносуби стафилококк 26,5% -ро ташкил додааст.

Муқоисаи флораи микробӣ ба мо имкон медиҳад, то иллати асосии оризаҳои захмии чирку зардоб пас аз амали ҷарроҳиро на ба андозаи навъҳои сирояти бемористонӣ, балки ба унвони флораи микробӣ, ки қаблан, то бистарӣ шудан дар беморхона дар бадани бемор буд, дар назар гирем. Ин вазъ дар шарҳи сабаби оризаҳои захм пас аз ҷароҳӣ, ки аз рӯи муқаррарот ба уфунатҳои бемористонӣ марбут мешаванд, аҳамият дорад, аммо дар асл идома ё натиҷаи бемории чиркӣ-илтиҳобӣ мебошад, ки бемор бо он дар беморхона бистарӣ карда шудааст.

Ин дар мисоли зуҳуроти мухталифи инфексияи шикам (аппендисити деструктивӣ, холецистит, перитонит), мушоҳида мешавад, вақте ки оризаҳои чирку илтиҳобии пас аз ҷарроҳӣ пайдошуда ё оқибати бемории асосӣ аст, ки аз сабаби нокифоягии ҷар-

роҳии холигоҳи шикам ё аз сабаби кам шудани муқовимати зидди сироятӣ ба вуҷуд омадааст.

Набудани флораи микробҳо дар баъзе ҳолатҳо пайдоиши эндогении оризаҳои чиркиро рад намекунад, зеро он метавонад натиҷаи ба истилоҳ транслокатсия бошад, ки арзиши он аз ҷониби ҷарроҳон ҳарчи бештар ташхис дода мешавад.

Интиқоли уфунат то ҳадде ба коҳиши муқовимати зидди инфексияи бадан рабт дорад, ки аз сабаби бемории аслӣ ё дигар равандҳои мавҷуд дар бадани бемор ба амал омадааст ва ё метавонад қаблан вуҷуд дошта бошад ва сар задани беморӣ ва амали ҷарроҳӣ танҳо онро фаъол мекунад.

Арзиши омилҳои муҳофизатӣ дар рушди оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ.

Аҳамияти омилҳои муҳофизатӣ дар пайдоиши оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ бо таъсири бактерия тасдиқ карда мешавад, ки мувофиқи маълумоти мо, аксар вақт стафилококк, новобаста аз хусусияти микрофлораи микробҳо аз манбаи илтиҳоби ибтидоӣ ҷудо шуда аст. Ин далел ба мо имкон медиҳад, ки бактерияи стафилококкро ҳамчун нишонаи норасоии масунияти дуввум баррасӣ кунем.

Фаҳмиши дурусти ин раванд на танҳо ба нишондиҳандаҳои оморӣ таъсир мерасонад, балки муҳимтар аз он, интихоби дорои зидди бактериявӣ барои пешгирии оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ аз он вобаста аст.

Нишонаҳои беморхона дар рушди оризаҳо. Мо ба ҳеҷ ваҷҳ аҳамияти нишонаҳои бемористонро дар рушди оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ инкор намекунем. Аз 22,971 таҳқиқоти бактериологӣ, ки дар 6 соли охир дар муассисаҳои клиникии ин бахш дар ду беморхонаи ш. Душанбе бо 60 ва 80 кат гузаронида шудаанд, 502 ҳолати афзоиш ба қайд гирифта шудааст, ки аз микрофлора ҳосил шудааст. Дар шӯъбаҳои ҷарроҳӣ суръати ҳосили флораи микробҳо 2,5% -ро ташкил дод. Камтарин олудагии бактериологӣ дар утоқҳои амали ҷарроҳӣ ва бештарин дар шӯъбаҳои эҳё вуҷуд дорад. Ҳосили стафилококки эпидермалӣ дар беморхона зиёд аст, 84% ва танҳо 2,3% дар шӯъбаҳои ҷарроҳӣ мушоҳида мешавад.

Мушкилоти ҷиддӣ уфунатҳои бемористонианд, ки бактерияҳои сершумори грамманфии тавлидкунандаи бета-лактамазаҳои васеъ паҳншаванда дошта, ба онҳо цефалоспоринҳо амалан таъсир намерасонанд. Барои дармони чунин уфунатҳо, карбапенемҳо ва таркиби пенисиллинҳо бо ингибиторҳои бета-лактамаза (тазобактам, тикарсилин, амоксициллин / клавуланат ва ғайра) истифода бурда мешаванд.

Дар баъзе шӯъбаҳо, аксар вақт штаммҳои стефилококки тобовар ба метициллин ҷудо карда мешаванд, гликопептидҳо василаи интихоб дар табобати онҳо мебошанд. Агар хатари сироят ба чунин уфунатҳо зиёд бошад, ин доруҳоро барои пешгирӣ истифода бурдан мумкин аст, гарчанде ки густариши истифода аз доруҳои муосир ва пуриқтидори антибактериалӣ ногузир ба интихоби штампҳои ба онҳо тобовар оварда мерасонад ва давомнокии умри доруҳоро коҳиш медиҳад, ки ҳангоми дуруст истифода бурдан мумкин аст муддати тӯлонӣ барои табобати бомуваффақияти уфунатҳои шадид истифода шаванд.

Бояд тазаккур дод, ки спектрҳои таъсирасони уфунатҳои шадид ва муқовимати антибиотик дар шӯъбаҳои ҷарроҳӣ ба таври назаррас фарқ мекунанд, аз ин рӯ, ҳангоми интихоби дору барои пешгирии антибиотик тавсия дода мешавад, ки вазъи эпидемиологиро дар муассисаи мушаххаси тиббӣ ба назар гиранд.

Пешгирии оқибатҳои ҷарроҳӣ. Системаи чорабиниҳо оид ба пешгирии оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ маълум аст, ки ба рафъи омилҳои хавф барои сар задани ҷарроҳии захм асос ёфтааст. Дар байни ин чорабиниҳо, профилактикаи оқилонаи бактериявӣ мавқеи назаррасро ишғол мекунад, гарчанде ки истифодаи антибиотикҳо барои пешгирии оқибатҳои ҷарроҳӣ то андозае аз истифодаи нодурусти онҳо беэътибор дониста мешавад.

Нишондод барои пешгирии антибиотик. Антибиотикҳоро ҳангоми иҷрои амалиёти “тоза” истифода бурдан ғайриимкон аст, ба истиснои ҳолатҳои тӯлонӣ бо талафоти назарраси хун, бо имплантатсияи протезҳо,

инчунин ҳангоми мавҷудияти омилҳои хавф барои ҷараёни номусоид дар давраи пас аз ҷарроҳӣ. Бемороне, ки таҳти амалиёти ба истилоҳ ифлос қарор гирифтаанд, ниёз ба дармони антибиотикӣ доранд. Бештар аз сеяки антибиотикҳои мавҷуда барои мақсадҳои пешгирӣ истифода мешаванд.

Интихоби доруи зидди бактериявӣ барои пешгирӣ. Ҳангоми интихоби доруи зидди бактериявӣ бо мақсади пешгирӣ, бояд пеш аз ҳама, талаботи фароҳам овардани спектри зарурии антимикробӣ нисбат ба патогенҳои маъмули сирояти ҷарроҳиро дар назар гирифт. Ин доруҳо бояд тавоноиеро дошта бошанд, ки ба тадриҷ дар бофтаҳое, ки бештар ҳангоми ҷарроҳӣ ба хатари сироятёбӣ мувоҷеҳ ҳастанд, таъсир кунанд ва дорои асари босуръати зидди бактерӣ, инчунин захролудшавии ҳадди ақал дошта бошанд ва ба хусусиятҳои фармакокинетикии доруҳое, ки барои наркоз истифода мешаванд, таъсир намерасонанд. Нимаи умр аҳамияти зиёде дорад, ки бояд тамоми консентратсияи кофиро тӯли ҷараёни амалиёт таъмин намояд.

Спектри оптималии зидди бактериявии антибиотикҳо Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Streptococcusspp., Enterobacteriaceae (E. coli, Proteusspp., Klebsiellaspp.), анаэробҳо- ҳангоми амали ҷарроҳӣ дар узвҳои рӯдаи ғафс ва кос фаро мегирад.

Цефалоспоринҳои наслҳои II ва III (сефуроксим, сефазолин, цефамандол, сефоперазон, цефтриаксон) ба ин талаботҳои асосӣ беҳтар ҷавоб медиҳанд. Агар зарур бошад, онҳоро бо метронидазол якҷоя кардан мумкин аст.

Хусусиятҳои цефалоспоринҳо, ки барои пешгирӣ аз оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ онҳоро ба унвони доруи оптималӣ таъин карданд:

• таъсири босуръати зидди бактериявӣ;

• Фаъолияти зиёд дар баробари флораи муқаррарии пӯст, меъдаву руда ва системаи узвҳои таносул; • устуворӣ ба бета-лактамазаҳо; • осонии истифода ва миқдор; • фаъолияти болои зидди микробҳо дар раванди чирку зардоб коҳиш намеёбад; • захрнокии ҳадди ақал; • басомади пасти таъсири тарафҳо; • арзиши хуби дараҷа ва самаранокӣ.

Истифодаи доруҳои насли III, ки одатан барои табобат истифода мешаванд, бо хусусиятҳои худ асосноканд.

Истифодаи сефоперазон ҳангоми амалиётҳои маҷрои пешоброн дар холесиститҳои шадид ва холангит тавсия дода мешавад, зеро он дорои фармакокинетикаи мусоид аст (консентратсияи баланд дар хун ва пешоб, воридшавии хуб ба бофтаҳои узвҳо ва узвҳои бадан, сустшавии бадан). Ғайр аз он, дору дорои қобилияти бештари дохил шудан ба сафро ва девораи масона мебошад.

Илова бар ин, дар байни сефалоспоринҳои насли III, ки дар мамлакати мо истифода мешаванд, цефоперазон арзиши камтарин ҳазинаро доранд. Дар мавриди зарурати ба даст овардани самараи тӯлонӣ, истифодаи цефтриаксон нишон дода мешавад, зеро вай нисбат ба дигар сефалоспоринҳо зиёдтар умр мебинад.

Аз нуқтаи назари клиникӣ синтези беталактамазаҳо яке аз механизмҳои муҳимтарини рушди муқовимат ба сефалоспоринҳо ва пенициллинҳо мебошад [4-6].

Таъсиси амоксициллин / клавуланат як қадами муҳим дар табобати васеи сироятҳо дар як клиникаи ҷарроҳӣ буд. Илова кардани кислотаи клавуланикӣ ҳангоми нигоҳ доштани хусусияти бехатарии пенициллинҳо, фаъолияти зидди бактериявии амоксициллинро то дараҷаи антибиотикҳои маъмул васеъ мекунад. Бо сабаби пешгирии фаъолияти кислотаи бета-лактамазиклавуланикӣ, ҳам синтезкунанда ва ҳам ғайрисинтезии бета-лактамазаҳои аэробӣ ва анаэробии бактерияҳо афзоиш меёбад.

Бо мақсади пешгирии оризаҳои чиркӣ ва илтиҳобии пас аз ҷарроҳӣ, ин дору дар 29 беморе, ки амалиёти «тоза» -ро дар миқдори 1200 мг бо индуксияи наркоз гузарониданд, истифода карда шуд. Дар бемороне, ки таҳти амали “шартҳои тоза” ва “амалиёти ифлосшуда” қарор гирифтанд, дар миқдори 1200 мг бо индуксияи наркоз, сипас 600 мг, дар як рӯз се маротиба бо таъсири мусбат.

Дар солҳои охир, суолҳо дар мавриди

эҳтимоли истифодаи карбапенемҳо ҳамчун профилактика, доруҳо бо муқовимати бебаҳо ба бета-лактамазаҳо ва спектри бениҳоят васеъи фаъолияти антимикробӣ мавриди баҳс қарор гирифт [7, 8]. Мо имипенем / силастатинро ҳамчун маводи профилактикӣ дар 25 беморе, ки аз рӯзҳои аввали қабул ба беморхона бемории некрози панкреатикӣ доранд, то сирояти оризаҳои чиркӣ, истифода кардем. Агарчи ин уфунат дар патогенези панкреатитҳои шадид нақши асосиро бозида наметавонад, барои нигоҳ доштани ҷараёни асептикӣ ҷараёни патологӣ, мо аз рӯзҳои аввали табобат истифодаи антибиотикро мувофиқи мақсад мешуморем. Мизони маргу мир дар гурӯҳи бемороне, ки имипенемро қабул кардаанд, 9% -ро ташкил дод, дар ҳоле ки дар гурӯҳи беморони гирифтори пекреатрӣ, ки аз таркиботи дигари антибиотикҳо истифода мекарданд, фавт ба 16% расид. Коэффисиенти умумии фавт 12,19% -ро ташкил дод. Дар гурӯҳи беморон, ки имипенемро бо табобати ғайримуқаррарии оризаҳои чиркӣ бо дигар доруҳо қабул мекунанд, сатҳи фавт 20% -ро ташкил дод.

Ҳамин тавр, imipenem / cilastatin воситаи муҳими пешгирии оризаҳои чирку-септикии некрозии меъда мебошад.

Истифодаи профилактикии антибиотикҳо усулҳои анъанавии асептикӣ ва антисептикиро иваз намекунад. Он инчунин таҷрибаи нокифоя ва хатогиҳои техникии ҷарроҳиро ҷуброн карда наметавонад.

Бо вуҷуди ин, бо риояи талаботи муқарраршуда, пешгирӣ аз амали антибактериалӣ ҳангоми амали ҷарроҳӣ метавонад теъдоди оризаҳои чиркӣ пас аз ҷарроҳиро дар гурӯҳҳои мухталифи беморон 1,5-2 маротиба коҳиш диҳад.

Адабиёт

1. Аверьянов М.Г., Соколовский В.Т. В кн.: Внутрибольничные инфекции – проблемы эпидемиологии и диагностики, лечения и профилактики / М.Г. Аверьянов, В.Т. Соколовский // - М., - 1999; - стр.6–7.
2. Внутрибольничные инфекции. Эпидемиология и профилактика / Г.И. Донцов [и др.] - М., - 2000; - стр. 85–89.
3. Филатов Н.Н. Внутрибольничные инфекции. Эпидемиология и профилактика / Н.Н. Филатов, И.А. Храпунова, С.И. Матвеев // - М., - 2000; - стр. 254–257.
4. Яковлев С.В. Инфекции и антимикробная терапия /С.В. Яковлев // - 1999; - 2: -стр. 54–6.
5. Ball P., Geddes A., Rolinson G. J. Chemother / P, Ball, A, Geddes, G. J. Rolinson // Chemother. - 1997; - 9 (3): - P.167–98.
6. Hilman A. New antibiotics: Cost-effectiveness / A. Hilman // Pharmaco Economics. - 1994; - 5 (Suppl. 2): - P. 40–3
7. Белобородов В. Б. Инфекции и антимикробная терапия / В.Б. Белобородов// - 1999; - 1 (2): - стр. 46–50.
8. Хирургия / Б.С. Брискин [и др.] // - 2000; - 9; - стр. 56–61.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Рузиев[1]М.М., Джураев[2]Х.М, Али-Заде[3]С.Г.

1. Государственное учреждение «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» МЗ и СЗН РТ; 2. Республиканский клинический центр ортопедии и травматологии; 3. Кафедра хирургических болезней № 1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Госпитальные инфекции, среди которых большую долю составляют послеоперационные осложнения, наблюдаемые в хирургических отделениях, относятся к числуиболее значимых проблем для системы здравоохранения. Отмечаемые успехи в области решенияисключительно хирургических проблем не позволяютустранить все

имеющиесясложности в проведении лечебно-профилактических мероприятиями при послеоперационных осложнениях.

Ключевые слова: госпитальные инфекции, послеоперационные осложнения, госпитальные штаммы, антибиотикопрофилактика, профилактика.

HOSPITAL INFECTIONS AND PREVENTION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS

Ruziev[1] M.M., Juraev[2] Kh.M., Ali-Zade[3] S.G.

1. State Institution «*Tajik Research Institute of Preventive Medicine" of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan; 2.* Republican clinical center of orthopedics and traumatology; 3. Department of surgical diseases № 1 State Educational Institution «Avicenna Tajik State Medical University»

Nosocomial infections, in the structure of which a significant part is made up of postoperative complications in the surgical departments, are one of the important and complex health problems. The undoubted progress in solving purely surgical problems cannot fully compensate for all the existing difficulties in the treatment and prevention of postoperative complications.

Key words: hospital infections, postoperative complications, hospital strains, antibiotic prophylaxis, prevention.

Рузиев Муродалӣ Меҳмондустович – д.и.т., директори МД «Институти тадқиқоти илмии тиббии профилактикии Тоҷикистон» ВТ ва ҲИА ҶТ; e-mail: m.ruziev@mail.ru; тел.: (+992) 918-71-32-66

Ҷураев Хуршед Мамадҷонович *– н.и.т, духтури осебшинос-ортопеди Маркази ҷумҳуриявии клиникии ортопедӣ ва травматологӣ; e-mail: hurshed_doc@mail.ru; тел.: (+992) 918-61-51-34*

Алӣ-Зода Сухроб Ғаффорович *– н.и.т., дотсенти кафедраи* бемориҳои ҷарроҳии *№ 1 МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино"; e-mail: suhrob_a@mail.ru; тел.: (+992) 928-21-77-55*

Рузиев Муродали Мехмондустович – д.м.н., директор ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» МЗ и СЗН РТ; e-mail: m.ruziev@mail.ru; тел.: (+992) 918-71-32-66

Джураев Хуршед Мамаджонович – к.м.н, врач травматолог-ортопед Республиканского клинического центра ортопедии и травматологии; e-mail: hurshed_doc@mail.ru; тел.:(+992)918-61-51-34

Али-Заде Сухроб Гаффарович – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней № 1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; e-mail: suhrob_a@mail.ru; тел.: (+992) 928-21-77-55

Ruziev Murodali Mehmondustovich *– d.m.s., Director of State Institution "Tajik Research Institute of Preventive Medicine" of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan; e-mail: m.ruziev@mail.ru; tel.: (+992) 918-71-32-66*

Juraev Khurshed Mamadzhonovich - c.m.s., vice director of Republican clinical center of orthopedics and traumatology; e-mail: hurshed_doc@mail.ru; tel.: (+992)918-61-51-34

Ali-Zade Suhrob Gaffarovich *– c.m.s., associated professor in Department of surgical diseases № 1 State Educational Institution «Avicenna Tajik State Medical University»; e-mail: suhrob_a@mail.ru; tel.: (+992) 928-21-77-55*

САМАРАНОКИИ ТАБОБАТИ СИРОЯТИ ОМЕХТАИ ВНМО/ГЕПАТИТИ С

Раҳмонов Ҷ.Э., Матинов Ш.Қ., Хочаева Н.М.
Кафедраи бемориҳои сироятӣ МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино"

Муҳиммият. Дараҷаи паҳншавии умумиҷаҳонии гепатити вирусии С зиёда аз 3% ё ин ки тақрибан 180 миллион нафарро ташкил медиҳад. Ғайр аз ин, ҳамасола афзоиши теъдоди фавтидагон аз бемориҳои вобаста ба ВГС ба мушоҳида мерасад. Аз рӯи тадқиқотҳои глобалии бемориҳо фавт аз гепатити С дар соли 1990 333 000 нафар ва дар соли 2013 704 000 нафарро ташкил додааст (1,2,16).

Мувофиқи навиштаҳои адабиётҳои илмӣ, теъдоди мумии одамони бо сирояти ВНМО/ВГС дар ҷаҳон 4 миллион нафарро ташкил медиҳанд, вале ин маълумотҳо бо хулосаҳои систематикӣ тасдиқ нашудаанд. Сирояти омехтаи ВНМО ва вируси гепатити С тез-тез вомехӯрад, зеро як механизм ва роҳи интиқолёбӣ дорад : яъне, бо хун, алоқаи ҷинсӣ ва ба таври перинаталӣ мегузарад. Бо вуҷуди ин, хусусиятҳои сироят вобаста ба роҳҳои интиқол хеле фарқ мекунанд. Паҳншавии сирояти ВГС дар байни шахсони гирифтори ВНМО дар минтақаи аврупоии ТУТ хеле баланд буда, ба ҳисоби миёна 40% ва дар шаҳрҳо ба 50-90% мерасад (3,5). Паҳншавии антителаҳо ба ВГС дар байни гурӯҳҳои гуногуни хатари интиқоли ВНМО хеле фарқ мекунад: дар байни мардоне, ки бо мардон алоқаи ҷинсӣ мекунанд (МСМ) он 7-8%, дар байни беморони гирифтори гемофилия - 60-70% ва дар байни ПИН, ки баландтарин гурӯҳи хатар доранд - 80-90% ба назар мерасад (6-15).

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши самаранокии табобати зиддивирусии сирояти омехтаи ВНМО/гепатит С дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усули таҳқиқот. Дар беморхонаии клиникии шаҳрии бемориҳои сироятии шаҳри Душанбе 35-бемори бо сирояти омехтаи ВНМО/гепатити С бистарӣ шуда табобати зиддивирусӣ гирифтаанд. Ташхис дар ҳама ҳолатҳо дар асоси аломатҳои сарирӣ, вогирӣ ва вирусологӣ гузошта шуд. Дар таҳқиқот усулҳои лабораторӣ (нишондодҳои СД4 лимфоситҳо, сарбории вирусии КРН ВНМО, гепатити С, муайян намудани генотипҳои вируси гепатитт С, таҳлили биохимиявии хун, эластометрияи ҷигар) мавриди истифода қарор дода шудаанд.

Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии он. Аз 35 беморе, ки бо ташхиси сирояти омехтаи ВНМО/гепатити С зери назорати мо қарор доштанд, мардҳо 31(%), занҳо 4(%) нафарро ташкил намуданд. Ба ҳамаи беморон ҳангоми гузаронидани таҳқиқот табобати антиретровируси фаъолнокиаш баланд бо доруи тенофовир /эмтриситабин/ эфавиренс (Вирадей) таъйин карда шуда буд.

Бо мақсади омӯзиши самаранокии табобати зиддивирусии гепатити С бо интерферон ва рибаверин, инчунин самаранокии доруҳои насли нави софосбувир бо даклотосвир беморон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд.

Гурӯҳи якум аз 21 беморон иборат буд, ки интерферон алфа-2b - пегинтрон ва аналоги нуклеозид - ребетол (рибавирин) гирифтанд.

Ба гурӯҳи дуюм, ки аз 14 нафар иборат аст, доруи зиддивирусии софосбувир 400 мг ва даклотосвир 60 мг таъйин карда шуд.

Дар гурӯҳи якуми беморон муолиҷаи гепатити вирусии музмини С бо истифода аз интерферони рекомбинатии алфа-2b - пегинтрон ва ҳамгунаи нуклеозид - рибавирин, ки аз ҷониби Шеринг-Плоуи (ИМА) истеҳсол шудааст, гузаронида шуд.

Пегинтрон дар вояи 120 мкг, дар як ҳафта як маротиба дар тӯли 6 моҳ, Ребетол - 1000 мг дар як рӯз, ҳар рӯз 2 ҳаб дар саҳар ва 3 ҳаб дар шом пас аз хӯрок, новобаста аз генотипи вируси ошкоршуда таъйин карда шуд. Давомнокии умумии табобат 48 ҳафта буд. Аз таърихи эпидемиологӣ маълум шуд, ки 13,3% беморон истеъмолкунандагони маводи мухаддири тазриқӣ (ИММТ) буданд, боқимонда 86,7% беморон аз ҳамсари ИММТ-и мубталои ВНМО сирояти ҷинсиро гирифтаанд. Ҳамаи беморон шароити нисбатан қаноат-

бахши зиндагӣ доштанд, дар оилаҳои хешу табор зиндагӣ мекарданд, 73,3%-и беморон фарзандони худро (аз 1 то 3) доштанд.

Генотипизатсияи вируси ВГС дар беморони муоинашуда нишон дод: 20% беморон бо генотипи 1b, 46,6% - 3a ва 33,3% - 3a, 1c сироят ёфтаанд. Таҷрибаи гирифторшавӣ ба гепатити С, тибқи анамнез, дар беморон аз 4 то 7 солро ташкил медиҳад. Таҳлили аксуламали вирусологии барвақт пас аз 24 ҳафта гузаронида шуд, аммо 2 бемор бо сарбории вирусологӣ худсарона табобати зидди вирусиро пас аз 4 моҳ қатъ карданд.

Дар оғози табобат дар ҳамаи беморони мушоҳидашуда фаъолияти мӯътадили ферментҳои ҷигар мушоҳида мешуд, сатҳи билирубин дар хун дар ҳудуди муқаррарӣ буд, аммо дар 16 бемор баландшавии сатҳи намунаҳои тимол-вероналӣ (аз 6,0 то 11 воҳид) ва фаъолияти санҷиши йод (аз + то ++) ба мушоҳида расид. Пас аз муолиҷаи гузаронидашуда, баъди 24 ҳафта, дар 2 беморе, ки ҳарду сирояти ҷинсӣ доранд (ВГС/ВНМО), афзоиши нисбии фаъолияти ферментҳои ҷигар (АлАТ - аз 1,2 то 2,2 ммол/л) мушоҳида шуд, дар 2 нафар аз 4 бемори дар боло зикршуда - нишондиҳандаҳои намунаҳои сафедавӣ-таҳшинӣ дар ҳудудҳои якхела тағйир ёфтанд. Мавҷудият ё набудани вокуниши устувори вирусологӣ пас аз 24 ва 48 ҳафтаи табобат бо санҷиши сифатии РНК тавассути ПСР муайян карда шуд.

Натиҷаҳо чунин буданд: чи хеле ки маълум аст, ноил шудан ба сатҳи номуайяни вирусемия омили муҳимтарини мусбӣ дар индукси вокуниши устувори вирусологӣ (ВУВ) маҳсуб меёбад. Ҳамин тавр, табобати 21 беморони сирояти омехта бо табобати маҷмӯӣ бо интерферон а-2b ва рибаверин ВУВ дар 19 нафар аз 21 беморон, ки 90,4% буд, ба вуҷуд омад. Таҳлили вокуниш ба муолиҷаи зиддивирусии пешниҳодшуда вобаста ба генотип имкон дод, ки виремияи давомдор дар ду бемори дорои генотипи 1b ва дар як бемори зертипи 3a/b нишон дода шавад.

Ҳамин тариқ, дар асоси маълумоти пешниҳодшуда, самаранокӣ ва бехатарии курси 24-ҳафтаинаи табобати маҷмӯӣ бо интерферон а-2b ва рибаверин нишон дода шуд. Ин имкон дод, ки дар беморони гирифтори сирояти омехтаи ВНМО/ВГС вокуниши устувори вирусологӣ ба даст оварда шавад, ки 90,4% -ро ташкил дода, натиҷаи умедбахш аст, ки самаранокии ин реҷаи табобатро ҳангоми ба назар гирифтани пешгӯиҳои дахлдор нишон медиҳад. Бо вуҷуди ин натиҷаи бадастомада боиси андеша аст, зеро 9,6% -и боқимонда берун аз хатти табобат боқӣ мемонанд. .

Тавре зикр гардид, гурӯҳи дуюми 14 беморони ВНМО/ВГС табобати зиддивирусии гепатити С бо ингибитори полимерази NS5B софосбувир 400 мг гирифтанд; як маротиба дар як рӯз ва ингибитори NS5A даклотосвир 60 мг як маротиба дар як рӯз тавассути даҳон. Курси пурраи табобат 12 ҳафта буд.

Дар ҳамаи беморони муоинашуда сатҳи пурраи виремия дар ҳафтаи 12-уми оғози табобат дар 14 бемор (100%) ташхис карда шуд. Таҳлили индуксияи ВУВ вобаста ба генотипҳои вирус ва ҷинс тибқи таҳқиқоти мо ягон вобастагӣ нишон надодааст. Ҳангоми қабули ин доруҳо, ба истиснои дилбеҳузурии ночиз ва дарди сар, дар ҳафтаи аввали қабули онҳо, ягон таъсири иловагии дуюмдараҷа вуҷуд надошт.

Ҷадвали 1. Самаранокии муолиҷаи зиддивируси ГМС дар беморони гирифтори ВНМО.

Генотипи HCV	ИФН+рибавирин 24 недели n=21	ИФН+рибавирин 48 ҳафта n=19	Софосбувир + даклотосвир 12 ҳафта n=14	P
1\3	90,4%	89,4%	100%	0,001

Ҳамин тариқ, дар асоси таҳқиқоти гузаронидаи мо оид ба самаранокии табобати беморони гирифтори гепатити музмини С дар беморони гирифтори ВНМО софосбувир 400 мг ва даклотосвир 60 мг дар давоми 12 ҳафта сатҳи баланди ВУВ нишон дод, дору аз ҷониби беморон новобаста аз генотипҳои вирус хуб таҳаммул карда шуд, Дар ҳамаи 100% беморо-

ни ВГС, мо тавонистем ба ВУВ ноил шавем. Табобати дар боло зикршуда ҷараёни табиии раванди сироятиро суст ва пешгӯии бемориро беҳтар мекунад, ки ҳангоми муолиҷаи беморони гирифтори сирояти омехтаи ВНМО/гепатити С бояд ба назар гирифта шавад.

АДАБИЁТ

1. Аитов К.А., Малов И.В., Плотникова Ю.К. Методы диагностики и лечения вирусных гепатитов./ Пособие для врачей общей практики. г. Иркутск. -2008.-108с.
2. Бартлетт Д, Галлант Д, Фам П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2009-2010. М.: Р. Валент; 2010. 490 с.
3. Бобоходжаева М.О., Ахмедов А.А., Касымова М.К. Некоторые особенности распространения ИППП/ВИЧ в современных социально-экономических условиях. /Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2015;2:25-9.
4. Джуракулова Ф.М., Бандаев И.С., Раупов Ф.О. Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в г.Душанбе Республики Таджикистан. /Медицинский вестник национальной Академии наук Таджикистана. –Душанбе.-2021. Том XI.- №3(39).-С. 24-30.
5. Нуров Р.М. ВИЧ-инфекция в системе пенитенциарных учреждений: диагностика, клиника, лечение и профилактика: автореферат диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук/ Р.М. Нуров. Санкт-Петербург, 2014. – 39 с.
6. Пирогова И.А. Распространённость ВИЧ-инфекции в России //Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области.- 2017.-Т.2, №4(19). С. 45-49.
7. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации/ под ред. В.В. Покровского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 192 с.
8. Поляков А.Н. Резистентность вируса иммунодефицита человека к антиретровирусным препаратам / А.Н. Полякова, В.В. Рассохин // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2010. –Т. 2, № 2. – С. 48-57.
9. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией / В.В. Покровский [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2012. – №6, приложение. 48 с.
10. Рафиев Х.К. Результаты терапии больных в острой стадии ВИЧ-инфекции среди заключённых/ Х.К. Рафиев, Р.М. Нуров, Н.Б. Лукьянов / Ж. Вестник Авиценны. – 2012. – №2. – С. 138-141.
11. Рафиев ХК, Нуров РМ, Турсунов РА. ВИЧ-инфекция и вирусные гепатиты среди заключённых. *Вестник Авиценны.* 2012; (3): 111-114.
12. Рахманова А.Г. Антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге и перспективы ее совершенствования /А.Г.Рахманова, Н.Г.Захарова //ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2011. – № 4. – С. 44-50.
13. Турсунов Р.А. Коинфекция ВИЧ и парентеральных вирусных гепатитов у наркозависимых / Р.А.Турсунов // Вестник Авиценны. – 2012. – № 2. – С. 182-189.
14. Malaquarnera M, Restuccia S, Trovato G, Siciliano R, Motta M, Trovato BA. Interferon-a treatment in patients with chronic hepatitis C. Clin Druq Invest. 2012; 9(3): 141-9.
15. Messina JP, Humphreys I, Flaxmax A, Brown A, Cooke GS, Pybus OG, et al. Global distribution and prevalence of hepatitis C virus genotypes. J. Hepatology. 2015; 61(1): 77-87.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ КОИНФЕКЦИИ ВИЧ/ ГЕПАТИТ С.

Раҳмонов Дж.Э., Матинов Ш.К., Ходжаева Н.М.

Кафедра нфекционных болезней, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель:изучить эффективность противовирусной терапии больных гепатитом С препаратами интерферон и рибавирин, а также препаратами нового поколения софос-

бувир с даклатасвир, у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы: В исследование включены 35 пациентов коинфекцией ВИЧ/гепатит С. Для изучения эффективности противовирусных препаратов все больные разделены на 2 группы. В первую группу были включены 21больной, которые получали противовирусные препараты интерферон альфа-2b и рибавирин и 14 больных, получавшие противовирусные препараты софосбувир по 400 мг и даклатасвир по 60 мг.

Результаты: Лечение больных коинфекцией комбинированной терапией интерфероном а-2b и рибавирином устойчивый вирусологический ответ (УВО) был индуцирован у 19 из 21 пациента, что составило 90,5%. Из 14 больных коинфекцией ВИЧ/гепатит С, которые получали противовирусную терапию по поводу гепатита С софосбувиром и даклатасвиром в течении 12 недель,полный неопределяемый уровень виремии был диагностирован у всех 14 больных (100%).

Заключение: Эффективность лечения больных хроническим гепатитом С у ВИЧ-инфицированных пациентов софосбувиром и даклатасвиром на протяжении 12 недель показал высокий уровень УВО (100%). Побочных эффектов от приема данных препаратов у пациентов не выявлено.

Ключевые слова:Коинфекция ВИЧ/гепатит С, лечение, эффективность.

EFFECTIVENESS OF HIV/HEPATITIS TREATMENT

J.E. Rahmonov, Sh.K. Matinov, N.M. Khojaeva
Department of Infectious Diseases (Head of the Department, Professor E.R. Rahmonov) of Avicenna Tajik State Medical University

Purpose: to study the effectiveness of antiviral therapy in patients with hepatitis C with interferon and ribavirin, as well as new generation drugs sofosbuvir with daclatasvir, in patients with HIV infection.

Material and Methods: The study included 35 patients with HIV/hepatitis C coinfection. To study the effectiveness of antiviral drugs, all patients were divided into 2 groups. The first group included 21 patients who received the antiviral drugs interferon alfa-2b and ribavirin and 14 patients who received the antiviral drugs sofosbuvir 400 mg and daclatasvir 60 mg each.

Results: Treatment of co-infected patients with combination therapy with interferon a-2b and ribavirin, sustained virological response (SVR) was induced in 19 of 21 patients, which was 90.5%. Of 14 patients with HIV/hepatitis C coinfection who received antiviral therapy for hepatitis C with sofosbuvir and daclatasvir for 12 weeks, a complete undetectable level of viremia was diagnosed in all 14 patients (100%).

Conclusion: The effectiveness of treatment of patients with chronic hepatitis C in HIV-infected patients with sofosbuvir and daclatasvir for 12 weeks showed a high level of SVR (100%). Side effects from taking these drugs in patients have not been identified.

Key words: HIV/hepatitis C coinfection, treatment, efficacy.

Раҳмонов Ҷ.Э. – унвонҷӯи кафедраи бемориҳои сирояти МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, E-mail: dr-matin@mail.ru Тел.: +992 (93) 918.17.79.05.

Матинов Ш.Қ.- н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои сирояти МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, E-mail: dr-matin@mail.ru Тел.: +992 (93) 918.17.79.05.

Хоҷаева Н.М.- д.и.т., профессори кафедраи бемориҳои сирояти икӯдакон МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”,

Рахмонов Дж.Э. -соискатель кафедры инфекционных болезней, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», E-mail: dr-matin@mail.ru Тел.: +992 (93) 918.17.79.05.

Матинов Ш.К.- кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», E-mail: dr-matin@mail.ru Тел.: +992 (93) 918.17.79.05.

Ходжаева Н.М. - доктор медицинских наук, профессор кафедры детских инфекционных болезней, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Rakhmonov J. E.- Competitor of the Department of Infectious Diseases, Avicenna Tajik State Medical University

Matinov.Sh.K.- Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Infectious Diseases, Avicenna Tajik State Medical University

Khojaeva N. M. - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Children's Infectious Diseases, Avicenna Tajik State Medical University

ПАНДЕМИЯИ COVID-19 ВА БЕМОРИИ СИЛ.

Сирочидинова У. Ю.

Кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино.

Муҳиммият. Бемории сил бемории сироятӣ буда, то 80-85% аз шумораи ба қайд гирифташудагони сили шуш, 15-20 %-ро сили ғайришушӣ ташкил мекунад, агарчи ба сил тамоми узвҳо гирифтор шуда метавонанд. Ин бемори ҳануз дар асри сангин вуҷуд дошт . Дар айни замон ин бемори табобатшаванда мебошад , агарчи табобат муддати зиёдро талаб мекунад. А рӯи ахбороти ТУТ ҳар сол то 10 мил. одамон ба ин бемори гирифтор мешаванд, соли 2019 беморшави аз сил 130 ба 100 000 аҳолӣ баробар буд, аз ин 200 000 нафар кӯдакон -1,4 мил. одамон аз ин бемори фавтиданд. [5].Сил кушандаи самараноктарин дар байни бемориҳои сироятӣ мебошад. Ваксинатсияи зидди сил танҳо ба кӯдакон гузаронида мешавад. Бинобар вазифаи асосии мубориза бо ин бемори сари вақт дарёфт намудани беморон , ташхис ва табобат кардан мебошад. Дар айни ҳол маълум нест таъсири манфии COVID-19 ба зиёд шудани бемории сил [4]. Сармутахассиси ФР оиди бемории сил проф. Ирина Васильева (Дар сайти Петербург о здоровье" Доктор Питер") 6.09 2020[3] суханрони намуда қайд кардааст, ки сил ва Короновирус бисьёр хислатҳои умумӣ доранд: як роҳи паҳншавии сироят ин бо роҳи ҳавогӣ, ҳарду шушро захмдор мекунанд, ғайр аз ин сулфаи хушк, қамқуватӣ, ,ҳароратбаландӣ. КТ на ҳама вақт ҷавоби дуруст медиҳад , ки ин короновирус ё сил, пас аз илтихоби кроновирус дар шуш "нақшҳое" боқи мемонанд ки ба фибрози пас аз сил монаннд аст. [9]Танҳо сил суст авҷ мегирад , ковид бошад ҷараёни шадид дорад.. Масъаларо пас аз таҳлили ПЦР ки силро тасдиқ мекунад ҳал кардан мумкин аст. .Ҳангоми ба сил сироят ёфтан дар организм цитокинхо тарашшӯҳ мешаванд, ки зидди илтиҳобӣ мебошанд роли муҳимро барои ташаккули таъсирнопазирии зидди илтиҳобӣ вируси мебозанд ҳисоб мекунанд олимони ТУТ [5,10,13]. Ин механизм пеш ҳам маълум буд ва барои истифодаи ваксинатсияи БСЖ-и зидди сили истифода бурда мешавад[15]. Олимон дар тадқиқотҳои худ исбот кардаанд ,ки сили шакли ниҳони ба организм чун ваксинаи БСЖ таъсир мекунад, ҳар қадаре ки дар организм чӯбчамикроби сил (п. Коха) зиёд бошад, ё ваксинатсия бисьёртар гузаронида шуда бошад , ҳамонқадар одамон камтар аз ҷовид мефавтанд. [1,2,8,15,10]Экспертҳои ТУТпешгӯи карданд,кт дар панҷолаи наздик яъне дар соли 2025 илова 6,3 мил бемор ва 1,4 мил фавт аз сил пешбини шудааст, чунки дар бисьер давдатҳо барномаҳои мубориза бо сил баста шуданд. Мубориза бо сил 5-8 сол ба қафо партофта мешавад нишондиҳандаҳо ба соли 2013 омада мерасанд. . [4,5,8]

Мақсад. Таҳлили муқоисавии нишондодҳои бемории сил дар 9 моҳи соли 2019 ва ҳангоми пандемияи COVID-19 соли 2020 дар ш. Душанбе ва дар Чумҳурии Тоҷикистон..

Мавод ва усулҳои таҳлил: нишондодҳои оморӣ: таҳлили муқоисавии беморшавӣ дар 9 моҳи соли 2019 ва 2020.шаклҳои ба қайд гирифташуда дар Чумҳурӣ ва ш. Душанбе.

Нишондодҳо аз ҳуҷҷатҳои оморӣ хабарнома (формаи 089/у),журнали қайди ҳолатҳои бемории сил , ки аз маркази муборизаи зидди сили Чумҳурияви ва ш. Душанбе дастрас шудаанд.

Натиҷа ва муҳокимаи он: Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳар сол 4500-5000 бемор ба қайд гирифта мешавад, дар ш. Душанбе бошад 480-500 нафар беморон бо ҳар гуна шаклҳои сил ба қайд гирифта мешаванд , [7] аз ин 10-11 % кӯдакони то синни 17 сола мебошад таъсири манфии COVID-19 мушохида мешавад, чунки шумораи дарёфти беморони сил дар муқоиса кам дида мешавад..

Дар ҷумҳури дар 9 моҳи сипаригашта 2988 бемор аз ин 193 (7,9%)нафар кӯдакон ба қайд гирифта шудаанд соли 2019 дар ҳамин муддат 4098 нафар ки ин 72,9% камтар нисбати ҳамин давраи соли 2019. аз он ҷумла 311(6,5%) нафар кӯдак[7].Сили шуш 34,9%, сили ғайришушӣ-65,1% соли 2019 69,0% ва 31,0% мутаносибан .

Фоизи беморони сили шуш ва сили гайришушии ба кайд гирифташуда

Беморони сили ба кайд гирифташуда							
Дар ҶТ				дар ш. Душанбе			
2019		2020		2019		2020	
4098		2988		466		333	
Сили шуш	Сили ғ/ш	Сили шуш	Сили ғ/ш	Сили шуш	Сили г/ш	Сили шуш	Сили ғ/ш
69%%	31%%	34,9%	65,1%	66,5%	33,5%	54,6%	45,3%
2829	1269	1963	1025	333	133	182	151

Ҷараёни қайди беморон дар 9 моҳи ду соли охир дар ш. Душанбе нишон медиҳад ки ҳангоми пандемия 333 ҳодисаи нави бемории сил ба қайд гирифта шуд, ки 37% камтар нисбати ҳамин давраи соли 2019. (соли 2019- 466 ҳодисаи нав ба қайд гирифта шуда буд), аз ин кӯдакон 13,8%, соли 2019- 15,2% нафарро ташкил мекунанд .Таҳлили шаклҳои бемории сил нишон дод ки сили шушӣ дар ҶТ- соли 2020—54,6% , соли соли 2019-66,5% , хориҷкунандагони микроби сил 36,2% мутаносибан дар соли 2019- 35,5%. Шаклҳои ба қайд гирифта нишон дод, ки фоизи қариб ҳамаи шаклҳои таҳлили муқоисавии сили шуш дар ду сол қариб фарк надоштанд[7] .

Танхо сили судабанду ковокидори шуш соли равон 0,5%, соли 2019- 3,9%. Ин беморони гирифтор ба шакли музмини шуш ки қариб ҳама вақт хориҷкунанлаи МС мебошанд ва ба атрофиён хавф доранд ниҳоят кам дарефт шудаанд .

Яке аз сабаби кам дарёфт шудани ин беморӣ пандемия мебошад,чунки мутахассисони тибби умум аксари беморони силро ки ҳангоми пайдо шудани хислатҳои бемории роҳҳои нафас бе таҳлили пурра ковид ташхис гузошта табобат мекунанд , акси рентгении ин ду шакли бемори монанд мебошад танҳо бо ташхиси КТ сояи” шишаи ношафоф”, ки ба ковид хос аст дидан мумкин аст. Гузаронидани КТ на ҳама вақт имконпазир мебошад, бинобар ташхиси нодуруст ҳам силро зери ниқоби ковид мегузорад. Дар солҳои ояндаи наздик пас аз гузаштани пандемия авҷи сил ба назар мерасад.

Бояд қайд кард, ки аз шумораи умумии беморони бори аввал дар давраи ҳисоботи ба қайд гирифта шуда, сили ғайришушӣ кариб нисфи беморонро ташкил кардааст 45,3%, соли 2019 - 33,5% буд . Сабаби зиёд ба қайд гирифтани ин шакли бемори дарёфт нашудани сили шуш ё ташхиси нодурусти сили гайришуши мебошад аз ҷумла плеврити силӣ , ин шакли беморӣ соли 2020 -23,8% соли 2019-17,4% сили гайришуширо ташкил кардааст.Ташхиси ин шакл бе таҳлили бактериологӣ ва гистологӣ мушкил ва сабаби ташхиси нодуруст буда метавонад, албатта дар мавриди пандемия дар ноҳияҳо санҷиши бактериологи ё гистологи гузронидан мушкил буд, бинобар изофаташхис (гтпердиагностика) ҷой дорад. Дар соли 2020 дар ш. Душанбе ташхиси сили чашм дар ҳампайвастаги бо окулистҳо дуруст ба роҳ монда шудааст, ки ин нишондоди хуб мебошад. (1,3%) солҳои собиқ қариб ташхис намешуд , чунки ташхиси ин намуди беморӣ хисла-

тҳои хоси худро дорадт, бинобар дар ФР сили чашм дар ҳисоботҳо 0,5 то 4,8% ташкил мекунад. [16] Сили пардахои майнаи сар (менингит)-2%,[6,8] ин шакл соли 2019 ба қайд гирифта нашуда буд. Сили узвҳои пешоброн ва ҷинсӣ танҳо соли 2019 - 2,6% беморони сили ғайришуширо ташкил кард ,соли равон ин шакли сили гайришуши ташхис нашудааст, сабаби кам дарёфт шудани ин бемори беэътибории мутахассисони ин соҳа мебошад. Аксари ин беморон зери никоби пиелит пиелонефрити ғайримахсус ташхис шуда табобати нодуруст мегиранд , дар натиҷа гурдаҳо тамоман аз кор мебароянд . Дар ФР сиди узвҳои пешоброн 35-40% сили ғайришуширо ташкил медиҳад[3]-.Хело хуб мешуд, ки мутахассисони соҳавӣ фаромуш накунанд ки узвҳои пешоброн ба сил бисьёр гирифтор мешаванд ва ин намуди бемори сили давраи дуюм мебошанд, яъне аввал шуш осеб меёбад, сипас дигар узвхо. Ба ҳар бемори узвҳои пешоброн бояд акси рентгении шуш ва муоинаи пешобро барои дарефти МС гузаронанд. Аз руи тахлили мутахассисон беморони сил алалхусус шакли нихони сил кам ба ковид гирифтор мешаванд. [1]

Мо низ чунин холатро мушохида кардем.Дар беморхонаи Ҷумҳуриявӣ 171 нафар беморони роҳҳои нафас бистари мебошанд ,аз ин 151 бо сил ва 20 нафар ғайри сили ,ба ҳамаи онҳо тести ковид гузаронида шуд,

Сироятёфтагон ба COVID-19 дар байни беморони беморхонаи ҷумҳуриявӣ

Ҳамагӣ беморон	Сили шуш				Илтихоби ғайрисилӣ	
171	151				20	
	Тести ба ковид – мусбат-13/8,6%		Тести ковид манфи-138-91,4%		Тести ба ковид – мусбат-5/25,0%	Тести ба ковид – манфӣ-15/75%
	Бемор шуд	Солим	Бемор шуд	Солим	Бемор шуд	Солим
	6/46,1%	7/53,9%	0	138	3/60%	2/40%

Чуноне ки дида мешавад, танҳо дар 13нафар беморони гирифтори сил натиҷаи тест мусбат буд, ки ин 8,6%-ро ташкил мекунад, аз онхо 6 нафар шакли сабуки илтиҳоби ковидро аз сар гузаронидаанд. Ҳолатҳои фавт набуд. Аз 20 нафар беморони ғайри сили дар 5 нафар тест мусбӣ буд (25%), 3 нафари онхо илтиҳоби шушро аз сар гузарониданд, фавт низ мушоҳида нашудааст.

Хулоса: Нишондодҳои таҳлилии гузаронида тасдиқи гуфтаҳои экспертҳои ТУТ мебошанд. Дар ҳақиқат беморони сил кам ба ковид гирифтор мешаванд ва сил аз фавт аз ковид эмин нигоҳ медорад . Сироятефтагон ба ковид дар байни беморони сил 8,6% ва дар байни беморони ғайри силӣ 25% (3 маротиба зиёд)-ро ташкил мекунанд. Дар ҳарду гурӯҳ ҳолатҳои вазнини беморӣ ва фавт мушоҳида нашудааст.

Беморони сили ба қайд гирифташуда							
Дар ҶТ				дар ш. Душанбе			
2019		2020		2019		2020	
4098		2988		466		333	
Сили шуш	Сили ғ/ш	Сили шуш	Сили ғ/ш	Сили шуш	Сили ғ/ш	Сили шуш	Сили ғ/ш
69%%	31%%	34,9%	65,1%	66,5%	33,5%	54,6%	45,3%
2829	1269	1963	1025	333	133	182	151

Адабиёт

1.Белоцерковская Ю. Г. COVID-19: Респираторная инфекция, вызванная новым коронавирусом: новые данные об эпидемиологии, клиническом течении, ведении пациентов / Ю. Г. Белоцерковская, А. Г. Романовских, И. П. Смирнов // Consilium Medicum. – 2020. – № 3. – С. 12-20.

2.Методические рекомендации «Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), у детей (версия 1 от 24.04.2020)». — М., 2020. — 43 с.

3.Васильева И.А. сайти Петербург о здоровье" Доктор Питер" 6.09 2020
4.Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в Российском Здравоохранении / В. И. Стародубов, Ф. Н. Кадыров, О. В Обухова [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2020. –
3.Васильева И.А. сайти Петербург о здоровье" Доктор Питер" 6.09 2020/- № 4. – С. 58-71.
5.ВОЗ предупреждает: если приостановить оказание важных медицинских услуг, достигнутые успехи вакцинации могут уйти в прошлое // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2020. – № 2. –С. 62-62.
6. Короновирус: сиптомы и профиликтика [Электронный ресурс] URL: https://medikom.ua/ru/koronavirus-simptomy-i-profilaktika/
7.Национальная программа защиты населения от туберкулеза в Республике Таджикистан на 2021-2025гг. Душанбе -2020.-62 с.
8. Advances in the Diagnosis and Treatment of Latent Tuberculosis Infection.-2020/-DOI^10.1097/Gc0000629.
9. Liu J, Liao X, Qian S, et al. Community Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, Shenzhen, China, 2020. Emerg Infect Dis. 2020;26(6):1320–1323. doi: 10.3201/eid2606.200239.
10. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Geneva: WHO; 2020. Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/ novel-coronavirus-2019.
11. Global tuberculosis report| World Health Organization- Geneva Switzerland? 20011,200-12,2015,2017,2020.
12 .Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. Novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020;382(8): 727–733.
13. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Geneva: WHO; 2020. Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/ novel-coronavirus-2019.
14. Chen Y, Wang Y, Fleming J, et al. Active or latent tuberculosis increases susceptibility to COVID-19 and disease severity. MedRxiv. 2020. doi: 10.1101/2020.03.10.20033795.
15. BCG Vaccination to Reduce the Impact of COVID-19 in Australian Healthcare Workers Following Coronavirus Exposure (BRACE) Trial. 2020. Available from: https://www.clinicalkey.com/#!/content/ clinical_trial/24-s2.0-NCT04327206
16. Устинова Е.И. Organization of detection, diagnostics and treatment РМЖ «Клиническая Офтальмология» №1 от 03.02.2003 стр. 36

ПАНДЕМИЯ COVID-19 И ТУБЕРКУЛЁЗ

Сироджидинова У.Ю.
Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ "ТГМУ им. Абули ибни Сино"

Цель. Анлиз эпидемиологических показателей туберкулеза за 9 месяцев 2019 и при пандемии COVID-19 в 2020 году в Республике Таджикистан и в г. Душанбе.

Материалы и методы исследования: проведено сравнительный анализ заболеваемости,клинические формы выявленного туберкулеза в республике и в г. Душанбе за 9 месяцев 2019 и 2020 г., основанное на данных о регистрации случаев туберкулеза у больныхтуберкулезои и с сопутствующей инфекцией COVID-19. Источником информации явились: регистрационная форма экстренного извещения о случае туберкулеза (форма 089/у), журнал регистрации случаев ТБ.по г.Душанбе и в РТ

Результаты и их обсуждения: в Республике Таджикистан за 9 месяцев текущего года выявлено 2438 больных за этот период 2019 года 4746 это на 51,3% больше чем в в 2020 году. В г. Душанбе за 9 месяцев 2020 года зарегистрировано 333 случаев туберкулеза, это на 37% меньше чем за 9 месяцев 2019 года. В 2019г- 54,6% в 2020 и 66,5% это туберкулёз легких. Внелегочные формы туберкулеза составляли 45,4%, и 33,5% соответственно.

Структура клинических форм особо не отличались, кроме фиброзно кавернозного туберкулеза, которое выявлено в 2020 г-05%,в 2019г-2,6%, причиной является пандемия т.к. нередко туберкулез протекает под маской ковида. Больше стали выявляться туберкулез глаз(1,3%),имеет место гипердиагностика туберкулезного плеврита и недовыявления туберкулеза мочеполловой системы. Результаты теста 151 больных туберкулезом, показало инфицированность ковиом составляет 8,6% а у больных не туберкулезной этиологии в 3 раза (25%) больше. Случаи тяжелого течения постковидной пневмонии и летальности не отмечено.

Заключение: анализ показателей совпадают с выводами экспертов ВОЗ. Больные туберкулезом редко инфицироуются(8,6%) и заболевают ковидом, чем не туберкулезные больные (инфицированность 25%).Заболевание протекает в легкой форме и летальных случаев не отмечено в обех группах.

Ключевые слова:пандемия,ковид,случаи туберкулеза,инфицированность

COVID-19 pandemic and tuberculosis

Siroojidinova U.Yu.

Goal. Analysis of the epidemiological indicators of tuberculosis for 9 months of 2019 and during the COVID-19 pandemic in 2020 in the Republic of Tajikistan and in Dushanbe.

Materials and research methods: a comparative analysis of the incidence, clinical forms of detected tuberculosis in the republic Tajikistan and in Dushanbe for 9 months of 2019 and 2020, a study was carried out based on data on the registration of tuberculosis cases in patients with co-infection with COVID-19. The source of information was: registration form for urgent notification of a case of tuberculosis (form 089 / y), a register of TB cases in the city of Dushanbe and in the Republic of Tajikistan

Results and their discussion: in the Republic of Tajikistan for 9 months of this year, 2,438 patients were identified for this period of 2019, 4,746, which is 51.3% more than in 2020. In Dushanbe, 333 cases of tuberculosis were registered in 9 months of 2020, which is 37% less than in 9 months of 2019. In 2019 - 54.6% in 2020 and 66.5% is pulmonary tuberculosis. Extrapulmonary forms of tuberculosis accounted for 45.3% and 33.5%, respectively. The structure of clinical forms did not differ much, except for fibrous cavernous tuberculosis. The cause is a pandemic. Often, tuberculosis proceeds under the mask of covid. The tubes of the eyes began to be detected more. There is an overdiagnosis of tuberculous pleurisy and undetected tuberculosis of the genitourinary system. The test results of 151 patients with tuberculosis showed that the infection of covidomas is 8.6%, and in patients with non-tuberculosis etiology there are 3 times (25%) more cases of severe postcoid pneumonia and no mortality.

Conclusion: the analysis of the indicators coincides with the conclusions of the WHO experts. Patients with tuberculosis rarely become infected (8.6%) and get sick with covid than non-tuberculosis patients (infection 25%). The disease is mild and no lethal cases were observed in both groups.

Key words: pandemic, covid, cases of tuberculosis, infection

***Сирочидинова Умринисо Юсуфовна**,докторы илмхои тиб,профессори кафедраи фтизиопулмонология ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино,E-mail imrinisso@ yandex.ru,тел.988 65 94 57.*

Сирочидинова Умринисо Юсуфовна,доктор медицинских наук,профессор кафедры фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино; E-mail imrinisso@ yandex.ru

Sirojidinova Umriniso Ysupovna, MD,professor of ftisiopulmonologi of ATSMU, E-mail imrinisso@ yandex.ru

БЕҲДОШТ

ТАСНИФОТИ САНИТАРӢ - МИКРОБИОЛОГИИ ИНФЕКСИЯҲОИ ДОХИЛИБЕМОРХОНАВӢ ДАР МУАССИСАҲОИ СОҲАИ ҶАРРОҲӢ

Комилов И.Ш.
Кафедраи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ва омори тиббӣ, беҳдошт ва экологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Муҳиммият. Дар маҷмӯи чорабиниҳо оид ба риоя кардани реҷаи санитарию беҳдоштӣ ва зидди эпидемикӣ дар муассисаҳои соҳаи ҷарроҳӣ бо мақсади пешгирӣ намудани сирояти дохили беморхонавӣ ташкил ва гузаронидани дезинфексия ва стерилизатсия, ки барои қатъ намудани механизми гузариши барангезанда равона шудааст, аҳамияти зиёд дорад.

Дар муассисаҳои тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон бисёртар ба антисептикҳо ва маводҳои дизенфексионии ҳозиразамон, ки қобилияти баланди бактериякушӣ ва таъсири зиддимикробӣ доранд, аз он ҷумла, ба ширкатҳои истеҳсолии Федератсияи Руссия (ООО «Парити» ЗАО ЦП « Гигиена - Мед») ва Белоруссия («Инкраслав») диққати махсус дода мешавад [4.9.10].

Маводҳои дар болозикршуда дар баробари хосияти зиддимикроби доштанашон, ҳамчун маводҳои шӯянда истифода бурда мешаванд, ки онҳоро ҳангоми рубучин ва дезинфексиякунонии муассисаҳо ва тозанамудани пеш аз стерилизатсиякунонии ашёҳои дар тибб истифодашаванда ҳамчун маводҳои хлордор метавонанд истифода шаванд [1.5.8].

Сирояти дохили беморхонавӣ яке аз мушкилоти муҳими соҳаи хизматрасонии тандурустии тамоми олам ба ҳисоб меравад. Махсусан ин мушкили дар шӯъбаҳои ҷарроҳии муассисаҳои табобатӣ, аҳамияти муҳим дорад [2.3.6.7].

Гарчанде, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон шароити меҳнати табибонро Бобоев А.Б., Мақсудова З.Я., Азизи Нурзод ва Ҷураева Н.С. омӯхта бошанд, ҳам аммо, қайд намудан зарур аст, ки табибон ҳангоми фаъолият бевосита ва ҳамарӯза ба омилҳои номусоиди сирояти дохили беморхонавӣ дучор мешаванд. То имрӯз шароити меҳнати ҷарроҳиро дар Ҷумҳурии Тоҷикистон кассе наомӯхтааст. Аз ин лиҳоз шароити меҳнати ҷарроҳон ва сирояти дохили беморхонаҳо ба омӯзиши илмӣ ниёз дорад. Ин пеш аз ҳама ба назорати ҳолатҳои беҳдоштию – эпидемиологӣ системаи чорабиниҳои мубориза ва пешгирии бемориҳои дохили беморхонаҳо вобастагӣ дорад.

Мақсади тадқиқот: Омӯзиш ва роҳҳои пешгирии паҳншавии микроорганизмҳо дар шӯъбаҳои ҷарроҳӣ, муайян намудани нақши онҳо дар пайдошавии сирояти дохили беморхонаҳо.

Мавод ва усулҳои тадқиқот: Барои баҳои снитарию – беҳдошти додани муҳити ҳаво, ашёҳои тиббӣ ва дастони табибони шуъбаҳои ҷарроҳӣ дар шаҳри Душанбе, таҳти омӯзиш қарор дода шуд. Барои ба даст овардани натиҷаҳои таҳқиқоти мазкур, теъдоди олудаи ҳавои муассисаҳоро истифода намудем. Барои омӯхтани ифлосии ҳаво бо микроорганизмҳо 425 теъдоди ҳаво, барои таҳлил гирифта шуд.

Дар таҳқиқот меъёрҳои паҳншавии микробҳоро барои ҳуҷраҳои беморон, бандинабандӣ ва доругузаронии муассисаҳои табобатию – профилактики мавриди омӯзиш қарор додашудааст.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии он: Дар натиҷаи тадқиқоти гузаронидашуда муайян карда шуд, ки дар таркиби ҳавои ҳуҷраҳои шуъбаи ҷарроҳӣ ва дигар шӯъбаҳои мушоҳидавӣ шумораи стафилококкҳои тиллоранг ва граммманфӣ нисбати микроорганизмҳои колоноҳосилкунанда аз меъёр зиёдтар ба назар мерасанд.

Чӣ тавре ки дар ҷадвали 1 қайд шудааст, паҳншавии микроорганизмҳо дар ҳамаи шуъбаҳои ҷарроҳӣ нисбати меъёри санитарию - беҳдоштӣ зиёдтар ба назар мерасад(55,6%). Вобаста аз шумораи умумии коло-

Ҷадвали №1- Натиҷаи тадқиқоти ҳаво барои паҳншавии микробҳо дар шуъбаҳои ҷарроҳӣ.

Шӯъбаҳо	Намунаи умӯмии тадқиқот	Намунаи дорои микроорганизмҳо, аз меъёр зиёдшаванда		Фаслҳои сол							
				Баҳор		Тобистон		Тирамоҳ		Зимистон	
		Шумораи мутлақ	%	Шумораи мутлақ	%	Шумораи мутлақ	%	Шумораи мутлақ	%	Шумораи мутлақ	%
Ҷарроҳӣ	120	87	63,3	8	13,3	5	8,3	12	20,0	13	21,7
Травматологӣ	115	63	43,3	3	5,0	1	1,6	9	15,0	13	21,7
Нейрохирурги	100	72	68,3	11	18,3	7	11,7	11	18,3	12	20,0
Онкологӣ	80	60	56,6	3	10,0	2	6,7	5	16,6	7	23,3

на (инчунин, дар фасли тирамоҳ ва зимистон дар 68,3% ҳолатҳои назорат) зиёдшавӣ нисбати меъёрҳои санитарию - беҳдоштӣ ба назар мерасад.

Қайд кардан зарур аст, ки паҳншавии шумораи St.aureus дар таркиби ҳавои шуъбаҳои ҷарроҳӣ 21,7% дар 1м^3 ҳаво баробар аст, дар фасли тирамоҳу зимистон бошад дар 73% шумораи стафилококки тилоранг қайд карда шудаст.

Зиёдшавии St.aureus дар фаслҳои тирамоҳу зимистон дар 8 ҳодисаи қайдшуда (13,3%) аз 1 то 3 колона дар1м^3 ҳавои ҳуҷраҳои омӯзишӣ ба назар мерасад.

Ҳангоми тадқиқот паҳншавии микробҳо дар шуъбаҳои ҷарроҳӣ, вобаста ба динамикаи басти корӣ миқдори гуногуни микроорганизмҳо муайян карда шуданд, инчунин миқдори минималии паҳншавии микроорганизмҳо дар ҳама шуъбаи ҷарроҳӣ дар соатҳои авали рӯзи корӣ аз 27,2 ±1,1 то 51,4±43 ВКҲ (Воҳидҳои колонна ҳосилкунанда) дар 1м^3 қайд шудааст.

Дар соатҳои миёнаи рӯзи корӣ зиёдшавии ифлосии ҳаво нисбати соатҳои авали рӯзи корӣ ба назар мерасад, ки ин нистбати соатҳои аввали басти корӣ 2,5 – 5,6 маротиба зиёд мебошад (P < 0,001). Ҷадвали №2. - Динамикаи ифлосшавии ҳаво бо микроорганизмҳо вобаста ба вақти корӣ (M±м) дар 1м^3.

Шӯъбаҳои соҳаи ҷарроҳӣ	Теъдоди умумии тадқиқот	Шумораи Воҳидҳои колоннаҳосилкунанда		
		Дар аввали рӯзи корӣ	Дар мобайни рӯзи корӣ	Дар охири рӯзи корӣ
Ҷарроҳӣ	60	48,6±3,1	(11,3±0,7)x10^2	(9,6±1,1)x10^2
Травматологӣ	60	27,2±1,1	(4,3±0,3)x10^2	(9,8±0,9)x10^2
Нейрохирургӣ	60	49,3±3,7	(21,6±1,3)x10^2	(11,6±2,1)x10^3
Онкологӣ	30	51,4±4,3	(23,4±1,4)x10^2	(19,9±1,3)x10^3

Дар шуъбаҳои ҷарроҳӣ меъёри ВКҲ дар 1м^3 ҳаво ба (4,3±0,3)Ч10^1 баробар аст, ки ин дар муқоиса бо авали басти рӯзи корӣ 1,5 маротиба зиёд мебошад (P < 0,001).

Дар охири рӯзи корӣ шумораи микроорганизмҳо дар ҳавои ҳамаи шӯъбаҳои ҷарроҳӣ ба ҳаҷми максималӣ омада мерасад, ки ин дар муқоиса бо соатҳои аввали рӯзи корӣ 25-30 маротиба зиёд мебошад (P < 0,001).

Дар тадқиқоти гузаронидашуда маводҳои нишондодашуда маҳлули перекиси гидроген ва перманганати калий ба ҳама микроорганизмҳои барои ташхис гирифташуда нисбати маводҳои таркибашон хлордор (хлорамин, гипохлориди калсий, оҳаки хлор), таъсири хуби бактериякушӣ нишон доданд.

Чӣ тавре ки маълум аст, таъсири маводҳои дезинфексионӣ на танҳо аз консентратсияи он вобастагӣ дорад, балки аз қатори баъзе омилҳои дигар пеш аз ҳама аз вақти тамос , мавҷуд будани маводҳои органикӣ, хусусиятҳои сатҳии ашёҳои гуногун, ки қобилияти яку якбора паст кардани таъсири бактериякушии маводҳои дезинфексиониро доранд, вобаста аст. Ҳангоми тадқиқоти шӯъбаҳои ҷарроҳӣ муайян шуд, ки шӯъбаҳои мазкур нисбати паҳншавии мик-

робҳо микрофлораи гуногуни худро доро мебошанд.

Махсусан нишондоди баланди паҳншавӣ дар ашёҳои гуногуни муҳити беморхонаҳо ва дастони кормандони соҳаи тиб, ки дар шӯъбаи эҳёгарӣ, ҳуҷраи бандинагузорӣ ва ҳуҷраҳои беморони шӯъбаи ҷарроҳӣ дида мешавад, ки ин аз ҳолати номусоиди санитарию - беҳдоштӣ ва гузаронидани сифати ғайри қаноатбахши чорабиниҳои дезинфексионӣ шаҳодат медихад.

Тадқиқоти микробиологии омилҳои муҳити шӯъбаҳои ҷарроҳӣ таъсири баланди маводҳоро нишон дод. Паҳншавии умумӣ дар ашёҳои муҳити беморхонаҳо баъди гузаронидани дезинфексия 70-80% ва шумораи чӯбчамикроби рӯда ва стафилококки тиллоранг 45-50% ва 88-95% таносубан кам шуданд ($P < 0,001$).

Ҳамин тавр, муайян карда шуд, ки дар ҳавои ҳуҷрахои шуъбаҳои ҷарроҳӣ стафилококки тиллоранг ва микроорганизмҳои грамманфӣ нисбат ба дигар микроорганизмҳо зиёдтар ба назар мерасанд, ки ин боиси омӯзиш ва коркарди усулҳои навтарини истифодаи чорабиниҳои дезинфексиони тақозо менамояд. Маводҳои бадастовардашуда нишон медиҳанд, ки маводҳои Инкрасепт-10В, Инкрасепт-Т, Бриллиант, Анасепт, Каплин ва Аквин қобилияти баланди бактериякушӣ доранд.Қатори маводҳои зиддимикробӣ боз таъсири шӯяндагӣ низ доранд, ки онҳоро метавонем дар муассисаҳо бо маводҳои хлордор ҳангоми рубучин ва дезинфексияи муассисаҳо ва тозакунии пеш аз стерилизатсиякунии ашёҳои таиноти тиббӣ истифода барем.

Хусусияти хуби ин маводҳо аз он иборат мебошад, ки онхо бӯй ва хосияти ба роҳҳои болои нафас таъсир расонидан надоранд ва аз ин бармеояд, ки онҳоро дар ҷойи хоби бемор истифода бурдан мумкин аст. Аҳамияти дигари ин маводҳо дар он мебошад, ки онҳо ҳангоми истифодабарӣ бухор намешаванд. Маводҳои тавсияшуда аз сабаби доираи васеи таъсир доштанашон ва ба ашёҳои таъиноти тиббӣ таъсири сарфакорона доштану хосияти функсионалии онҳоро вайрон накарданашон барои дезинфексияи дохили беморхонаҳо истифода мебаранд.

Адабиёт

1. Амиров Н.Х. Социолого-гигиенические исследования в медицине труда / Н.Х. Амиров, И.Д. Ситдикова, О.Н. Севастьянов и др. // Бюллетень Научного Совета Медико-экологические проблемы здоровья работающих. -2005,-№2.-С. 30-31.
2. Апанасенко Б.Г. Влияние профессиональной деятельности на забо-леваемость врачей Ленинграда / Б.Г. Апанасенко, Г.И. Галанцева, И.Г. Кирилюк / Труд и здоровье медицинских работников. Тез. докл. Всесоюз. науч. конф. «Труд и здоровье медицинских работников» под ред. В.А. Капцова. -Ереван, 3-5 октября 1984 г. - М.:, 2004. - С. 28 - 30.
3. Беляев Е.Н. Сохранение трудового потенциала в России — приори-тетная задача Государственной санитарно-эпидемиологической службы / Е.Н. Беляев, С.А. Степанов // Бюллетень Научного Совета Медико-экологические проблемы здоровья работающих. - 2005. - № 1. - С. 2 - 6.
4. Большакова И.А. Заболеваемость туберкулезом медицинских ра-ботников в Краноярском крае // И.А. Большакова, Н.А. Горбач, Н.М. Корец-кая // Здравоохр. РФ. - 2004. - № 3. - С. 43 - 46.
5. Борисова М.В. Психологические детерминанты психического выго-рания у педагогов: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. -Ярославль, 2003. -18 с.
6. Васильев Д. А. Морфо-функциональные показатели в оценке меди-цинской группы младших курсов медицинского вуза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2004. - 25 с.
7. Вейн А.М. Депрессия в неврологической практике / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.Л. Голубев, Г.М. Дюкова. - М.: МИА. - 2002. - 160 с.
8. Глушкова, Н.И. Деструктивное воздействие стресса на психическое здоровье преподавателей / Н.И. Глушкова // Рос. психиатр, журнал. - 2004. -№ 1.-С. 8- 13.

9. Голин Г.Я. Профилактика заболеваемости врачей Дагестана / В.Я. Голин, А.А. Сидалиева / Труд и здоровье медицинских работников. Тез. докл. Всесоюз. науч. конф. «Труд и здоровье медицинских работников» под ред. В.А. Капцова. - Ереван, 3-5 октября 1984 г. - М.:, 2004. - С. 42 - 45.
10. Дегтерева П. Гигиена труда стоматологов-ортопедов медицинских учреждений различной формы собственности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Волгоград, 2004. - 19 с.
11. Храпунова И.А. Состояние внутрибольничной заболеваемости гепатитами В и С и профессиональной заболеваемости медицинского персо-нала лечебно-профилактических учреждений Москвы / И.А. Храпунова, В.Ю. Филиппов, Е.П. Шелудько // Дезинфекц. дело. - 2002. - № 3. - С. 31 -33.
12. Brennan T.A. Residents' work hours: a wake up call? / T.A. Brennan, M.J. Zinner // International journal of guality in health care: journal of the Interna-tional Society for guality in Health, 2003 Apr., v. 15, № 2, P. 107 - 108.
13. Gray R. W. Here to help. // Tennessee medicine: journal of the Ten-nessee Medicial AssociationAssociation/ - 2003 Sep., v. 96, № 9, P. 417.
14. Hendin H. A physician's / H. Hendin Hendin, J.T. Maltsberger, A.P. Haas // Amer. J. Psychiatry, 2003. - Dec, v. 160, № 12, P. 2094 – 2097
15. Izmerov N. Occupational health services in the Russian Federation -Current status and future / N. Izmerov, G. Suvorov, A. Thyrulin, O. Rumyansteva / Lehtinen S. (ed.), Rantanen J., Elgstrand K., Liesivuori J., Peurala M. (co-ed.). Challenges to occupational health, services in the Regions. The national and inter-national responses. Proceedings of a WHO/ICOH/ILO Workshop. Finish Institute of Occupational Health. -Helsinki.- 2005. -P 16-19.

САНИТАРНО – МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Комилов И. Ш.
Кафедра обшественной здравоохранении и медицинской статистики
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино»

Аннотация: В настоящей статье приведены санитарно – микробиологическая характеристика внутрибольничных инфекции в учреждениях хирургического профиля и дана гигиеническая оценка уровня микробиологической обсемененности в больничной среде. Было выявлено, что в воздухе кабинетов хирургического профиля отмечается значительное превышение количества золотистых стафилококков и грамотрицательных микроорганизмов. При этом установлено, что количество золотистых стафилококков и грамотрицательных микроорганизмов превышает допустимые концентрации различных микроорганизмов, что является основной причиной повышения уровня госпитальной инфекции. А также изложены наиболее современные методы проведения дезинфекционных мероприятий.

Ключевые слова: микроорганизмы, госпитальная инфекция, дезинфекционные мероприятия.

SANITARY - MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HOSPITAL INFECTIONS IN SURGICAL INSTITUTIONS

Komilov Ismoil Sharipovich
Department of Public Health and Medical Statistics of the SEI "TSMU named after Abuali ibn Sino".

Annotation: This article presents the sanitary and microbiological characteristics of nosocomial infections in surgical institutions and gives a hygienic assessment of the levels of

microbiological contamination in the hospital environment. It was found that in the air of surgical rooms there is a significant excess of Staphylococcus aureus and Gram-negative microorganisms. At the same time, it was found that the number of Staphylococcus aureus and Gram-negative microorganisms exceeds the permissible concentrations of various microorganisms, which is the main reason for the increase in the level of nosocomial infection. The most modern methods of carrying out disinfection measures are outlined.

Key words: microorganisms, nosocomial infection, disinfection measures.

Комилов Исмоил Шарипович – муаллими калони кафедраи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ва омори тиббии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Сурога: Тоҷикистон, ш.Душанбе, х. Рудакӣ 1/31. Тел. (992)987 57 99 89. e-mail.ikomili64@mail/ru

Комилов Исмоил Шарипович – старший преподаватель кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино». Адрес: Таджикистан, г.Душанбе, пр. Рудакӣ 1/31. Тел. (992)987 57 99 89. e-mail.ikomili64@mail/ru

Komilov Ismoil Sharipovich - Senior lecture of the Department of Public Health and Medical Statistics of the SEI "TSMU named after Abuali ibn Sino". Address: Tajikistan, Dushanbe, 1/31 Rudaki Ave. Tel. (992)987 57 99 89. e-mail.komili64@mail/ru

ЛОР

ТИННИТУС. ҲОЛАТИ МУБРАМИ ПРОБЛЕМА

Холматов Ҷ.И..
Кафедраи оториноларингологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Муҳиммият.Тиннитус (ғуввоси гӯш, садои бегона дар гӯш) аз калимаи лотинӣ– tinnire гирифта шуда ҳиссиёти субъективии “занг” дар гӯшро мефаҳмонад.Тиннитуси гӯш мумкин аст ҳар хел эҳсос карда шавад, ба мисоли садои ғурриши турбина (садои басомади паст) ё хомушак (садои басомадаш баланд) ва ғайраҳо. Давомнокиаш ҳам ҳар хела шуданаш мумкин, дар баъзеҳо бардавоми шадиди доимӣ, ки вазъи руҳии беморро хеле хаста мекунад, ё кӯтоҳмуддати щиддатнокиаш нисбатан паст.Тиннитуси гӯш метавонад яктарафа ё дуҷониба бошад. Метавонад дар хомӯшӣ ё дар муҳити ғавғои кӯча ба вуқӯъ ояд ва ҳар сония ба сифати ҳаёт дахолати манфӣ расонад. Сарфи назар аз гуногунии хусусиятҳои тиннитус, ин ғуввоси гӯш барои миллион беморон, табибон, нейрофизиологу ва мутахассисони дигар мушкилоти маъмулист. Садои ғуввоси доимӣ дар гӯш тақрибан 8% аҳолии калонсоли заминро ҳамроҳӣ мекунад [1-5].

Мувофиқи маълумоти лигаи Тиннитуси Олмон (DeutschenTinnitus-Liga), дар Олмон зиёда аз се миллион нафар аз садои ғуввоси гӯш азият мекашанд ва ин рақам ҳар сол то 250 ҳазор зиёд мешавад [6]. Тинитус як мушкилии харрузаи тақрибан 36 миллион нафари амрикоиҳои шимолӣ ба ҳисоб меравад, тақрибан 1% шаҳрвандони Иёлоти Муттаҳидаи Амрико (ИМА) бо суроғи бартараф кардани ин мушкилотаз мсутахассисон табобат гирифтанд ва зиёда аз нисфи аҳолии калонсоли ИМА дам ба дам ба тиннитуси гӯш дучор меоянд [7].

Мувофиқи натиҷаҳои таҳқиқоти эпидемиологии мутахассисони Олмон, ки соли 1999 гузаронида шудааст [6], 22% посухгӯяндагон сабаби шуғл дар ҷои кор 7,4% - садо дар вакти фароғат номида шуданд. Гузашта аз ин, дар зиёда аз 55% ҳолатҳо, мусиқӣ, консертҳо, дискотекаҳо, садоҳо дар пабҳо ва дигар чорабиниҳои садоиро номбар карданд. 15% боварӣ доштанд, ки сабаби бемории онҳо дар садои куча аст, 8% -и дигар аз садои сохтмон, корхона ва мошин ва 7,1% аз садои истеҳсолкардаи кудакон шикоят кардаанд. Қариб 25% -и пурсидашудагон аз осеби садо гирифтор буданд. Дар байни сабабҳо, онҳо садои ҳавопаймо, садои тирпарронӣ (масалан, ҳангоми шикор) ва дигар руйдодҳои акустикиро номбар карданд. 65% пурсидашудагон метавонистанд механизми гулулаи онҳоро дуруст тасвир кунанд ва 31% онҳо инро шарҳ дода натавонистанд. 26.4% стрессро ҳамчун “триггер” номидаанд ва дар ҷои аввал стресс бо бори касбӣ алоқаманд буд (54,2%). Ба ин бояд стресс дар хона ё оила ва стресси руҳӣ (дар маҷмӯъ 37%) илова карда шавад. Дар пурсише, ки байни 2000 нафар одамоне, ки синнашон аз 50 боло буд, 30,3% гузориш доданд, ки тиннитус роэҳсос мекунанд, аз онҳо 48% - дар ҳарду гӯш қайд карданд. Тиннитус дар нисфи беморон ҳадди ақал 6 сол пеш аз пурсиш руҳ додааст ва аксарият (55%) дар бораи пайдоиши азиятитоқатфарсо хабар доданд. 67% пурсидашудагон щиддати садо дар гуши онҳоро мӯътадил ва хеле озордиҳанда меҳисобиданд [8]. Ҳафт миллион амрикоиҳо боварӣ доранд, ки ғалоғулаи гӯшашон ба дараҷае шадид аст, ки онҳо наметавонанд зиндагии муқаррарӣбасар баранд [9].

Сабаби ғавғои субъективӣ метавонад ҳолати патологии гӯши беруна, миёна ё дарунӣ, тағйирёбии қисматҳои гуногуни системаи асаби вегетативӣ бошад **[10].**

Тиннитус метавонад бемориҳои як қатор узвҳо ва системаҳоро ҳамроҳӣ кунад: гипертония, дистонияи нейроциркуляторӣ, бемориҳои системаи хун ва эндокринӣ, сироятҳо, мастигарӣ, атеросклерози мағзи сар, остеохондрози сутунмуҳраи гардан, **омосҳои**-мағзи сар [11].

G.Reed [12] онҳоеро, ки гирифтори тиннитуси гӯш мебошанд, вобаста ба шикоят-

ҳояшон, рафтори онҳо ҳангоми суҳбат бо табиб ва ҳиссиёти шунавоиашон – чунин беморонро ба ду категория ҷудо мекунад: 1 – шахсони муқаррарӣ, мутавозин, ки аз таъсири тиннитус на онқадар азият мекашанд, 2 - шахсияти озурдашуда, ба осонӣ ҳаяҷоновар, "ташвишовар".

И.Б.Солдатов [13], вобаста аз таҳаммулпазирии садо, дараҷаҳои зеринро фарқ, мекунад:

- Дараҷаи I - оромона таҳаммул карда мешавад, ба ҳолати *умумӣ*таъсир намерасонад;
- Дараҷаи II - асабонӣ дар хомушӣ, шабона, хоби халалдор;
- Дараҷаи III - доимо ғам мехурад, хоб ва кайфиятро вайрон мекунад;
- Дараҷаи IV - садои токатфарсо, ки беморро аз хоб маҳрум месозад ва қобилияти кориашро **коҳиш**медиҳад.

Шиддат ёфтани ҳолати асабии бемор, ки бо садои доимии тиннитус вобастааст боиси бехобӣ, изтироб, депрессия, асабоният ва сустшавии консентратсияи фикру ҳуш мешавад [14]. Тибқи ақидаиR.Winfried ва дигарон [16] тиннитуси субъективии дарозмуддат дар натиҷаи ташаккулёбии «доираи вайрона» -и патологӣ ба вуҷуд меояд, ки дар сохторҳои марказӣ ва ва зерқисми мағзи сар, бо сабаби мувофиқат накардани марказҳои иттилоотӣ дар сурати набудани манбаи воқеии садо, ба вуқӯъ меояд. Садои ғуввос дар сар ҳатто дар одамони хеле мутавозин, бо мурури замон метавонад боиси халалдор шудани системаи асаб гардад [14].

Аз сабаби он, ки то ҳол табобати аниқи ғуввоси гӯш мавҷуд нест, табобати беморони гирифтори тиннитус дар байни мутахассисон ва ҳам худи беморон баҳсу мунозираи зиёде ба миён овараастд. Ҳангоми интихоби ин ё он усули табобат бояд якчанд тарафи ин бемориро ба назар гириф: вақти сар задани беморӣ; сабаби эҳтимолии он; дараҷаи пастшунавоӣ; таҷрибаи манфӣ аз табобати қаблӣ; маълумотҳо аз санҷиши психологӣ ва ғайра [15-19].

Усулҳои консервативии табобати садои гӯш чунин амалҳоро дарбар мегирад: табобати муолиҷавӣ, усулҳои физикӣ, рефлексологӣ, истифодабарии дастгоҳи шунавоии рақамӣ, аудиомаскерҳо, дарсҳои психотерапевтӣ. Дар асоси гуфтаҳои боло, тавсияхои муаллифон оид ба ворид намудани вариантҳои гуногуни психотерапия ба реҷаи табобат фаҳмост ва маъмулист. Ҳамин тариқ, табобат бояд азнавомузишӣ барои шуғл, ки дар анъанаи маърифатӣ-рафторӣ сохта шудааст, маъруфият пайдо мекунад. Натиҷаи табобоат ба коҳиши ҷиддии тиннитусовард сифати ҳаёти беморро баланд мекунад.

Айни замон, дар ҷаҳон тамоюли табобати чунин беморон аз рӯи модели таҳиянамудаи P. Jastreboff бартарӣ дорад [20, 21]. Усули табобат дар асоси ин модел TRT номида мешавад (Tinnitusretraingintherapy). TPT як усули табобати ғалоғулаи гӯш мебошад. Садое, ки маскер ба вуҷуд меорад дар роҳҳои гузариши шунавоии субкортикалӣ ҳамчун садои нейтралии дорои аҳамияти мусбӣ арзёбӣ мешавад. Дарҳол дарки ин садобасташуда ба сатҳи кортикалӣ намерасад ва ҳисси садои ғалоғуларо ба вуҷуд намеорад. Зимнан, садое, ки беморро ба ташвиш меовард, низ аҳамияти худро гум мекунад. Ба ғайри усулҳои табобатии гуфташуда, психотерапия низ яке аз усулҳои пешрафтаи табобати ин беморӣ мебошад.

Як қатор муаллифон ба самаранокии истифодаи доруҳои зидди изтироб, антидепрессантҳо ва ингибиторҳои аз нав баркароркунандаи серотонин (SSRIs) ва ингибиторҳои баргардандаи норепинефрин (SNRIs) дар табобати ғалоғула ишора мекунанд [22-27]. Бояд дар хотир дошт, ки тиннитус метавонад таъсири манфии истифодаи трисиклии антидепрессантҳо ва бензодиазепинҳо бошад. Бо вучуди ин, натиҷаҳои аксари тадқиқотҳо оид ба бензодиазепинҳо нишон медиҳанд, ки то ҳафтаи чоруми табобат сатҳи тиннитус баланд мемонад.

Мақсади тадқиқот. Арзёбии самаранокии табобати беморони гирифтори тиннитуси гӯш тавассути тадқиқоти ретроспективӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар шароити ЛОР – клиникаи ММТ «Шифобахш» тадқиқоти 56 беморони гирифтори тиннитуси гӯш гузаронида шуд, аз онҳо 25 зан ва 31 марди аз

18 то 42 сола буданд. Аз 56 бемор 19 (34%) нафар, ки аз тадқиқот гузаштабуданд тиннитуси дутарафа доштанд. Санҷишҳои шунавоӣ, алалхусус аудиометрияибасомадаш васеъ (100 -20000Гтс), тимпанометрия, санҷиши гузароии найчаи –Eustachian сомеавобаста ба меъёри синну соли беморон мувофиқат мекард. Давомнокии беморӣ гуногун буд аз 2 ҳафта то 10 сол.Аксарияти 43 (76,8%) беморон сабаби тиннитусроосеби психологии шиддат ва давомнокиаш гуногун меҳисобиданд. Ҳангоми гузаронидани шумометрия, кайд карда шуд, ки бештари беморон (52 нафар -69,3%) аз тиннитуси яктарафа азият доранд, ҳолон, ки дар 19 (34%) ҳолат ранҷу азоб дар гӯш дучониба буд, садои ғалоғулаи басомадаш баланд (2-6 кГц) ба қайд гирифта шуд, ки щиддатнокиаш аз 15 то 45 дБ буд.

Ҳамаи беморон аз аксбардории магнитӣрезонансии гӯши дохила гузаронида шуданд ва аз санҷиши лабораторииумумии клиникӣ гузаштанд, ки натиҷаҳояшон қаноатбахш буданд. Ғайр аз ин, аз ҳамаи беморон **хоҳиш** карда шуд, ки ба 12 саволи саволномаи мини-тиннитус ҷавоб диҳанд.

Натиҷаи тадқиқот. Натиҷаҳои садои ғалоғулаи гӯш, ки беморон ҳис мекарданд ба тариқи зерин таксим шуданд: Беморони дорои тиннитуси дараҷаҳои сабук (I) – 7 (12,5%); миёна (II) – 41 (73,2%); вазнин (III) – 8 (14,3%) нафар буданд.

Ҳамаи беморон табобати зеринро гирифтанд: ба дарун капсулаи холинальфоцетрат 1 капс - 400 мг - 3 маротиба/рӯзе;витаминҳои B_1 ва $B_6$100 мг рӯзе дар давоми се моҳ. Ба ҳамаи беморон тавсия дода шуд, ки ҳарруза ва доимӣбо аутотренинг машғул шаванд, дар ҳолати зарурӣ истифодаи тиннитус-маскер (дар шакли вуруди дохили гузаргоҳи берунаи сомеа)фармуда шуд.

Ғайр аз ин, 8 бемор (14,3%) бо дараҷаи вазнин ва 5 бемор (9%) бо дараҷаи миёнаи садои гӯш ваасабхастагӣ аз ҷониби психотерапевт табобат карда шуданд (гурӯҳи 1).

7 беморон (12,5%) бо садои сабуки гӯш (давомнокии беморӣ 1 моҳ, гурӯҳи 2) ва 26 (46,4%)- бо тиннитуси музмин (гурӯҳи 3) иловатан экстракти гинкго билоба (EGb761) 120 мг/ рӯз давоми 3 моҳ гирифтан.

Ба 10 нафари дигар (17,8%) бо тиннитуси дараҷааш мӯътадил ва аломатҳои вайроншавии бозгашти варидӣ дар системаиҳавзаи вертебробазилярӣ (гурӯҳи 4) гирудотерапия (ҳафтае 1-2 маротиба, дар маҷмӯъ 7-10 маротиба) гузаронида шуданд.

Ба гуруҳҳо тақсим шудани беморон бо як қатор омилҳо шарҳдода мешавад. 13 бемори (23,3%) гуруҳи 1, ки аз лиҳози мушкилоти хоб, ғамгинӣ ва ашксории зиёдниёзи машварати психотерапевтро доштанд; 7 беморон (12,5%) бо тиннитуси сабуки гӯш ва давомнокии беморӣто 1 моҳ (гурухи 2); ва 26 беморон (46,4%) бо тиннитуси музмини миёна (гурухи 3), ки табобати якхела гирифтанд, аз сабаби синну соли гуногун, давомнокии беморӣ ва щиддатнокии садои гӯш ба як гурӯҳ муттаҳид карда нашуданд.

10 нафар беморони (17,8%) гурӯҳи 4-ӯм бо тиннитуси мӯътадил баислоҳи ихтилоли сабуки бозгашти варидиро дар системам рагҳои вертеброюазилярӣниёз доштанд. Бо ин максад, ба беморон гирудотерапия тавсия дода шуд. Муддат ва миқдори машгулиятҳо аз ҷониби гирудотерапевт ба таври алохида муайян карда мешуд.

Хулоса. Натиҷаҳои бадастомада нишон медиҳанд, ки муносибати тафриқавӣ, аз ҷумла ислоҳи вазъи руҳии беморон ҳатто дар ҳолатҳои тиннитуси музмини гӯш, ки солҳои тӯлонӣ вуҷуд доштанд, ба беҳтар шудани сифати ҳаёт оварда расонанд.

Ҳамин тариқ, танҳо муносибати мукаммал, инфиродӣ ва ҳамаҷониба, ҳам дар ташхис ва ҳам дар муайян кардани тактикаи табобат, дар якҷоягӣ бо фаҳмиши амиқи мушкилот, метавонад калиди муваффакиятро дар ҳалли тиннитуси гушҳоба даст орад.

Адабиёт

1. Mullers B. Tinnitus. Ein Leben ohne Stille? // GERMA PRESS:Hamburg. - 2000. - 125 P.
2. Ross U. H. Tinnitus. So finden Sie wieder Ruhe. // Grafe & Unzer: Munchen. - 2006. - 128 P.
3. Schaaf H.Holtmann H. Psychotherapie bei Tinnitus. // Schattauer: Stuttgart. - 2002. - 123 P.
4. Adjamian P., Sereda M., Hall D. The mechanisms of tinnitus: perspectives from human functional neuroimaging.// Hearing Res.-2009.-№ 253.- P. 15-31.

5. Pilgramm M., Rychlik R., Lebisch H., Siedentop H., Goebel G., Kirschhoff D. Tinnitus in der Bundesrepublik Deutschland - eine representative epidemiologische Studie. // HNO aktuell. - 1 999. - № 7.-P. 261-265.
6. Piccirillo J. F., Garcia K. S., Nicklaus J., Pierce K., Burton H., Vlassenko A. G., Mintun M., Duddy D., Kallogjeri D., Spitznagel E. L. Jr. Low-Frequency Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation to the Temporoparietal Junction for Tinnitus. // Arch Otolaryngol Head Neck Surg. - 2011. - №137(3).-P. 221-228.
7. Schielke E., Reuter U., Hoffmann O., Weber J. R. Musical hallucinations with dorsal pontine lesions. // Neurology. - 2000.-№55-P.454-455.
8. Sindhusake D., Mitchell P., Newall P., Golding M., Rochtchina E., Rubin G. Prevalence and characteristics of tinnitus in older adults: the Blue Mountains Hearing Study. // Int J Audiol - 2003. - № 42(5). - P. 289-94.
9. Henry, J. A., Dennis K. C., Schechter M. A. General review of tinnitus: prevalence, mechanisms, effects, and management. // J Speech Lang Hear Res - 2005. - № 48(5). - P. 1204-1235.
10. Хамуда З. А., Петрова Л. Г. Этиология и диагностика ушного шума // Медицинская панорама. - 2004. - N 1. - С.7.
11. Бобошко М. Ю., Ефимова М. В., Савенко И. В. Современные аспекты диагностики ушного шума и его лечения у лиц пожилого возраста // Вестн. оториноларинолар. - 2011. - № 2. - С. 23-25.
12. Snow J. B. Ed. Tinnitus: Theory and Management. BC Decker: Ontario, Canada. -2004.-368 P.
13. Солдатов И. Б., Маркин А. Я., Храппо Н. С. Шум в ушах как симптом патологии слуха. // М.: Медицина. - 1984. **- 231 с.**
14. Веселаго О. В. Алгоритмы диагностики и лечения шума в ушах. // Атмосфера. Нервные болезни. Журнал для практикующих врачей. - 2006. - № 2. -с. 9-16.
15. Andersson G., Porsaeus D., Wiklund M., Kaldo V., Larsen H. C. Treatment of tinnitus in the elderly: a controlled trial of cognitive behavior therapy. Int J Audiol. - 2005. - № 44(11). **P.** 671-5.
16. Winfried R,. Weise N. D,, Kley N. D,, Martin A. Psychophysiologic Treatment of Chronic Tinnitus: A Randomized Clinical Trial. Psychosomatic Medicine. - 2005. - № 67(5).-P. 833-8.
17. Lindberg P., Scott B., Melin L., Lyttkens L. Behavioural therapy in the clinical management of tinnitus. // Br J Audiol. - 1988. - № 22(4) Nov. **- P.** 265-72.
18. Sadlier M., Stephens S. D.(Kennedy V. Tinnitus rehabilitation: a mindfulness meditation cognitive behavioural therapy approach. // J Laryngol Otol. - 2008. - №122(1**) Jan.** - P. 31-37.
19. Graul J., Klinger R., Greimel K. V., Rustenbach S., Nutzinger D. O. Differential outcome of a multimodal cognitive- behavioral inpatient treatment for patients with chronic decompensated tinnitus. // Int Tinnitus J. - 2008. - № 14(1). - P. 73-81.
20. Jastreboff, P.J. A neurophsychological approach to tinnitus: clinical implications. // Br. J. Audiol. - 1993. - Vol. 27. - P. 1 -11.
21. Jastreboff, P.J. Fantom auditor perception (tinnitus), mechanisms of generation and perception.// Neurosci. Res. - 1990.-Vol. 8,-P. 221-254.
22. Gananga M. M., Caovilla H. H., Gananga F. F., Gananga C. F., Munhoz M. S. L., Silva M. L. G., et al. Clonazepam in the Pharmacological Treatment of Vertigo and Tinnitus. // Int Tinnitus J. - 2002. -№ 8(1).-P. 50-53.
23. Folmer RL, Shi YB. SSRI use by tinnitus patients: interactions between depression and tinnitus severity. // Ear, Nose, & Throat Journal. - 2004. - № 83(2). - 107-8, 110-112 p.
24. Zaytseva O. Tinnitus and psychological distress: evaluating the effectiveness of treatment. // TRI 201 3. Seventh International Conference on Tinnitus. Tinnitus: ATreatable Disease. Program and Abstracts. - Valencia, Spain. (May 1 5 - May 18, 2013) - P. 36.
25. Busto U., Sellers E. M., Naranjo C. A. Cappell H, Sanchez-Craig M, Sykora K. Withdrawal reactions after long-term therapeutic use of benzodiazepines. // N Engl J Med - 1 986. - № 315 (14). - P. 854-9.
26. Petursson H, Lader M, eds. Dependence on tranquilizers. Oxford, UK: Oxford University PressK) - 1984. - P. 37-62.
27. Owen R.T.,Tyrer P. Benzodiazepine dependence: a review of the evidence. // Drugs. - 1983. - № 25. - P. 385-98.

ШУМ В УШАХ. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Холматов Д.И.

1. Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; 2. Областная клиническая больница Согдийской области; 3. Лечебно-диагностический центр «Нурафзо»

Резюме. При различных заболеваниях уха, больные могут ощущать субъективный шум в одном или в обеих ушах и это проблема многих тысяч пациентов и следовательно специалистов, которые занимаются её решением.

Цель. Исследование больных страдающих ушным шумом, анализ проведенной им терапии и оптимизация реабилитационных мероприятий.

Материал и методы исследования. Мы исследовали 56 лиц страдавших ушным шумом, из них 25 женщин и 31 мужчин среднего возраста. В комплекс исследований входили измерение слуховой чувствительности методами субъективной пороговой и объективной аудиометриями.

Результаты и их обсуждение. 76,8% обследованных лиц считали причиной шума в ушах депрессивные состояния в быту и на работе. Обследование показало, что у 34% больных ушной шум был двухсторонним, а у 66% - односторонним, причём её частота соответствовала 2-5 кГц и интенсивности 20 дБ.

Все обследованные получили разработанный нами курс «противоневритной терапии», которая включала в себе группу витаминов В, сосудорасширяющие и питающие головной мозг препараты.

Ключевые слова: ушной шум, аудиометрия, шумометрия, лечение, реабилитация

NOISE IN EARS. THE URGENCY OF THE PROBLEM

Kholmatov D.I.

1. Department of Otorhinolaryngology of Avicenna Tajik State Medical Univercity; 2. Regional clinical hospital of Sughd region; 3. Treatment and Diagnostic Center “Nurafzo”

Abstract. Noise and ringing in the ears can be one- and two-way, it is noticeable in silence or obsessive and constant. Despite the variety of characteristics, tinnitus is a common problem for millions of patients, doctors, neurophysiologists, and other specialists.

Objective. A retrospective study to evaluate the effectiveness of treatment in patients with tinnitus.

Material and research methods. A total of 56 patients (25 women and 31 men), aged 18 to 42, were examined. Actual hearing examination consist is - audiometry in the extended frequency range, tympanometry and test for assessing the function of the auditory tube.

Results and its discussion. The majority of the surveyed (43 (76.8%) people) considered the transferred psycho-traumatic situation of varying intensity and duration to be the cause of tinnitus. When performing noise measurement, it was noted that much more often (52 (69.3%) ears out of 75 - the number of “examined ears” exceeded the total number of patients, since in 19 (34%) cases the suffering was bilateral) was recorded high-frequency (2-6 kHz) ear noise, the volume of which varied from 15 to 45 dB. All patients received conservative treatment, daily autogenic training, and, if necessary, the use of a tinnitus masker in the form of an ear canal insert.

Key words: tinnitus, audiometry, noise measurement, tinnitus, treatment, rehabilitation

Холматов Ҷамол Исраилович- **д.и.т., профессори кафедраи оториноларингологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; E-mail: kholmatovji@mail.ru, tel: +992 981041634**

Холматов Джамол Исраилович-д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино; E-mail: kholmatovji@mail.ru, tel: +992 981041634

Kholmatov Dzhamol Israilovich – doctor of medical sciences, professor of the department of Otorhinolaryngologi, TSMU named after Abuali ibni Sino e-mail: kholmatovji@mail.ru, tel: +992 981041634

НЕВРОЛОГИЯ

МИСОЛҲОИ КЛИНИКИИ ТАШХИСИ ПАРАПЛЕГИЯҲОИ СПАСТИКв, КИ ЗЕРИ НИҚОБИ ФАЛАҶИ КоДАКОНАИ МАҒЗИ САР ПИНҲОН МЕШАВАНД

Ғаниева М.Т., Асилова Н.Г., Қурбонова М.Б., Фирузаи И.
Кафедраи асабшиносӣ,психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи М.Ғ.Ғуломов
МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

Муҳиммият. Параплегияи спастикии ирсӣ (ПСИ) гурӯҳи бемориҳои аз ҷиҳати генетикӣ детерминатсияшуда мебошад,ки ба он инкишофи парапарези поёнии спастикӣ ва зинда шудани рефлексҳои пайӣ дар ҳолати ҷой надоштани вайроншавии ҳиссиёт хос аст.Асабшиноси олмонӣ А.Штрюмпел соли 1883 хусусияти оилавӣ доштани бемории параплегияи спастикиро қайд кард.Дар 2/3 ҳолатҳо беморӣ ба таври аутосомӣ-доминантӣ аз насл ба наслмегузарад, ҳолатҳои ба мерос гузаштани он ба таври аутосомӣ-ретсессивӣ, навъи Х-пайванди ретсессивӣ низ вучуд доранд. Омори паҳншавии ПСИ дар ҳудуди 1,0-4,0 сари ҳар 100000 нафар мебошад.Дар баъзе гурӯҳҳои аҳолӣнишондиҳандаи мазкур аз ҳисоби шаклҳои доминантӣ ё ретсессивӣ баландтар мешавад.Дар айни замон дар як ген зиёда аз сӣ навъ мутатсияҳои гуногун тавсиф карда шудаанд, ки полиморфизми фенотипии ПСИ-ро муайян мекунанд [1-2]. Дар ҳолатиоғозёбӣ дар даҳсолаҳои 1-4-ум ПСИ-и беориза дар 54% ҳолатҳо ба таври аутосомӣ-доминантӣ, дар 13,5% ҳолатҳо ба тавриаутосомӣ-ретсессивӣаз насл ба насл мегузарад. Дар ҳолатиоғозёбӣ дар даҳсолаҳои 3-7-ум танҳо 10,8% ба таври аутосомӣ-доминантӣ мегузарад [3-4].Ҳолатҳои нав ба нави атаксияҳо ва параплегияҳои ирсӣ, ки бо хусусиятҳои муайяни фенотип фарқ мекунанд, дар адабиёт оварда шуда, тадриҷан боиси торафт мушкилтар шудани танзими онҳомегардиданд ва муҷиби ҷудошавии шумораи шаклҳои мустақили ин бемориҳои бемайлон афзоянда дар нақшаҳои таснифотии истифодашуда мегардианд. Дар тасвири клиникии баъзе параплегияҳои спастикӣ, алоими фалаҷи мағзи сари кӯдакона (ФМСК) метавонад ба ҷои аввал ояд, ки боиси ташхис, табобат ва пешгӯии нодуруст мегардад.Ба манфиати параплегияи спастикӣ, пеш аз ҳама, «ҳодисаҳои оилавии ФМСК», инчунин натиҷаҳои усулҳои тадқиқоти асбобӣ шаҳодат медиҳанд.Мо бо нейрогенетикҳои Лондон меморандум баста, соли дуюм аст, ки натиҷахои таҳлили генетикиро мегирем ва дар байни онҳо генҳои ғайриоддӣ торафт бештар пайдо мешаванд.Бори навбатӣ натиҷаҳои таҳлили ДНК-и оилаҳои дорои фалаҷи мағзи сарро, ки дар он мутатсияи гомозигота дар ген ёфта шудааст, гирифтем ва азм кардем, ки мақолаи худро ба ин мавзуъ бахшем.Аз сабаби кам будани таҷрибаи мо дар соҳаи нейрогенетика, мо ба натичаҳои кори олимони пешқадами хориҷӣ такя кардем.

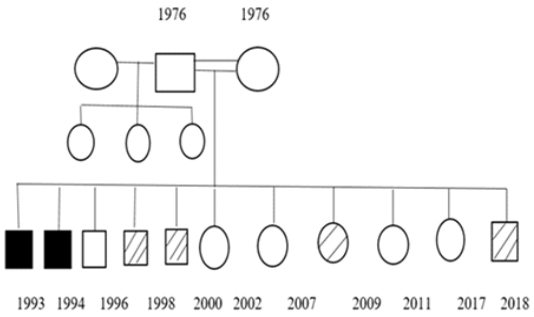
Мақсади таҳқиқот:ташхис ва истисно кардани параплегияи спастикӣ, ки зери ниқоби фалаҷи мағзи сар пинҳон мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар рафти корҳои экспедитсионӣ ва мониторинги генетикии тиббӣ, ки дар кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар ҳамроҳӣ бо духтурони нейрогенетик (аз Лондон)гузаронида шуд, оилахоеро ташхис карданд, ки гирифтори бемории фалаҷи мағзи сар мебошанд ва аз давраи хурдсолӣ таҳти назорати духтури асабшиноси ҷои истиқомат қарор доштанд, дар онҳо тавассути тадқиқоти генетикӣ-молекулярӣ мутатсияҳои гомозиготӣ дар генҳо пайдо карданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.- Ҳолати 1. Дар раванди корҳои экспедитсионӣ оилаи Азизовҳо иборат аз 9 фарзанд, ки дар он 3 кӯдак бо ташхиси фалаҷи мағзи сар, шакли дукаратаи гемипаретикӣ таҳти назорати асабшиноси ҷои иқомат қарор доштанд, муоина карда шуд.Моро ҳолате гумроҳ кард, ки дар як оила се нафар бо ташхиси фалаҷи мағзи сар вуҷуд доранд ва

дар ҷараёни мушоҳида дарписари хурдии 2,6-моҳа низ мисли бародарону хоҳарони калонӣ унсурҳои норасоии асаб ошкор шудааст.

Аз анамнез маълум шуд: волидайн миллаташон тоҷик, никоҳи хешовандӣ доранд.Аз гуфтаи модар ва падар, давраи ҳомилагӣ ва таваллуд нисбатан қаноатбахш гузаштаааст. Исқоти ҳамли ду ҳомилагии аввал қайд шуд.Кӯдакон аз ҳомилагии сеюм ва шашум солим мебошанд.Дар чаҳор кӯдаки дигар клиникаи монанди неврологӣ дида мешавад: тетрапарези спастикӣ (дағалтар дар андомҳои поён), чорпоя роҳ мераванд, дар зонуҳои кӯдакон харошидагӣ ва обилаҳо мушоҳида мешаванд.Гипертонус, дағалтар дар андомҳои поёнӣ. Рефлексҳои пайӣ дар дасту пойҳо баланданд, D=S.Рефлексҳои патологии экстензори пошна мусбӣ аз ҳар ду тараф, клонуси панҷаҳои пой. Кӯдакон наздиконашонро мешиносанд, муошират мекунанд. Нутқ дизартриявӣ,маҳорати худхизматрасонӣ надоранд, ақибмонии ақлонӣ мушохида карда мешавад. Тремор, интентсия ва олусии сабукдар ҳамаи бародарон дида мешавад.Духтури чашм: дегенератсияи пигментии тӯрпарда, ретинопатия.Пас аз татбиқи меъёрҳои дар боло зикршуда, таҳлили генетикӣ-молекулярӣ мутатсияи гомозиготии миссенсиро дар гени CA8 (114815.0002), ҳамчун сабаби пайдоиши CAMRQ3 дар оила (А.), ки дар он 5 кӯдаки солим ва 4 бемор аз издивоҷи хешутаборӣ таваллуд шудаанд, ошкор намуд.



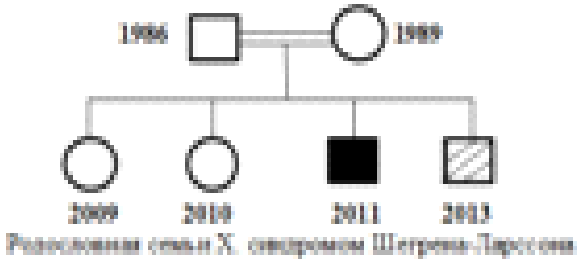
Родословная семьи А. с гомозиготной миссенс-мутацией в гене CA8

Ҳолати 2. Дар натиҷаи пурсиши волидайн маълум гардид, ки дар оилаи пробанд никоҳи хешутаборӣ ва ду фарзанди бемор бо ташхиси фалаҷи мағзи сар дида мешаванд.-Ҳангоми муоина аломатҳои клиникии ҳарду кӯдак ба ҳам монанд буданд, инчунин маълум шуд, ки кӯдаки аввалин аз ҳомилагии аввал вазнин таваллуд шуд ва сабаби маргаш ҳамин буд (аз гуфтаи пробанд).Аз анамнез: кӯдакон бо дахолати ҷарроҳӣ, яъне буриши қайсарӣ дар 9-моҳагӣ тавлид шуданд (бародари калонӣ 3,750 гр. ва хоҳари хурдӣ2,700).

Дар мақоми неврологӣ:парапарези спастикии поёнӣ дида мешавад, мустақилона роҳ меравад. Дар кӯдак гипертонуси андомҳои поёнӣ мушоҳида мешавад. Рефлексҳои пайӣ дар пойҳо - баланд. Рефлексҳои патологии экстензориипанҷаи пой мусбат аз ҳар ду тараф, клонуси панҷаи пой. Деформатсияи эквенусии панҷаи пой. Писар наздиконашро мешиносад, бо атрофиён ба тамоси эҳсосӣ медарояд, дастурҳоро ичро мекунад. Қафомонии ақлу нутқ дида мешавад. Дар томографияи компютерии мағзи сар:тамоми фазоҳои моеъгии экстрасеребралӣ, аз он ҷумла ҷӯяки конвекситалӣ ва роғҳои Силвийвасеъ мебошанд.Меъдачаҳои паҳлӯӣ - васеъ.Дисплазияи ҷисми пинашакл, ҷисми пинашакл тунук. Пас аз татбиқи меъёрҳои дар боло зикршудаsplice_acceptor_variant гомозиготӣ дар NT5C2 (ENST00000343289.9) дарёфт шуд,ки дар пробанд мавҷуд аст. Варианти аксептори сплайсинг c.540-1G>C, аз руи пешгӯъ таъсири ҷиддӣ хоҳад дошт ва дар gnomAD хеле кам вомехӯрад. Мутатсияҳо дар NT5C2 бо параплегияи спастикӣ 45-и навъи аутосомӣретсессивӣ алоқаманданд.

Ҳолати 3. Бемор М., соли таваллудаш 2013.Аз анамнез маълум шуд: миллати волидайнӯзбек, никоҳ хешутаборӣ аст. Ҳомилагии чорум, таваллуди сеюм.Кӯдак бо вазнинӣ, бо ихтилоҷҳо ва гипертермия, инчунин бо аломатҳои ихтиоз: сурхшавӣ, хушкӣ, пӯстпартоӣ, варамнокӣ таваллуд шудааст, бинобар ин дар қайди духтури пӯст бо ташхиси «Ихтиози модарзодӣ» мебошад. Ақибмонии психомоторӣ мушоҳида мешавад.-Дар синни 2-солагӣ ба ӯ ташхиси “фалаҷи мағзи сар, диплегияи спастикӣ, ақибмонии ақлу нутқ,беморииси саръи симптоматикӣ” гузошта шуд. Ихтилоли ҳаракат ҷараёни

афзуншаванда дошта, аз синни 5-солагӣ каме ихтилоҷ дар дастҳо ба он ҳамроҳ мешавад, инкишофи тетрапарези спастикӣ аз эҳтимол истисно нест (расми 1.2). Ирсият бе вазнинӣ - апаҳояш солим мебошанд.



Аломатҳои пӯстпартоӣ дар пойҳо ва дастони бемор. М. 2013.



Расми 1.



Расми 2.

Дар мақоми неврологӣ:тетрапарези спастикӣ дида мешавад (дағалтар дар андомҳои поён),писар бо дастгирӣ роҳ меравад. Дар кӯдак гипертонус ифода ёфта,дағалтар дар андомҳои поён мушоҳида мешавад. Рефлексҳои пайӣ дар даст ва пойҳобаланд ҳастанд,D=S. Рефлексҳои патологии экстензориипанҷаи пой мусбат аз ҳар ду тараф, клонуси панҷаи пой.Писар наздиконашро мешиносад, ангезиш ба атрофиён дорад, нуткро хуб намефаҳмад,чизе гӯянд, қисман ичро мекунад. Ақибмонии баръалои ақлу нутқ дида мешавад. Дар томографияи компютерии мағзи сар:тамоми фазоҳои моеъии мағзи сар, аз он ҷумла ҷӯяки конвекситалӣ ва роғиСилвийвасеъ мебошанд,меъдачаҳои паҳлӯӣ ҳам васеъанд. Дар қисматҳои перивентрикулярӣ моддаи сафед дар ҳарду нимкура, пастшавии баръалои зичӣ то 8-13 НИ мушоҳида мешавад. Тағйиротҳои атрофикӣ ва демиелинизи дар ҳарду нимкура. Пас аз татбиқи меъёрҳои дар боло зикршудаи таҳлили молекулярӣ-генетикии як варианти миссенси гомозиготӣ дар ALDH3A2 (ENST00000176643) дар пробанд пайдо карда шуд: миссенс-варианти c.731C>G, p.Pro244Arg. Мутатсияҳо дар ALDH3A2 бо синдроми Шегрен-Ларссон алоқамандӣ доранд.

Ҳолати 4. Дар рафти корҳои тадқиқотӣ дар оилаи Фатҳуллоевҳо ташхиси “атаксияи мағзчавӣ”гузошта шуд, таваҷҷуҳ ба он буд, ки аз сабаби полиморфизми аломатҳои клиникӣ ин беморӣ норавшан менамуд.

Аз анамнез дар оилаи пробанд Ф., 2 фарзанди бемор: Л.1980, М.1981. Ҳангоми муоина, шикояти модар аз сустии дасту пойҳо, бемор мустақилона истода ва роҳ рафта наметавонад.Аз анамнези бемории Л.: модар дар синни 14-солагиаш ба сустии пойҳо, каловиш ҳангоми роҳгардии ӯ аҳамият дод, бо мурури синну сол аломатҳо афзуда, боиси душвории роҳгардии мустақилона мегарданд. Сарашро аз думоҳагӣ медорад, аз шашмоҳагӣ мешинад, аз даҳмоҳагӣ мехазад, мустақилона роҳ мерафт.Ирсият: хоҳари хурдӣ М., соли таваллудаш 1981, низ гирифтори парапарези спастикии пойҳо буда, аз хурдсолӣ таҳти назорати духтури асаб бо ташхиси “Параплегияи спастикии поёнӣ” қарор дорад. Мақоми неврологии ҳарду духтар монанд аст. Инкишофи равонӣ ва нутқ ба синну солмувофиқат мекунад.Ҳассосият ва зеҳни кӯдакон - бетағйир.Асабҳои косахонаи мағзи сар (АКМС) - рӯй симметриявӣ, ҳаракати ғӯзаҳои чашм комил, нистагми интенсионии уфуқӣ бештар ба рост, забон дар мобайн, фурӯбарӣ ва фонатсия дар меъёр, дизартрияи сабук.Духтарон метавонанд рост истанд ва бо такягоҳ ҳаракат мекунанд; роҳравӣ бо такягоҳ спастикӣ, бо андак салибишавӣ дар сатҳи рон дар хоҳари калонӣ, дар хоҳари хурдӣ салибишавӣ дар сатҳи соқ.Пойҳо шакли “қайчӣ” доранд; такяи пойҳо -багунбади пеши панҷаи пой.Тонуси мушакҳо дар андомҳои поёнӣ баланд, дар дастҳо қаноатбахш аст. Контрактураҳо дар буғумҳои соқ вапанҷаи пой муайян карда мешаванд. Рефлексҳои пайии зонугӣ баланд, D=S.Симптомҳои патоло-

гии Бабинский мусбат дар ҳарду тараф; клонуси панҷаи пой аён. Таҳқиқҳои клиникӣ гузаронида шуданд. Томографияи магниту резонансии мағзи сар: бе тағйирот дар ҳарду. Дар электроэнсефалография ритми қишрӣ нигоҳ дошта мешавад, амали эпилепсиямонанд қайд нашудааст. Духтарон аз тарафи табиби чашм муоина шудаанд: қаъри чашм дар меъёр. Хулосаи ортопед: DS пошнаҳои спастикии эквенусӣ.Ҳангоми муоинаи волидайн ягон патологияи неврологӣ ошкор нашудааст. Хосагии маълумоти ҳолати клиникӣ дар он буд, ки атаксияи мағзчавӣ (14 сол) бо норасоии роҳҳои пирамидавӣ ва бетағйирии вазифаҳои идрок дер зоҳир ёфтаанд.Муоинаи молекулярӣ-генетикии беморони мо як навъи мутатсияи гомозиготиро дар гени рамзгузори сафедаи саксин (SACS; 604490) дар хромосомаи 13q12 ошкор намуд, ки он бо атаксияи спастикии навъи Шарлевуа-Сагене (SACS ё ARSACS) зоҳир шуд.

Хулосаҳо. Бо назардошти он ки дар ҳолатҳои тавсифшуда бемориҳои ирсии системаи асаб зери "ниқоб"-и фалаҷи мағзи сар пинҳон буданд, диққати шуморо ба хусусиятҳои ташхиси дифференсиалӣ ҷалб менамоем.

Барои гузоштани ташхиси дуруст, бояд ба назар гирифта шавад:

• мавҷуд будан/набудани таърихи оилавии беморӣ; • мавҷуд будан/набудани таъсири омили патогенӣ дар давраи перинаталӣ (таъсири омил мавҷудияти бемории ирсиро истисно намекунад!);• зуҳуроти клиникӣ;• маълумотҳои усулҳои тадқиқотии лабораторӣ ва асбобӣ;• натиҷаҳои ташхиси молекулярӣ-генетикӣ;

Илова бар ин, донише, ки тавассути табодули таҷриба байни асабшиносон, генетикҳо ва мутахассисони ташхисгузории функсионалӣ ба даст оварда мешавад, бешубҳа дар ташхиси саривақтӣ ва таъйини табобати дуруст мусоидат мекунад.

АДАБИЁТ

1. Иванова-Смоленская И.А., Маркова Е.Д., Иллариошкин С.Н., Никольская Н.Н. Моногенные наследственные болезни центральной нервной системы. В кн.: Наследственные болезни нервной системы. Руководство для врачей (под ред. Ю.Е. Вельтищева, П.А. Темина). М.: Медицина, 1998: 9-104.

2. Полиморфизм клинической манифестации детской церебральной формы Х-сцепленной адренолейкодистрофии / К.Д. Краснопольская [и др.] // Неврологический журнал. – 2000. - №1. – С.9-14.

3. Bouchard, J. P., Barbeau, A., Bouchard, R., Bouchard, R. W. Autosomal recessive spastic ataxia of Charlevoix-Saguenay. Canad. J. Neurol. Sci. 5: 61-69, 1978. [PubMed: 647499, relatedcitations]

4. Bouchard, J. P., Barbeau, A., Bouchard, R., Bouchard, R. W. Electromyography and nerve conduction studies in Friedreich's ataxia and autosomal recessive spastic ataxia of Charlevoix-Saguenay (ARSACS).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ ДИАГНОСТИКИ СПАСТИЧЕСКИХ ПАРАПЛЕГИЙ, СКРЫВАЮЩИХСЯ ПОД МАСКОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Ганиева М.Т., Асилова Н.Г.Курбонова М.Б., Фирузаи И.

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Резюме. Статья посвящена группе наследственных дегенеративных заболеваний нервной системы спастическим параплегиям. Представлены современные генетические данные и предположительные звенья патогенеза заболеваний. Описана как общая клиническая характеристика спастических параплегий, так и особенности течения отдельных нозологических форм.В статье представлен случай собственного наблюдения семей с ранним дебютом наследственной

спастической параплегии. Клинической особенностью развития данной патологии, является раннее появление спастичности в мышцах нижних конечностей, семейный случай более двух членов и родственный брак.

Ключевые слова: наследственная спастическая параплегия, детский церебральный паралич, дифференциальный диагноз.

CLINICAL EXAMPLES OF DIAGNOSTICS OF SPASTIC PARAPLEGIA HIDDEN UNDER THE MASK OF INFANTIAL CEREBRAL PALSY

Ganieva M.T., Asilova N.G. Kurbonova M.B., Firuzai I.
Department of Neurology, Psychiatry and Medical Psychology. M.G. Gulyamova
SEIATSMU named afterAbualiibn Sino

Summary. The article is devoted to a group of hereditary degenerative diseases of the nervous system, spastic paraplegia. The modern genetic data and presumptive links of the pathogenesis of diseases are presented. Both the general clinical characteristics of spastic paraplegia and the features of the course of certain nosological forms are described. The article presents a case of our own observation of families with early onset of hereditary spastic paraplegia. The clinical feature of the development of this pathology is the early appearance of spasticity in the muscles of the lower extremities, family case of more than two members and a related marriage.

Key words: hereditary spastic paraplegia, cerebral palsy, differential diagnosis.

Ғаниева Манижа Тимуровна –н.и.т., мудири кафедраи психиатрия ва психологияи тиббии ба номи М.Ғ. Ғуломов, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел: +992918 66 85 95, e-mail: ganieva.manizha79 @mail.ru

Асилова Н.Г.- докторанти Ph.D, кафедраи психиатрия ва психологияи тиббии ба номи М.Ғ. Ғуломов, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел: +992 937160001, e-mail: nilufar. doc@gmail.com

Курбонова М.Б. – ассистенти кафедраи психиатрия ва психологияи тиббии ба номи М.Ғ. Ғуломов, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел.550059119, email: lady_m.2727@mail.ru

Фирузаи Искандари – докторант Ph.D, кафедраи психиатрия ва психологияи тиббии ба номи М.Ғ. Ғуломов, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел: +992 904 44 75 75, e-mail: firuza.iskandari94@mail.ru

Ганиева Манижа Тимуровна - к.м.н., зав.кафедрой неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова, ГОУ «ТГМУ», тел: +992918 66 85 95, e-mail: ganieva.manizha79 @mail.ru

Асилова Н.Г.- докторант Ph.D кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова, ГОУ «ТГМУ», тел: +992 937160001, e-mail: nilufar. doc@gmail.com

Курбонова М.Б. – ассистент кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова, ГОУ «ТГМУ»,тел.550059119, email: lady_m.2727@mail.ru

Фирузаи Искандари – докторант Ph.D кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова, ГОУ «ТГМУ», тел: +992 904 44 75 75, e-mail: firuza.iskandari94@mail.ru

Ganieva Manizha Timurovna – Head of the Department of Department of Neurology Psychiatry and Medical Psychology M.G.Gulyamova " ATSMU" , Candidate of Medical Sciences, tel: +992918 66 85 95, e-mail: ganieva.manizha79 @mail.ru

Asilova N.G.- PhD student Department of Neurology Psychiatry and Medical Psychology M.G. Gulyamova "ATSMU" tel:+992 937160001, e-mail: nilufar. doc@gmail.com

Kurbonova M.B.- assistant of Department of Neurology Psychiatry and Medical Psychology M.G. Gulyamova "ATSMU" tel: 550059119, email: lady_m.2727@mail.ru

Firuzai Iskandari – PhD student Department of Neurology Psychiatry and Medical Psychology M.G. Gulyamova " ATSMU" tel:+992 904 44 75 75, e-mail: firuza.iskandari94@mail.ru

СТОМАТОЛОГИЯ

УСУЛҲОИ МУОЛИҶАИ ҶАРРОҲИИ КӮДАКОНАИ ДОРОИ РОҒИ МОДАРЗОДИ ЛАБИ БОЛО ВА КОМ

Қосимов М.М.
МД “Пажуҳишгоҳи илмию клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй”

Муҳиммият. Роғи модарзоди лаби боло ва ком яке аз масъалаҳои муҳими ҷарроҳии ҷоғӯ рӯйи кӯдакона ва умуман дар стоматология мебошад. Дар асоси маълумоти мавҷуда солҳои охир дар тамоми ҷаҳон шумораи кӯдакони гирифтори нуқсонҳои модарзодӣ, аз ҷумла кӯдакони гирифтори нуқсонҳои модарзодии лабу ком тадриҷан меафзояд.

Аммо бояд гуфт, ки сабабҳои нуқсони модарзодӣ дар 25% ҳолатҳо номаълум боқӣ мемонанд. Рақамҳо ба таври боварибахш нишон медиҳанд, ки нуқсонҳои ҷиддии модарзодии минтақаи ҷоғӯ рӯй дар кӯдакон на танҳо мушкилоти тиббӣ, балки мушкилоти иҷтимоӣ ҳам буда, барои пешгирии ин бемориҳо, инчунин барқарорсозии тиббии беморони гирифтори ин беморӣ маҷмӯи чорабиниҳоро тақозо менамояд.

Тибқи баҳогузории таҳқиқотҳо дар айни замон аз 1 то 3% кӯдакони навзод бо нуқсонҳои модарзодӣ таваллуд мешаванд. Қариб 30%-и бемориҳои нуқсонҳои рӯйро роғи модарзодии лаби боло ва комро ташкил медиҳад, ки муҳимияти масъала аз сабабҳои зиёди мураккаби авҷгирии нуқсони дандонҳо ва ҷоғ бо назардошти синну сол аз ҳисоби инкишофи дуюмбораи деформатсияи бофтаҳо ва узвҳои минтақаи ҷоғу рӯй ва нокифоягии самаранокии чорабиниҳои табобатии гузаронидашуда муайян карда мешавад.

Аз рӯи таҳлилҳои оморӣ, сатҳи таваллуди кӯдакони гирифтори роғи модарзоди лаби боло ва ком аз таваллуди муқаррарӣ 1:1000 то 1:600 ташкил медиҳад, ин рақамҳо аз муҳимияти масъалаи табобати ин бемориҳо шаҳодат медиҳанд. [9].

Инчунин аҳамияти омӯзиши масъала дар он аст, ки ин бемории минтақаи ҷоғу руй аст ва ба тамоми умри инсон вобастагӣ дорад, аз ин рӯ бояд ба масъалаҳои барқарорсозии тиббии ин беморон таваҷҷӯҳи зиёд зоҳир карда шавад.

Хусусияти хоси масъала дар он аст, ки табобат бояд зери таваҷҷуҳи махсуси мутахассисони гуногуни соҳаи тиб: табиб-стоматолог ортодонт, ҷарроҳи ҷоғу рӯй, ортопед, логопед, отоларинголог ва табиби кӯдакона ба роҳ монда шавад. Раванди табобат пай дар пай бо иштироки мутахассисони номбаршуда ва ба назар гирифтани синну соли кӯдак амалӣ карда мешавад, агар дар ҳолати дар давраи табобат иштирок накардани ягон мутахассисони номбаршуда, табобат нопурра ва масъала ҳалнашуда боқӣ мемонад.

Новобаста аз он, ки дар шароити муосир усулҳои нави ташхису муолиҷаи беморонии гирифтори роғи модарзоди лаби боло ва ком мавҷуданд, имрӯз барои муайян намудани усули самарабахши табобат баҳсу мунозира байни олимони соҳа идома дорад.

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани омилҳо ва роҳҳои барқарорсозии роғи модарзоди лаби боло ва ком дар кӯдакони гирифтори ин беморӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар мақолаи натиҷаи ташхису табобати 258 кӯдакони гирифтори роғи модарзодии лаби боло ва ком, ки дар солҳои 2019-2021 дар шуъбаи махсусгардонидашудаи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи МД “Пажуҳишгоҳи илмӣ-клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй” барои табобат бистарӣ гардиданд, оварда шудааст.

Ба беморон ҳангоми муроҷиат ба Пажӯҳишгоҳ муоинаи клиникӣ ва омӯзишӣ гузаронида шуда, зимни гузаронидани ташхиси биохимиявии хун асосан ба сатҳи тестостерон диққати асосӣ дода мешавад, зеро ҷамъоварии маълумоти нави клиникию таҷрибавӣ имкон медиҳад, ки шаклҳои зерини нуқсонҳои модарзодии инсон муайян гардад.

Натиҷаи таҳқиқот. Аз рӯи принсипи этиологӣ се гурӯҳи нуқсонҳои модарзодӣ ҷудо

мешаванд: 1. ирсӣ, 2. экзогенӣ, 3. мултифакторӣ. Ирсӣ –нуқсонҳои модарзодӣ, ки дар натиҷаи мутатсияҳо, яъне тағйироти доимии сохторҳои ирсӣ дар ҳуҷайраҳои ирсӣ дохил мешаванд.

Ба экзогенӣ он нуқсонҳои модарзодӣ дохил мешаванд, ки пайдоиши онҳо бо таъсири омилҳои тератогенӣ ба ҷанин ё ҳомила (спирт, инсектисидҳо, вируси сурхча ва ғ.) вобаста аст. Камбудиҳое, ки дар натиҷаи осеб дидани ҷанин (то охири ҳафтаи 8-уми инкишофи дохили бачадон) пайдо мешаванд, эмбриопатияҳо ва дар натиҷаи осеб дидани ҷанин (аз ҳафтаи 9-ум то 9 моҳи инкишофи дохили бачадон) фетопатия номида мешаванд.

Камбудиҳои модарзодии дорои хусусияти бисёрфакторӣ он нуқсонҳое мебошанд, ки аз таъсири якҷояи омилҳои ирсӣ ва экзогенӣ ба вуҷуд омадаанд. Гузашта аз ин, ҳеҷ яке аз ин омилҳо танҳо сабаби нуқсони модарзодӣ нестанд. Бо вуҷуди ин, таснифоти нуқсонҳои модарзодӣ танҳо аз рӯи принсипи этиологӣ камбудиҳои назаррас дорад, зеро он имкон намедиҳад, ки намуди нуқсонҳои модарзодӣ, маҳалли ҷойгиршавии он, вазнинии ихтилоли анатомӣ ва функсионалӣ ва ғайра муайян карда шавад.

Вобаста ба ин, таснифоти анатомию физиологии нуқсонҳои гирифтани табобат бистарӣ гардидаанд, мавриди омӯзиш қарор дода шудааст.

Хусусияти инкишофи нуқсон дар беморони гирифтори роғи модарзодӣ дар он аст, ки иртиботи васеъ байни бинӣ ва даҳон имкон намедиҳад, ки дар вақти синамаконӣ фишори манфии дохили даҳон ба вуҷуд ояд, ки ба ғизохурӣ монеъ мешавад. Бо дарназардошти ин далел, аксари кӯдакон бо шиша хӯррок мехӯранд, ки ин метавонад боиси паст шудани функсияҳои муҳофизатии системаи иммунитет ва дар баъзе ҳолатҳо ба инкишофи камхунӣ ва норасоии оҳан, рахит, дисбактериозҳои рӯда ва дигар бемориҳо гардад [2].

Ба ғайр аз табобати ҷарроҳии ин нуқсон, суханронии пурраи иҷтимоӣ, ки сифати он ба пурра баста шудани палатофарингеал вобаста аст, инчунин ба барқароршавии пурраи кӯдакони гирифтори роғи модарзодии лаби боло ва ком таъсири калон мерасонад [9].

Аз ҳамин сабаб зимни ғизодиҳӣ кӯшиш карда мешавад, ки ба кӯдак ғизои моеъ дода шавад, ки ба ҳолати луобпардаи бинӣ таъсири манфӣ нарасонад (бо гузашти вақт, тағироти патологӣ дар функсияи мотории эпителияи кирпикшакл инкишоф меёбад). Бинобар ин, яке аз вазифаҳои аввалиндараҷаи неонатолог ва педиатрҳо ташкили ғизои мувофиқ барои чунин кӯдакон мебошанд. Пистону қошуққои гуногуне мавҷуданд, ки барои кӯдакони навзод ва кӯдакони гирифтори роғи модарзодии лаби боло ва ком ки бо ёрии онҳо барои муътадил кардани раванди ғизодиҳӣ, омода кардани беморон ба ҷарроҳӣ ва табобати баъди ҷарроҳӣ мутобиқ карда шудаанд.

Хусусияти дигар ин намуди нафаскашии омехта мебошад - ҳавои нафаскашӣ дар ковокии бинӣ нигоҳ дошта намешавад ва ба ковокии даҳон медарояд, ки дар натиҷа гармшавии дуруст, намнокӣ ва тозакунии ҳаво ба амал намеояд, ки боиси паст шудани нафаскашӣ, функсияҳои муҳофизатии холигоҳи бинӣ ва орофаринкс мегардад, ки дар натиҷа афзоиши сироятёбии узвҳои болоӣ (аз ҷумла бемориҳои ЛОР) ва роҳҳои нафаси поёнӣ дар муқоиса бо кӯдакони солим зиёдтар ба мушоҳида мерасад [3].

Дар МД “Пажуҳишгоҳи илмӣ-клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй” шуъбаи ҷарроҳии ҷоғу рӯй таъсис дода шудааст, ки ба беморон амалиётҳои гуногуни ҷарроҳии ҷоғу рӯй гузаронида мешавад. Шуъба дорои 20 кат буда, дар давоми солҳои 2019-2021 – 258-бемор ба нуқсони роғи модарзодии лаби боло ва ком ба табобати статсионарӣ фаро гирифта шудааст.

Синну соли кӯдакон аз 1 то 6 соларо ташкил медиҳад. Роғи пурраи модарзодии лаби боло ва ком авҷгирии маҷмӯи ихтилофи анатомию функсионалии системаи стоматологии кӯдакон мегардад, ки табобати дарозмуддати ортодонтӣ ва ҷарроҳӣ, инчунин назорати доимии диспансериро талаб мекунад.

Ҷадвал 1. Ба беморон ҷарроҳиҳои зерин гузаронида шудаанд:

№	Намуди ҷарроҳиҳо	Соли 2019	Соли 2020	Соли 2021
1.	Тармими роғи модарзодии лаби боло	28 (49,1%)	21 (41,1%)	27 (54,0%)
2.	Тармими роғи модарзодии ком	29 (50,9%)	30 (58,9%)	23 (46,0%)
	Ҳамагӣ	**57**	**51**	**50**

Агар дар соли 2010 ба миқдори 28 амалиёти ҷарроҳии тармими роғи модарзодии лаб ва ком, лаҷомаки кӯтоҳи лаб ва забон гузаронида шуда бошад, пас дар соли 2021 танҳо амалиёти ҷарроҳии тармими роғи модарзодии лаби боло ва ком ба миқдори 50 адад гузаронида шудааст.

Дар таҷриба кӯдакони гирифтори роғи модарзодии лаби боло ва ком деформатсияи бинӣ: ҳамвор шудани боли бинӣ дар паҳлӯи рах, деформатсияи нӯги бинӣ, каҷшавии устухони бинӣ доранд. Вайрон шудани роҳҳои бинӣ, ворид шудани ғизо ба ковокии бинӣ, мавҷудияти нафаскашии омехта, вайрон шудани функсияи мотории эпителийи кирпикшакл боиси рушди бемории ринитҳои тӯлонӣ, тонзиллитҳои шадид, такроршаванда, аденоидит ва синусит дар чунин кӯдакон мегардад.

Дар ҳолати табобати нопурра ва нокифоя ҷараёни сироятёбӣ ба қисмҳои поёнии роҳҳои нафас ва рушди бемории ларингит ва бронхит сабаб мешавад. Ҳангоми интихоби доруҳо барои табобат, пешгирии бемории сироятӣ ва илтиҳобии узвҳои ЛОР, бояд хусусиятҳои микрофлораи контингенти кӯдакон ба назар гирифта шавад.

Вобаста ба ин зарур аст, ки чунин беморон пеш ва баъди гирифтани дарсҳо омӯзишии табиб-логопед аз озмоиши палатофарингеалӣ гузаронида шаванд.

Барқарорсозии ҳамаҷонибаи кӯдакони гирифтори нуқсони модарзодии лабу ком бе барқароркунии ортодонтии ҷоғи боло ва ба танзимдарории камони алвеолярӣ ғайриимкон аст ва назорати беморони гирифтори ин нуқсон дар назди табиб-стоматолог бояд аз рӯзҳои аввали ҳаёт оғоз шавад.

Бояд қайд намуд, ки табобат ва барқарорсозии кӯдакони гирифтори нуқсони модарзодии лаби боло ва ком як мушкилоти мураккаб ва байнисоҳавӣ буда, дар барқарорсозии ин нуқсон мутахассисони зерин: неонатолог ва педиатр (ғизои танзимшуда), табиб-стоматолог ҷарроҳ, ортодонт (муайян ва ислоҳи патологияҳои гуногуни соматикӣ ва омода намудани беморон ба ҷарроҳӣ ва барқароркунии ортодонтӣ), оториноларинголог (пешгирии сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ), логопед ва равоншинос (тадбирҳои офиятбахшии психологӣ барои мутобиқати пурраи иҷтимоии кӯдак бояд ҷалб карда шаванд.

Омӯзиши моҳияти табобати беморон аз он иборат аст, ки дар дармонгоҳҳои кишвар, хусусан дар марказҳои стоматологӣ, ки шуъбаҳои ҷарроҳӣ мавҷуданд, табобат ва муоинаи тиббии кӯдакони дорои нуқсонҳои модарзодӣ дар минтақаи ҷоғу рӯй, бояд бо муолиҷаи пурраи махсуси тиббӣ таъмин карда шаванд. Фаъолияти чунин дармонгоҳҳо бояд ба таҳлил ва такмили кори табибон, аз ҷумла ортодонтҳо асос ёбад, зеро то ҳол дар кишвар усул ва принсипҳои ягонаи ташкили ёрии ортодонтӣ мавҷуд нест.

Назорати кӯдакони гирифтори бемории роғи модарзодии лаби боло ва ком аз лаҳзаи таваллуд бояд оғоз гардад. Бо дарназардошти мушкилоти мушаххаси анатомӣ, функсионалӣ, косметикӣ, инчунин бемориҳои ҳамрадиф, назорати динамикӣ ва табобат аз ҷониби мутахассисони гуногун: ҷарроҳи ҷоғу рӯй, оториноларинголог, стоматолог, педиатр ва логопед ба роҳ монда шуда, танҳо дар натиҷаи кӯшишҳои якҷояи табибони гуногуни тиббӣ дар табобати чунин кӯдакон натиҷаи дилхоҳ ба даст оварда мешавад.

Дар ташаккули психологию иҷтимоии кӯдакони гирифтори бемории роғи модарзодии лаби боло ва ком нақши табиб -психоневролог хеле муҳим аст, зеро вай бояд, аз давраи пеш аз таваллуди кӯдак, ҳангоми дар батни модар будани кӯдак, ҳангоми дар муоинаи ултрасадоӣ ошкор гардидани нуқсони мазкур корро бо волидон оғоз кунад.

Баъдан табиб-неонатолог ва педиатр дар ҳолати бо чунин тифли навзод дучор меоянд, вазифаи онҳо дуруст баҳо додан ба вазъи саламатии ӯ бо назардошти хусусиятҳои ин гуна беморон ва сари равона намудан ба табибони мутахассис иборат аст.

То кунун омӯзиши хусусиятҳои ташаккули қисми рӯйу косахонаи сари ин категорияи беморон дар давраи тӯлонии афзоиш бо назардошти фарқиятҳои синну сол ва ҷинс гузаронида нашудааст, то ки имконият диҳад, ки вобаста ба омилҳо ва шароит раванди табобат дуруст ташкил карда шавад.

Усулҳои муосир ва пайдарҳамии табобати ортодонтӣ ва ҷарроҳӣ дар навзодон ва дар давраи баромадани дандонҳои ширӣ дар беморони синни томактабӣ ба таври куллӣ таҳия ва санҷида шудаанд, аммо дар дармонгоҳ хеле суст ҷорӣ шудани натиҷаҳои онҳо ва ба муолиҷаи саривақтии ортодонтӣ пурра фаро нагирифтани кӯдакони бемор, нарасидани кадрҳои баландихтисос ба татбиқи тадбирҳои табобатӣ ва пешгирикунанда боиси норозигии шумораи зиёди беморон мегардад. Натиҷаҳои эстетикӣ, морфологӣ ва функсионалии табобат, махсусан дар синни калонсолӣ зоҳир мешавад.

Аз ин рӯ аҳамияти омӯзиши ҷабҳаҳои гуногуни ин масъала рӯз то рӯз зиёд гардида, талабот ба натиҷаҳои эстетикӣ ва функсионалии табобат самти касбӣ ва сатҳи маърифатии онҳо мунтазам меафзояд, ки ташаккули шахсияти беморонро муайян мекунад, ва вобаста ба ин масъалаи такмил додани ёрии ортодонтӣ, баланд бардоштани сифат ва самаранокии он муҳим мебошад. [8, 9].

Аз рӯи адабиётҳо бештар писарон ба беморони нуқсонҳои модарзодии ҷоғи боло, лаб ва ком гирифтор мешаванд.

Баъзе табибон ба муолиҷаи таҷҳизотӣ ва имконнопазирии ислоҳи шакли ортодонтӣ ва андозаи камони дантоалвеолярии ҷоғи болоро дар кӯдакони дорои роғи модарзодӣ ақидаи номукаммал доранд. Ин муқаррарот моро водор месозад, ки равишҳо бояд бо назардошти вазъи нкишофи ин нуқсонро дар минтақаи ҷойи руй аз нав дида бароем, онҳоро аз нуқтаи назари хусусиятҳои инкишофи ҷисмонӣ, вазъи сохторӣ ва функсионалии қисми рӯйу косахонаи сар мавриди омӯзиш қарор диҳем.

Муоина ва табобат дар як сол 3 маротиба аз ҷониби духтури оториноларинголог (бо назардошти он, ки 80% кӯдакон гирифтори бемории узвҳои ЛОР мебошанд), гузаронида мешаванд. Пас аз 6 моҳ пас аз ҷарроҳии ураностафилопластика, барои барвақт ошкор кардани норасоии палатофарингеалӣ ташхиси такрории вазифаи бастаи палатофарингеалӣ гузаронида мешавад. Ин усулхои объективии тадкикот имкон медиханд, ки на танхо бахо додан ба фаъолияти хамаи сохторхои пушидашудаи палатофарингеал, балки инчунин рохи бехтарини рафъи норасогии палатофарингеал ва баркарор намудани бемор интихоб карда шавад.

Пас аз табобати ҷарроҳӣ кӯдакон барқарорсозии худро идома дода, бо дарсҳо дар гурӯҳҳои саломатӣ пурра карда мешаванд, дар давраи таътил онҳо ба марказҳои тавонбахшии кӯдакон фиристода мешаванд. Аксар вақт кӯдакони беморе, ки патологияи соматикии ҳамроҳ доранд, барои ислоҳи ҳолати иммунологии онҳо ба иммунолог-аллерголог муроҷиат мекунанд. Ҳангоми баромадани дандонҳои 12, 11, 21, 22 амалиёти периостеопластика дар синни 6-7 солагӣ гузаронида мешавад.

Хулоса.

1. Масъалаи барқарорсозии нуқсони модарзодии чунин кӯдакон дар марказҳои махсусгардонидашуда бо иштироки мутахассисон: ортодонт ва ҷарроҳии ҷоғи рӯй ниҳоят муҳим мебошад.

2. Зарурияти таҳияи барномаи мушаххаси барқарорсозии пурраи беморони гирифтори роғи модарзодии лаби боло ва ком, ба миён омадааст.

3. Усулҳои муосири хейло ва уранопластика имкон медиҳанд, ки нуқсони эстетикии рӯйро бартараф гардида, барои беҳтар кардани нутқи кӯдак ба логопед шароит фароҳам оварад.

4. Барқароршавии пурраи иҷтимоии беморон танҳо аз табобати саривақтӣ ва самаранок вобаста аст.

Адабиёт

1. Зубарева А.В., Гараева К.Л., Исаева А.И. Распространенность зубочелюстных аномалий у детей и подростков (обзор литературы)/ А.В. Зубарева, К.Л.Гараева, А.И. Исаева // European research, 2015. № 10 (11). С. 128-132.
2. Черноморченко Н.С. Современные методы лечения зубочелюстных аномалий у детей/ Н.С. Черноморченко // Инновации в науке, 2015. № 47. С. 128-136.
3. Удина И.Г., Васильев Ю.А., Победоносцева Е.Ю., Прудникова А.С., Верапатвелян А.Ф., Гуленко О.В., Курбатова О.Л. Пространственно-временная динамика частот врожденных расщелин губы и/или неба в Краснодарском крае/ И.Г.Удина, Ю.А.Васильев, Е.Ю.Победоносцева, А.С.Прудникова, А.Ф.Верапатвелян, О.В.Гуленко, О.Л. Курбатова // Кубанский научный медицинский вестник, 2013. № 1 (136). С. 171-175.
4. Гришина А.А. Теоретический аспект изучения необходимости коррекционно-педагогической помощи детям с челюстно-лицевыми патологиями в процессе социальной адаптации/ А.А.Гришина // Молодой ученый. 2017. № 9 (143). С. 316-318.
5. Редько А.Н., Пильщикова В.В., Васильев Ю.А. Сравнительный эпидемиологический анализ спектра сопутствующих заболеваний у детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области крупного региона РФ/ А.Н.Редько, В.В.Пильщикова, Ю.А. Васильев // Вестник новых медицинских технологий, 2018. № 6. С. 9-15
6. Аргутина А.С., Косюга С.Ю. Программа профилактики зубочелюстных аномалий у детей в детской стоматологической поликлинике / А.С.Аргутина, С.Ю. Косюга//Российский педиатрический журнал, 2017. № 20 (4). С. 222-226.
7. Богородицкая А.В., Сарафанова М.Е., Радциг Е.Ю., Притыко А.Г. Тактика ведения детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба: междисциплинарная проблема/ А.В-.Богородицкая, М.Е.Сарафанова, Е.Ю.Радциг, А.Г.Притыко// Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского, 2015. № 3. С. 78-81.
8. Иноятов А.Ш., Мукимов И.И., Гафарова С.У. / А.Ш. Иноятов, И.И.Мукимов, С.У. Гафарова// Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области, 2016. № 2 (13). С. 11-14.
9. Фоменко И.В., Касаткина А.Л., Тимаков И.Е., Мельникова Д.В., Мельников П.Ю. Эпидемиологические аспекты врожденных пороков челюстно-лицевой области у детей Волгоградской области за 2010-2016гг./И.В.Фоменко, А.Л.Касаткина, И.Е.Тимаков, Д.В.Мельникова, П.Ю. Мельников // Стоматология детского возраста и профилактика, 2018. №18(3). С. 58-61.

МЕТОДЫ РЕКОНСТРУКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ГУБЫ И НЕБА У ДЕТЕЙ

Косимов М.М.

НКИ Стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Актуальность. Врожденная расщелина губы и неба является одной из важнейших проблем челюстно-лицевой хирургии у детей и стоматологии в целом. Судя по имеющимся данным, количество детей с врожденными пороками развития, в том числе детей с врожденными пороками развития, во всем мире постепенно увеличивается.

Цель исследования. Выявление факторов риска и путей выздоровления детей с врожденным пороками верхней губы и неба.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе результатов хирургической коррекции врожденных расщелин губы и неба у 158 детей. Дети находились на лечении в НКИ Стоматологии и челюстно-лицевой хирургии г. Душанбе.

Результаты. Комплексная реабилитация детей с врожденными пороками развития верней губы и неба должно производится на

комплексной основе, включая ортодонта для реабилитации верхней челюсти и регуляции альвеолярной дуги, дальнейшее наблюдение за больными с момента поступлении и далее должно проводится у стоматолога

Выводы. 1. Важным является то, что лечение и реабилитация врожденных расщелин губы и неба у детей должно производится на базе специализированных центров ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии с привлечением логопедов

2. Необходима разработка специальной программы полноценной реабилитации больных с врожденными пороками развития верхних губы и неба.

3. Современные методы хелатирования и уранопластики позволяют устранить эстетические дефекты лица и создать условия для улучшения речи ребенка.

4. Полное социальное выздоровление больных зависит только от своевременного и эффективного лечения.

Ключевые слова: дефект, реабилттация, верхняя губа, неба, челюстно-лицевая хирургия.

METHODS OF RECONSTRUCTION OF CONGENITAL CLIPS AND HEAVEN IN THE CHILDREN

Kosimov M.M.
NCI of Dentistry and Maxillofacial Surgery

Summary Relevance. Congenital cleft lip and palate is one of the most important problems of maxillofacial surgery in children and dentistry in general. According to available data, the number of children with congenital malformations, including children with congenital malformations, is gradually increasing worldwide.

Purpose of the study. Identification of factors and ways of recovery of children with congenital malformation of the upper lip and lump.

Materials and research methods. The work is based on the analysis of the results of surgical correction of congenital cleft lip and palate in 158 children. The children were treated at the NCI Dentistry and Maxillofacial Surgery in Dushanbe.

Results. Comprehensive rehabilitation of children with congenital malformations of the lips and palate should be carried out on a comprehensive basis, including an orthodontist for the rehabilitation of the upper jaw and regulation of the alveolar arch, further monitoring of patients with this defect is carried out by the dentist from the moment of admission and beyond.

Conclusions. 1. It is important that the treatment and rehabilitation of congenital cleft lip and palate in children should be carried out on the basis of specialized centers for orthodontics and maxillofacial surgery with the involvement of speech therapists

2. It is necessary to develop a special program for the full rehabilitation of patients with congenital malformations of the upper lip and palate.

3. Modern methods of chelation and uranoplasty make it possible to eliminate aesthetic defects of the face and create conditions for improving the child's speech.

4. Complete social recovery of patients depends only on timely and effective treatment.

Key words: Defect, rehabilitation, upper lip, palate, Maxillofacial Surgery

Қосимов М. М.- н.и.т., дотсент, директори МД "Пажуҳишгоҳи илмию клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй" Тел. 931 11 09 27

Косимов М.М.- к.м.н., директор НКИ "Стоматологии и челюстно-лицевой хирургии" *Тел. 931 11 09 27*

Kosimov M.M.- c.m.s. NCI of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Tel. *931 11 09 27*

ШАКЛҲОИ ТАШАКИЛИИ ПЕШГИРӢ ВА МУОЛИҶАИ КАРИЕСИ ДАНДОНҲОИ КӮДАКОН ВА НАВРАСОНЕ, КИ ДАР МИНТАҚАИ ФЛЮОРОЗИ ЭНДЕМӢ ИСТИҚОМАТ МЕКУНАНД

Раҷабов Б.Б.,Таиров У. Т., Ҷумаев Ш.М.

Пажӯҳишгоҳи илмӣ-клиникии стоматолоия ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй (ш. Душанбе, Тоҷикистон)

Муқаддима. Кариеси дандон дар байни бемориҳои стоматологӣ дар кӯдакону наврасон мақоми асосӣ дорад. Зимни иникишофи бемории мазкур нақши фтор дар оби нӯшиданӣ ва хӯрок ниҳоят баланд аст. Аммо дар ҳолати аз ҳад зиёд ворид шудани фтор ба организми кӯдак мумкин аст, ки он сабаби таъсири заҳрогин, ҳатто то ҳадди заҳролудшавӣии организм гардад. Қайд кардан лозим аст, ки доираи фарогирии он чандон зиёд нест, ки ин ҳушёрии кормандони тибро оид ба масъалаи мазкур камтар месозад. Мубрамияти масъалаи мазкур бо он боло меравад, ки кӯдакону наврасони дар минтақаи санаоти алюминий истиқоматкунанда ҳамеша аз таъсири партовҳои зарарасон ба атмосфера аз моддаҳои зараровар, хусусан фторидҳо ранҷ мебаранд. Пас, пайдо кардани чораҳои пешгирии кариеси дандонҳо дар мавриди кӯдакону наврасоне, ки дар чунин маҳалҳо умр ба сар мебаранд, вазифаи муҳимми стоматология ба ҳисоб меравад.

Кариеси дандонҳо раванди музмини патологии организм буда, бо манбаи деминерализатсияи бофтаҳои дандон, ҳосил шудани ковокии кариесӣ дар дандон тавсиф меёбад, ки қобилиятдорад дар тӯли умри кӯдак шиддат ёбад, муътадил шавад, ё фаъол гардад.

Имрӯзҳо паҳншавии кариеси дандон дар байни кӯдакону наврасони кишварҳои мухталиф фарқ мекунад ва он аз сатҳи пешрафти кишвар ва ташкили чорабиниҳои пешгирии бемориҳои стоматологӣ дар байни кӯдакону наврасон вобаста аст. Маълумотҳои адабиётҳои солҳои охир аз он далолат мекунанд, ки бо гузашти солҳо паҳншавӣ ва шиддатнокии раванд афзоиш ёфта, кариеси дандонро ҳар чи бештар дар кӯдакони синни барвақтӣ ошкор мекардагӣ шудаанд.

Пас, мушкилоти пешгирӣ ва самаранокии муолиҷаи кариеси дандонҳо дар кӯдакону наврасон яке аз мушкилоти ҳалнашуда боқӣ мемонад[1].

Дар кӯдакон қитъаҳои камминерализатсияшудаи сири дандон зуд-зуд ва бештар бо халалёбии кариесӣдучор мешаванд.Дар ин ҳолат сухан дар хусуси гипоплазияи аз кариес оризаёфта меравад [2], ки дар зиёда аз нисфи ҳолатҳо мушоҳида мешавад. Дар навбати худ, қитъаҳои гипоплазияшудаи сири дандон зуд ба халалёбӣ аз ҳисоби кариес гирифтор мешаванд ва эҳтимоли аз кариес оризадор шудан низ мавҷуд аст (расми 1 а, б).



а **б**

Расми 1 - Гипоплазияисистемавии дандонҳо, ки аз кариес оризадор шудааст: инкишофи кариесисиркулярӣ боиси шикастани як қисми ғилофаки дандонҳои болоӣ гаштаааст: а) ҳолати дандонҳои бемори аввалӣ; б) ҳолати дандонҳои бемори дуюм.

Минерализатсияи пасти бофтаҳои дандон сабаби таъсирпазирии кариес мегардад. Раванди деминерализатсия босуръат ва бо ҳосил шудани ковокии кариесӣ ба амал меояд. Бештар дандонҳои пеши болоӣ, баъдан аз рӯйи басомади иллатнокшавӣ дандонҳои пеши паҳлуӣ, моляр ва ашкҳо иллатнок мешаванд. Нуқсонҳои кариесӣ дар сатҳи вестибулярии минерализатсияашон сусти дандонҳои пеши болоӣ, дар мавзеи атрофи гардана ташаккул меёбад.

Чунин ҳолат аз зарурати дигар кардани приниспҳои пешгирикунанда дар стоматология гувоҳӣ медиҳад, ки он бояд бо дар назардошти генези соматогенӣ сохта шавад

[3,4,6,7]. Муаллифон бар онанд, ки се соли аввали умри кӯдак даврае ба шумор меравад, ки таъсири чорабиниҳои пешгирикунандаи ба коҳиш ёфтани инкишофи кариеси дандонҳо равонашуда нисбатан ошкоро маълум мегардад.

Ғизои номукаммал, зуҳуроти экстремалӣ, ҳолати экологии минтақа, шароити иҷтимоӣ-иқтисодӣ, номусоид сурат гирифтани ҷараёни ҳомилагӣ, синамаконии дуру дароз ё аз шиша хӯрондани омехтаҳои ширӣ, истеъмоли зиёди маҳсулоти таркибашон карбогидратдор, миқдори ками фтор дар таркиби об, тамоюли ирсӣ ба кариес, бемориҳои соматикии кӯдак омилҳои хатари инкишофи кариес дар мавриди кӯдакону наврасон ба ҳисоб мераванд.

Ба омилҳои мавзеии инкишоф ёфтани кариес дар кӯдакону наврасон инҳо шомиланд: чирки дандон, ки таркибаш микроорганизмҳо дорад, тағйирёбии миқдору сифати оби даҳон, минерализатсияи пасти сир, коҳиш ёфтани муқовиматпазирии бофтаҳои дандон, дигар шудани ҳолати дандонҳо.

Дар ҳолате, ки кӯдак ғизои мулоим истеъмол мекунад, хусусан ҳангоми дар хӯрок мавҷуд будани сахароза ва нокифоя будани нигоҳубини ковокии даҳон дар дандонҳо пасмондаи хӯрок, маҳсулоти мубодилаи моддаҳо боқӣ мемонад ва ба ҷамъшавии микроорганизмҳо сабаб мешаванд, ки дар сатҳи дандон пулакчаи дандон - биопарда ҳосил мекунад. Таркиби пулакчаи дандон аз микроорганизмҳое чун стрептокок, лактобатсила, актиномитсет, фузоспирохет, қаламчамикробҳои анаэробӣ ва ғ. иборат мебошад.

Микроорганизмҳо ҳангоми ҳазм кардани карбогидратҳои хӯрок кислотаҳои органикӣ (атсетат, оксикарбонати дуасоса, бештар оксипропионат) ҳосил мекунанд, ки сатҳи pH-и пулакчаи дандонро паст месозад. Кислотаи оксипропионат, ки дар раванди фаъолияти ҳаётии микроорганизмҳо чирки дандон ҳосил менамояд ва ба қабати зери болоии минерализатсияашон камтари сир – мавзее, ки қисми ғайриорганикии сир ба деминерализатсия дучор мешавад, нуфуз мекунад, ки дар натиҷа камшавии калсий, фосфор, магний, карбонатҳо ба амал меояд ва асоси органикии он хароб мегардад. Дар натиҷаи ин раванд зичии сири дандон коҳиш ёфта ва ҳалшавандагии он меафзояд, доғи сафеди кариесӣ пайдо шуда, кариеси ибтидоӣ инкишоф меёбад.

Дар ҳолати такроран истеъмол кардани карбогидратҳо ҳосилшавии минбаъдаи кислотаҳои органикӣ боиси аз сари нав ва бештар коҳиш ёфтани нишондиҳандаи pH-и пулакчаҳои дандон то сатҳи буҳронии pH – 5,0-4,0 ва шиддат гирифтани деминерализатсияи бофаҳои дандон мегардад. Деминерализатсияи бардавом дар қабати зерсатҳ боиси ҳал гардиданиқабати болоии сир, ҳосилшавии нуқсон дар сатҳи сир мешавад, ки дар натиҷа кариеси ибтидоӣ ба сатҳӣ мегузарад.

Муқовиматпазирии бофтаҳои дандон ба кариес аз тариқи ташаккулёбии дурусти ҷанинҳо ва инкишофи дандон, миқдори оптималӣ ва таркиб оби даҳон, фаъолнокии минерализатсиякунандагии он, шароити хуби беҳдоштӣ, омилҳои ҳифзи ковокии даҳон, парҳези мукаммал, фтори оптималӣ ва оби нӯшиданӣ таъмин мегардад.

Ҳамин тавр, микроорганизмҳои чирки дандон, карбогидратҳои хӯрок, муқовиматпазирии сир омилҳои асосии хатари инкишофи кариеси дандонҳо ба шумор мераванд. Дар ҳолати робитаи дуру дароз доштани сири дандон бо карбогидрат ва микроорганизмҳо тағйир ёфтани таркибу хосияти луоб, камбудии фтор дар обу хӯрок, коҳиш ёфтани муқовиматпазирии бофтаҳои дандон ва тамоми организми кӯдак кариеси дандонҳо инкишоф меёбад.

Дар фаъолияти амалии корӣ мо аз таснифоти байналмилалии бемориҳои стоматологӣ тибқи ТББ-10С истифода кардем, ки он таснифоти зерини кариеси дандонҳоро пешниҳод менамояд:

К02. Кариеси дандон

К02.0 Кариес дар ҳудуди сир:

- кариесисир;
- кариес дар марҳалаи доғи сафед;
- кариеси ибтидоӣ;

К02.1 - Кариесе, ки ба дентин паҳн мешавад;

- Кариеси дентин
К02.2 - Кариесисемент:
- кариесисатҳи решаи дандон;
- кариеси решаи дандон.
К02.3. - Кариеси бозистода
К02.4 - Одонтоклазия
К02.8 Кариеси дигари аниқшуда
К02.9 Кариеси аниқнашудаи дандон

Ҳангоми муайян намудани шакли клиникии кариеси дандон дар кӯдакону наврасон тавсияе ба кор бурда шуд [2], ки дар он се дараҷаи фаъолнокии раванди кариесӣ ҷудо карда шудааст (дараҷаи I,IIва III).

Дараҷаи I–(шакли талофишавандаи кариес)- дар ин шакли кариеси дандонҳо дар кӯдак нишондиҳандаи индекси «кк», «КПК», «кк+КПК» аз нишондиҳандаи миёнаи шиддатнокии кариес дар гурӯҳи синусолии мувофиқ баланд нест.

Дараҷаи II– (шакли зерталлофишаванда**)** –индексҳои «кк», «КПК», «кк+КПК» дар кӯдак аз қимати миёна дар се инҳирофи сигмалӣ зиёдтар мешавад.

Дараҷаи III -(шакли таллофинашаванда) - индексҳо «кк», «КПК», «кк+КПК» дар кӯдак аз нишондиҳандаи миёнаи максималии шиддатнокӣ дар гурӯҳи синнусолии дахлдори кӯдакон + се инҳирофи сигмавӣ зиёд аст. Ғайр аз ин, дар сатҳи дандонҳои кӯдакон доғҳои сафеди бӯрмонанд ошкор мегардад, ки аз манбаи деминерализатсияи сир(-нишонаҳои каариеси ибтидоӣ) дарак медиҳад.

Табибон-стоматологҳои амалӣ алгоритми таъсиррасониеро афзалтар медонанд, ки онро Леус П.А. (2016) таҳия кардааст ва дар он марҳалаҳои зерин ҷудо карда мешаванд:

1. Ташхисгузорӣ бар пояи ТББ-10С;
2. Бо истифода аз ҳар таснифоте бошад, протоколи муқарраршудаи муоина ва ташхисро вайрон накарда, шарҳ додани ҳолат;
3. Тартиб додани нақшаи муолиҷа ва пешгирӣ.

Ба воситаҳои инфиродии беҳдошти ковокии даҳони кӯдакону наврасон чуткаи дандон (аз рӯйи 7 қимат тақсимшуда), хамира ва гелҳо барои дандон, ҳабҳои беҳдоштӣ, воситаҳои интерденталӣ (шёткаҳо, флос, флоссет, раҳҳо, дандонхилол, стимуляторҳои байнидандон), ирригаторҳои ковокии даҳон ё марказҳои оралӣ, воситаи нигоҳубини забон, воситаҳои нигоҳубини милкҳо, латтаи гунбази барои пок кардани ковокии даҳони кӯдаки ширмак, ҳалқаи беҳдоштии резинӣ барои дандон ва ойинаи инфиродии стоматологӣ тааллуқ доранд.

Дар адабиётҳои илмӣ усулҳои бешумори риояи беҳдошти ковокии даҳон ва тарзи пок кардани чирки дандон шарҳ дода шудааст. Мо бар он андешаем, ки ба ҳар бемор бо дарназардошти хусусиятҳои ковокии даҳони худи ӯ ҳамон усулеро мақсаднок тавсия намоем, ки тавассути он натиҷаи хуби поккунандагӣ ҳосил гардад.

Аз табиб-стоматолог дастури муфассал ва намоиши амсилаи усули интихобшуда ва аз бемор бошад, иҷрои пайдарпайи амалҳо то пурра аз худ шудани усули интихобгардида бо ҳамарӯза пок кардани дандонҳо талаб карда мешавад.

Аз рӯзи аввали неш задани дандонҳои муваққатӣ рӯзе як маротиба пок кардани онҳо бо чуткаи махсуси дандон, ки волидайн онро ба ангушташон мекашанд, мақсаднок хоҳад буд. Аз яксолагӣ рӯзе ду маротиба бо чуткаи нарм барои дандон ва аз 2-5 солагӣ бошад, рӯзе ду маротиба бо истифода аз чуткаи нарм барои дандон ва хамираи гелшакли кӯдакона пок кардани дандонҳо иҷозат дода мешавад. Дар ҳама син мавҷуд набудани чирки ба назар намоён меъёри дуруст пок кардани дандонҳо ба шумор меравад (расми 2).

Интихоби усули самараноки поккунии дандонҳо беҳдошти хуби ковокии даҳонро таъмин менамояд. Пок кардани дандонҳо бояд рӯзе ду маротиба сурт гирад: саҳар баъди хӯрок хӯрдан ва хусусан иҷро кардани амали пок кардани дандонҳо шабона пеш аз хоб кардан ниҳоят муҳим аст. Усулҳои зиёди пок кардани чирки нарми дандонҳо ба воситаи чуткааи дандон мавҷуд аст, ки аз чониби муаллифони гуногун пешниҳод шудааст.

Усули стандартии пок карлани дандонҳо сазовори таваҷҷуҳ аст. Он амали ба воситаи чутка ҳаракати уфуқӣ, амудӣ ва мудавварро барои пурра пок кардани чирк аз та-

моми сатҳи дандон якҷоя менамояд. Пок кардан пайдарпай аз ҷоғи боло ва поён, аз дандонҳои хоиши болоӣ, аз рост ва баъдан қад-қади сегментҳо ба тарафи муқобил ҳаракат карда, дандонҳои ҷоғи поёнро дар бар мегирад.

Тамоми марҳалаҳои усули пок кардани дандонҳо ба кӯдак ва падару модар дар овеза, расм дар амсилаҳо ҳангоми машғулияти беҳдоштӣ намоиш дода мешавад. Барои хубтар аз худ кардани усул табиб-стоматолог (дар ҳолати мавҷуд будани сарбории стоматолог-гигиенист) хамаи ҳаракатҳоро дар назди ойина нишон медиҳад. Мутахассис дар охири машғулияти беҳдоштӣ чуткаҳои зарурӣ, хамираҳо, маводҳо барои чайқондан ва воситаҳо беҳдоштиро тавсия менамояд. Баъдан дар ҳолати зарурат барои санҷиши азхудкунии дурусти нигоҳубинӣ ковокии даҳон ба кӯдак ташрифи такрорӣ тавсия дода мешавад.

Воситаҳои беҳдошти ковокии даҳон бешумору мухталифанд (хамираи дандон, чуткаи дандон, флос, ирригаторҳо ва ғ.). Дар байни онҳо беҳдоштӣ (пӯдинагӣ, MintFloral,Vitadent, Frechи ва ғ.) вамуолиҷавӣ-профилактики (OralB, Mint Fluoride «Character»,Oral -BStages ва ғ.)-ро фарқ мекунанд. Ин хамираҳо барои дандон ҳангоми бемориҳои пародонт тавсия мешаванд, ки дорои хосиятҳои зиддиилтиҳобӣ, часпакӣ ва зиддимикробӣ (хамираҳои «гиёҳӣ» афзалтаранд) ҳастанд. Дар ҳолати хунравии зиёд аз милкҳо бояд хамираҳои хосияти часпакӣ ва хунбанддошта ба кор бурда шаванд. Ҳангоми мавҷуд будани гиперҳассосият истифода хамираи дандонии «Sensitive» мақсаднок аст.

Хамираи дандонии «R.O.C.S.» барои кӯдакон ва ҳам калонсолон таъйин шудааст. Он барои истифода дар ҷойҳое, ки миқдори фтор дар оби нӯшокӣ ва хок аз меъёр зиёд аст, тавсия мешавад. Хамира аз рӯйи технология ва дастури Швейтсарӣ тайёр карда шудааст, ки барои кӯдакон системаи нарм ба кор бурда шудааст. Барои кӯдакони синни томактабӣ РОКС Kidsва РОКС Schoolбошанд, барои мактаббачагони аз 8 то 18 сола тавсия мешавад. Дар ин маврид раванди баъди неш задани дандон сабзиши сир тақрибан ду сол идома меёбад (барои кӯдакони аз 4 то 18 сола дар таркиби хамира фтор мавҷуд аст). Гуногунии маза, аз таъми анъанавӣ то тамашки ширин ба кӯдакон озодии интихоб медиҳад ва ба таври иловагӣ барои мунтазам пок кардани дандонҳо ба онҳо далел мегардад.

Хулоса. Сабабҳои зикргардидаи инкишофи бемориҳои стоматологии кӯдакону наврасонро ба экзогенӣ ва эндогенӣ ва ғ. ҷудо мекунанд. Дар ҳолати ба табиб-стоматолог дер муроиҷат кардани кӯдакону наврасон ё амалӣ нагардидани чорабиниҳои профилактикиву муолиҷавӣ бемориҳои стоматологӣ авҷ мегиранд ва ҳатто боиси оризаҳои вазнини мавзеӣ ва дур (периодонтит, периостит, остеомиелит, думмалу носури бофтаҳои нарм ва ғ.) мегарданд. Пешгирии оризаҳои мазкур ҳангоми ташхиси барвақтӣ ва муолиҷаи маҷмӯии кариеси дандон ва оризаҳои он имконпазир аст.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ФЛЮОРОЗА

Раджабов Б. Б., Таиров У. Т., Джумаев Ш.М.

Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (г. Душанбе, Таджикистан) Государственное учреждение «Городская детская стоматологическая поликлиника №2 города Душанбе»

Резюме. Основные причиныразвития стоматологических заболеваний делятся на экзогенные и эндогенные факторы. Среди них основное место занимают факторы окружающей среды, питание ребенка и соблюдение гигиены полости рта. При позднем обращении пациента к врачу-стоматологу и отсутствии лечебно-профилактических мер, стоматологические заболевания прогрессируют, дают тяжелые осложнения (периодонтит, периостит,

одонтогенный остеомиелит и др.). Активное внедрение мер профилактики стоматологических заболеваний у детей и подростков, включая регионы эндемического флюороза, может стабилизировать, затем остановить развитие кариеса зубов и его осложнения.

Ключевые слова. Кариес зубов, фтор, флюороз, профилактика, лечение.

ORGANIZATIONAL FORMS OF PREVENTION AND TREATMENT OF DENTAL CARIES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS LIVING IN THE REGION OF ENDEMIC FLUOROSIS

Radjabov B.B., **Tairov U. T., Jumaev Sh.M.**
Scientific and Clinical Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery;

Summary. The main reasons for the development of dental diseases are divided into exogenous and endogenous factors. Among them, the main causesis occupied by environmental factors, nutrition and oral hygieneof the child. Late visit to the dentist and the absence of therapeutic and preventive measures, dental diseases progress, give severe complications (periodontitis, periostitis, odontogenic osteomyelitis, etc.). Active implementation of measures to prevent dental diseases in children and adolescents, including regions of endemic fluorosis, can stabilize, then stop the development of dental caries and its complications.

Keywords. Dental caries, fluoride, fluorosis, prevention, treatment.

Рачабов Б.Б.- унвончӯйи Пажӯҳишгоҳи илмӣ-клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй (ш. Душанбе, Тоҷикистон): bahodurrajabov@gmail.com.

Тоиров У. Т. Доктори илмҳои тиб, профессори Пажӯҳишгоҳи илмӣ-клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй (ш. Душанбе, Тоҷикистон): stomatologi@mail.ru

Ҷумаев Ш.М.- н.и.т., Пажуҳишгоҳи илмӣ-клиникии стоматологияи ҷарроҳии ҷоғу рӯй, Sherzod201284@mail.ru

Раджабов Б.Б.- Соискатель Научно – клинического института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии; bahodurrajabov@gmail.com.

“аиров #. “.- —>:B>@ <548F8=A:8E =0C:, ?@>D5AA>@. Научно – клинического института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии;

Джумаев Ш.М. - *Кандидат мед. наук Научно – клинического института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии; Sherzod201284@mail.ru*

Radjabov B.B. - Competitor of the Scientific and Clinical Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery; bahodurrajabov@gmail.com.

Tairov U. T. - Doctor of Medical Sciences, Professor. of the Scientific and Clinical Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery;stomatologi@mail.ru

Jumaev Sh.M.- c.m.s. NCI of Dentistry and Maxillofacial Surgery Sherzod201284@mail.ru

ДИСПАНСЕРИЗАТСИЯИ СТОМАТОЛОГИИ КОРМАНДОНЕ, КИ ДУЧОРИ ТАЪСИРИ ОМИЛҲОИ НОГУВОРИ ИСТЕҲСОЛИ АРЗИЗ ШУДААНД

Юсупов З.Я.
Институти илмӣ-клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй, ш. Душанбе, Тоҷикистон.

Муҳиммият. Муоинаи ҳамасолаи стоматологии коргароне, ки дар шароити хатарноки корӣ фаъолият мекунанд, бо санатсияи ковокии даҳон анҷом меёбад, аммо зарурати васеъ гардонидани корҳои санатсионӣ аз ҳисоби табобати бемориҳои пародонт ва чорабиниҳои профилактикӣ лозим аст [1-6]. Вобаста аз ин гузаронидани таҳқиқотҳои илмӣ ҷиҳати муқоиса кардани натиҷаҳои статуси стоматологии шахсоне, ки аз рӯйи муроҷиат ёрии стоматологӣ гирифтаанд, амри зарурӣ мебошад.

Мақсади таҳқиқот. Муайян кардани самаранокии санатсияи анъанавии ковокии даҳон дар коллективҳои муташаккили калонсолони заводи истеҳсоли арзиз (алюминий).

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мо коргарони ҷинси марди собиқаи кориашон калони синну соли аз 25 то 60-соларо, ки дучори таъсироти нохуби истеҳсолоти алюминий гаштаанд, мавриди таҳқиқ қарор додем. Ҳамагӣ 200 нафар буданд. Коргарони гурӯҳи 1-ум (100 нафар) дар давоми солҳои зиёд санатсияи ковокии даҳонро гузаронидаанд, коргарони гурӯҳи 2- (100 нафар) ки аз рӯйи муроҷиат ёрии стоматологӣ гирифтаанд.

Беморон барои иштирок кардан дар таҳқиқоти стоматологӣ розигии хаттии огоҳона доданд. Стратификатсияи беморон ба гурӯҳҳо дар асоси таҳқиқоти комплексии стоматологӣ, мувофиқи усулҳои маъмулӣ бо назардошти тавсияҳои ТУТ гузаронида шуд. Критерияҳои ба таҳқиқот дохил кардани беморонинҳо буданд: розигии огоҳонаи ихтиёрӣ, синну солаз 25 то 60-сола, мавҷуд будани патологияҳои зиёди ковокии даҳон. Критерияҳои аз таҳқиқот хориҷ кардани беморон инҳо буданд: даст кашидан аз ҳамкорӣ бо табиб дар ҳар кадом марҳалаи таҳқиқот, марҳалаи шиддат гирифтани пародонтит ва ё бемориҳои ҳамроҳшуда.

Дар ҳамаи беморони гирифтори пародонтит таҳқиқоти клиникӣ-гигиенӣ гузаронида шуд, бо фарогирии пурсиш ва муоинаи ковокии даҳон ва муайян намудани шохиси шиддатнокии кариеси дандонҳо (КПУз) ва бемориҳои пародонт (CPITN).

Натиҷаҳои рақамии таҳқиқот бо истифода аз бастаи барномаҳои амалӣ коркарди оморӣ шуданд. Натиҷаҳои ба даст овардашуда дар шакли хатоҳои миёнаи арифметикӣ ва стандартӣ (M±m) пешниҳод карда шуданд. Барои муайян кардани фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимми ифодаҳои ҷуфти стоматологӣ критерияи ҷуфти Стюдент ба кор бурда шуд. Аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳангоми $p<0,05$ будани фарқият ҳисобида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Дар байни коргарони таҳқиқшуда паҳншавии кариес дар ҳамаи гурӯҳҳои таҳқиқшаванда то 100% расидааст, шиддатнокии кариес ба таври возеҳ фарқ мекунад: шохиси нисбатан баландтар КПУз дар коргарони истеҳсоли алюминий, ки синну солашон 50-59 сол буд (18,4±3,3), ба қайд гирифта шуд, дар ҷавонтарҳои таҳқиқшуда нишондиҳандаҳо то 8% (14,2±2,8) камтар буд. Фарқияти ифодаҳои КПУз аз нақши муайяни омили синнусолӣ дар паст шудани шиддатнокиии кариеси дандонҳо гувоҳӣ медиҳад.

Ҳангоми таҳлил кардани ҷузъҳои шиддатнокиии кариеси дандонҳо дар коргарони гурӯҳи 1-ум зиёдшавии максималии дандонҳои пломбашуда (компоненти «П») ва кандашуда (компоненти «У») – 4,6±0,5 ва 1,4±0,3 воҳид буд, ки мутаносибан аз коргарони гурӯҳи 2-юм 5,0 ва 4,0 маротиба зиёд буд (мутаносибан 1,0±0,5 ва 0,4±0,01 воҳид), ки аз рӯйи муроҷиат ёрии стоматологӣ гирифтаанд. Ҳамин тавр,ҳамасола санатсияи ковокии даҳон дар коргарони заводи истеҳсоли алюминий миқдори ниёзмандон ба табобати дандонро кам месозад.

Басомади хеле баланди муайян кардани вайроншавии пурраи қисми решагии дандон (компоненти «Х»), яъне вуҷуд доштани решаҳо дар коргарони гурӯҳҳои 1 ва 2 (мутаносибан 39,7% ва 17,6%) буд. Дар ин мавриd ба 1 нафар таҳқиқшуда аз 1 0,2 реша дар гурӯҳи 1-ум то 2,5 реша дар коргарони гурӯҳи 2-юм ба қайд гирифта шуд. Ин маълумотҳо на танҳо аз таъсири возеҳи омилҳои зарарноки истеҳсолӣ ба ҳолати дандонҳо ва бофтаҳои пародонт гувоҳӣ медиҳанд, балки нокифоя будани чорабиниҳои статсионарӣ, аз қабили кандани дандонҳо, табобати кариес ва тоза кардани қабатҳои дандонҳоро низ нишон медиҳанд.

Омилҳои хатарноки химиявии истеҳсолот ба ҳолати пардаи луобии ковокии даҳон низ таъсир мерасонанд. Чунончи, дар муҳлатҳои дури муоина дар коргарони истеҳсолоти алюминий, ки дар байни онҳо дар давоми солҳои зиёд паҳншавии бемории пардаи луобии ковокии даҳон то 13,6% ба назар расид, ки 3,5 маротиба аз ҳамин гуна нишондодҳои коргарони аз рӯйи муроҷиат ёрии стоматологӣ гирифтагӣ (47,4%) кам буд. Баланд шудани нишондодҳои паҳншавии пато-

логияи пардаи луобии ковокии даҳон дар байни коргарони шароити хатарноктарини истеҳсолоти алюминий ва гирифтани ёрии стоматологӣ аз рӯйи муроҷиат аз сатҳи пасти хусусиятҳои мутобиқшавӣ ва муҳофизатии ковокии даҳон дар заминаи табобат накардани кариеси дандонҳо ва бемориҳои пародонт дарак медиҳанд.

Сохтори бемориҳои пардаи луобии ковокии даҳон коргарони заводи истеҳсолоти алюминии таҳқиқкардаи мо, ки аз рӯйи муроҷиат ёрии стоматологӣ гирифтаанд, чунин аст: шукуфаи сурхи ҳамвор, (7,1%), лейкоплакия (13,3%), хейлит (7,0%). Дар коргарони гурӯҳи 1-и дорои шароити махсусан хатарноки истеҳсолоти алюминии дар заминаи татбиқи фаъоли санатсияи ҳамасолаи ковокии даҳон мувофиқи нишондиҳандаҳои санатсияи ковокии даҳон, ки ба нишондиҳандаҳои муколог мувофиқат мекарданд, ба 2,8%, 4,1% ва 1,0% баробар буданд.

Нишондиҳандаи ибтидоии паҳншавии бемории пародонт дар гурӯҳҳои таҳқиқшуда то 100% расидааст, шиддатнокии бемории зикршуда аз ҷиҳати миқдори сегментҳои осебдида (шохиси CPITN) то 6,0 мутаносибан дар коргарони ҳарду гурӯҳ мерасад.

Тавре ки маълумотҳои ба даст овардашуда имконият медиҳанд, аҳамияти хунравии милкҳо, мавҷуд будани санги дандонҳо, пародонталии чуқуриашон 4 ва 6 мм дар коргарони гурӯҳи 1-ум мутаносибан 1,0, 2,5, 1,8 ва 0,7 сегментҳоро ва дар дар коргарони гурӯҳи 2-юм 0,5, 1,5, 2,1 и 1,9 сегментҳои пародонталиро ташкил дод. Дар байни шахсони таҳқиқшуда камбуди чорабиниҳои табобатӣ-профилактикӣ барои солимгардонии пародонт ҳангоми таъсиррасонии омилҳои зарарноки истеҳсолӣ ба назар мерасад.

Дар байни коргарони заводи истеҳсоли алюминий осебҳои ғайрикариозии эмали дандон (хӯрдашавӣ, нуқсонҳои фонашакл,-эрозия) бештар дар он гурӯҳе дида шуд, ки диспасеризатсияро нагузаштаанд (78,5%). Дар коргарони гурӯҳи 1-ум, вобаста ба он, ки сари вақт ба нуқсон пломба гузошта мешавад, паҳншавии осебҳои ғайрикариозии эмали дандон камтар аст (37,5%), дар сохтори осебҳои ғайрикариозӣ хӯрдашавии патологӣ (20,7% дар муқобили 19,4% -и гурӯҳи 1-ум) бартарӣ дорад.

Мо фарқияти назарраси басомади дучоршавии патологияи буғуми чакаву ҷоғро муайян накардем, гарчанде паҳншавии симптомҳои осебҳои буғумҳо (эҳсосоти дард, қарсос задан, номутаносибии ҳаракати сараки буғумҳо ҳангоми даҳонро кушодан) хеле бузург (мутаносибан 39,8% ва 37,2%, дар гурӯҳҳои 1 ва 2) аст. Дар ин асос мумкин аст тахмин кард, ки таъсири истеҳсолоти алюминий ба ҳолати бофтаҳои буғумҳо имконпазир аст, чунки сабаби асосии стоматологии дисфунксияи буғуми чаккаву ҷоғи поёнӣ, ба андешаи мо, сари вақт протез нагузоштани нуқсонҳои окклюзионӣ дар ҳамаи гурӯҳҳо як хел имконпазир мебошад, чунки протезгузорӣ ба барномаи диспансеризатсия дохил намешавад ва танҳо аз ҳисоби воситаҳои шахсии коргарон бо хоҳиши онҳо анҷом дода мешавад.

Дар байни гурӯҳҳои таҳқиқшуданишондиҳандаҳои паҳншавии деформатсияи қатори дандонҳо (мутаносибан 40,8% ва 35,5%) ба ҳам наздик аст, ки сабабаш сари вақт нагузоштани протез ва табобат накарждани бемориҳои пародонт аст. Рақамҳои овардаи мо бо нишондиҳандаҳои паҳншавии бемории буғуми чаккаву ҷоғи поёнӣ, ки аз бисёр ҷиҳат ба ихтилолҳои окклюзионӣ вобастаанд, муқоисашаванда мебошанд. Миқдори миёнаи дандонҳои беҷо кардашуда аз ҳисоби ба як нафар коргари таҳқиқшуда 2,2±0,2-ро ташкил дод.

Ҳамин тавр, таҳқиқоти гузаронидашуда самаранокии санатсияи анъанавии ковокии даҳонро дар коллективҳои муташаккили истеҳсоли алюминий нишон дод ва дар ин мавриди маҳдуд будани санатсяи мавҷудбудаи ковокии даҳон ошкор карда шуд. Зарурати густариш додани корҳои санатсионӣ бо мақсади солимгардонии пародонт ва фаъол гардонидани корҳои профилактикӣ муҳим аст. Аҳамияти нишондиҳандаҳои статуси стоматологиро барои қувватбахшии тафриқавии таъминнокии бастҳо ва моддиву техникии хадамоти стоматологии муассисаҳои саноатии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар шароитҳои махсусан хатарноки корӣ истифода намудан маумкин аст.

Адабиёт

1. Афанасьева Е.О., Дохов М.А., Тихомирова А.А. Динамика обращаемости за стоматологической помощью работников в условиях реорганизации промышленного предприятия // Окружающая среда и здоровье. М., 2016. С.44-46.
2. Батиг В.М. Модель диспансеризации работников химических предприятий с заболеваниями пародонта // Современная стоматология. 2014. № 3. С. 34-38.
3. Новоземцева Т.Н., Ремизова А.А., Олесова В.Н. Стоматологический статус работников, контактирующих с радиационно-опасными производственными факторами, в сопоставлении с работающими в нормальных условиях труда // Российский стоматологический журнал. 2016. № 3. С. 158-160.
4. Jaidee J., Ratanasiri A., Soonthon S. Prevalence and factors associated with the utilization of dental care services among factory workers in Nava Nakorn Industrial Estate // J Med AssocThail. 2015. Vol. 98 (suppl. 6). P. 73-80.
5. Lund F., Alfers L., Santana V. Towards an inclusive occupational health and safety for informal workers // New Solut. 2016. Vol. 26, N 2. P. 190-2017.
6. Singh A., Ingle N.A., Kaur N. Dental caries status and oral hygiene practices of lock factory workers in Aligarh City // J Int Oral Health. 2015. Vol. 7, N 6. P. 57-60.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ РАБОТНИКОВ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ АЛЮМИНИЕВОГО ПРОИЗВОДСТВА

Юсупов З.Я.

Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г.Душанбе, Таджикистан

Проведено комплексное клиническое и индикационное обследование полости рта 200 работников алюминиевого производства в возрасте от 25 до 60 лет, которые в соответствии с целью исследования были разделены на 2 группы: I – со стоматологической патологией, среди которых реализованы основополагающие принципы традиционной санации полости рта (100 человек); II – со стоматологической патологией, получавших соответствующую помощь по обращаемости (100 человек). Выявлена эффективность традиционной санации полости рта в организованных коллективах алюминиевого производства и при этом раскрыта ограниченность существующей санации полости рта. Полученные результаты могут быть полезнымидля дифференцированного усиления штатного и материально-технического обеспечения стоматологической службы промышленных предприятий с опасными условиями труда.

Ключевые слова: интенсивность кариеса, патологии пародонта, некариозное поражение, деформация зубного ряда, височно-нижнечелюстной сустав, алюминиевое производство.

DENTAL DISPANSERIZATION OF WORKERS, BEING SUBJECTED TO INFLUENCE DISADVANTAGE FACTORS OF ALUMINUM PRODUCTION

Yusupov Zarif

Scientific clinical institute of dentistry and maxillofacial surgery, Dushanbe city, Tajikistan

Organized complex clinical and indicative examination of the oral cavity 200 workers of aluminum production at age from 25 to 60 years, which in accordance with purpose of the study were divided into 2 groups: I - with dentistry pathology amongst which marketed background principles of traditional sanation of oral cavity санации (100 persons); II - with dentistry pathology, got corresponding help on addressing (100 persons). Revealed efficiency

traditional sanation of oral cavity in organized groups of aluminum production and is herewith revealed insufficiency existing sanation of oral cavity. Got results can be useful for differentiated reinforcements staff and material-technical provision of dentistry services industrial enterprise with dangerous condition of the labor.

Kay words: intensity of the caries, parodontal pathology, uncarious defeat, deforming the teeth row, temple-mandible joint, aluminum production.

Юсупов Зариф Якубҷонович – Институти илмӣ-клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй, номзади илмҳои тиббӣ, ходими илмӣ. Суроға: 734026, ҶумҳурииТоҷикистон, шаҳри Душанбе, кӯчаи Хуҷандӣ, 13. Телефон: (992) 919177239

Юсупов Зариф Якубджанович – Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, к.м.н., научный сотрудник. Адрес: 734026, РеспубликаТаджикистан, г. Душанбе, ул. Худжанди, 13. Телефон: (992) 919177239

Yusupov Zarif Yakubdzhanovich – Scientific clinical institute of dentistry and maxillofacial surgery, Candidate of Medical Sciences, scientific employee. Adress: 734019, Republic of Tajikistan, Dushanbe, 13 Khudjandist. Phone: (992) 919177239

ТРАВМАТОЛОГИЯ

АРЗЁБӢ ВА МУОЛИҶАИ САДАМОТИ МУҲРАҲОИ ГАРДАН

Наҷибуллои Сикандар
Шуъбаи ҷарроҳии асаб, Бемористони тахассусии "Ҷумҳурият", Кобул, Афғонистон.

Агарчи механизмҳо ва суръатҳои боло ҳамеша тавъам бо тарзизи (шикастани) фуқароти (муҳраҳои) гардан буда, ҳамчунин механизмҳо ва суръати пойин низ метавонанд боиси осебҳои шадиди фуқароти гардан шаванд.

Мақсади таҳқиқот. Ин мақола арзёбӣ ва мудирияти травмаи фуқароти гарданро ба суръати муроқибатҳои аввалия ташреҳ мекунад.

Мабҳас. Маризоне, ки аз сабаби ин навъи тарзизот (садамаҳо) муроҷиа мекунанд, бояд бар эшон ба асоси алоими мавҷуд тасмим итихоз гардад. Агар шавоҳиди табиӣ бар тарзизи фуқароти гардан вуҷуд дошт эҷоби тасвирро мекунад. Ахзи таърихча, муоиноти физикӣ ва тасвирбардорӣ бояд сурат бигирад, ки тасвирбардорӣ маъмулан тавсияи X-ray, CT scan мебошад ва агар инҳо қобили дастрас набошаддар маризон, ки алоими асбӣ доранд ва ё амрози истиҳолавии фуқарот доранд MRL тавсия мегардад, чун ин маризон дар маърази хатари баланди офати дискҳои байналфуқарӣ (байни муҳраҳо) ва лигаментҳои (гарданӣ) қарор доранд.

Дар яке аз таҳқиқоти META, ки 65 мутолиа болои 28200 маризи травма сурат гирифта нишондиҳанда ин аст, ки тарзизи фуқароти гардан назди 3,7%-и маризон мавҷуд буда, ки 2,8% -и маризони солим ва ҳушёр ва 7,7% -и маризон, ки наздашон Abnar Melti ва нуқси асабӣ мавҷуд будааст.

Аз ҷумла маризон тарзиз фуқароти гардан назди 42%-и маризони каср (шикастагӣ) ва бечошудагӣ ва офоти диск ва мегаментҳо мавқуд, ки эзоби тасбити хоричӣ ё тасбити ҷарроҳиро менамояд. Шоеътарин авомил, ки боиси тарзизҳои фуқароти гардан мешаванд, иборатанд аз ҳодисоти трофикӣ, сукут аз иртифоъ, спорт ва суиқасд мебошад.

Осебҳои ношӣ аз гмперфлексия, гипероксинатсия ва ретекатсияи шадид заминаи хатари ҷиддии осебро фароҳам созад.

Ҳарчанд садамоти хафиф ҳам метавонад боиси ҷароҳатҳои шадид гардад, масалан: сукут аз иртифоъоти кам, ҳодисаи трофикӣ бо суръати кам, ба хусус Manique назди фарди спонделёзи рақабӣ мавҷуд бошад, метавонад боиси шикастани фуқарот, фиткҳои (чура) диски байнилфуқарӣ, ё рагии лигаментҳо, гипотерми эпидуралӣ ва осеби шарён фуқарот гардад.

Вуҷуди особе фуқароти гардан аксар ошкор буда, ки дар сурати мавҷудияти нуқси асабӣ ва ё ҳам бо алоими радиологӣ ташхис мегардад. Соири осебҳо заифтар монанди тарзизоти насҷи (бофта)-и нарм ё осебҳои шарёни фуқарот ба сахтӣ қобили ташхис аст ва метавонад боиси бурузи аърози асабӣ шавад. Осебҳои ниҳоӣ (ҳароммағз) дар тарзизоти заиф нодир буда ва ағлаб бо травмаҳои бузург ҳамроҳ аст.

Арзёбии клиникӣ. Арзёбии маризон шомили таърихча, муоиноти физикӣ ва баррасии алоими асабӣ мешавад. Дар тадовии ҳад бояд аз тарзуамали Advanced trauma life support (ALTS) истифода гардад. Дар соир воқеот таърихча ва арзёбии клиникии бештар қобили иҷро аст, ки муоиноти физикӣ шомили тафтиш, ҷаси (Jess) дақиқ аз қисмати пушти сар ило аввалин фуқараи садрии болоӣ барзаи spinalis фуқароти дувуми рақабӣ фишор тавассути шаст ворид карда ва ба вазъияти истода дар пушти мариз қарор гирифта ва ин кор аз боло ба поин такрор мегардад. Дар сурати пайдо шудани ҳассосият дар кадом ноҳия ёддошт гардад. Муоинаи асабӣ шомили арзёбии ҳаассосият амалкарди ҳаракатӣ ва рефлексҳо мебошад.

Дарёфтҳои клиникӣ иборат аз заъф, парестаз, коҳиш ё фуқдони рефлексҳои амиқ аст.

Ду қонуни тасмимгирӣ бар арзёбии аввалияи сутуни фуқароти гардан вуҷуд дошта, ки ба асоси меъёрҳои он ташхис вазъ мегардад.

Дар сурати вуҷуди ҳар як меъёрҳои зайл наметавон осебҳои сутун фуқаротро рад кард.

· Ҳассосияти хати мутавасити фуқароти гардан
· Тағйири ҳолати равонӣ
· Нуқси асаби мавзеӣ
· Шавоҳиди масмумияти бо алкул ё дигар маводи мухадир
· Вуҷуди осебҳои шадид, ки боиси бурузи дард шавад.

Агар ҳеҷ як аз меъёрҳои фавқ вуҷуд надошта бошад, мариз дар хатари кам осеби фуқаротигардан дар назар гирифта шуда, ва ниёзе ба тасвирбардорӣ нест.

Дар сурати бурузи ҳар як аз авомили фавқ тасмими дуруст дар мавриди тадовӣ итихоз мегардад. Дар мавриди масъулияти Ricard муносиб аст. Яъне ило бо ҳуш омадани комили мариз мунтазир мемонем. Ва замоне, ки мариз битавонад ба сурати дуруст дар арзёбии клиникӣ саҳм бигирад, муҷададан арзёбӣ менамоем. Дар дастурамале, ки аз таросори системаи травматикӣ дар вилояти Викторияи ироа шудааст, гуфта шуда, ки ҳама маризот, ки аз боиси тарзизи фуқарот муроҷиа менамоянд, бояд минҳайси маризони осеби фуқароти гардан дар назар гирифта шаванд.

Система ё қонуни сутуни фуқароти Канада се омили хатари баландро, ки тасвирбардориро барои маризон лозимӣ месозанд, ироа медиҳад;

1. Синни баландтар аз 65-сола
2. Механизмҳои хатарноки тарзиз (травма)
3. Мавҷудияти нуқси асаби ҳиссӣ

Ҳамчунон 5 омили хатари хафиф вуҷуд дорад, ки бо вуҷуди он метавон арзёбии ҳаракати маҳфузмондаро анҷом дод.

· Бархурдҳои муътадил
· Тавоногии нишастан
· Адами мавҷудияти дарди гардан
· Таъхир дар бурузи ҳассосияти мутавасити гардан
· Сари по истода шудан.

Бар илова, агар мариз натавонад гардани худро 45° ба тарафи чап ва рост ҳаракат диҳад, тасвирбардорӣ лозим аст. Меъёрҳои NEXUS ба ин асос, агар яке аз ин меъёрҳо назди мариз мавҷуд бошад, осеби фуқароти гарданро наметавон рад кард.

· Агар дард бо ҷаси хати мутавасити гардан ило аввалин фуқараи (муҳраи) садрӣ мавҷуд бошад.
· Тағйири ҳоли равонӣ
· Миқёси GCS ё рақами Гласко камтар аз 14
· Адами тавоноӣ дар ба хотир доштани се ашё дар панҷ дақиқа
· Таъзхир дар посух ба авомили хориҷӣ
· Нуқси асабии мавзеӣ
· Нуқси асабии гузоришшуда тавассути беморӣ дарёфт бо муоина
· Шавоҳиди масмумият
· Таърихчаи балъи маводи масмумкунанда
· Шавоҳиди масмумият дар муоинаи физикӣ, монади буйи алкул, гуфтори номафҳум, атансия
· Рафтори носозгор тавъам бо масмумият

Осебҳои дигар, ки боиси эҷоди жарди шадид мешаванд ва боиси маътуф сохтани таваҷҷуҳи бемор ба он мешавад, ки қарори зайланд:

· Шикастагии устухонҳои тавила (дароз)
· Осебҳои эҳтишоӣ
· Кӯфтагиҳои шадид
· Сӯхтагиҳои шадид
· Осебҳое, ки боиси ихтилоли амалкард шавад.

Қавоиди фуқароти гардан Канада ба хотири таъйини хатар дар маризони травмо ҳушёр ва сиҳатманд.... бархурдҳое, ки дар дар он василаи нақлия ба трофик рӯ ба рӯ бо суръати зиёд бархӯрд кунад.

Ҳар гоҳ радиографияи иститбобдошта бошад, беҳтар аст дар асраи вақт сурат гирад. Дастурамалҳои байналмилалии CT scan-ро хати аввали ташхисия дар тадовии фуқароти гардан қарор медиҳад.Ҷадидтарин атласи сутуни фуқарот ва дастурмали травмаи сутуни фуқарот дар соли 2018 ҳамчунон таъкид бар тавсияи радиографияи сода ва CT scan барои воқеоти машкук мекунад.

Ба ҳамин тартиб Вазорати сиҳати Австралия низ радиографияи содаро тавсия мекунад, чун мариз дар маъразхи хатари ками шуъо қарор мегирад CT scan барои мушоҳидаи тамоми гардан тавсия шуда ва дар атфол низ тавсия беҳтар аст нашавад.

Дар ҷадидтарин таҳқиқ, ки болои 1577 маризи травма сура гирифта планҳои мухталифи аксари сода аз ҷумла қидомӣ –халфӣ (пешӣ-ақибӣ), ҷанбӣ (фронтали) ва росту чап иҷро гардида, ки аксари сода натавонистааст аз ҷумлаи 416 мариз 299 маризи касрро 72%- и он мегардад, ташхис намояд, ки баъдан тавассути CT scan мушаххас шудааст.

Шавоҳид нишон медиҳад, ки аз ин гузина танҳо дар ҷоҳое, ки CT scan дар дастрас набошад ва ё атфол, ки додани дозаи баланди шуъо барои онҳо музоди иститбоб бошад, истифода шавад.

Дар ҷадидтарин таҳқиқе, ки болои маризони травмвҳои мутавасит дар маризони боҳуш сурат гирифта ва ёфтаҳои CT scan нормал буда, дарёфтем, ки назди 21%-и маризон офоти дискҳои байни фуқарӣ ва лигаментҳо дар MRI дарёфт гардид, ки назди 18%-и маризон тасбит тавассути гарданбанд ва назди 3% -и маризон тасбити ҷароҳӣ суррат гирифта спонделёзи пешрафта нишондиҳандаи вахомати зиёди маризон аст.

Тангии канали ниҳоӣ дар савияи С6 мавҷуд буд. Дар савияи С6-С7 хунрезии эпидуралӣ мавҷуд буда, тасбити ҷарроҳии қидомӣ напздаш сурат гирифт ва мариз фаъолиятҳои ҳиссиву ҳаракатии худро дубора ба даст овад. Ин маврид баёнгари аҳамичти дегенерати фдар CT scan ва хатари осебҳои эҳтимолии он аст.

Ҳама иқдомоти эҳтиётӣ бояд билфосила баъд аз травма рӯйи даст гирифта шавад, ки шомили маҳдуд сохтани ҳаракат аз лоло ва поён дар савияи осебдида маҳдуд сохтани флексия, хам шудан ба тарафи рост ва чап ва гарданбанди муносиб то ин ки мариз тасвирбардорӣ фиристода шавад барои марои мариз тавсия мешавад.

Агар гарданбанди мазкур дар дастрас набошад, беҳтапр аст мариз ба як сатҳи сахт монанди як тахта гузошта шавад ва сари мазири беҳаракат сохта шавад, то ин ки як корманди сиҳӣ барои кӯмак фаро мерасад.

Хадамоти амбулонс (ёрии таъҷилӣ) маъмулан аз гарданбандҳои сахт барои расонидани маризон ба маркази сиҳӣ истифода мекунанд. Агарчи як василаи бисёр хуб барои беҳаракат сохтани сар ва гардан мебошад, вале агар барои соатҳои тӯлонӣ истифода шавад, метавонад боиси захмҳои фишорӣ дар ноҳия шавад.

Баъд аз расидан ба бахши Хадамоти оҷилӣ шифохона гарданбандҳои роҳаттар монанди Филоделфия ҷойгузини ин гарданбандҳои сахт мешавад, ки барои истифода дар замони мутаваситулмуддат мунорсиб аст.

Ҳамчунин муҳимтарин усули мудирияти травмаи ҳади (шадид) сутуни фуқароти гардан шиносоии осебҳои аввалия ва ҷилавгирӣ аз осебҳои сонавия ва ба вуҷуд омадани нуқси асабӣ мебошад, ки тасбити нодуруст ва ҳаракатдоданҳои ғайримаслакӣ метавонад боиси ба вуҷудомадани осебҳои сонавия шавад ва дар назди маризон, ки дарёфтҳои родиомултӣ нормал аст баргашт ба ҳаракатҳо бояд ба сурати тадриҷӣ сурат гирад.

Мавридҳои дардҳои гардани ношӣ аз травма баъдан пайдо мешавад, ба хотири радиосебҳои сутуни фуқароти гардан бояд баррасӣ шаванд. Бесуботии тадриҷӣ метавонад баъд аз осебҳои босубот иҷод гардад. Чунки осебҳои насҷи нарм нисбат ба осебҳои устухон бештар ғайри қобили пешбинӣ аст. Ин бесуботӣ метавонад боиси касрҳои фоҷеабор ва нуқсҳои шадиди асабӣ шавад.

Шиддати дарди аввалияи гардан баёнгари дарди тӯлонимуддати гардан мебошад, ки инро метавон бо як силсила иқдомот, аз қабили физиотерапия, варзиш, адвияи зиддидард ва истилоҳат мудирият намуд.

Истифода аз адвияҳои зиддиилтиҳобӣ ва таҳти мушоҳида қарор додани мараз муассирияти бештар дар протсесси тадовӣ дорад. Физиотерапияи муназам таҳти назари физиотерапевт метавонад протсесси беҳбудро суръат бахшад.

Ҳеҷ шавоҳиде дар бораи муассирияти гарданбанд бидуни дарёфти осеб родиёлужӣ

дар протсесси беҳбуд вуҷуд надорад. Балки гарданбанд тавони азалотро (мушакҳоро) ба далели камтаҳрикӣ коҳиш дода ва аз назари рӯҳӣ низ маризро таҳти таъсир қарор диҳад ва протсесси илтиёмро ба кулдӣ мувоҷеҳ месозад.

Хулоса, нуқтаҳои калидӣ. Табибон бояд меъёрҳои NEXUS ва дар сурати мавҷудияти алоими тасбит бо гарданбанд, дар асрои вақт сурат гирад. Агарчи CT scan бештар тарҷеҳ дода мешавад, вале агар барои атфол қобили иҷро набошад, беҳтар аст аз родиёграфии сода истифода шавад. Дар сурати имкон беҳтар аст амал тавассути радиолог анҷом дода шавад. Алоими радиолужӣ ва нуқси асбӣ далелҳои возеҳ барои интиқоли мариз ба Маркази травма аст. Дардҳои таъхирӣ ва мудовим бо истифода аз гарданбандҳои нарм, физиотерапия ва ҳаракат беҳбуд медиҳад.

References-Адабиёт

Ackland HM, Cameron PA, Varma DK, et al. Cervical spine magnetic resonance imaging in alert, neurologically intact trauma patients with persistent midline tenderness and negative computed tomography results. Ann Emerg Med 2011;58:521–30. Search PubMed

Milby AH, Halpern CH, Guo W, Stein SC. Prevalence of cervical spinal injury in trauma. Neurosurg Focus 2008;25:E10. Search PubMed

Cusick JF, Yoganandan N. Biomechanics of the cervical spine 4: major injuries. Clin Biomech 2002;17:1–20. Search PubMed

Cusick JF, Yoganandan N, Pintar F, Gardon M. Cervical spine injuries from high-velocity forces: a pathoanatomic and radiologic study. J Spinal Disord 1996;9:1–7. Search PubMed

Stiell IG, Wells GA, Vandemheen KL, et al. The Canadian C–spine rule for radiography in alert and stable trauma patients. JAMA 2001;286:1841–8. Search PubMed

Hoffman JR, Wolfson AB, Todd K, Mower WR. Selective cervical spine radiography in blunt trauma: methodology of the National Emergency X-Radiography Utilization Study (NEXUS). Ann Emerg Med 1998;32:461–9. Search PubMed

Murtagh J, Rosenblatt J. Murtagh's general practice. 5th edn. Sydney: McGraw-Hill, 2010. Search PubMed

Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining "whiplash" and its management. Spine 1995;20:1S–73S. Search PubMed

Cameron P, Jelinek G, Kelly A, Murray A, Heyworth J, Brown A. Textbook of adult emergency medicine. London: Churchill Livingstone, 2002. Search PubMed

Hoffman JR, Schriger DL, Mower W, Luo JS, Zucker M. Low-risk criteria for cervical-spine radiography in blunt trauma: a prospective study. Ann Emerg Med 1992;21:1454–60. Search PubMed

Hoffman JR, Mower WR, Wolfson AB, Todd KH, Zucker MI. Validity of a set of clinical criteria to rule out injury to the cervical spine in patients with blunt trauma. National Emergency X-Radiography Utilization Study Group. N Engl J Med 2000;343:94–9. Search PubMed

Panacek EA, Mower WR, Holmes JF, Hoffman JR. Test performance of the individual NEXUS low-risk clinical screening criteria for cervical spine injury. Ann Emerg Med 2001;38:22–5. Search PubMed

Stiell IG, Clement CM, McKnight RD, et al. The Canadian C-spine rule versus the NEXUS low-risk criteria in patients with trauma. N Engl J Med 2003;349:2510–8. Search PubMed Department of Health, Victoria. Victorian State Trauma System Cervical Spine Acute Care Guidelines. Available at www.health.vic.gov.au/trauma/publications/ cervical_spine_guidelines.pdf [Accessed 30 November 2011]. Search PubMed

Guidelines for the initial management and assessment of spinal injury. British Trauma Society, 2002. Injury 2003;34:405–25. Search PubMed

Como JJ, Diaz JJ, Dunham CM, et al. Practice management guidelines for identification of cervical spine injuries following trauma: update from the Eastern Association for the Surgery of Trauma Practice Management Guidelines Committee. J Trauma 2009;67:651–9. Search PubMed

American College of Radiology. ACR appropriateness criteria on suspected spine trauma. Available at www.acr.org [Accessed 7 July 2010]. Search PubMed

American College of Surgeons Committee on Trauma. Spine and spinal cord trauma. In: Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student Course Manual, 8th edn. Chicago: American College of Surgeons, 2008; p.157–73. Search PubMed Department of Health, Western Australia. Diagnostic imaging pathways – cervical spine injury. Available at www.imagingpathways.health.wa.gov.au/ includes/ dipmenu/ cspine/ summary.html [Accessed 27 January 2012]. Search PubMed

Ajani AE, Cooper DJ, Scheinkestel CD, Laidlaw J, Tuxen DV. Optimal assessment of cervical spine trauma in critically ill patients: a prospective evaluation. Anaesth Intensive Care 1998;26:487–91. Search PubMed

Stabler A, Eck J, Penning R, et al. Cervical spine: postmortem assessment of accident injuries – comparison of radiographic, MR imaging, anatomic, and pathologic findings. Radiology 2001;221:340–6. Search PubMed

Diaz JJ Jr., Gillman C, Morris JA Jr., May AK, Carrillo YM, Guy J. Are fiveview plain films of the cervical spine unreliable? A prospective evaluation in blunt trauma patients with altered mental status. J Trauma 2003;55:658–63. Search PubMed

Davis JW, Phreaner DL, Hoyt DB, Mackersie RC. The etiology of missed cervical spine injuries. J Trauma 1993;34:342–6. Search PubMed

Diaz JJ Jr., Aulino JM, Collier B, et al. The early work-up for isolated ligamentous injury of the cervical spine: does computed tomography scan have a role? J Trauma 2005;59:897–903. Search PubMed

Ackland HM. The Alfred Spinal Clearance Management Protocol. Available at www.alfred.org.au/Assets/Files/SpinalClearanceManagementProtocol_External. pdf [Accessed 12 October 2011]. Search PubMed

Vaccaro AR, Hulbert RJ, Patel AA, et al. The subaxial cervical spine injury classification system: a novel approach to recognize the importance of morphology, neurology, and integrity of the disco-ligamentous complex. Spine 2007;32:2365– 74. Search PubMed

Schellingerhout JM, Heymans MW, Verhagen AP, Lewis M, de Vet HC, Koes BW. Prognosis of patients with nonspecific neck pain: development and external validation of a prediction rule for persistence of complaints. Spine 2010;35:E827–35. Search PubMed

Ozegovic D, Carroll LJ, Cassidy JD. Factors associated with recovery expectations following vehicle collision: a population-based study. J Rehabil Med 2010;42:66– 73. Search PubMed

Porter KM. Neck sprains after car accidents. BMJ 1989;298:973–4. Search PubMed

Binder AI. Neck pain. Clin Evid (Online) 2008 Aug 4; pii: 1103. Search PubMed

Schnabel M, Ferrari R, Vassiliou T, Kaluza G. Randomised, controlled outcome study of active mobilisation compared with collar therapy for whiplash injury. Emerg Med J 2004;21:306–10. Search PubMed.

ОЦЕНКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ

Наджибулла Сикандар

Нейрохирургическое отделение, Специализированная больница “Джумхурият”, Кабул, Афганистан.

В данной статье рассматриваются разновидности травм шейных позвонков. Как отмечает автор статьи,данная проблема изучалась многими авторами, проведены иссле-

дования на более чем 28 200 больных с травмами шейных позвонков. Результатыисследований свидетельствуют о том, что травмы шейных позвонковвстречаются у 3,7% пациентов, из них 2,8% находились в сознании и не имели серьезных отклонений,у 7,7% наблюдался симптом Abnar Melti и неврологические расстройства.

У больных с травмами шейных позвонков в 42% случаевнаблюдаются переломы или вывихи, а также поражения дисков и лигаментов, которые требуют внешних или хирургических фиксаций.

Ключевые слова: травма, позвонок, шейные позвонки, фиксация, диск.

ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF INJURIES OF THE CERVICAL VERTEBRAS

Najiballah Sikandar

Neurosurgical Department, Specialized Clinic "Jumhuriyat", Kabul, Afghanistan.

This article discusses the types of injuries of the cervical vertebrae. As the author of the article notes, this problem has been studied by many authors, studies have been conducted on more than 28,200 patients with injuries of the cervical vertebrae. The results of the studies indicate that injuries of the cervical vertebrae occur in 3.7% of patients, of which 2.8% were conscious and had no serious abnormalities, 7.7% had Abnar Melti symptom and neurological disorders.

In patients with injuries of the cervical vertebrae, fractures or dislocations, as well as lesions of discs and ligaments, which require external or surgical fixations, are observed in 42% of cases.

Key words: injury, vertebrae, cervical vertebrae, fixation, disc.

Нақибулло Сикандар- корманди илмии Шуъбаи ҷарроҳии асаб, Бемористони тахассусии "Ҷумҳурият", Кобул, Афғонистон. Тел:901 88 55 51

Наджибулла Сикандар- научный сотрудникНейрохирургического отделенияспециализированнойклиники "Джумхурият", Кабул, Афганистан.Тел:901 88 55 51.

Najiballah Sikandar-Research fellow of Neurosurgical Department, Specialized Clinic "Jumhuriyat ", Kabul, Afghanistan. Tel: 901 88 55 51.

УРОЛОГИЯ

НИШОНДИҲАНДАҲОИ ФАЪОЛИЯТИ ФУНКСИОНАЛИИ ГУРДАИ ЯГОНАИ БОҚИМОНДА ПАС АЗ ДЕНЕРВАТСИЯ ДАР ШАРОИТИ ПАСТКӮҲ ВА БАЛАНДКӮҲ

Мираков Р.С.
Кафедраи урологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино".

Муҳиммият. Тоҷикистон кишваре мебошад, ки 93%-и онро кӯҳҳо ташкил медиҳанд ва дар он ҷо қисми асосии аҳолӣ зиндагӣ мекунад. Барои ҳамин ҳам, проблемаи физиологияи баландкӯҳ ва реактивияти бофтаҳо ва узвҳо актуалӣ буда ва барои Тоҷикистон низ вазифаи аввалиндараҷа ба ҳисоб меравад [1,2,5,6,7], аз шиддати ниҳоят баланди системаҳои физиологии организм ҳангоми таъсирҳои номуносиби омилҳои баландкӯҳ дарак медиҳанд. Системаи ихроҷкунии организм ва, пеш аз ҳама, узви асосии он –гурдаҳо, мавқеи асосиро касб мекунанд, чунки вайрон шудани функсияи муътадили гурдаҳо метавонад ба ҳолатҳои систьемаҳои дигари организм таъсири ҷиддӣ расонида, дар системаи гомеостаз тағйиротро ба вуҷуд меорад. Дар адабиёти илмӣ таҳқиқотҳои камшумор ҳастанд, ки ба фаъолияти функсионалии гурдаҳо ва тавозуни электролитӣ ҳангоми мутобиқшавии организм ба шароити баландкӯҳ бахшида шуда бошанд[3,4].

Мпқсади таҳқиқот аз омӯзиши фаъолияти функсионалии гурдаи ягонаи боқимонда дар сагҳои экспериментали пас аз денерватсия дар шароити пасткӯҳ ва баландкӯҳ иборат аст.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти экспериментали дар 56 саги ҷинсан болиғи безоти якхела- сагҳои наринаи вазнашон 10-14 кг гузаронида шуд, аз онҳо 10 саг барои водиҳо ва баландкӯҳ назоратӣ буд. Муоинаҳо дар лагери экспедитсионии баландкӯҳи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (ағбаи Анзоб, 3500 м баланд аз сатҳи баҳр) сурат гирифт. Таҷрибаҳои назоратӣ дар ОМИТ-и МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ш. Душанбе, 850 м баланд аз сатҳи баҳр) гузаронида шуд. Барои ҳаллу фасли вазифаҳои дар пеш гузошташуда 8 силсилаи таҷрибаҳо иҷро карда шуд. Дар силсилаи V-и таҷриба (6 саг) ҳайвоноторо пас аз нефрэктомия пас аз 2 моҳ ба балндкӯҳ бурданд; Дар шабонарӯзи 2-3 денерватсияи гурдаи ягона гузаронида шуд, ҳолати функсионалии ин гурда дар шабонарӯзҳои 3-10-20-30-и пас аз ҷарроҳӣ муайян карда шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Нишондиҳандаҳои функсияи гурдаи ягона то ва пас аз денерватсия дар шароити пасткӯҳ дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Тавре ки дар ҷадвал дида мешавад, баъди ду моҳи пас аз нефрэктомияи тарафи рост плазмотоки гурда ба таври эътимодно ($P<0,05$) паст (319,5 ± 10,2 мл/дақ.) боқӣ монд дар муқоиса аз назоратӣ (416,6 ± 14,2 мл/дақ.), дар филтратсияи калобачавӣ, реабсорбсияи каналчавӣ тағйироти назаррас рух надод. Тавре ки дар ҷадвал дида мешавад, баъди 2 моҳи нефрэктомия тарафи рост дар гурда ҷараёни плазма ($P<0,05$) паст буд (319,5 ± 10,2 мл/дақ.) нисбат ба гурӯҳи назоратӣ (416,6 ± 14,2 мл/дақ.), дар филтратсияи калобачавӣ ва реабсорбсияи каналчавӣ тағйироти назаррас рух надод. Ба таври саҳеҳ баланд шудани ($P>0,001$) фраксияи филтратсионӣ ба қайд гирифта шуд, ки ба вазоконстриксияи артеолаҳои дурбарандаи каолобачаҳо вобастагӣ дошт. Диурези дақиқавӣ дар муқоиса аз маълумотҳои назоратӣ паст буд. Консентратсияи креатинин дар хун дар муқоиса аз гурӯҳи назоратии ҳайвонот баланд боқӣ монд, гарчанде аз ҳадди меъёри физиологӣ нагузаштааст.

Ҷараёни самараноки плазмавӣ. Ҷараёни плазмавӣ дар шабонарӯзи сеюми пас аз денерватсияи гурдаи ягона дар шароити пасткӯҳӣ то 14,3 % ($P<0,05$) паст шуд. Рақамҳои пасти

Рақамҳои пасти ҷараёни плазмавии самараноки гурдаҳо дар рӯзи 20-уми пас аз

Ҷадвали 1.- Нишондиҳандаҳои фаъолияти функсионалии гурдаи ягона то ва пас аз денерватсия он дар шароити пасткӯҳ)ш. Душанбе, 850 м баланд аз сатҳи баҳр).

Муҳлати таҳқиқот	Нишондиҳандаи оморӣ	Нишондиҳандаҳо						
		Плазмотоки самаранок и гурда	Филтратсияи калобачавӣ	Реабсорбсияи каналчавӣ	Фраксияифилтратсионӣ	Диурези дақикави об	Креатинин хун	Азоти боқимонда
рӯзҳо		мл/дақ		%		мл/дақ	ммол/л	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
То ҷарроҳӣ	M	319,5	65,6	94,5	21,8	2,5	0,17	22,1
	m±	10,2	3,0	0,5	1,2	0,2	0,01	0,9
	P	<0,05	<0,05	>0,05	>0,001	>0,05	>0,05	>0,05
3-юм	M	263,8	31,6	92,8	12,6	2,1	0,23	36,7
	m±	11,2	1,1	0,4	1,0	0,1	0,02	1,6
	P	<0,05	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	<0,01
10-ум	M	220,3	30,9	90,8	18,9	2,6	0,21	34,7
	m±	12,0	1,3	0,8	0,4	0,2	00,1	1,6
	P	<0,05	<0,01	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,01
20-ум	M	178,1	34,7	94,7	20,6	1,9	0,21	33,4
	m±	8,7	1,3	0,6	1,3	0,1	0,01	1,2
	P	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01
30- юм	M	227,0	40,1	90,8	17,7	3,7	0,203	28,9
	m±	9,5	1,7	0,7	0,5	0,3	0,01	1,1
	P	<0,01	<0,01	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,01

Эзоҳ: P - эътимоднокии фарқияти байни нишондиҳандаҳои фаъолияти функсионалии гурдаҳои ҳайвоноти дорои як гурда ва интктӣ; P1 - эътимоднокии фарқияти байни нишондиҳандаҳои фаъолияти функсионалии гурдаҳото ва пас аз денерватсия дар шароити пасткӯҳ.

ҷарроҳӣ (178,1 ± 18,7 мл/дақ., дар муқобили рақамҳои ибтидоӣ 319,5 ± 10,2 мл/дақ.) дида шуд. Дар давраи пас аз ҷарроҳӣ филтратсияи клобачавӣ то зтёда аз 50% (31,6 ± 1,1 мл/ дақ.) паст мешавад. Чунин пастшавии саҳеҳи (P<0,001) филтратсияи гломерулярӣ аз рӯзи 3-юм, эҳтимол аз камшавии маҷрои хун ва дилататсияи назарраси рагҳои барандаи дастгоҳо калобачавӣ вобаста бошад, ки ба пастшавии назарраси фраксияи филтратсионӣ (12,6 ± 1,0 %) далолат мекунад. Аммо дар динамикаи мушоҳида тадричан зиёд шудани филтратсияи калобачавӣ ба назар мерасад ва дар шабонарӯзи 30-юм вай 64,2 % аз бузургиҳои ибтидоиро (40,1 ± 1,7 мл/ дақ., P<0,001) ташкил дод. Реабсорбсияи каналчавӣ аз рӯзи сеюм сар карда баъди ҷарроҳӣ дар рӯзи 10-уми таҳқиқот 90,8 ± 0,8 % -ро (P<0,05) ташкил дод. Дар рӯзи 20-ум вай ба маълумотҳои ибтидоӣ баргашт ва дар шабонарӯзи 30-юми эксперимент аз нав саҳеҳан паст (P<0,05) шуд. Чунин хусусияти фазавии клавиши реабсорбсияи каналчавӣ бори дигар аз ноустувории қобилияти мутобиқшавии гурдаҳо ба шароити денерватсияи он ишора мекунад. Диурези дақиқавии об танҳо дар шабонарӯзи 30-юм зиёд шуда буд (3,7 ± 0,3 мл/дақ. дар муқобили 2,5 ± 0,6 мл/дақ. ибтидоӣ).

Ҳамин тартиб, денерватсияи гурдаи ягона ба тағйироти ноустувори ҷараёни плазмавии гурда, филтратсияи калобачавӣ ва реабсорбсияи каналчавӣ диурези дақиқавӣ оварда мерасонад. Нишондиҳандаҳои креатинин ва азоти боқимонда дар зардоби хуни ҳайвонот пас аз денерватсия аз ҷамъшавии баъзе маҳсулоти азотӣ дар хун дарак медиҳад. Консентратсияи креатинин дар хун саҳеҳан баланд (0,23 ± 0,02 ммол/л, P<0,05). Дар ҳама рӯзҳои минбаъда, то рӯзи сеюми таҳқиқот камшавии муҳтавои креатинин дар хун ба мушоҳида нарасид. Бояд зикр кард, ки консентратсияи азоти боқимонда пас аз денерватсияи гурдаи ягона дар тамоми рӯзҳои таҳқиқот дар сатҳи баланд (P<0,05) қарор дошт, дар муқоиса аз маълумотҳои ибтидоӣ, аммо аз доираи меъёрҳои физиологӣ берун набуд. Нишондиҳандаҳои гурдаи ягона то ва пас аз денерватсия дар шароити баландкӯҳ дар ҷадвали 2 оварда шудааст.

Ҷадвали 2.- Нишондиҳандаҳои фаъолияти функсионалии гурдаи ягона то ва пас аз денерватсия он дар шароити баландкӯҳ (Ағбаи Анзоб, 3500 м баланд аз сатҳи баҳр).

Муҳлати таҳқиқот	Нишондиҳандаи оморӣ	Нишондиҳандаҳо						
		Плазмотокии самараноки гурда	Филтратсияи калобачавӣ	Реабсорбсияи канальчавӣ	Фраксияи филтратсионӣ	Диурези дақиқавии об	Креатинини хун	Азоти боқимонда
рӯзҳо		мл/дақ.		%		мл/дақ.	ммол/л	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
То ҷарроҳӣ	M	335,2	46,5	94,9	14,3	0,3	0,177	25,5
	m±	12,9	2,8	0,6	1,5	0,05	0,01	1,2
	P	<0,05	<0,05	>0,05	>0,001	>0,001	>0,05	>0,005
3-юм	M	195,9	13,8	96,2	14,1	0,5	0,327	50,1
	m±	10,1	0,5	0,9	1,0	0,06	0,03	2,2
	P1	<0,001	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05	>0,001	<0,001
	P2	<0,001	<0,001	>0,05	>0,05	<0,05	>0,001	<0,001
10-ум	M	151,3	21,9	95,2	14,9	1,0	0,248	38,7
	m±	8,5	1,1	0,7	1,8	0,1	0,02	2/5
	P1	<0,001	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,001
	P2	<0,05	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
20-ум	M	172,5	25,8	95,8	15,1	1,1	0,230	37,9
	m±	9,5	1,3	0,3	1,4	0,1	0,02	2,3
	P1	<0,001	<0,001	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,001
	P2	>0,05	>0,01	>0,5	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
30-юм	M	168,4	26,6	95,0	16,1	1,4	0,230	34,6
	m±	10,5	1,3	0,6	1,6	0,2	0,02	2,0
	P1	<0,001	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,001
	P2	<0,05	<0,005	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05

Эзоҳ: P - эътимоднокии фарқияти байни нишондиҳандаҳои фаъолияти функсионалии гурдаи ягоаи ҳайвонот дар пасткӯҳ ва баландкӯҳ; P1 - эътимоднокии фарқияти байни нишондиҳандаҳои фаъолияти функсионалии гурдаҳо то ва пас аз денерватсия дар шароити пасткӯҳ.

Аз ҷадвал бармеояд, ки пас аз баромадан ба ағбаи Анзоб гурдаи ягонаи ҳайвонот филтратсияи калобачавӣ саҳеҳан паст (46,5 ± 2,8 мл/дақ. дар муқобили 65,5 ± 3,0 мл/дақ. ҳайвоноти якгурдадори шароити пасткӯҳ) буд. Тағйироти назаррас дар қобилияти реаьсорбсионии каналчаҳои гурда дида нашуд. Кам шудани диурези дақиқавӣ пас аз баланд баромадани ҳайвонот назаррас буд (P<0,001). Дар муҳтавои азоти боқимонда ва кратинини хун тағйироти ҷиддӣ ба қайд гирифта нашуд. Паст шудани филтратсияи калобачавӣ бо паст шудани фраксияи филтратсионӣ (14,3 ± 1,5% дар муқобили 21,8 ±1,2% дар пасткӯҳ). Пас аз денерватсияи гурдаи ягона дар шароити баландкӯҳ нишондиҳандаҳои фаъолияти функсионалии гурда ба норасоии шадиди гурда наздик буд.

Ҷараёни самараноки плазмаи гурдаҳо дар шабонарӯзи денерватсияи гурдаҳо якбора паст шуд. Агар дар шабонарӯзи сеюми пас аз ҷарроҳӣ дар шароити пасткӯҳ паст шудани ҷараёни плазмаи гурдаҳо (ҷадвали 1) чандон назаррас набошад, дар дар шароити баландкӯҳ ҷараёни самараноки плазмаи гурдаҳо дар ҳамин муҳлати ҷарроҳӣ ҳамагӣ 195,9 ± 10,1 мл/дақ.(P<0,001) –ро ташкил дод.

Дар рӯзҳои минбаъдаи таҳқиқот пастшавии ҷараёни самараноки плазмаи гурдаҳо возеҳтар буд. Махсусан якбора паст шудани ин нишондиҳанда дар шабонарӯзи 10-уми пас аз ҷарроҳӣ (151,9 ± 8,5 мл/дақ) ба назар расид. Ҳамин тавр, вокуниши ҷавобии гурдаи ягона нисбат ба денерватсия дар шароити баландкӯҳ назар ба шароити пасткӯҳ қавитар намудор буд. Дар баробари ихтилолҳои назарраси гемодинамикаи гурдаҳо пас аз денерватсияи гурдаҳо ҳамзамон қобилияти филтратсионии дастгоҳи калобачаҳо паст шуд. Дар шабонарӯзи сеюми таҳқиқот суръати филтратсия 30,3 %-ро ташкил дод, дар муқоиса аз маълумотҳои ибтидоии баландкӯҳ (13,8 ± 0,5 мл/дақ. дар муқобили 46,5 ± 0,8 мл/дақ.).Каме зиёд шудани филтратсияи калобачаҳо дар рӯзи 10-уми мушоҳида ба қайд гирифта шуд, аммо, вай ҳато ба 50%-и бузургиҳои нишондиҳандаҳои то ҷарроҳӣ нарасид. Дар рӯзи

20-уми пас аз денерватсияи гурдаҳо филтратсияи калобачаҳо 25,8 ± 1,3 мл/дақ.-ро ташкил дод ва дар рӯзи сиюми эксперимент ба маълумотҳои ибтидоӣ барнагашт. Дар айни замон қобилияти дастгоҳи калобачаҳо пас аз денерватсияи гурдаи ягона дар рӯзи сиюми эксперимент ба маълумотҳои ибтидоӣ наздик шуд. реабсорбсияи каналчаҳо дар шароити пасткӯҳ хусусияти фазавӣ дорад ва дар охири шабонарӯзи 30-юми эксперимент полиурия дар сарбории об пайдо шуд, дар шароити баландкӯх бошад, маълумотҳои баръакс ба даст оварда шуд. Аз рӯзҳои аввали пас аз денерватсияи гурда қобилияти реабсорбсионии каналчаҳо баланд шуд. Натиҷаҳои ҳосилшуда дар муқоиса аз маълумотҳои ибтидоӣ носаҳеҳ буданд, аммо дар муқоиса бо ҳамин гунна тачриба дар ш. Душанбе, инфарқиятҳо хеле назаррасанд (P<0,001).

Диурези дақиқавӣ пас аз ба баландӣ баромадани ҳайвонот дар шароити баландкӯҳ паст мешавад. Дар давраи пас аз ҷарроҳӣ вобаста аз зиёд шудани қобилияти реабсорбсионии дастгоҳи каналчаҳо диарези дақиқавӣ дар муқоиса аз ҳамин гуна маълумотҳои дар шароити пасткӯҳ ба дастомада саҳеҳан паст (P<0,05) боқӣ монд. Дар рӯзҳои 10-20-уми таҳқиқот вай 1,0 ± 0,1 мл/дақ. ро ташкил до два дар рӯзи 30-юм то 1,4 ± 0,2 мл/дақ. зиёд шуд.

Нишондиҳандаҳои фраксияи филтратсионӣ аз он гувоҳӣ медиҳад, ки ба шарофати вазоконстриксияи рагҳои самараноки дастгоҳи калобачаҳо, равиши филтратсионӣ дар заминаи хеле паст шудани ҷараёни плазмаи самараноки гурда нигоҳ дошта мешавад. Тавассути ин протсесс, фаъолияти ҳаётии ҳайвонот нигоҳ дошта мешавад. Консентратсияи креатинин дар хун аз рӯзи аввали мутобиқшавии пас аз ҷарроҳӣ дар шароити баландкӯҳ саҳеҳан (P<0,05) баланд шудааст (0,327 ± 0,03 дар муқобили 0,177 ± 0,01 ммол/л)-и давраи то ҷарроҳӣ ва то охири рӯзи 30-юми дар шароити баландкӯҳ нигоҳ дошти ҳайвон боқӣ монд. Пас аз денерватсияи гурдаҳо дар шабонарӯзи 3-юм муҳтавои азоти боқимонда 2 маротиба зиёд гашт (50,1 ± 2,2 дар муқобили 25,7 ± 1,2 ммол/л давраи то ҷарроҳӣ); аз рӯзҳои 10 ва 20- ум муҳтавои азоти боқимонда ва креатинин дар хун ба пастшавӣ майл дошганд, аммо то охири дар баландкӯҳ мондани ҳайвонҳо консентратсияи он саҳеҳан (P<0,05) баланд боқӣ монд. Ҳамин тавр, ҷарроҳии денерватсияи гурдаи ягона дар шароити баландкӯҳ боз ҳам ногуортар таъсир мерасонад ба функсияҳои гурдаҳо.

Бо боварӣ гуфта метавон, ки маълумотҳои ба даст овардаи мо барои клинитсистҳо асос мешавад, ки ҳангоми бемории гурдаи ягонаи этиологияаш гуногун ё фишорбаландии реналии денерватсияи гурдаҳо барои бад шудани қобилияти функсионалии он дар шароити баландкӯҳ мусоидат мекунад. Ҳангоми нишондиҳандаҳои ҳаётӣ нисбат ба денерватсияи гурдаҳои мутобиқнашуда ба шароити баландкӯҳ одамонро ба пастхамӣ кӯчонидан ва хамин гуна амалиётро дар ин шароит гузаронидан лозим аст

Ҳамин тавр, денерватсияи гурда ба вайроншавии ҳама функсияҳои асосии он оварда мерасонад. Таъсиррасонии комплекси омилҳои нохуби баландкӯҳ ҷараёни давраи пас аз ҷарроҳиро вазин мегардонад ва марҳалаи олигоануритикии норасоии гурдаҳоро вазнин месозад.

Адабиёт

1. Арабова З.У. Симпатоадреналовая система в оценке адаптации человека к высокогорной гипоксии. Конференция с международным участием «Научно-методические проблемы нормальной физиологии и медицинской физики»,Москва,2017, С. 271-272

2. Арабова З.У., Ниязова Д.Д. Динамика индекса массы тела у людей в процессе адаптации человека к условиям высокогорья. Материалы II Всероссийской научно – практической конференции Агаджаняновские чтения. Москва 2018. Стр. 30-31.

3. Мираков Р.С. особенности изменения электролитного баланса у собак с единственной резецированной почкой при реадаптации к высокогорью /Р.С.Мираков, Х.М.Мираков, С.Г.Мухамедова // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. – Т.56, №1, Душанбе, 2013. – С. 82-87.

4. Мираков Р.С. Функциональное состояние единственной резецированной почки в период реадаптации к высокогорью / Р.С.Мираков, Х.М.Мираков, С.Г.Мухамедова // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. – Т.56, №2, Душанбе, 2013. – С. 171-176.

5. Салихова Е.Ю., Арабова З.У., Ниязова Ю.И. Адаптивные изменения регуляторных механиз-

мов организма в условиях высокогорья. Материалы 65-й годичной международной научно-практической конференции «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире», Душанбе, 2017, С.473-474
6. Шукуров Ф.А. Прогнозирование оптимального срока пребывания человека в условиях высокогорья. Казахстан. Физиология №2 (1), 2018, с. 60-64
7. Шукуров Ф.А., Арабова З.У. Вегетативный статус в оценке адаптационных возможностей человека к высокогорной гипоксии. Вестник Академии наук Таджикистана №1 (25) январь – март 2018. стр. 121-126

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЕДИНСТВЕННОЙ ОСТАВШЕЙСЯ ПОЧКИ ПОСЛЕ ДЕНЕРВАЦИИ В УСЛОВИЯХ НИЗКОГОРЬЯ И ВЫСОКОГОРЬЯ

Мираков Р.С.
Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Душанбе.

Изучены функциональное состояния почек и водно-электролитного баланса в период адаптации к условиям низкогорья и высокогорья были проведены на 22 половозрелых собаках-самцах массой 10-14 кг: 10 интактных, 12 после нефрэктомии (по 6 на серию). Наблюдения проводились в условиях низкогорной долины г. Душанбе (высота 850 м. над уровнем моря) ивысокогорья на перевале Анзоб (высота 3500м .над уровнем моря).После односторонней нефрэктомии спустя 2 месяца изучали функциональное состояние оставшейся почки, а затем производили ихденервациюв условиях низкогорья и высокогорья. Определяли концентрацию натрия и калия в плазме, эритроцитах и моче, креатинина и остаточного азота крови и минутный диурез.

Ключевые слова: денервация, почечный плазмоток, фильтрация, реабсорбция, диурез, креатинин, остаточный азот

INDICATORS OF THE FUNCTIONAL ACTIVITY OF THE ONLY ONE REMAINED KIDNEY AFTER DENERVATION IN THE CONDITIONS OF LOW HIGHLAND AND HIGH HIGHLANDS

Mirakov R.S.
Department of Urology TSMU them. AbualiIbni Sino, Dushanbe.

Experimental studies were conducted on 56 mature adult purebred dogs of the same suit - males weighing from 10 to 14 kg, of which 10 were controls for the valley and high mountains. The observations were carried out in the high expedition camp Tajik Medical University named after Abualiibni Sino (Anzob Pass, elevation 3,500 m above sea level). Control experiments were conducted in the central research laboratory of the medical university (Dushanbe, height 850 m above sea level). To solve the set tasks, we carried out 8 series of experiments. The main functional indicators of the only remaining kidney were analyzed before and after denervation in low mountains (Dushanbe, height 850 m above sea level) and high mountains (Anzob lane, height 35500 m above sea level). It has been established that denervation of the only remaining kidney leads to a violation of all its main functions. The impact of a complex of unfavorable factors of high mountains aggravates the course of the postoperative period and prolongs the oligo-anuric stage of renal failure.

Key words: denervation, renal plasma flow, filtration, reabsorption, diuresis, creatinine, residual nitrogen

Мираков Р.С. –н.и.т., мудири кафедраи урологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», E-mail: ravshanmirakov@mail.ru, Тел. 939 50 49 30

Мираков Р.С. – к.м.н., заведующий **к**афедрой урологии ГОУ « ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, E -mail: ravshanmirakov@mail.ru, Тел. 939 50 49 30

Mirakov R.S. - Department of Urology TSMU them. AbualiIbni Sino, Dushanbe, E -mail: ravshanmirakov@mail.ru, Тел. 939 50 49 30.

ФАРМАКОЛОГИЯ

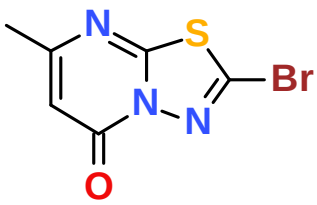
УСУЛИ МУАЙЯНСОЗИИ МИҚДОРИ 2-БРОМ-7-МЕТИЛ-5-ОКСО-5Н-1,3,4-ТИАДИАЗОЛО[3,2-А]ПИРИМИДИН

Гулмаҳмадзода З.Г.
Маркази илмию тадқиқотии фарматсевтии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муҳимият. Синтези пайвастагиҳои фаъоли биологӣ яке аз масъалаҳои актуалӣ ба шумор меравад. Хушбахтона, имрӯзҳо синтези пайвастагиҳои гетеросиклӣ дар асоси 1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин дар озмоишгоҳи химияи пайвастаҳои гетеросиклии Институти химияи ба номи В.И. Никитини Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон идома дорад. Дар ин озмоишгоҳ солҳои тулонӣ миқдори зиёди моддаҳои фаъоли биологӣ синтез карда шудаанд, ки ин моддаҳо хосиятҳои баланди биологиро зоҳир менамоянд [1].

Чуноне ки манбаъҳои таърихӣ нишон медиҳанд, ашёи аввалияи ин моддаҳоро аз таркиби нафту ангишти ватанӣ истихроҷ кардаанд [2]. Аз ин лиҳоз, таҳия намудани маводҳои нави доругӣ дар асоси моддаҳои синтезкардашуда дар озмоишгоҳҳои ватанӣ дар замони истиқлолияти Ҷумҳурии Тоҷикистон хеле муфид мебошад.

Мо дар мақолаҳои қаблан ба нашр расида, оиди таҳияи малҳами нав дар асоси 2-бромо-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин, ки дорои хосиятҳои зиддибактериявӣ мебошад, мавод ба чоп расонида будем [3]. Сохти химиявии 2-бромо-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин дар расми 1 оварда шудааст. Чуноне, ки дар расми 1 дида мешавад, дар сохтори ин модда ду гетеросикл мавҷуд аст.



Расми 1. Сохти химиявии2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин

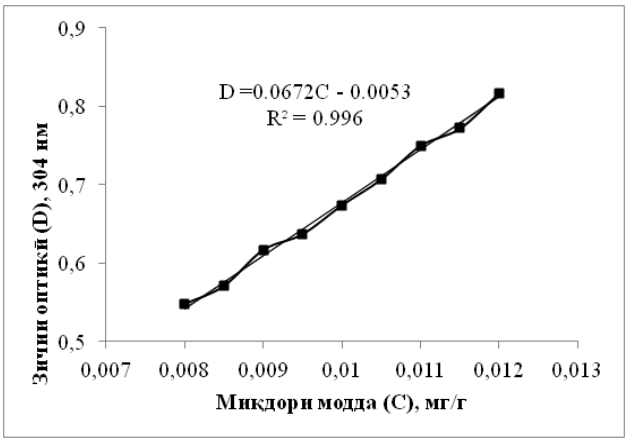
Дар кори мазкур, дар идомаи корҳои қаблӣ оид ба усули муайянсозии миқдори 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин тавассути усули спектрофотометрӣ маълумот медиҳем. Бояд ёдовар шуд, ки барои муайян кардани миқдори моддаҳои доругӣ усули спектрофотометрӣ васеъ истифода мегардад.

Мақсади кор. Муайян кардани миқдори моддаи 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин тавассути усули спектрофотометрӣ мебошад.

Мавод ва усули тадқиқот. Моддаи тайёри синтезкардашуди 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин аз озмоишгоҳи химияи пайвастаҳои гетеросиклии Институти химияи ба номи В.И. Никитини Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон дастрас карда шуд.

Маҳлулҳои обии 8,0; 8,5; 9,0; 9,5; 10,0; 10,5; 11,0; 11,5; ва 12,0 мг/г-и 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин тайёр карда шуданд. Зичии оптикии ин маҳлулҳои тайёркардашудаи 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин ба воситаи спектрофотометр дар дарозии мавҷи 304 нм чен карда шудаанд. Дар асоси натиҷаҳои таҷрибаҳои гузаронидашуда, вобастагии зичии оптикии маҳлулҳои тайёркардашуда аз миқдори моддаи 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин сохта шуда, муодилаи хати рост ба даст оварда шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Дар расми 2 графики хатти вабастагии зичии оптикии моддаи 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин аз миқдори он дар ҳудуди консентрасияҳои аз 8,0 то 12,0 мг/г овардашудааст. Аз расми мазкур дида мешавад, ки байни бузургиҳои зичии оптикӣ ва консентрасияи моддаи 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин вобастагии зич бо дурустии хело дақиқ ($R^2 = 0.996$) мавҷуд аст.



Расми 2. Вобастагии зичии оптикӣ ва консентрасияи 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин.

Ин вобастагиро дар шакли муодилаи хати рост ба намуди D = 0.0672 C - 0.0053 (1) ифода кардан мумкин аст.

Муодилаи хати рост (1) ва графики вобастагии зичии оптикӣ ва консентрасияи 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло [3,2-а] пиримидин дар расми 2 оварда шуда, заминаро барои муайян намудани миқдори моддаи 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло [3,2-а] пиримидинро дар алоҳидагӣ ва дар таркиби маводҳои доругии дар асоси он таҳияшаванда мегузорад. Натиҷаҳои ба дастовардаи мо оиди муайян намудани миқдори моддаи 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин ба корҳои қаблан нашр шуда, мувофиқат менамоянд [4-5].

Хулоса. Усули спектрофотометриро барои муайян кардани миқдори моддаи 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин истифода бурдан имконпазир аст.

Адабиёт

1. Куканиев М.А. Синтез и химические превращения конденсированных производных 1,3,4-тиадиазола. Диссертация на соискание учоного звания доктора химических наук. Душанбе, -1997, 363 с.
2. Куканиев М.А., Салимов Т.М., Хайдаров К.Х. Химия и биологическая активность производных 1,3,4-тиадиазола,-Москва, Спутник, -2004, 156 с.
3. Сангов З.Г. Синтез и антимикробная активность некоторых производных 1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидина. Диссертация на соискание учоного звания канд. хим. наук. Душанбе, -2004. 114 с.
4. Краснов Е.А. Физико-химические методы в анализе лекарственных средств. Учебное пособие. Томск, -2010. 167 с.
5. Государственная Фармакопея Российской Федерации *XIII, 2015*

МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЛИЧЕСТВО 2-БРОМ-7-МЕТИЛ-5-ОКСО-5Н-1,3,4-ТИАДИАЗОЛО [3,2-А] ПИРИМИДИНА

З.Г. Гулмахмадзода
Научно-исследовательский фармацевтический центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Одним из важнейших этапов разработки фармацевтических препаратов является поиск подходящего метода определения количества биологически активного вещества в составе препарата. В данной работе для определения исследуемого соединения использовали спектрофотометрический метод. Полученные результаты свидетельствуют о возможности определения количества 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол [3,2-а] пиримидина спектрофотометрическим методом. Зависимость оптической плотности и концентрации 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол [3,2-а] пиримидина можно выразить в виде уравнения прямой D = 0,0672 C - 0,0053.

Ключевые слова. Количественный анализ; гетероциклические соединения; 1,3,4-тиадиазол, пиримидин; 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол[3,2-а]пиримидин; спектрофотометрический метод.

METHOD FOR DETERMINING THE AMOUNT OF 2-BROMINE-7-METHYL-5-OXO-5H-1,3,4-THIADIAZOLO [3,2-A] PYRIMIDINE

Z.G. Gulmahmadzoda
Research Pharmaceutical Center of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

One of the most important stages in the development of pharmaceutical preparations is the search for a suitable method for determining the amount of a biologically active substance in the preparation. In this work, the spectrophotometric method was used to determine the active compound. The obtained results indicate thet its possible to determining the amount of 2-bromine-7-methyl-5-oxo-5H-1,3,4-thiadiazole[3,2-a]pyrimidine by spectrophotometric method. The dependence of the optical density and concentration of 2-bromine-7-methyl-5-oxo-5H-1,3,4-thiadiazole[3,2-a]pyrimidine can be expressed as a straight line equation D = 0.0672 C - 0.0053.

Keywords: Quantitative analysis; heterocyclic compounds; 1,3,4-thiadiazole, pyrimidine; 2-bromo-7-methyl-5-oxo-5H-1,3,4-thiadiazol [3,2-a] pyrimidine; spectrophotometric method.

Гулмаҳмадзода Зафар –н.и.т., ходими калони илмӣ, Маркази илмию тадқиқотии фарматсевтии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, 734064, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Муҳаммадиев, хонаи 16, ҳуҷраи 53. Телефон. 918-61-97-93; E-mail: zsangov@mail.ru.

Гулмахмадзода Зафар – к.м.н., старший научный сотрудник, Научно-исследовательский фармацевтический центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ. 734064, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Мухаммадиев дом 16, кв 53, Телефон. 918-61-97-93; E-mail: zsangov@mail.ru

Gulmahmadzoda Zafar - candidate of medical sciences, Senior Researcher, Research Pharmaceutical Center of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan. Senior Researcher, 734064, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Mukhammadiev st., h. 16, apt. 53, Phone. 918-61-97-93; E-mail: *zsangov@mail.ru*

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ҶОҒАРИ ЭНДЕМИКӢ ДАР КӮДАКОН ВА ТАЪСИРИ ОН БА ПАРАМЕТРҲОИ ИНКИШОФИ ҶИСМОНӢ

Ҷӯраева С.Д., Ниёзова Н.Ф
Кафедраи эндокринология, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», ш. Душанбе.

Мақсад: муайян кардани басомади ҷоғари эндемикӣ дар кӯдакони синну соли томактабӣ ва мактабӣ. Омӯзиши таъсири ҷоғари эндемикӣ ба параметрҳои инкишофи ҷисмонӣ, сатҳи беморшавии соматикӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Мо 60 кӯдакро дар боғчаи бачагони «Буратино» таҳқиқ кардем. Синну соли таҳқиқшудагон 4-6 солро ташкил дод. Тақиқи кӯдакони синну соли томактабӣ дар мактаби № 52 гузаронида шуд. Ҳамагӣ 162 талабаи аз 7 то 17 – сола таҳқиқ карда шуд, духтарон 65, писарон 97 нафар буданд. Таҳқиқот инҳоро дар бар гирифт: муоина,чен кардани қад ва вазн, таҳқиқоти ултрасадоии ғадуди сипаршакл бо муайян кардани ҳаҷми ғадуди сипаршакл. Баҳогузории андозаи ғадуди сипаршакли кӯдакони синну соли томактабӣ мувофиқи нишондодҳои маҳсуб ба майдони сатҳи бадан (Тавсияи ТУТ соли 2003) сурат гирифт, ба сифати меъёр (97 персентил) нишондодҳои ҳаҷми ғадуди сипаршакли кӯдакони дар шароити таъминнокии муътадил бо йод гирифта шуд. Майдони сатҳи баданро мувофиқи номограмма муайян икардем, ба сифати басомади ҷоғар дар популятсия ҳамаи ҳолатҳои зиёд шудани ҳаҷми воқеӣ дар болои сарҳади болоии меёр (97 персентил) гирифта шуд.

Натичаҳо: Аз 60 кӯдакони синну соли томактабӣ 36 (21,6%)-ро писарҳо ва 24 (14,4%)-ро духтарҳо ташкил доданд. Ҷоғари эндемикӣ дар гурӯҳи таҳқиқшуда дар 23 кӯдак муайян карда шуд: 13 духтар(2,99%), 10 писар (2,3%). Дар сохтори беморшавӣ дар кӯдакон дар заминаи бемории ҷоғар муайян карда шуд: ақиб мондани инкишофи ҷисмонӣ 5 кӯдак (8,3%). Бемориҳои узвҳои нафаскашӣ дар 6 кӯдак (10%) аз ҳисоби тонзиллити музмин, сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ, ринити аллергӣ ба қайд гирифта шуд. Бемориҳои узвҳои ҳозима: гастрит, дуоденит, колит дар 4 кӯдак (6,6%) ба қайд гирифта шуд. Ихтилолҳои неврологии функсионалӣ дар 4 кӯдак (6,6%) дида шуд. Ҳангоми таҳлил кардани маълумотҳои ба даст овардашуда беморшавии зиёд дар кӯдакони дорои ҷоғари эндемикӣ ба назар расид нисбат ба кӯдакони бидуни бемориҳои ғадуди сипаршакл. Кӯдакони синну соли мактабӣ ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуданд: гурӯҳи 1-ум 7-10 -сола; гурӯҳи 2 -юм 11-13 –сола ва гурӯҳи 3-юм 14-17-сола. Басомади ҷоғари эндемикӣ дар гурӯҳи якум 10 писар (6,1%), 16 духтар (9,8%) –ро ташкил дод. Дар гурӯҳи 2 -юм ҷоғари эндемикӣ дар 5 талаба(3,08%) ва 7 толиба(4,3%) муайян карда шуд. Дар гурӯҳи 3-юм ҷоғар дар 15 писар (9,25%) ва13 духтар (8,02%) дида шуд. Аз 162 нафари таҳқиқшуда дар 9 (5,5%) хонанда ақибмонии инкишофи ҷисмонӣ бо камбудии вазни бадан муайян карда шуд. Зиёд будани массаи бадан дар 2хонанд (1,2%) мушоҳида шуд. Бемории муайянкардашуда бо ҷоғари эндемикӣ ҳамроҳ шудааст. Ҳамин тавр, ҳангоми таҳлил кардани беморшавии ҷоғари эндемикӣ вобаста аз ҷинс ва синну сол дар гурӯҳҳои мухталиф чун н натиҷаҳо ба даст оварда шуд: дар гурӯҳи синну соли хурд ва миёнаи мактабӣ беморшавӣ дар байни духтарҳо бартарӣ дошт ва танҳо дар гурӯҳҳои синну соли калонтар ҷоғари эндемикӣ дар байни писарҳо бартарӣ дошта, 9,2% ва 8,2% -ро ташкил дод.

Хулоса, дар сохтори беморшавии кӯдакони синну соли томактабӣ бемории ғадуди сипаршакл мавқеи асосиро касб карда, 38,3%-ро ташкил медиҳад. Эҳтимол дорад, ки имкониятҳои ҷубронсозӣ дар гурӯҳи синну соли калон ба фарсудашавӣ сар мекунанд, ки аз шиддати пубертии системаи физиологии организм вобаста аст. Ҷоғари эндемикӣ дар мактабхонҳои дорои дефитсити вазни ками бадан мумкин аст, ки бо во-

ридшавии миқдори ками нутриентҳои барои синтези муътадили тиреоидӣ зарурӣ иртибот дошта бошанд ва хатари нисбатан бештари пайдошавии бемориҳои ғадуди сипаршаклро дар бар гиранд. Сари вақт ттаҳқиқ кардан ва ислоҳ намудани ихтилолҳои функсионалиикӯдакони синну соли томактабӣ ва мактабӣ имконият дод, ки пайдошавии ҷоғар ва оқибатҳои он пешгирӣ карда шавад.

Адабиёт

1. Платонов Н.А.,Йододефицитные заболевания (профилактика, диагностика, лечение, моноторинг) Автореф. дисс. докт. мед.наук М.2010
2. Краснов В.М., Современное состояние проблемы йододефицитныхзаболеваний. / В.М Краснов / Педиатр, Фармакология – 2010 Т7№1стр 108-112.
3. Коррекция тироидного статуса на фоне сочетанной соматической патологии в условиях йодного дефицита / Т.Н Петрова, А.А Зуйкова, Ю.А Губарева, Г.М Панюшкина / врач – аспирант – 2010№6.3(43) – С 438 – 443.
4. Бишарова Г.И влияние йододефицитных заболеваний на показатели физического развития детей / Г.И Бишарова, Е.В Селина., Т.П Горковенко / Бюл. Вост – Сиб. науч. Центра. Сиб. отд – ния Рос. Акад. Мед. Наук -2010-№1с 54-57.

ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ У ДЕТЕЙ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПАРАМЕТРЫ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Джураева С.Д., Ниязова Н.Ф
Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан.

Цель.Выявить частоту встречаемости эндемического зоба среди детей дошкольного и школьного возраста. Оценить наличие связи между эндемическим зобом,уровнем физического развития детейиналичием у них соматических заболеваний.

Заболевания щитовидной железы являются наиболее часто встречаемыми среди всех отмечаемых патологий у детей дошкольного возраста составляя 38,3%. По всей видимости, компенсаторные способности организма у детей старшего возраста начинают ослабляться на фоне физиологической перестройки их организма. Развитие зобной патологии у детей школьного возраста с низким индексом массы тела может быть обусловлено снижениемпоступления в организм нутриентов, которые участвуют всинтезетиреоидных гормонов,что влияет на риск развития заболеваний щитовидной железы. Для профилактики развития зобной патологии необходимо проводить периодическое обследование детей дошкольного и школьного возраста и проводитьсвоевременную коррекцию функциональных расстройств.

Клчевые слова. Щитовидная железа, эндемический зоб, дошкольный возраст, синтез, структура заболеваемости.

ENDEMIC GOITER IN CHILDREN AND ITS IMPACT ON PARAMETERS OF PHYSICAL DEVELOPMENT

Juraeva S.D., Niyazova N.F.
Department of Endocrinology, Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino, Dushanbe, Republic of Tajikistan

The purpose of the study was to determine the frequency of endemic goiter in children of preschool and school age, to study the influence of goiter pathology on the parameters of physical development, the level of somatic morbidity.

In the structure of morbidity in preschool children, thyroid pathology occupies a leading position and accounts for 38.3%. Probably, the compensatory possibilities in the older age group begin to deplete due to the pubertal stress of the physiological systems of the body.

Endemic goiter in schoolchildren with a lack of body weight is possibly associated with the intake of a smaller amount of nutrients necessary for normal thyroid synthesis, which leads to a higher risk of developing thyroid pathology. Timely examination, correction of functional disorders in preschool and school age would prevent the formation of goiter and its consequences.

Key words. Thyroid, endemic goiter, preschool age, synthesis, morbidity structure.

НиёзоваН.Ф.- н.и.т., мудири кафедраи эндокринологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»,*E-mail: nargis niyzova 7373@mail.ru.Tel: 919 02 20 30.*

Ниязова Н.Ф - к.м.н., заведующая кафедрой эндокринологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. АбуалиибниСино», *E-mail: nargisniyzova 7373@mail.ru.Tel: 919 02 20 30.*

Niyazova N.F.- – Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Endocrinology, State Educational Institution “TSMU named after Abuali Ibn Sino”

ҶӯраеваС.Д.- н.и.т., дотсенти кафедраи эндокринологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»,тел: 917396373.

Джураева С.Д. - к.м.н., заведующей кафедрой эндокринологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. АбуалиибниСино».Тел: 917396373.

Juraeva S.D. - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Endocrinology, State Educational Institution “ATSMU named after Abuali Ibn Sino”

Ниёзова Н.Ф.- н.и.т., мудири кфедраи эндокринологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», *E-mail: nargis niyzova 7373@mail.ru.Tel: 919 02 20 30.*

Ниязова Н.Ф - к.м.н., заведующей кафедрой эндокринологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», *Email: nargis niyzova 7373@mail.ru.Tel: 919 02 20 30.*

Niyzova N.F.- – Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Endocrinology, State Educational Institution “ATSMU named after Abuali Ibn Sino”

Ҷӯраева С.Д.- н.и.т., дотсенти кфедраи эндокринологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Тел: 917396373.

Джураева С.Д. - к.м.н., заведующей кафедрой эндокринологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Тел: 917396373.

Juraeva S.D. - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Endocrinology, State Educational Institution “ATSMU named after Abuali Ibn Sino”

ШАРҲИ АДАБИЁТ

ҶАНБАҲОИ МУОСИРИ БЕМОРИИ МУЗМИНИ ГУРДАҲО ДАР КӮДАКОН

Бабаева Л.А., Қосимова П.В.
Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакон МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино"

Бемориҳои узвҳои системаи пешоб дар сохтори умумии бемориҳои кӯдакон яке аз мавқеъҳои асосиро ишғол мекунанд [14,23]. Бемориҳои музмини гурдаҳо (БМГ) аз 1/3 қисми бемориҳои нефрологиро ташкил медиҳад, сатҳи беморшавӣ ба он ҳамасола меафзояд [34]. БМГ яке аз проблемаҳои муҳимтарин ва актуалии тиббии муосир ба ҳисоб меравад [16]. Тасаввуроти анъанавӣ дар бораи нодир будани БМГ имрӯз пурра тағдиди назар мешавад. Таҳқиқотҳои васеи популятсионӣ ҳолатҳои зиёд дучоршавандаи ҷараёни бесимптоми онро бо манифестатсияи клиникӣ дар марҳалаи норасоии терминалии гурдаҳо (НТГ) муайян [2,31]. Аломатҳои осеб дидани гурдаҳо дар чунин ҳолат инҳо мебошанд- микроалбуминурия/ протеинурияи маҳдуд ва паст шудани филтратсияи калобачаҳо[5,7]. Тибқи маълумотҳои эпидемиологӣ НТГ ҳангоми БМГ ба «қуллаи айсберга» монанд аст ва тақрибан миқдори беморони гирифтори марҳалаҳои аввали ин беморӣ аз миқдори онҳое, ки ба НТГ мерасанд, аз 50 маротиба бештар аст [25,29].

Аҳамияти иҷтимоии БМГ аз давомнок будани паҳншавии он ва барвақт маъюб шудани беморон иборат аст. Миқдори беморони дорои НТГ дар ҷаҳон дар соли 2001 ба 1 479.000, дар соли 2004ба 1 783.000 нафар баробар буд (афзоиш Н" 7%/дар як сол). Мувофиқи ин ҳар сол миқдори беморони ба диализ ниёздошта низ беист зиёд мегардад. Агар дар соли табобати ивазкунандаи нурдаҳо (ТИГ) 1990 ба 426 000 нафар татбиқ шуда бошад, ин рақам дар соли 2000 у – ба1 065 000, дар охири соли 2004 - 1 800 000 нафар, дар соли 2010 то 2 095 000 нафар бемор расидааст [4,6,22,37].

БМГ — симптомокомплексе мебошад, ки ҳангоми бемориҳои музмини дутарафаи гурдаҳо дар натиҷаи тадриҷан ва бебозгашт маҳв шудани нефронҳо ва ихтилолҳои гомеостатикии функсия гурдаҳо пайдо мешавад. Норасоии терминалии музмини гурдаҳо (НТМГ) – натиҷаи бемориҳои гурдаҳо бо ҷараёни музмини пешраванда- ба мафҳуми «марги гурда» мувофиқат мекунад. Асоси морфологии НТМГ нефросклероз, асоси функсионалӣ бошад — талаф шудани функсияи гурдаҳо мебошад. Бемор хеле пеш аз НТМГ, тақрибан аз давраи муайян кардани НМГ табобатнашаванда мегардад [9,11].

Рушди бемайлони сатҳи БМГ дар тамоми дунё дида мешавад. Чунончи, дар Росси дар солҳои 70-уми қарни гузашта БМГ бо басомади 19—109,2 нафар дар 1 млн аҳолӣ ба қайд гирифта шуда бошад, дар даҳсолаҳои охир ба — 100— 600 нафар расидааст, бештар дар калонсолон ба назар мерасад [28]. В ИМА паҳншавии БМГ дар давраи солҳои 1974 – 1981 низ 133,1—162,4 1 млн аҳолӣ буда, дар соли 1996 — аллакай ба 268 дар1 млн аҳолӣ расидааст, солҳои охир — то 600—700 дар 1 млн аҳолӣ ба қайд гирифта шудааст. Беморшавии ҳамасола — 50—100 ҳолат дар1 млн аҳолӣ аст [28, 32]. Арзиши баланди ЗПТ вавобаста аз ин дастрасии кофӣ набудан дар аксари бештари манотиқи ҷаҳон, ки дар он ҷойҳо 80% -и инсоният зиндагонӣ мекунанд, БМГ-ро ба яке аз проблемаҳои на танҳои амалии нефрология, балки тамоми нигоҳдории тандурустӣ дар маҷмӯъ гардонидааст [22]. Арзиши иқтисодии барномаҳои Америкаи Шимолӣ ҷиҳати табобати ТПН дар соли 2022 то 25,2 миллиард доллар расид, яъне то 11,5% аз соли гузашта боло рафт ва ба 29 миллиард доллар дар соли 2010 баробар шуд [42,44]. Ҳаллу фасли вазифаҳои беҳтар кунонидани натиҷаҳо дар беморони дорои БМГ муносибатҳои ҳамоҳангибайналмилалӣ, баҳодиҳии паҳншавии беморӣ, муайян кардани марҳилаҳои барвақти он, омилҳои хатар, хамчунин муайян ва ислоҳ кар-

дани омилҳои хатари оқибатҳои нохубро тақозо мекунанд [35,36]. Дар солҳои охир нефрологияи муосир бо се проблемаи ниҳоят муҳим рӯ ба рӯ гаштааст. Якум, зиёдшавии воқеии миқдори шахсони гирифтори БМГ ба назар мерасад. Дуюм, Натиҷаҳои табобати этиологӣ ва патогенетикии бештари БМГ такмилнаёфта боқӣ мемонанд. Сеюм, ҳарду омили дар боло зикршуда боиси зиёд гаштани миқдори беморон гашт, ки ЗПТ-ро талаб мекунанд [17,22,39]. Аммо эътироф бояд кард, кизиёд шудани миқдори беморон барои ЗПТ барои профилактикаи такрории НТГ дар беморони мубтало ба БМГ мусоидат намуд. Чунин шуморида мешавад, ки истифодаи ЗПТ дер ё зуд зарур мешавад, бо ба даст овардани дараҷаи муайяни суст шудани қобилияти гурдаҳо, барои рӯ овардан ба ягон хел усулҳои суст кардани пешравии протсесси патологӣ дар бофтаҳои гурдаҳо зарурат нест. Ғайр аз ин, дар давоми даҳсолаҳои охир мунтазам сифати технологияи ЗПТ беҳтар шудааст, ки ин боиси якбора зиёд кардани давомнокии умри бемороне гаштааст, к ибо ин усул табобат шудаанд. Проблемаҳои ташкилӣ ва молиявии марбут ба ЗПТ имкониятҳоро ҳатто дар давлатҳои тараққиёташон олӣ баланд бардоштааст. Зарурати аввалин ва зарурии коркарди стратегияи оптималии нигоҳ доштани БМГ ва оризаҳои он (ренова кардиопротексия) –таҳия намудани таснифоти ягонаи марҳалаҳои БМГ (дараҷаҳои вазнини иллатҳои гурдаҳо) мебошад [10,17,30]..

Стратегияи дарозмуҳлати беҳтсарсозии сифати расонидани ёрӣ барои ҳамаи беморони гирифтори бемориҳои гурдаҳо Фонди миллии гурдаҳо (NKF/ИМА) дар соли 1995 Ташаббуси (оид ба беҳтарсозии) сифати табобат бо диализро (Dialysis Outcomes Quality Initiative – DOQI) барои коркарди Тавсияҳои амалии клиникӣ барои беморони диализӣ ва мутахассисоне, ки ба онҳо ёрӣ мерасонанд, таъсис дод. Дар соли 1997 Тасияи DOQI ба ёрии тиббӣ ва оқибатҳои беморони диализӣ таъсири ҷиддӣ расониданд. K/DOQI дар соли 2002 истилоҳи «бемориҳои музмини гурдаҳо» -ро пешниҳод намуд. Ташаббуси K/DOQI ҳамасола самтҳои ташхис ва табобати БМГ-ро такмил ва дақиқ мекунад.

Марҳалаи алтернативии терминалии БМГ трансплантатсияи гурдаҳост, аммо вобаста аз норасоии воситаҳои нигоҳдории тандурустӣ ва фавтияти баланд дар кишварҳои тараққӣкардаистода бо шароити ЗПТ маҳдуд мешаванд, ки ин ба вазни холиси беморони дорои НТГ таъсир мерасонад [1,31,32,40].

Маҳдудиятҳои дақиқи ҷинс ва синну сол дар ин беморӣ вуҷуд надорад. Ба гурӯҳи хатар шахсоне дохил мешаванд, ки дар анамнезашон протсессҳои патологии ин ҳолатро доранд. Манзараи клиникӣ дар марҳалаҳои ибтидоӣ метавонад ба таври номаълум сурат бигирад ва ё умуман набошад, ки ин ба бемориҳои музмин хос аст. Табобат мумкин аст, ки консервативӣ бошад, зеро табобати радикалӣ, – аз омили ибтидоӣ ва клиника ва нишондиҳандаҳои умумии саломатии бемор вобастаанд. Пешгӯии беморӣ низ хусусияти инфиродӣ дорад [18,21,26].

Этиология. Вобаста аз он, ки БМГ протсесси умумии патлогӣ аст, манзараи клиники он низ густурда мебошад. Клинисистҳо на танҳо этиология, балки омилҳои мусоидаткунандаи чунин бемориҳоро низ ҷудо мекунанд: пиелонефрити шакли музмин; гломерулонефрити шакли музмин; бемории санги пешоб; гидронефроз; ихтилоли маҷрои пешоб аз ҳавзакҳо; бемориҳои системавии бофтаҳои пайвасткунанда; номияҳои бадсифат ва ё хушсифати гурдаҳо; сохтори нодурусти анатомии узвҳо; фишорбаландии шарёнӣ; норасоии шадиди гурдаҳо; диабети қанд; интоксикатсияи медикаментозӣ ё алкоголии организм; никрис; гепатит; майзадагии музмин; поликистози тухмдонҳо; муддати тӯлонӣ истеъмол кардани препаратҳои «вазнин» [14,16].

Омилҳои пайдошавии БМГ. Ба омилҳои пайдошавии протсесси патологӣ инҳо дохил мешаванд: истеъмоли беназорати доруҳои гормоналӣ, дардшикан, психотропӣ, антибиотикҳо; аз меъёр зиёд истеъмол намудани машрубот; мавҷуд будани бемориҳои системаи пешобу таносулӣ дар анамнез;

интоксикатсияи вазнин дар организм; бемориҳои илтиҳобие, ки дуру дароз вуҷуд доранд; сармозадагӣ; миқдори ба ҳадди камтарин истеъмол намудани моеъ; ғизои нодуруст– дар ратсион бартарӣ доштани ғизои чарбнок, сахт, фаст-фуд, полуфабрикатҳо ва ғ. [2,31,35]

Таъриф, меъёрҳо, таснифи БМГ (K/DOQI, 2002).

Бемории музмини гурдаҳо (БМГ) ҳамчун осеби гурдаҳо ё паст шудани функсияҳо дар давоми 3 моҳ ва бештар аз он, новобаста аз ташхис аст.

Меъёрҳои муосири БМГ (K/DOQI, 2002)

1. Иллатҳои гурдаҳо е” 3 моҳ, бо паст шудани суръати филтратсияи калобачаҳо (СФК) ё бидуни он, ки ҳамчун тағйироти патологӣ ё маркери осеб таъриф мешавад, бо фаро гирифтани тағйирот дар таҳлили хун ва пешоб ё ҳангоми таҳқиқотҳои визуалӣ.

2. СФК < 60 мл/дақ/1,73 м^2 е” 3 моҳ, бо осебҳои гурдаҳо ё бе он.

Осебҳои гурдаҳо – тағйиротҳои сохторӣ ё функсионалии гурдаҳо. Дар ибтидо онҳоро метавон ҳангоми СФК -и муътадил муайян кард, аммо баъдтар онҳо метавонанд, ки боиси пастшавии он гарданд. Маркерҳои осебҳои гурдаҳо тағйироти таркиби хун ва ё пешобро дар назар доранд. Ҳамин тавр, ба БМГ инҳо дохил мешаванд:

- ҳамаи беморони дорои СФК < 60 мл/дақ./1,73 м^2 дар давоми е” 3 моҳ новобаста аз вуҷуд доштани осеби;

- ҳамаи беморони дорои осебҳои гурдаҳо, новобаста аз СФК.

Таснифи БМГ (K/DOQI, 2002)

Нишондиҳандаи интегралии ҳолати функсионалии гурдаҳо нишондиҳандаи массаи паренхимаи гурдаи фаъол (массаи нефронҳои амалкунанда/МНА) аст.

Қаблан дар таснифоти БМГ ба баҳодиҳии вазнинии осебҳои гурдаҳо аз рӯйи сатҳи креатинини плазмаи хун (Pcr), ҳамчун нишондиҳандаи боэътимоди бузургии КФ такя мекарданд,

Ҳангоми БМГ Pcr мумкин аст, к ибо бсабабҳои зерин паст бошад: экскретсияи на танҳо тавассути филтратсия, балки секретсияи баланд низ; паст шудани генератсия,- баланд шудани экскретсияи хориҷигурдавӣ ҳангоми паст шудани қобилияти гурдаҳо. Пас, нишондиҳандаи маъқули дараҷаи вазнинии иллати функсияҳоигурдаҳо бузургии КФ ба ҳисоб меравад. То имрӯз ба таври маъмулӣ қабулшудаи андозагирии клиренси шабонарӯзи креатинин (Ccr=UcrxV/Pcr) бузургии КФ-ро ба таври адеквативӣ инъикос намекунад.

Дар таснифи байналмилалии ICD-9-CM, сар карда аз 1-уми октябри соли 2005 ба ҳамаи 5 марҳалаи БМГ рамзи (коди) худашоро дода буданд. Дар соли 2007 ТУТ рубрикаи №18-ро хеле дақиқ кард (қаблан бо ин рамз «Норасоии музмини гурдаҳо» ифода мешуд). Бо мақсади нигоҳ доштани сохтори ташхис ташхиси «Бемориҳои музмини гурдаҳо» -ро тавсия мекунанд, пас аз бемории асосӣ нишон дода шавад ва дар ин сурат рамзгузории беморӣ мувофиқи ТББ аз рӯйи бемории асосӣ муқаррар карда мешавад. Агар этиологияи ихтилоли қобилияти гурдаҳо номаълум бошад, пас ташхиси асосӣ мумкин аст, ки «Бемории музмини гурдаҳо» гузошта шавад ва бо рубрикаи N18 (дар ин ҷо N18.1 - БМГ, марҳалаи 1; N18.2 - БМГ, марҳалаи 2 ва ғ. аст.) гузошта шавад (ҷадвали 1).

- Нишондиҳандаи СФК дар сатҳи 90 мл/дақ. ҳамчун сарҳади поёнии меъёр қабул карда шудааст.

- Ифодаи СФК < 60 мл/дақ. бо назардошти мувофиқат кардани ҳалокати зиёда аз 50% -и нефронҳо интихоб карда шудааст.

Системаи тасниф ба дақиқ кардан ва муайян кардани марҳалаҳои ибтидоии иллатҳои гурдаҳо равона карда шудааст. Марҳалаҳои якум ва дуюми БМГ ҳангоми якҷояшавӣ бо тағйиротҳо (масалан, протеинурия, гематурия, аномалияҳои сохторӣ ва ғ.) беҳтар муайян карда мешавад, марҳалаҳои нисбатан прогрессивӣ (3-5) дорои хусусиятҳои бадшавии ҷиддии клиренси гурдаҳо аст. Ғайр аз ин, сатҳи муътадили СФК дар кӯдакон бо гузашти сол ва зиёд шудани массаи бадан тағйир меёбад ва калон мешавад, аз давраи ширхорагӣ сар карда, ба ҳисоби миёна дар 2-солагӣ ба калонсолон наздик шудан мегирад (ҷадвали 2).

Ҷадвали 1 – Таснифи БМГ (K/DOQI, 2002)

Марҳалаҳои БМГ	Тавсиф	СФК (мл/дақ/ 1.73 м^2)	ТББ-10
1*	Иллати гурдаҳо бо СФК-и муътадил ё баланд	>=90	N18.1
2*	Иллати гурдаҳо бо СФК-бо камее пастшавӣ	60-89	N18.2
3	Пастшавии муътадили СФК	30-59	N18.3
4	Пастшавии возеҳи СФК	15-29	N18.3
5	Норасоии гурдаҳо	<15 диализ ё ТП	N18.5
Эзоҳ-* - дар сурати набудани аломатҳои иллатёбии гурдаҳо дарачаҳои 1-2 муқаррар карда намешавад			

Ҷадвали 2 – Меъёри СФК дар кӯдакон ва наврасон (K/DOQI, 2002)

Синну сол	СФК±СО (мл/дақ./1.73 m^2)-и миёна
Ҳафтаи 1 (писарон ва духтарон)	41±15
Ҳафтаи 2-8 (писарон ва духтарон)	66±25
Ҳафтаи >8 (писарон ва духтарон)	96±22
2-12-солагӣ (писарон ва духтарон)	133±27
13-21 –солагӣ (писарон)	140±30
13-21-солагӣ (духтарон)	126±22

Дар навбати худ, диапазонҳои СФК, ки панҷ марҳалаи БМГ-ро муайян мекунанд, танҳо дар кӯдакони аз 2-сола ва калонтар истифода мегардад. Бузургии ибтидоии СФК, ки дар ин ҷо пастшавӣ аз иллати музмини гурдаҳо то ННГ (норасоии ниҳоии гурдаҳо) сар мешавад – ин масъала баҳснок аст, зеро аксари регистрҳо онро ҳамчун пастшавии СФК < 75 мл/дақ/1,73 м^2. ҳисоб кардаанд. Чунин унификатсия имконият медиҳад, ки минбаъд стратегияи ягонаву оптималӣ ва тактикаи нефропротексия коркард шавад [19].

Манзараи клиникӣ аз марҳалаи БМГ вобаста аст-чӣ қадар, ки марҳала баланд бошад, он ҳамон қадар возеҳ инъикос меёбад [15,18]. Бемориҳои музмини гурдаҳо дар марҳалаи дуюм дорои аломатҳои клиники возеҳ мебошанд: варами андомҳои поёнӣ ва болоӣ – ин симптом субҳ ва шом ва ё пас аз фаъолнокии тӯлонии ҷисмонӣ возеҳ аст; ташнагии зиёд; кам шудани миқдори майли пешоб кардан; зуд монда шудан, рангпаридагии қабатҳои пӯст;баланд шудани фишори шарёнӣ; ихтилоли ритми дил; паст шудани қобилияти корӣ, шиддат гирифтани бемории музмини аллакай мавҷудбуда.

Дар марҳалаи сеюми БМГ чунин аломатҳо дида мешаванд: фишори ноустувори шарёнӣ – нишондиҳандаҳо метавонанддар як шабонарӯз чанд маротиба тағйир ёбанд; хушкии даҳон; рангпаридагӣ, сустӣ, хушкии қабатҳои пӯст; бехобӣ; дилбеҳузуршавӣ,гоҳо бо қайкунӣ. Марҳалаи чоруми беморӣ ба гурӯҳи ниҳоят вазнин дохил мешавад – хатари баланди фавтият мавҷуд аст. Манзараи клиникиро симптомҳои зерин пурра мекунанд: пастшавии ниҳоии диурез на танҳо шабона, тамоман набудани он низ имконпазир аст; варамидагии бадан; хушкии даҳон, ташнагии зиёд; баланд шудани фишори шарёнӣ; хориши пӯст; тез шудани ритми дил; сарчархзанӣ, сустӣ; беҳушшавӣ. Марҳалаи панҷум терминалӣ ном дорад, чунки на танҳо қобилияти гурдаҳо, балки аз дигар узву системаҳои организми одам низ бемор мешаванд. Симптоми норасоии шадиди дил низ пайдо шуда метавонад. Манзараи клиникӣ чуни наст: варами возеҳи тамоми бадан; бӯйи аммиак аз даҳон; ихтилоҷ; фалаҷ, дар баъзе мавридҳо фалаҷи пурра; кам шудани миқдори шабонарӯзии пешоб; эҳсоси доимии сустӣ; дилбеҳузурӣ ва қайкунӣ; беиштиҳоӣ; нафастангӣ; баланд шудани фишори шарёнӣ; тез шудани ритми дил; манзараи возеҳи клиникии анемия [7,14, 18,25].

Симптомҳои неврологӣ. Энсефалопатияи уремикӣ: суст шудани хотира, вайрон

шудани қобилияти мутамарказ сохтани диққат, хоболудагӣ ё бехобӣ. Дар марҳалаи терминалӣ тремор, ихтилоҷ, хорея, ступор ва кома. Кома тадриҷан ё якбора пайдо мешавад. Полиневропатияи уремикӣ: синдроми «пойи ноором», парестезия, сӯзиши андомҳои поёнӣ, парез, фалаҷ (дар марҳалаҳои дер) [11,18].

Ихтилолҳои эндокринӣ: диабети козиби уремикӣ, гиперпаратиреози дувумӣ. Дар наврасон аксаран ихтилолҳои протсессҳоиқад ва балоғати ҷинсӣ дида мешавад [2,42].

Ихтилолҳои обу-электролитӣ: полиурия бо никтурия дар марҳалаҳои ибтидоӣ консервативӣ; олигурия, варам дар марҳалаи терминалӣ; гипокалиемия дар марҳалаҳои ибтидоӣ консервативӣ: сустии мушакҳо, нафастангӣ, гипервентилятсия; гипонатриемия дар марҳалаҳои ибтидоӣ консервативӣ: ташнагӣ, сустӣ, паст шудани тургори пӯст фишорпастии шарёнии ортостатикӣ, баланд шудани гематокрит ва консентратсияи сафедаи умумӣ дар зардоби хун; гипернатриемия дар марҳилаи терминалӣ: гипергидрататсия, фишорбаландии шарёнӣ, норасоии бозистодаи дил; гиперкалиемия дар марҳалаи V; фалаҷи мушакҳо, норасоии шадиди нафаскашӣ, брадикардия, АВ-блокада. [9,15,44].

Тағйирот дар системаи устухонҳо (гиперпаратиреози дувумӣ): рахити гурдаҳо, остеити кистознофиброзӣ, остеосклероз, шикастани устухонҳо. Ихтилоли мубодилаи фосфорӣ-калсий: гиперфосфатемия (ҳангоми паст будани СФК аз меъёр 25% кам) дар якҷоягӣ бо гипокалсиемия (гиперпаратиреоз) ё гипофосфатемия; хориш; остеопороз; паст шудани қобилияти кашишхӯрии миокард. [15,25]

Вайрон шудани таносуби азот: аломати клиникии вайрон шудани таносуби азот энтероколити уремикӣ, никриси дувумӣ, бӯйи аммиак аз даҳон мебошад [25].

Тағйирот дар системаи дилу рагҳо: фишорбаландии шарёнӣ, норасоии бозистодаи дил; норасоии шадиди меъдачаи чап, перикардит, кардиомиопатия — кунд шудани лаҳни дил, «ритми галоп», шавшуви систоликӣ, васеъ шудани сарҳади дил; ихтилоли ритм — блокадаи атриовентрикулярӣ то ҳадди аз кор мондани дил (ҳангоми > 7 ммол/л будани муҳтавои калий); бемории ишемикии дил; босуръат пеш рафтани атеросклерози шарёнҳои коронарӣ ва шарёнҳои майна. Вайрон шудани хунофарӣ ва иммунитет: анемия, лимфопения, диатези геморрагӣ, ҳассос шудан ба сироятҳо, спленомегалия ва гиперспленизм, лейкопения, гипокомплементемия [2,15,24].

Тағйирот дар шушҳо: варами уремикӣ, пневмония, плеврит (полисерозит ҳангоми уремия). Ихтилоли роҳи ҳозима: анорексия, дилбеҳузуршавӣ, қайкунӣ, эрозия ва реши роҳи ҳозима, бӯйи бад аз, паротит ва стоматит (сироятнокшавии дувумӣ) [29].

Таҳқиқотҳои лабораторӣ имконият медиҳанд, ки ҷузъиёти БМГ, сабабҳо ва омилҳои пешравии он мупйян ткарда шаванд. Таҳлили умумии хун: камхунии нормохромии нормоситарӣ, лимфопения, тромбоситопения, паст шудани гематокрит. Таҳлили пешоб: протеинурия, эритроситурия, лейкоситурия; гипостенурия, изостенурия; силиндрурия имконпазир аст [13,20,28]. Таҳлили биохимиявӣ: азотемия (баланд шудани муҳтавои креатинин, мочевина, аммиак, кислотаи пешоб ҳангоми камтар аз менее 40 мл/дақ. будани СФК). Гиперлипидемия — баланд шуданихолестерин, липопротеидҳои зичиашон паст, триглисеридҳо, суст шудани липопротеидҳои зичиашон баланд; дар хун паст шудани ғализати шакли фаъоли витамини D, тестостерон; баланд шудани шудани ғализати паратгормон, глюкоза; суст шудани ҳиссиёти бофтаҳо ба инсулин. Электролитҳо: гиперфосфатемия, гипокалиемия ё гиперкалиемия, гипонатриемия ё гипернатриемия, гипохлоремия, гипермагниемия (марҳалаи терминалӣ), баланд шудани муҳтавои сулфат, гипокалсиемия. Лахташавии хун суст. Тавозуни кислотаву ишқор: атсидоз (pH камтар аз 7,37), паст шудани ғализати бикарбонатҳои хун [8,22].

Бо мақсади баҳо додан ба гурдаҳо дар кӯдакон (СФК) асосан аз формулаи Швартс (Schwartz) истифода мешавад:

СФК = k * қад (см) / креатинини плазма (мкмол/л), дар ин ҷо

-барои писарҳои аз 13-сола боло – **k** = 0.0616,

-барои кӯдакони аз 3-сола хурд– **k** = 0.0313

Ташхис. Таҳқиқот ва табобатро дар ин ҳолат табиб -нефролог анҷом медиҳад. Агар аз табиати онкологии манзараи клиникӣ гумонбар шаванд, машварати онколог зарур мешавад. Барномаи ташхисӣ чунин чорабиниҳоро дар бар мегирад: таҳлили умумии клиники хун; таҳлили умумии биохимиявии хун; таҳлили умумии пешоб бо усули Нечипоренко; тест барои нишондиҳандаҳои СФК; ТУС-и системаи пешобу таносулӣ ва алоҳида аз гурдаҳо; ТК, ТМР-и гурдаҳо; урографияи контрастӣ. Мувофиқи натиҷаҳои чорабиниҳои ташхисӣ марҳалаҳои пайдошавии протсесси патологӣ муайян карда мешаванд, ки дар асоси онҳо тактикаи табобат пешниҳод карда мешавад [5,11,13].

Табобат. Дар ин маврид табобат метавонад, ки радикалӣ ва ё консервативӣ бошад. Тактикаи консервативии чорабиниҳои табобатӣ аз истеъмоли доруҳо, протседурахои физиотерапевтӣ ва риояи парҳез иборат аст. Табобати радикалӣ дар ҳолате истифода мсешавад, ки агар табобат бо доруҳо натиҷаи зарурӣ надиҳанд [44].

Табобати консервативии БМГ ба бартараф намудани протсесси патологӣ ва беҳтар кардани ҳолати бемор равона шудааст. Чунин доруҳоро таъйин кардан мумкин аст: статинҳо; анаболиткӣ; витаминҳои гурӯҳи D; блокаторҳои ретсепторҳои ангиотензин; ингибиторҳои ферменти ангиотензинтабдилшаванд [3,15,33]. Иловатан мумкин аст, ки нестероидҳои зиддиилтиҳобӣ, антибиотикҳо, маҷмӯи витаминнӣ-минералӣ [27]. Риояи парҳез муҳим аст. Дар ратсиони ғизо хӯроки сафедадор ва намак кам шавад. Маҳсулоти ғизоии ин беморон бояд ки инҳоро то ҳадди минимум кам дошта бошанд: маҳсулоти шири серравған, моҳиҳо ва гӯшти чарбнок, занбурӯғ, лубиёдонагиҳо; равғани маска; соус ва ғ. [36]. Табобати радикалӣ метавонадусулҳои зеринро дар бар гирад: гемодиализ; диализи перитонеалӣ; трансплантатсияи гурдаҳо [6,32]. Дар давраи пас аз ҷарроҳӣ барои бемор курси табобати медикаментозӣ ва риояи парҳез таъйин карда мешавад.

Пешгӯйӣ. Пешгӯйии нисбатан хубтар ҳангоми марҳалаҳои ибтидоии пайдо шудани протсесси патологӣ дида мешавад, ҳатто пурра, бидуни ориза табобат кардани он имконпазир аст. Марҳалаҳои чорум ва панҷуми он тпешгӯйии нохуб доранд, хатари баланди фавт мавҷуд аст [11,38].

Профилактика. Профилактикаи протсесси патологӣ аз тавсияҳои зерин иборат аст: ғизои дуруст; мустаҳкам кардани системаи иммунӣ; сари вақт аз байн бурдани бемориҳои сирояткунанда ва илтиҳобӣ. Агар дар анамнези оилавӣ БМГ бошад, бояд ба таври мунтазам аз муоинаи тиббӣ гузаронида шавад. [5,9].

Ба қайд гирифтани ҳар як ҳолати бемории нефрологӣ бо назардошти бемории асосӣ, оризаҳо ва бемориҳои ҳвамроҳшуда тибқи Таснифи Байналмилалии Б (ТББ) бознигарии 10-ум ҳатмист. Бояд ташхиси «Бемории музмини гурдаҳо» гузошта шуда, марҳалаи он мувофиқи тавсияҳои таҳқикоти мазкур муайян карда шаванд [25].

Чорабиниҳои барномаи профилактикаи беморӣ таъсиррасонӣ ба омилҳои хатари ташаккулёбии бемории музмини гурдаҳо дар кӯдакон ва наврасон равона карда шудааст. Бисёре аз омилҳои айни замон маълуми хатар, ки барои ташаккулёбии бемории музмини гурдаҳо мусоидат мекунанд, такрибан, ки бартарафшавандаанд ва мубориза бар зидди онҳо махсусан ҳангоми ҳифз кардан ва ё хеле кам шудани бузургии суръати филтратсияи калобчаҳо (СФК) самаранок аст [31,41].

Адабиёт

1. Николаев, А.Ю. Лечение почечной недостаточности /А.Ю. Николаев, Ю.С. Милованов.—М.: Медицина, 1999.— 362 с.

2. Ермоленко, В.М. Хроническая почечная недостаточность / В.М.Ермоленко; ред. проф. И.Е. Тареева.—М.: Медицина, 2000.—С.596—698.

3. Лавиль, М. Роль артериальной гипертонии в прогрессировании почечной недостаточности, эффективность антигипертензивной терапии / М. Лавиль // Нефрология.— 2000.— Т.4, № 1.—С.119—121.
4. О состоянии заместительной почечной терапии ХПН в Российской Федерации в 1998 г. [Ежегодный отчет по данным Российского регистра] // Нефрология и диализ.—2000.— Т.2, № 1—2.—С.4—24.
5. Munter, P. Plasma lipids and risk of developing renal dysfunction / P. Munter, J. Coresh, J.C. Smith [et al.] // Kidney int.—2000.—Vol.58 (1).—P.293—301.
6. Мухаметзянов, И.Ш. Комплексная оценка потребности и обеспеченности в заместительном лечении больных с терминальной почечной недостаточностью / И.Ш. Мухаметзянов // Нефрология и диализ.—2001.—Т.3, № 1.— С.17—24.
7. K/DOQI: Клинические практические рекомендации по хроническому заболеванию почек: оценка, классификация и стратификация: [Электронный ресурс, 2002].— http://www.dialysis.ru/standard/doqi—ckd/g7.htm
8. K/DOKI clinical practice guidelines for chronic kidney diseases: evaluation, classification and stratification//Am J Kidney Dis. – 2002. – Vol. 39, №1. – P. 17-31.
9. Fogo A. B. Regression lines in chronic Kidney disease // J. Am. Soc. Nephrol. 2003. Vol. 14 (11). P. 2990–2991.
10. Смирнов, А.В. Современные подходы к замедлению прогрессирования болезни почек / А.В.Смирнов, А.М. Есаян, И.Г.Каюков [и др.] // Нефрология.—2003.—Т.8, № 3.— С.89—99.
11. Coresh, V. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey / V. Coresh, B.C. Astor, T. Green [et al.] // Am. J. Kidney Dis.—2003.— Vol.41(1).—P.1 —12.
12. Мухин, Н.А. Хронические прогрессирующие нефропатии и образ жизни современного человека / Н.А.Мухин, И.М. Балкаров, С.В.Моисеев [и др.] // Терапевт. архив.—2004.— № 9.—С.5—11.
13. Gerson A., Hwang W., Fiorenza J. et al. Anemia and health-related quality of life in adolescents with chronic kidney disease // Am. J. Kidney Dis. — 2004; 44: 1017-1023.
14. Томилина, Н.А. Эпидемиология хронической почечной недостаточности и новые подходы к классификации и оценке тяжести хронических прогрессирующих заболеваний почек / Н.А.Томилина, Б.Т. Бикбов // Терапевтический архив.—2005.—№ 6.
15. Fester, P. Determinants of cardiorenal damage progression in normotensive and never—treated hypertensive subjects / P. Fester, J. Ribstein, G. du Cailar, A. Mimran // Kidney Int.—2005.—Vol.67 (5).—P.1974—1979.
16. Schiepati, A. Renal disease as a public health problem. Epidemiology, social and economic implications / A. Schiepati, G. Remmuzi // Kidney Int.—2005.—Vol.68.— P.7—10.
17. Смирнов А.В., Есаян А.М., Каюков И.Г., Кучер А.Г. Концепция хронической болезни почек в педиатрии//Нефрология. – 2005. – Т.9, №4. – С. 7-12.
18. K/DOQI, National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for bone metabolism and disease in children with chronic kidney disease. // Am. J. Kidney Dis. – 2005. – Vol. 46, N 4, Suppl. 1. – P. S1–S121.
19. Moe S, Drueke T, Cunningham J, et al. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)//Kidney Int. – 2005. – Vol. 67. – P. 2089-100.
20. Greenbaum L. A. Anemia management in children, in Nissenson AR, Fine RN (eds): Clinical Dialysis. — New York, NY, McGraw Hill, 2005. — P. 1111-1134.
21. Батюшин М.М. Нефрология. Основы доказательной терапии. Гиппократ, 2005.–352 с.
22. Сигал, В.Е. Состояние заместительной почечной терапии в Республике Татарстан: достижения и проблемы /В.Е. Сигал // Медико-фармацевтический вестник Татарстана.—

2006.—№ 31 (119).—С.6.
23. Смирнов, А.В. Эпидемиология и социально-экономические аспекты хронической болезни почек / А.В.Смирнов, В.А. Добронравов, И.Г. Каюков [и др.] // Нефрология.— 2006.— Т. 10, № 1.—С.7—13.
24. Tanaka, H. Metabolic syndrome and chronic kidney disease in Okinawa, Japan / H. Tanaka [et al.] // Kidney Int.—2006.— Vol.69 (2).—P.369—374.
25. K/DOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for Anemia in Chronic Kidney Disease//Am J Kidney Dis. – 2006. – Vol. 47, №l3. – P. l-146.
26. KDOQI Clinical Practice Guideline and Clinical Practice Recommendations for anemia in chronic kidney disease: 2007 update of hemoglobin target//Am J Kidney Dis. – 2007. – Vol. 50, №3. – P. 471-530.
27. Lenga I., Lok C. et al. Role of Oral Iron in the Management of Long-Term Hemodialysis Patients // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. — 2007; 2: 688-693.
28. Шилов Е.Н., Фомин В.В., Швецов М.Ю. Хроническая болезнь почек//Тер. архив. – 2007. - № 6. – С. 75-8.
29. Папаян А.В., Савенкова Н.В. Клиническая нефрология детского возраста. – СПб.: С, 2007. – 537 с.
30. Kidney International. Chronic Kidney Disease as a Global Public Health Problem: Approaches and Initiatives – A Position Statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes// International society of Nephrology. – 2007. – Vol. 72. – P. 247-259.
31. Soylu A., Demir B. K., Tьrkmen M. et al. Predictors of renal scar in children with urinary infection and vesicoureteral reflux // Pediatr. Nephrol. 2008. Vol. 23 (12). P. 2227–2232.
32. Kidney transplantation as primary therapy for end-stage renal disease: a National Kidney Foundation/Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF/KDOQITM) conference//Clin J Am Soc Nephrol. – 2008. – Vol. 3, №2. – P. 471-80.
33. Zaffanello M., Franchini M., Fanos V. New therapeutic strategies with combined renin-angiotensin system inhibitors for pediatric nephropathy // Pharmacotherapy. 2008. V. 28. P. 125–130.
34. Эпидемиологическое изучение пороков развития органов мочевой и половой системы у новорожденных детей / О.В. Антонов, И.В. Антонова, О.А. Кораблева, И.М. Баранова, Н.А. Баженова, Ю.Ю. Китаева // Вестник Российской военно-медицинской академии. – СПб. – 2008. – №2(22). – С. 670-671.
35. Китаева, Ю.Ю. Выявление факторов риска как основа профилактики возникновения хронической болезни почек у детей // Омский научный вестник. – Омск, 2009. – №1(84). – С. 115-117.
36. KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in Children with CKD: 2008 update. Executive summary//Am J Kidney Dis. – 2009. – Vol. 53, №3. – P. 11-104.
37. Канатбаева А.Б., Кабулбаев К.А. Хроническая болезнь почек – глобальная проблема общественного здоровья//Медицина. – 2009. – №1. – С. 1-6.
38. Чингаева Г.Н., Казбекова Г.К., Абеуова Б.А., Карибаев Е. Поствакцинальный мониторинг детей с хроническими болезнями почек//Фармацевтический бюллетень. – 2009. - №1-2. – С. 59-61.
39. Delanghe J. R. How to estimate GFR in children // Nephrol. Dial. Transplant. 2009. V. 24. P. 714–716.
40. Silva J. M., Diniz J. S., Lima E. M. et al. Independent risk factors for renal damage in series of primary vesicoureteral reflux: a multivariate analysis // Nephrology (Carlton). 2009. Vol. 14 (2). P. 198–204.19. Игнатова, М.С. Гломерулопатии у детей / М.С. Игнатова // Педиатрия. – 2011. –Т. 90.–No 3. –С. 125-127.
41. Хенеган К., Баденоч Д. Доказательная медицина / Пер. с англ. под ред. акад. РАМН. Петрова В. И. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011. 123 с.

42. Игнатова М. С. Детская нефрология. Руководство для врачей. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. 696 с
43. Жизневская, И.И. Клинико-лабораторные особенности гломерулопатий в детском возрасте / И.И. Жизневская, И.Г. Хмелевская // Врач-аспирант.–2012.–N.4.-С. 76-84.
44. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. Kidney Inter. Suppl 2012; 2: 331-335

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ (Обзор литературы).

Бабаева Л.А., Касымова П.В.
Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Представленный обзор литературы включает современный подход к этиологии, факторам риска, классификации, клинической картине, диагностике, лечению, прогнозу и профилактике хронической болезни почек у детей.

Ключевые слова: дети, хроническая болезнь почек, этиология, факторы риска, классификация, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.

MODERN ASPECTS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN CHILDREN (Literature review).

Babaeva L.A., Kasimova P.V.
Department of propaedeutics of children diseases of the SEI “Avicenna TSMU.

The presented literature review includes a modern approach to the etiology, risk factors, classification, clinical presentation, diagnosis, treatment, prognosis and prevention of chronic kidney disease in children.

Key words: children, chronic kidney disease, etiology, risk factors, classification, clinic, diagnosis, treatment, prognosis, prevention.

Бабаева Л.А.- мудири кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакон МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, тел.: 446003624.

Қосимова П.В.- ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакон МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, E.mail: paymona.29.94@mail.ru 919244477

Бабаева Л.А.- заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, тел.: 446003624.

Касымова П.В.- ассистент кафедры пропедевтики детских болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», E.mail: paymona.29.94@mail.ru 919244477

Babaeva L.A. - head of the Department of propaedeutics of children diseases of the SEI “Avicenna TSMU. Phone: 917165393

Kasimova P.V. – assistant of the Department of propaedeutics of children diseases of the SEI “Avicenna TSMU. Phone: 919244477

ПРИНСИПОИ АРРОИИ МУОСИРИ ДЕФОРМАТСИЯИ БИНИИ БЕРУНӢ БО ЭЪТИЛОЛИЯТҲОИ ЯКҶОЯИ КОВОКИИ БИНӢ ВА ҶАВФҲОИ НАЗДИБИНИГӢ

МаZмудназаров М.И.
Кафедраи оториноларингология ба номи Ю.Б. Исҳоқӣ,
МДТ “ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”.

Муҳимият. Мушоҳидаҳои клиникӣ ва маълумотҳои адабиёти хориҷӣ нишон медиҳанд, ки деформатсияи бинии беруна аксар вақт бо патологияи ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ (ҶНБ) дар шакли каҷшавии миёндевори бинӣ, гипертрофияи садафаҳои поёнӣ ва миёна, инчунин риносинуситҳои полипозӣ ҳамроҳӣ мекунанд. Табиист, ки ин комбинатсия ҳам ба функсияҳои бинӣ ва синусҳои наздибинигӣ ва ҳам ба функсияҳои дигар узвҳо ва системаҳои бадан дар маҷмӯъ таъсири манфӣ мерасонад. Дар навбати худ, бемориҳои музмини ковокии бинӣ ва ҶНБ ба сифати зиндагии беморон таъсири манфӣ расонида, мушкилоти равонии онҳоро ба вуҷуд меоранд ва инчунин фаъолияти рӯҳӣ ва ҷисмониро коҳиш медиҳанд [1, 15, 43].

Набояд фаромӯш кард, ки бинӣ дар ташаккули эстетикаи чеҳраи инсон нақши муҳим дорад. Аз ин рӯ, амалиёти барқарор кардани шакли бинии беруна, сохторҳои дохили бинӣ ва муҳимтар аз ҳама, вазифаҳои асосии он дар риноҷарроҳӣ мураккабтарин ва масъулиятноктаранд. Интихоби усули амалиёти ҷарроҳӣ барои ҳар як бемори алоҳида бо патологияи якҷояи бинӣ ва ҶНБ бояд ба муоинаи ҳамаҷонибаи клиникӣ бо муайян кардани ҳолати функсияҳои асосии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ асос ёбад [1, 3, 5, 7, 24].

Асосҳои амалиёти реконструктивиро дар ринохирургия В.И. Воячек ва А.Е.Китсера [19] гузоштаанд, Ф.С.Бокштейн [6] аввалин шуда амалиёти септум-ҷарроҳиро ҳамзамон бо резекцияи садафаҳои гипертрофияшудаи бинӣ бо кушодани ҳуҷайраҳои ҷавфи ғалбершакл тавассути гузаргоҳи миёнаи бинӣ анҷом дод.

Дар асархои В.Т. Палчун [33] ва дигарон, инчунин як қатор мисолҳои амалиёти якҷоя дар сохторҳои ковокии бинӣ ва ҶНБ мавҷуданд. Вай 222 амалиёти ҷарроҳии ҷавфҳои фронталиро дар якҷоягӣ бо резекцияи зери луобпардаи пардаи миёндевори бинӣ, конхотомия ва полипотомия анҷом дод.

Лиманский С. [26] таҷрибаи шахсии табобати ҷарроҳии 520 беморони гирифтори патологияи омехтаи бинӣ, ковокии бинӣ ва ҷавфҳои параназалиро овардааст. Дар амалияи ӯ бештар амалҳои этмоидотомия бо резекцияи зери луобпардаи миёндевори бинӣ ва садафаҳои поёнии бинӣ бо барқарорсозии шакли бинии беруна ба ҳисоб мерафтанд.

Дар айни замон, бинобар васеъ шудани доираи тадбирҳои ҷарроҳӣ ва рушди технологияҳои нав, баҳодиҳии ҳамаҷонибаи вазъи саломатии бемор пеш аз табобати ҷарроҳӣ, интихоби тактикаи оқилонаи ҷарроҳӣ, намуди наркоз ва нигоҳубини дурусти бемор дар давраи баъди чарроҳӣ аҳамияти махсус доранд.

Ҳангоми патологияи якҷояи бинӣ ва ҶНБ, ба бемор аксар вақт зарурияти гузаронидани ду ё зиёда амалиёти ҷарроҳӣ лозим мешавад ва дахолати ҷарроҳӣ дар минтақаҳои гуногуни анатомии бинӣ беруна, ковокии бинӣ ва дар ҷавфҳои наздибинигӣ метавонад дар як марҳила анҷом дода шавад. Аз сабаби он, ки пардаи луобии роҳҳои болоии нафас барандаи вазифаҳои гуногуни муҳофизатӣ мебошад, принсипҳои ҷарроҳии камосеб ба тамоми бофтаҳои сохторҳои дохили бинӣ ва ҶНБ бо эҳтиёти якхела муносибат мекунанд [7, 11, 13, 17].

Ба гуфтаи Козлов Б. [20], ин консепсия бештар афзалтар аст, зеро на танҳо функсияҳои асосии бинӣ барқарор карда мешаванд, балки бутунияти сохтори анатомӣ, ки ба муқаррарӣ наздик аст. Баъзан танҳо барқарорсозии сохторҳои дохилии бинӣ ба шифоёбии патологияи ҷавфҳои наздибинигӣ оварда мерасонад [16, 18, 21, 28].

Дар асарҳои як қатор муаллифон иттилоот дар бораи дахолати ҷарроҳии ҳамза-

мон дар беморони гирифтори патологияи омехтаи бинии беруна ва сохторҳои интраназалӣ мавҷуданд, ки дар аввал дар ковокии бинӣ барои барқарор кардани нафаскашии бинӣ ва сипас амалиёти ринопластика анҷом дода шудаанд [5, 14, 34, 46].

Юнусов А.С. [42] аз рӯи таҷрибаи худ оид ба ҷарроҳии ҳамзамон риносептопластика дар 180 кӯдаки гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ дар якҷоягӣ бо гипертрофияи садафаҳои поёнии бинӣ нишон доданд, ки аксуламали умумии бадан ва реаксияи маҳаллии бофтаҳо ба амалиёти якмарҳала иҷрошуда тақрибан якхела буданд мисли пас аз резексияи зери луобпардаи пардаи миёндевори бинӣ.

Барои истинод ба ду ё зиёда амалиёти ҷарроҳӣ, ки дар як вақт барои бемор бо патологияи омехтаи бинии берунӣ, ковокии бинӣ ва ҶНБ анҷом дода мешавад, истилоҳҳои гуногун, ҳамчун амалиёти ҳамзамон, якҷоя ё симултанӣ истифода мешаванд. Донистан ва ба назар гирифтани вариантхои сохтори анатомии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ шарти зарурии бомуваффакият ба амал баровардани дахолати риноҷарроҳӣ мебошад, зеро ҳама намуди деформатсияи бинии беруна бо ихтилоли функсионалии нафаскашии бинӣ ҳамроҳ мешавад. [13, 17, 34].

Дар маводи Конгресси 12-уми Ҷамъияти илмии аврупоии ринологҳо (1990) комилан боварибахш нишон дода шудааст, ки деформатсияи бинии беруна ва патологияи сохторҳои дохилибинӣ аллакай дар давраи кӯдакӣ рух медиҳанд. Сари вақт бартараф накардани деформатсияи миёндевори бинӣ тавассути септум - ҷарроҳӣ дар кӯдакӣ, ба инкишофи равандҳои илтиҳобӣ дар узвҳои гӯшу гулӯю бинӣ ва роҳҳои нафаскашии поён мусоидат мекунад [5, 12, 24].

Бояд гуфт, ки прогресси техникие, ки ба тибби ҳозира хос аст, имкон медиҳад, ки доираи амалиёти ҷарроҳии якваҷта васеъ карда шавад. Дар мавриди беморони гирифтори деформатсияи бинии беруна, миёндевори он дар якҷоягӣ бо патологияи садафаҳои ковокии бинӣ ва ҶНБ, дар бораи пайдарҳамии дахолати ҷарроҳӣ дар ин вазъият то ҳол консенсус вуҷуд надорад [36, 39].

Дар айни замон, ба беморони гирифтори патологияи омехтаи бинӣ ва ҶНБ, бо мавҷудияти таҷҳизоти муосири ташхисӣ (ТК, эндоскопия) ва антибиотикҳои пурқувват, гузаронидани тамоми ҳаҷми ҷарроҳии якмарҳила бо муносибати эҳтиёткорона ба бофтаҳои бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ имконпазир [13, 18, 22, 27, 35, 36, 44].

Бояд тазаккур дод, ки табиб дар бораи пайвастагии шакл ва вазифаи бинӣ бо ҳамдигар ва дар сурати пайдо шудани деформатсияи бинӣ бо патологияи дохили бинӣ, масъалаҳои барқарорсозии функсия ва ҳолати эстетикии бинӣ, бояд бо анҷом додани амалиёти ҷарроҳии ҳамзамон ҳал карда шавад. Аз ин бармеояд, ки риносептопластика бо ислоҳи якҷояи патологияи садафаҳои бинӣ ва синусҳои наздибинигӣ бо мақсади барқарор намудани функсияҳои нафасгирӣ, бӯй, муҳофизатӣ ва эстетикии бинӣ бояд танҳо аз ҷониби духтурони оториноларинголог анҷом дода шавад [1, 8, 42, 47].

Дар ҳоли ҳозир, Ҷамъияти аврупоии ринологҳо ва риноҷарроҳон бар ин назар аст, ки ҳадафи аслии ҷарроҳии бинӣ барқарор кардани вазифаҳои асосии бинӣ аст. Ҳадафи беҳтар кардани функсияҳои нафаскашӣ, муҳофизатӣ ва бӯи бинӣ бояд ҳамеша аз хоҳиши беҳтар кардани намуди эстетикӣ афзалият дода шавад [39, 48].

Бояд гуфт, ки фикру мулохизаҳои риноҷарроҳо оид ба масъалаҳои якҷояи ва пайдарҳамии мудохилаҳои ҷарроҳӣ оид ба сохторхои бинӣ ва ҶНБ бо патологияи якҷояи онҳо на ҳамеша мувофиқ меоянд. Аз ин рӯ, ҳамзамон ва пайдарпаии дахолати ҷарроҳӣ, дар ҳар як ҳолати мушаххас, бояд вобаста ба синну соли бемор, хусусияти патологияи якҷояи бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ, инчунин хоҳиши худи бемор ҳал карда шавад [34, 40, 45].

Тактикаи табобати ҷарроҳӣ дар ҳузури якчанд ҷузъҳои патологӣ, ҳалли се масъалаи асосиро, ки дар як вақт амалиёти ҷарроҳии ҳамаи сохторҳои манфиатдори бинӣ, пайдарпайии дахолати ҷарроҳӣ ва интихоби анестезияи мувофиқро пешбинӣ мекунад.

Дар ин ҳолат ҷанбаҳои мусбат ва манфии амали ҷарроҳӣ бояд баҳо дода, принсипи сарфакоронаи ҷарроҳӣ риоя карда, хоҳиши бемор ба инобат гирифта шавад [11, 13, 17, 39, 43].

Амалиётҳои якҷоя дорои як қатор бартариҳои тиббӣ ва иҷтимоӣ-иқтисодӣ мебошанд, ки бо раҳоии бемор аз дубора бистарӣ шудан ва ҷарроҳӣ, хатари анестетикӣ ва дигар осеби равонӣ-эмотсионалӣ вобаста ба амалиёти дарпешистода алоқаманданд. Имконияти якҷоя кардани ҷарроҳии функсионалӣ ва эстетикӣ дар амалиёти сохторҳои бинӣ ва ҶНБ, кам кардани вақти умумии корношоями ва барқарорсозии пас аз ҷарроҳии беморон низ ҷанбаҳои мусбати амалиёти ҷарроҳии ҳамзамон мебошад [7, 9, 13, 17, 37, 40].

Ҷанбаҳои манфии амалиёти якҷоя дар сохторҳои бинӣ ва ҶНБ метавонад зиёд шудани вақти амалиёти анҷомдодашуда дар якчанд сохторҳои анатомикии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ, эҳтимолияти зиёд шудани талафоти хун, варам ва илтиҳоби назарраси бофтаҳо дар минтақаи дахолати ҷарроҳӣ бошад. Дар робита ба ин, пас аз анҷом додани амалиёти якҷоя дар сохторҳои бинии беруна, ковокии бинӣ ва ҶНБ, бодиққат назорат кардани ҳолати бинии беруна ва ковокии бинӣ бо мақсади пешгирии рушди мушкилоти илтиҳобӣ, пешгирии хунравии пас аз ҷарроҳӣ ва ташаккули синехияҳо моҳияти калон дорад [2, 9, 21, 29].

Ҳангоми гузаронидани амалиёти ҷарроҳии реконструктивии якҷоя дар сохторҳои дохили бинӣ, ки бо осеби луобпардаи ковокии бинӣ ҳамроҳӣ мекунад, пайдошавии аломатҳои ринити субатрофӣ бо зуҳуроти хушкшавии луобпарда, коҳиши функсияи секреторӣ ва сустшавии фаъолияти клиренсии (тозакунӣ) эпителии пардаи луобии ковокии бинӣ имконпазир мегардонад.

Як катор муаллифон дар тадқиқоти худ таъсири зараровари тампонҳои докагиро ба фаъолияти ҳаракати эпителии мичгонакдори пардаи луобии ковокии бинӣ ва тағйир ёфтани консентратсияи ионҳои гидроген (pH) ба ацидоз нишон медиҳанд. Дар натиҷаи осеби механикӣ суръати ҳаракати мичгонакҳои пардаи луобии ковокии бинӣ паст шуда, барои инкишофи микрофлораи патогенӣ ва пайдоиши мушкилоти илтиҳобии баъди ҷарроҳӣ шароит фароҳам оварда мешавад [8, 23, 31, 37].

Бояд қайд кард, ки луобпардаи бинӣ дорои иннерватсияи хеле инкишофёфта ва остонаи пасти ҳассосияти дард буда, дарди бемор ҳангоми ҷарроҳӣ ва дар давраи пас аз ҷарроҳӣ ба аксуламали муҳофизатӣ оварда мерасонад, ки бо афзоиши психоэмоционалӣ ва ҷисмонӣ зоҳир мешавад, ки ҳангоми интихоби мувофиқи анестезияи амалиёти якҷоя ва дар давраи нигоҳубини пас аз ҷарроҳии беморон ба назар гирифта мешавад [22, 28, 37].

Аксарияти амалиётҳои ҷарроҳии эндоназалӣ бо тампонадаи ковокии бинӣ барои 1-2 рӯз анҷом меёбад. Дар натиҷаи тампонада нафаскашии бинӣ ва бӯй вуҷуд надорад. Беморон аз дарди сар, эҳсоси пуррагӣ дар ковокии бинӣ, ашкрони аз чашм, хушк шудани даҳон ва вайроншавии хоб нигаронанд. Нигоҳдории минбаъдаи тампонҳо дар ковокии бинӣ эҳсосости дардноки беморро нисбат ба худи амали ҷарроҳӣ боз ҳам беҳтар мекунад. Аз ин рӯ, имрӯз масъалаҳои нигоҳ доштани тампонадаи бинӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ аҳамияти калон доранд [9, 23, 43].

Инчунин бояд қайд кард, ки ринити шадиди реактивӣ аксар вақт дар давраи пас аз ҷарроҳӣ инкишоф меёбад, ки ҷараёни клиникии он метавонад фаъолияти микрофлораи сапрофиро зиёд кунад ва боиси сирояти захми ҷарроҳӣ гардад. Бояд қайд кард, ки иҷрои амалиёти якҷоя барои деформатсияи бинӣ дар якҷоягӣ бо патологияи ковокии бинӣ ва ҶНБ ба як қатор ҳолатҳои тиббӣ, иҷтимоӣ ва иқтисодӣ вобаста аст, ки бояд пеш аз анҷом додани амали ҷарроҳӣ баррасӣ карда шаванд. Натиҷаи муолиҷаи комплексӣ бештар аз дуруст баҳодиҳии ҳолати бинии беруна, ковокии бинӣ ва ҷавфҳои параназалӣ, интихоби тактикаи оқилонаи ҷарроҳӣ ва анестезияи мувофиқ вобаста аст [25, 30, 31, 38, 41].

Дар робита ба интихоби тактикаи табобати пас аз ҷарроҳии чунин беморон, дар

ринологияи муосир ақидаи ягона вуҷуд надорад. Инчунин, схемаи оптималии идоракунии давраи пас аз ҷарроҳӣ, роҳҳои нигоҳубини сатҳи захмҳо, инчунин зарурати антибиотикҳои маҳаллӣ ё системавӣ вуҷуд надорад ва иттилооте, ки дар адабиёт оид ба ин масъалаҳо мавҷуданд, аксар вақт ба якдигар зиддият доранд.

Ҳамин тариқ, таҳлили адабиёт нишон медиҳад, ки сарфи назар аз усулҳои пешниҳодшуда ва васеъ истифодашавандаи табобати ҷарроҳии патологияҳои омехтаи бинӣ ва ҶНБ, таҳияи усулҳои оптималии риноҷарроҳиии функсионалии-эстетикӣ бо реабилитатсияи минбаъдаи терапевтии беморони гирифтори деформатсияи бинӣ, дар якҷоягӣ бо патологияи ковокии бинӣ ва ҷавфҳои параназалӣ, яке аз проблемаҳои актуалии оториноларингологияи муосир буда, омӯзиши минбаъдаро тақозо мекунад.

АДАБИЁТ

1. Авдеева С.Н. Лечебная тактика врача при сочетанной патологии верхних дыхательных путей и различных форм тугоухости / С.Н. Авдеева, В.А. Василенко, Е.П. Павлова // Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха.- Москва.- 2002.- С.22-23.
2. Аксенов В. М. Отдаленные последствия резекции носо-вой перегородки и повторные хирургические вмешательства на перего-родке носа. /В. М. Аксенов В. О. Кичиков. // Наука и практика в оториноларин- гологии. М : матер. 3-й Рос. науч.практ. конф. - М; 2004. - С. 62-63.
3. Алахвердиев С.А. Выбор оптимального хирургического доступа при кистах верхнечелюстных пазух: автореф дис. ... канд. мед. наук / С.А. Алахвердиев. - М. – 2011. – 35с.
4. Анализ схем лечения полипозного риносинусита в Российской Федерации. /Е.Л. Савлевич [и др.] // Российская оториноларингология.-2019.- №1(98).- С.124-133.
5. Аносов А.П. Риносептопластика при деформациях наружного носа, сочетающихся с выраженным искривлением носовой перегородки / А.П. Аносов И.М. Король // Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха.- Москва.- 2002.- С.24-25.
6. Бокштейн Ф.С. Внутриносовая хирургия / Ф.С. Бокштейн - М.- 1956.- С. 230.
7. Василенко Д. Ю. Сочетанные операции при заболеваниях полости носа и околоносовых пазух. Автореф. дисс.... канд. мед. наук / Д.Ю. Василенко - Курск, 2008.- 25с.
8. Васина Л.А. Восстановление структуры и функций слизистой оболочки полости носа в послеоперационном периоде у больных с искривлением перегородки носа и хроническим гипертрофическим ринитом / Л.А. Васина // Вестник оториноларингологии. – 2009. – №2. – С.33-35.
9. Воробьев А.А. Ведение послеоперационного периода при функциональных внутриносовых хирургических вмешательств / А.А. Воробьев, В.М. Моренко // Российская ринология.- 2005.- №2. - С. 106-107.
10. Воячек В.И. О взаимной связи операций при искривлении перегородки носа и при сколиозе его спинки / В.И. Воячек // Журнал ушных, носовых и горловых болезней.- 1959.- №2.- С.3-10.
11. Гаджимирзаев Г.А. Сочетанные операции в ринологической практике / Г.А. Гаджимирзаев, Ю.А. Джамалудинов // Российская ринология.-1998.-№3.-С.13-16.
12. Гюсан А.О. Восстановительная риносептопластика / А.О. Гюсан. -Санкт- Петербург. - 2000.- С.190.
13. Гюсан А.О. Возможности симультанной хирургии в ринологии /А.О.Гюсан // Вестник оториноларингологии.-2014.- №3.-С. 48-50.
14. Джамалудинов Ю.А. Наш опыт в комбинированной риносептопластике / Ю.А. Джамалудинов, Ж.М. Гусниева, П.Ю. Джамалудинова // Российская ринология.-2002.-№2.- С.163-164.

15. Должиков А.А. К вопросу формирования хронического ринита в слизистой оболочке полости носа при искривлении его перегородки / А.А.Должиков, О.Ю.Мезенцева, В.С. Пискунов // Санкт- Петербуг. – 2006. - С. 272-273.
16. Егоров В.И. Сочетанная хирургическая коррекция носового дыхания / В.И. Егоров, А.В Козаренко // Материалы Российской научно-практической конференции. - Москва.-2002.-С.54.
17. Ильичев А. Ю. Клинико-экономическое обоснование симультанных операций при заболеваниях носа и околоносовых пазух у военнослужащих. Автореф. дисс.... канд. мед. наук / А. Ю. Ильичев. - Москва, 2004.- 25с.
18. Карпищенко С.А. Коррекция перегородки носа при вмешательствах на верхнечелюстной пазухе /С.А. Карпищенко [и. др.] // Российская оторинола- рингология.-2018.- №2(97).-С.44-47.
19. Кицера А.Е., Борисова А.А. Септоортопластика- методы и варианты / А.Е. Кицера, А.А. Борисова / Российская ринология.-1993 .-№1.-С.30-31.
20. Козлов В.С. Реконструктивная хирургия внутриносовых структур / В.С. Козлов // Российская ринология.-1994.-№2.- С.63-64.
21. Козлов В.С.Болезни оперированного носа и околоносовых пазух / В.С.Козлов, С.О.-Шемякин // Клинический вестник. -2013. №1. – С .41-47.
22. Коломенский Е.Е. Обезболивание в оториноларингологии / Е.Е. Коломенский, В.Г. Зенгер // Санкт- Петербург.-2000.-С. 28-129.
23. Крюков А. И. Оптимизация послеоперационной тампонады больных, перенесших септопластику и конхотомию: метод. рек. / А. И. Крюков.- М., 2015. - 17 с.
24. Курбанов У.А. Современный подход к диагностике и хирургическому лечению искривлений перегородки носа / У.А.Курбанов [и др.] // Вестник Авиценны.-2019.- (21)1.- С.77-82.
25. Лаберко Е.Л. Методика объективного изучения состояния мукоцилиарного клиренса у детей / Е. Л. Лаберко, А.Г.Талалаев, М.Р. Богомильский // Вестник оториноларингологии. – 2015. №2.- С. 40-44.
26. Лиманский С.С. Функциональная хирургия носа и околоносовых пазух / С.С. Лиманский //Российская ринология.-1996.-№2-3.-С87.
27. Литовец И.И. Комплексная клинико-лучевая диагностика сочетанных поражений придаточных пазух носа Автореферат дисс…. канд. мед. наук / И.И. Литовец.- Казань – 2015.- 26с.
28. Лопатин А.С. Эндоназальные хирургические вмешательства на околоносовых пазухах: сравнение результатов различных методов / А.С. Лопатин, М. Кунемунд, А.А. Пилипенко// Российская ринология.- 2000.- №4.- С.16-19.
29. Магомедов А.З. Осложнения сочетанных операций // Сочетанные операции. Сборн. научных трудов / А.З. Магомедов - Махачкала.-1995.-С.6-9.
30. Магомедов М.М. Кислотно-щелочное равновесие и мукоцилиарный клиренс в полости носа при хроническом рините и воспалительных заболеваниях ОНП / М.М. Магомедов, Г.М. Магомедов // Вестник оториноларингологии.- 2013. - №2. - С.43-45.
31. Магомедов М.М. Морфологическое и функциональное состояние слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух после хирургических вмешательств // Вестник оториноларингологии. – 2016. -№5. - С.54-56.
32. Медведев В.А. Методы хирургического лечения ринолордоза при комбинированных деформациях носа / В.А. Медведев // Вестник оториноларингологии.-2013.- №4.(65). -С. 81-84.
33. Пальчун В.Т., Оториноларингология : учебник / *В. Т. Пальчун*, А. И. Крюков, М. М. Магомедов. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020.
34. Пискунов Г.З. Последовательность хирургического вмешательства при нарушении дыхательной и эстетической функций носа и заболеваниях ОНП / Г.З.Пискунов// Россий-

ская. ринология.-2003.-№2.-С.93-94.
35. Пискунов И.С. Компьютерная томография в диагностике заболеваний носа и околоносовых пазух./ И.С. Пискунов. - Курск, 2002.- 191с.
36. Плужников, М.С. Оториноларингология и технический прогресс / М.С. Плужников // Вестн. оториноларингологии. – 2008. – №4. – С. 7-12.
37. Полишенко Т.Г. Методы оценки состояния слизистой оболочки носа и ее функций у больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух до и после хирургического вмешательства / Т.Г. Полишенко, Г.З. Пискунов // Российская ринология.-2002.-№4.-СЗ 1-34.
38. Пустовит О.М. Послеоперационная реабилитация структур слизистой оболочки носа и околоносовых пазух в ринохирургии / О.М. Пустовит // Российская оториноларингология. – 2017. - №2. (87).-С.- 120-125
39. Современный взгляд на септопластику и возможности анестезиологической защиты. / Х.Т. Абдулкеримов [и др.] // Российская оториноларингология.-2018.- №1(97).- С.72-80.
40. Хрусталева Е.В. Эффективность симультанных операций на ЛОР-органах у больных различных возрастных групп / Е.В. Хрусталева, Е.В. Песковацкова / Матер. XI Российской конференции оториноларингологов.-Москва, 2012.-С. 320-322
41. Хрусталева Е.В. Оценка процессов заживления слизистой оболочки полости носа после симультанных эндоназальных операций у больных старших возрастных групп на основании показателей МЦТ и секреторного иммуноглобулина А / Е.В Хрусталева [и др.] / / Folia Otorhinolaryngologiae et PathologiaeRespiratoriae. - 2016. - T.l. №22- С. 53 - 57.
42. Юнусов А.С. Возможности одномоментной операции на носовых раковинах и перегородке носа у детей /А.С.Юнусов [и др.]/ Российская ринология.-2002.-№2.-С186.
43. Baumann I. Quality of life before and after septoplasty and rhinoplasty / I. Baumann // Laryngorhinootologie. - 2010. - №89. - S. 1. - P. 35-45.
44. Cashman E.C., Mac Mahon P.J., Smyth D. Computed tomography scans of paranasal sinuses before functional endoscopic sinus surgery. World J Radiol 2011; 3: 8: 199-204.
45. Cottle M.H. Corrective surgery of the nasal septum and the external pyramid - Study notes and laboratory manual. - Chicago. - 1960.
46. Huizing E.H. Functional reconstructive nasal surgery. / E.H. Huizing J. De Groot .-New York.- 2003.- 286p.
47. Inferior turbinoplasty during cosmetic rhinoplasty: techniques and trends / N Tanna // *AnnPlastSurg*.- 2014.- №72(1).- P. 5-8.
48. Trenite G.J.N. Rhinoplasty a practical guide to functional and aesthetic surgery of the nose / G.J.N.Trenite. –Nijkerk. : KoninkIijke, 2005. -427 p.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИИ ДЕФОРМАЦИИ НАРУЖНОГО НОСА, СОЧЕТАННОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

М.И. Махмудназаров
Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино»

Резюме. Статья содержит анализ данных отечественной и зарубежной литературы о состоянии вопросов хирургического лечения и послеоперационной реабилитации больных с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа и околоносовых пазух (ОНП). Анализ литературы показывает, что в плане тактики хирургического лечения больных с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа и ОНП нет единого мнения и вопросы разработки более эффективных методов хирургического лечения одномоментного характера остаются предметом дискуссии.

Ключевые слова. Деформация носа, деформация носовой перегородки, риносептопластика, одномоментные операции, носовая полость, околоносовые пазухи,

MODERN PRINCIPLES OF SURGERY OF EXTERNAL NOSE DEFORMATION COMBINED WITH PATHOLOGY NOSE CAVITY AND PARANASAL SINUSES.

Makhmudnazarov M.I.
Department of Otorhinolaryngology named after Yu. B. Iskhaki (Head of department, k.m. s, associate professor) SEI «TSMU named after Abuali ibn Sino

The review article is devoted to the issues of surgical treatment and postoperative rehabilitation of patients with deformity of the nose, combined with pathology of the nasal cavity and paranasal sinuses (SNP). Analysis of the literature shows that in terms of the tactics of surgical treatment of patients with nasal deformity, combined with pathology of the nasal cavity and SNP, there is no consensus, and the development of more effective methods of simultaneous surgical treatment remains a subject of discussion.

Keywords. Deformity of the nose, deformation of the nasal septum, rhinoseptoplasty, simultaneous operations, nasal cavity, paranasal sinuses,

Махмудназаров Махмадамин Имомович – н.и.т., дотсенти кафедраи оториноларингология ба номи Ю.Б. Исҳоқӣ, МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино" Тел.: (+992) 935-06-75-43, Email:mahmadamin@inbox.ru ORCID 0000-0003-2048-5597

Махмудназаров Махмадамин Имомович – к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Тел.: (+992) 935-06-75-43, Email:mahmadamin@inbox.ru ORCID 0000-0003-2048-5597

Makhmudnazarov M**ahmadamin** Imamovich - Associate Professor of the Department of otorhinolaryngology Avicenna TSMU, Tel.: (+992)935-06-75-43, E-mail: mahmadamin@inbox.ru ORCID 0000-0003-2048-5597.

ТРОМБОЗ ВА ЭМБОЛИЯҲОИ ШАРЁНҲОИ АНДОМҲОИ БОЛО: ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ХАТОҲОИ ТАШХИС ВА ТАКТИКАИ ТАБОБАТ

Раҳматуллоев Р.[1], Пулотов О. Н.[2], Гулов У. А.[3]
1.Маркази ташхису табобатии «Вароруд», шаҳри Турсунзода, Ҷумҳурии Тоҷикистон; 2.МД «Маркази бемориҳои дил ва ҷарроҳии дилу рагҳои вилояти Суғд»-и ВТ ва ҲИА, Хуҷанд, Тоҷикистон; 3. Беморхонаи марказии шаҳри Вахдат, Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мубрамӣ. Ташхис ва табобати ногузароии шадиди шарёнӣ яке аз мушкилоти мубрамтарини бахши ҷарроҳии фаврӣ мебошад. Ин ҳам ба афзоиши басомади вохӯрандагии патологияи мазкур ва ҳам ба коҳишёбии синни миёнаи гирифторшавӣ ба ишемияи бухронии андом алоқаманд аст [1]. Андоми болоӣ узви асосии одам барои иҷрои корҳо буда, аҳамияти фавқулодаи функсионалӣ ва эстетикӣ дорад. Басомади баланди бавуҷудоии ишемияи бухронии андоми болоӣ дар шароити ногузароии шадиди шарёнҳо, инчунин ампутатсияи андоми болоӣ ҳангоми он сабаби маъюбшавии беморон мегарданд. Мувофиқи маълумоти Маркази федералии илмию амалии коршиносӣ ва тавонбахшии маъюбони Федератсияи Россия, ногузароии шадиди шарёнӣ дар байни сабабҳои маъюбшавии андомҳои болоӣ дар ҷойи сеюм буда, 17% аз миқдори умумии ампутатсияҳо дар асоси нишондодҳои ҳаётиро ташкил медиҳад [2]. Шумораи ишемияҳои андомҳо дар ИМА ва кишварҳои Аврупо аз 50 то 100 ҳолатро ба ҳар 100 000 аҳолӣ ташкил медиҳад, дар 5,5-14,6% ҳолатҳо пас аз табобат дар беморон коҳиш ёфтани сифати зиндагӣ аз сабаби аз даст додани функсияҳои андом ё ампутат-

сияи он мушоҳида мегардад [3]. Ҳамасола дар байни аҳолии Англия ва Уэлс зиёда аз 5 000 нафар аз ногузароии шадиди шарёнии андоми болоӣ (НШШАБ) азият мекашад, дар зимн омори фавт миёни онҳо то 20% ҳолатҳоро ташкил медиҳад, ампутатсияи андом дар беш аз 30% ҳолатҳо иҷро мешуд [4]. Ба ҳисоби миёна дар ҷаҳон басомади ампутатсияҳои андомҳо ҳангоми НШШАБ дар ҳудуди 15–40 % тағйир меёбад, фавтият ба 25-50% мерасад.

Ҳангоми осеб дидани шуъбаи проксималии маҷрои шарёнӣ амалиётҳои реконструктивӣ натиҷаи мусбат медиҳанд, зеро тағйироти ислоҳнашаванда дар бофтаҳо аз сабаби мавҷудияти коллатералҳои сершумор хеле дертар рӯй медиҳанд [5]. Монеаи назаррас дар роҳи расидан ба натиҷаҳои оптималии табобати беморон бо НШШАБ дер муқаррар шудани ташхиси дуруст ва дар оқибати ин дертар ба беморхонаҳо интиқол ёфтани беморон аст. Танҳо 10-15% беморон дар давраи байни соатҳои 6-8-уми пас аз пайдо шудани нишонаҳои якуми беморӣ барои ёрии тиббӣ муроҷиат мекунанд, ки «фосилаи тиллоии вақт» барои оғози дахолат маҳсуб меёбад, зеро баъди фосилаи мазкур муриши ҳуҷайраҳои мушакҳо сар мешавад [6]. Зимнан, ҳамчун сабабҳои асосии нокомӣ дар ташхис ва табобат инҳо номбар мешаванд:

- басомади камтари вохӯрдани НШШАБ дар қиёс бо ногузароии шадиди шарёнии андомҳои поёнӣ (НШШАП), ки табибони зинаи якумро ба тахмини иштибоҳӣ моил мекунад;
- танҳо 2,8 % усулҳои ҷарроҳӣ, ки барои реконструксияи шарёнҳо ба кор бурда мешаванд, дар андомҳои болоӣ қобили истифода мебошанд;
- шакли барои табобат аз ҳама мусоиди НШШАБ, ки проксималӣ аст, танҳо дар 1/3 ҳолатҳо вомехӯрад, шаклҳои дисталӣ, ки ҳангоми онҳо дахолати ҷарроҳӣ ғайриимкон аст ва танҳо табобати консервативӣ гузаронда мешавад, дар 2/3 ҳолатҳо вомехӯрад;
- сабаби асосии патология айни замон муайян карда нашудааст.

Омилҳои зиёде, аз қабили омилҳои маҳаллӣ, регионарӣ ва системавӣ вуҷуд доранд, ки ба НШШАБ таъсир мерасонанд [7]. Ба ин тариқ, мушкили интихоби табобати ҷарроҳӣ ва иштибоҳҳо дар ташхис мубрам боқӣ монда, такмил додани усулу равишҳоро металабанд.

Этиология. Дар аксарияти кулли ҳолатҳо омили этиологии ногузароии шадиди шарёнӣ эмболия ва тромбозҳо мебошанд [7–8]. R.S. Dieter, R.A. Dietary, R.A. Dietary чор сабаби асосии атеросклерози облитератсиякунандаи андомҳои поёнӣ 4(АОАП), аз ҷумла эмболияҳо, тромбозҳо, осебҳо ва васкулитҳоро ҷудо мекунанд [9], аммо маҳз эмбол дар инкишофи НШШАБ нақши калидӣ дорад, ба ҳама сабабҳои дигар хеле камтар дучор метавон шуд [10]. Мувофиқи маълумоти адабиёти хориҷӣ, эмболияи андоми болоӣ (АБ) тахминан 20% аз шумораи умумии эмболияҳои рагҳои бадани одамро ташкил медиҳад.

Эмбол дар 90 % ҳолатҳо сабаби инкишоф ёфтани НШШАБ мегардад [11]. Сабаби аз рӯйи басомад то ин андоза бартарӣ доштан дар муқоиса бо андоми поёнӣ дар басомади нисбатан ками пайдоиши пайсаҳои атеросклерозӣ дар шарёнҳои андоми болоӣ мебошад. Атеросклерози андомҳои болоӣ танҳо 5% аз басомади умумии беморшавии андомҳои болоиро ташкил медиҳад ва дар аксари кулли ҳолатҳо ба шарёнҳои зеричанбарӣ ва зерибағалӣ осеб мерасонад [12]. Бештар аз ҳама эмбол ҷараёнро дар шарёни китф роҳбанд мекунад. Дар 90–95% беморон сабаби эмболҳои доираи калони гардиши хун бемориҳои дил мегарданд (кардиосклерози атеросклерозӣ, инфаркти шадиди миокард, иллатҳои тарбодии дил, эндокардити септикӣ, аневризмаҳои дил, клапанҳои сунъӣ, миксомаи пешдилӣ ва ғ.) [13–14]. Зиёдтар аз ҳама инкишофи ногузароии шадиди шарёнии андомҳои болоиро бо бемории ишемиявии дил, инчунин оризаҳои он алоқаманд мекунанд. Дар зимн аритмияи ларзанда дар 60-80% ҳолатҳо метавонад сабаби ба ҳаракат даромадани тромбҳои дил ва ба эмболҳо табдил ёфтани онҳо гардад [12; 15]. Гоҳо манбаи инкишофи эмбол метаво-

над аневризмаи шарёни зеричанбарӣ ва зерибағалӣ гардад [11].

Механизми ташаккул ёфтани тромб бениҳоят мураккаб аст ва бо вуҷуди он ки омӯзиши раванди мазкур ду садсола боз идома дорад, то охир омӯхта нашудааст [16].

Инкишофи тромб ва атеросклероз дар марҳилаҳои аввал этиологияи умумии алоқаманд ба ихтилоли гемостази эндотелиалӣ дорад. Осебҳои эндотелий, ки ба инкишофи равандҳои илтиҳобӣ ва халал ёфтани тавозуни миёни омилҳое мегардад, ки он тавлид мекунад, сабаби инкишофи бисёр бемориҳо ё сахттар шудани онҳо мегардад [13; 17]. Дисфунксияи эндотелиалӣ раванди мураккабест, ки яке аз зуҳуроти барвақти он халалёбии биодастрасии оксиди азот (NO) аз таъсири омилҳое, мисли гипертонияи шарёнӣ, дислипидемия, диабети қанд мебошад. Осеб ёфтани функсияи эндотелий бо коҳишёбии вазодилитатсия, холати зиддиилтиҳобӣ ва хусусиятҳои протромботикӣ тавсиф меёбад, ки ин ба бемориҳои асосии дилу рагҳо, бемориҳои рагҳои периферияви, диабети қанд, норасоии музмини гурдаҳо марбут мебошад. Омилҳои зиёди этиологӣ мавҷуданд, ки боиси осеб ёфтани эндотелий мегарданд (аз истеъмоли тамоку то сирояти вирусӣ), лекин агенти осебрасон ҳар гунае бошад, механизми амали ҷавобӣ дар ҳама ҳолатҳо монанд аст. Дар марҳилаҳои аввали осебёбӣ дар мавзеи нуқсон адгезияи монотситҳо ва тромботситҳо рӯй медиҳад, ки ба онҳо муҳоҷирати монотситҳо ба интима ҳамроҳ мебошад [7; 18]. Ғафсшавии девораи раг ба рушди худи пайса дар ҳуҷайраҳо ва шуъбаҳои ҳамшафати раг боис мегардад. Минбаъд дар ядрои пайса тағйироти некрозӣ ба амал меояд, воридшавии хун аз vasavasorum (рагҳои хурди хунгард, ки дар деворaҳои шарёну варидҳо ба шохаҳо ҷудо мешаванд) ба адвентитсияи раг тақвия меёбад. Реваскуляризатсия дар дохили пайса ба пайдо шудани микрогемморагияҳо дар он сабаб мегарданд, ки дар навбати худ ба баланд шудани фаъолии тромбогенӣ мебарад. Дар посух ба калоншавии пайса ва хурд шудани қабати мушакии чандир дилататсияи ҷубронии раг ба амал меояд, ки дар марҳилаи аввали раванди патологӣ тангшавии роғи рагро ҷуброн мекунад. Аммо дар лаҳзае, ки калоншавии пайса аз ҳадди имкониятҳои ҷубронии қабати миёнаи раг мегузарад, тангшавии боз ҳам бештари роғ рух медиҳад. Дар зимн пайса устувории худро аз даст медиҳад ва имкони кандашавии қисмҳои он бо ташаккулёбии эмбол ба миён меояд. Ғайр аз ин, алҳол дақиқан исбот шудааст, ки эндотелий танҳо як қисми девораи артерия нест, балки метавонад аз таъсири атсетилхолин тонуси мушакҳои рагро бе таъсири механизмҳои марказӣ тағйир диҳад [7]. Яъне эндотелий маҷмуи ҳуҷайраҳои нофаъол дар байни хун ва бофтаҳо набуда, узви фаъол аст, ки дисфунксияи он ҷузъи ҳатмии ҳамаи бемориҳои дилу рагҳо мебошад. Функсияҳои асосии эндотелий, ки ҳангоми иллатёбии он халал меёбанд, ин гуна мебошанд: 1) танзими тонуси рагҳо (синтези моддаҳои васеъкунандаи рагҳо - оксиди азоти (NO), простасиклини PGI2, брадикинин, омили гиперқутбикунандаи эндотелийҳосилкунанда (EDHF); моддаҳои тангкунандаи рагҳо – эндотелин-1, простагландин H2, супероксиди анион, маҳсулоти маҳаллии ангиотензин II, тромбоксан A2); 2) танзими лахташавии хун (ташаккули фаъолкунандаҳо ва ингибиторҳои фибринолиз, омилҳои ба тромбоз мусоидаткунанда ва зид); 3) танзими гузароии деворaҳои рагҳо (радикалҳои озод, протеинкиназаи C); 4) ремоделинги рагҳо аз ҳисоби омили рушди тромбоситарӣ, омили рушди инсулинмонанд, омили рушди фибробластҳо, омили рушди трансформатсионӣ; 5) хусусиятҳои адгезии девораи рагҳо (ташаккул ёфтани молекулахои адгезия – ICAMs, VCAMs, E-селектин, P-селектин).

Тавре аз маълумоти болозикр бармеояд, эндотелий як қатор функсияҳои барои фаъолияти ҳаётии муътадили инсон муҳимро ичро мекунад. Осеб ёфтани эндотелий дар оқибати ин ё он омилҳо ногузир ба ихтилоли равандҳои гемостаз ва минбаъд патологияҳо дар рагҳое, ки эндотелий қисми онҳо мебошад, боис мегардад.

Дар адабиёт ақидае пеш оварда мешавад,

ки байни пайдошавии диабети қанди навъи 2 ва осеби шарёнҳо бо атеросклероз робитаи генетикӣ вуҷуд дорад. Ғайр аз ин, раванди атеросклерози шарёнҳо ҳангоми диабет дар қиёс бо ҳолати бе диабет хеле агрессивитар мегузарад [19].

Тасниф. Мисли ҳолатҳои вобаста ба бемориҳои дигар, систематизатсияи ногузароии шадиди шарёнӣ бо як тасниф маҳдуд намешавад. Васеътар аз ҳама таснифи эмболияи шадид ба кор бурда мешавад, ки В. С. Савелев бо ҳаммуалифон соли 1972 таҳия намудааст.

I А – ҳисси карахтӣ, сардшавӣ, парестезия; I Б – дард; II А – парез; II Б – плегия; III А – варами субфастсиалии мушакҳо; III Б – контрактураи қисмӣ; III В – контрактураи пурра.

Таснифи мазкур барои истифода дар амалияи клиникӣ қулай буда, имкон медиҳад нишондодҳо барои иҷрои амалиётҳои ҷарроҳии нигоҳдоранда ё ампутатсияҳо аниқ карда шаванд. Масалан, то дараҷаи III Б гузарондани амалиётҳои нигоҳдоранда имкон дорад, аммо III В нишондоди аниқ барои ампутатсия мебошад [3].

Баъзе муаллифони хориҷӣ ҳангоми интихоби тактикаи табобати беморон бо НШША тавсия медиҳанд, ки таснифи Rutherford (1986) ба кор бурда шавад, ки ба дараҷаи ишемияи андом асос ёфта, истифодаи ин гуна синфҳои клиникиро дар назар дорад:

- синфи клиникии 1 – андоми қобили ҳаёт, бе дард ва клиникаи неврологӣ, ки ҷоришавии хун дар он ҳангоми допплерография хуб шунида мешавад, ба дахолат эҳтиёҷ надорад;
- синфи клиникии 2a– андом зери хатари ампутатсия қарор дорад, ифодаёбии манзараи неврологӣ ва дардҳои ишемиявӣ начандон равшан аст, ҳангоми допплерография ҷоришавии хун равшан шунида намешавад, дахолати фаврӣ талаб намегардад;
- синфи клиникии 2b – андом таҳти хатари ампутатсия қарор дошта, дахолати бетаъхири ҷарроҳиро талаб менамояд;
- синфи клиникии 3 – андом бо ишемияи бебозгашт, аздастдиҳии моторика ва ҳассосият бо сатҳи вазнинии баланд, мачрои капиллярии хун нест, намуди мармарии пӯст мушоҳида мегардад. Андом дар ин ҳолат қобили вуҷуд нест [19].

Принсипҳои ташхис ва иштибоҳҳои ташхисӣ. Ташхиси ногузароии шадиди шарёнӣ ва гузоштани ташхиси саривақтӣ дар ин гурӯҳи беморон ҳанӯз ҳам масъалаи мушкил боқӣ мемонад [20]. Дар бештар аз 80% ҳолатҳо эмболияи андомҳо бо манзараи баръало зуҳурёфта ҷорӣ мешавад, дар ҳар ҳолати панҷум беморӣ зуд инкишоф меёбад [21–22]. Аммо баъзе хусусиятҳое вуҷуд доранд, ки ба хеле дертар аз ишемияи шадиди андоми поён ташхис шудани ишемияи шарёнии андоми боло мусоидат менамоянд. Ин аст, ки НШШАБ нисбат ба НШШАП камтар вохӯрда, 10-15% аз ҳамаи ҳолатҳои НШША-ро ташкил медиҳад. Басомади пасттари вохӯрдани НШШАБ сабаби он мегардад, ки ҳангоми патологияи мазкур табибони зинаи якум дар ками ҳолатҳо ташхиси мазкурро тахмин мекунанд [23].

Баъзан тасвири клиникии беморӣ симптомҳои норавшан дорад ва гузарондани ташхиси дифференсиалӣ барои фарқ кардани тромбозҳои шадид ва эмболияҳо аз бемориҳои дигар лозим мешавад [19].

Ғайр аз ин, барои аниқ кардани ташхис ҳангоми НШШАБ истифодаи усулҳои иловагии таҳқиқи, аз қабили допплерография, реовазография ва ғайра ба мақсад мувофиқ мебуд, вале чунин имконот танҳо дар шуъбаҳои махсусгардонидашудаи ҷарроҳии рагҳо вуҷуд дорад.

Дар сурати бесамарии усулҳои физикалии таҳқиқ усулҳои иловагӣ ба кор бурда мешаванд. Усулҳои аз ҳама иттилоъноки омӯзиши мачрои рагҳо ва микросиркулятсия имрӯз ангиография, сканеркунии дуплексии рангаи рагҳо ва флуометрияи лазерии Допплер мебошанд [24].

Ангиография усули аз ҳама иттилоъноки ташхиси ногузароии шадиди шарёнӣ мебошад, аммо мисли ҳама усулҳои инструменталии дигар камбудиҳои худро дорад. Дар ҳоле ки мактаби русӣ ангиографияро «стандарти тиллоӣ» дар ташхиси бемориҳои окклюзивӣ медонад ва дар баробари ин зарурати таҳияи нишондодҳои қатъӣ

барои татбиқи онро эътироф мекунад, муаллифони хоричӣ истифодаи ин усулро танҳо дар 10% беморони гирифтори НШШАБ ба мақсад мувофиқ медонанд [25–26]. Ба фарқ аз ҳолатҳои НШШАП, дар мавриди НШШАБ ангиография танҳо маълумоти маҳдудро медиҳад, бо назардошти ин истифодаи онро маҳдуд бояд кард [27]. Камбудиҳои асосии он аз инвазивӣ будани усул, арзиши баланд, зарурат ба малакаҳои махсус доштани мутахассисоне, ки ин амалро анҷом медиҳанд ва ғайра иборат мебошанд.

Маҳдудиятҳо дар истифодаи ангиография зарурати такмил додан ва васеъ кардани нишондодҳо барои корбасти усулҳои ғайриинвазивиро ба миён меорад.

Усули аз ҳама самараноки ташхиси ғайриинвазивӣ допплерографияи ултрасадоӣ мебошад. Сканкунии дуплексии раг стенозро дар зиёда аз 50% ҳолатҳо ва дар сурати мавҷудияти сенсори дорои ҳассосияти баланд дар зиёда аз 80% ҳолатҳо пайдо карда метавонад, дар ин ҳол сатҳи ба мақсад аз лиҳози иқтисодӣ мувофиқ будани он зиёда аз 95%-ро ташкил медиҳад [28]. Ин усул барои истифода дар бахши ҷарроҳии таъҷилӣ қулай аст, зеро амалӣ карданаш осон аст ва имкон медиҳад, ки сатҳи окклюзия, инчунин вазъи гардиши коллатералии хун муайян карда шавад, ки ҳангоми интихоби табобати нигоҳдоранда ё ампутатсия муҳим мебошад [13]. Сканкунии дуплексии шарёнҳои андомҳои боло дар ҳар шуъба хусусиятҳои худро дорад. Агар гумон аз окклюзия (роҳбандшавӣ) ё стенозишавӣ (тангшавӣ)-и сӯрохии шарёни зери устухони чанбар ҷой дошта бошад, дар ҳама ҳолатҳо сканкунии параллелии шарёни сутунмуҳра бо мақсади истисно кардани синдроми маҳрумсозии шарёни зери чанбар ҳатмӣ аст [29].

Ғайр аз ин, усулҳои ғайриинвазивӣ инчунин реовазография ва электрофлюорометрияро дар бар мегиранд.

Табобат. Дар тибби муосир дар беморони гирифтори тромбози мачрои шарёнии андомҳои болоӣ (АБ) бо осеби шуъбаи канорӣ ва ба андозаи бештар шуъбаи терминалӣ имкон барои реваскуляризатсияи мустақим хеле маҳдуд аст. Ишемияи вазнини АБ, чун қоида, дар натиҷаи эмболияи такрории рагҳои магистралӣ ва дисталӣ, якҷоягии тромбози рагҳои магистралӣ ва тромбоэмболияи мачрои рагҳои дисталӣ, бахусус рагҳои панҷаи даст ба амал меояд, ки дар навбати худ имконияти реваскуляризатсияи мустақими андомҳоро ба андозаи назаррас маҳдуд месозад [30].

Ҳангоми сарукор бо шаклҳои дисталии ишемия аксаран ҷарроҳии реконструктивӣ анҷом дода мешавад, аммо осебҳое, ки дар натиҷаи эмболэктомия, тромболизис ё ҷарроҳиҳои шунтӣ расонда мешаванд, метавонад сабаби ишемияи устувори андомҳои дисталӣ гардад [31-32]. Ҳангоми аз ҳад зиёд будани хатари пайдоиши чунин оризаҳо гузарондани фистулаи шарёнӣ-варидӣ самараи хуб медиҳад [33].

Муносибат ба муолиҷаи консервативӣ ҳангоми НШШАБ дар байни муаллифони муосир аз зиддияти ниҳоӣ то "қабул ҳамчун ягона усули дуруст" аст [34]. Аз ҷумла, муаллифон дар асоси таҷрибаи чандинсола қайд карданд, ки ҳангоми таъйини муолиҷаи зиддикоагулянтӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ сатҳи фавт ба таври назаррас коҳиш меёбад [35]. R.S. Dieter, R.A. Dietary, R.A. Dietary бар ин назаранд, ки табобати зиддикоагулянтӣ аз лаҳзаи пайдоиши аломатҳои аввалини НШШАБ ҳар қадар барвақттар сар карда шавад, ҳамон қадар имконияти наҷот додани андом зиёд мешавад [9]. Муаллифон қайд мекунанд, ки истифодаи зиддикоагулянтҳо на танҳо ба бозгашти таъсири патологии эмболия, балки инчунин ба рушди манбаъҳои нав нигаронида шудааст. Пешниҳод мешавад, ки нишондодҳо барои интихоби муолиҷа дар асоси синфи клиникии ишемия мувофиқи Rutherford (1986) муқаррар карда шаванд. Ба бемороне, ки бемориҳои синфҳои клиникии 1 ва 2а-ро доранд, тавсия дода мешавад, ки табобати зиддикоагулянтӣ ва агар зарур бошад, ҷарроҳии реваскуляризатсионӣ таъйин карда шаванд. Ҳангоми синфи клиникии 2b доштани беморӣ, муаллифон артериографияи фаврии контрастӣ ва пас аз ин интихоби яке аз ду дахолатҳои ҷарроҳӣ: тавассути пӯст ё реваскуляризатсияи кушодаи ҷарроҳии дасту пой тавсия медиҳанд.

Дар маҷмуъ, бояд қайд кард, ки то имрӯз протоколҳо ва дастурҳои ягона дар он хусус, ки табобати консервативӣ ҳангоми идоракунии беморони гирифтори НШШАБ чиро бояд дар бар гирад, вуҷуд надорад [36-37]. Муаллифон доир ба басомад, навъҳо, вояи доруҳо, инчунин ба мақсад мувофиқ будани истифодаи онҳо назарҳои мухталиф доранд.

Айни замон дар ҷарроҳии рагҳо тамоюли гузаштан ба дахолати инвазивии ҳаддиақаллӣ (минималӣ) вуҷуд дорад, ки бояд гуфт, дар ҳама самтҳои ҷарроҳӣ низ дида мешавад [11]. Афзалиятҳои усулҳои ҷарроҳии рентгенӣ чунинад: паст будани дараҷаи дахолат ва осебрасонӣ, арзиши нисбатан арзон, хеле коҳиш ёфтани муҳлати будубоши беморон дар беморхона, имкони дахолати инвазивӣ дар беморони гирифтори бемориҳои вазнини ҳамроҳ, имкони анҷом додани дахолати такрорӣ дар ҳамон ҷой, набудани зарурат ба наркози умумӣ [29; 38]. Ба ин намуди дахолати ҷарроҳӣ ҳангоми НШШАБ монографияҳои том бахшида шудаанд [39-40], аммо дар мавриди дахолати эндоваскулярӣ як қатор оризаҳо низ хосанд.

Бо вуҷуди дастовардҳои навин дар ҷарроҳии ангио- ва эндоваскулярӣ, дар 23–37% ҳолатҳо ампутатсия анҷом дода мешавад [41–42]. Сатҳи фавт баланд боқӣ мемонад ва ҳам бино ба маълумоти муаллифон аз ИДМ ва ҳам ба ақидаи коршиносони хориҷӣ, ҳудуди 10-50% -ро ташкил медиҳад [43-44].

Ба ин тариқ, маълумотҳои дар боло зикршуда гувоҳи мубрамии мушкилоти ташхис ва табобати беморони гирифтори НШШАБ мебошанд, ки сарфи назар аз ҳама дастовардҳои ангиологияи муосир, ташхиси ин патология ба мушкилот дучор аст, ки ин бевосита ба сифати ёрии тиббӣ таъсир мерасонад.

Тадқиқотҳо нишон медиҳанд, ки омили асосие, ки ба сифати табобат, инчунин хатари ба вуҷуд омадани оқибатҳои бебозгашт дар андом ва фавт таъсир мерасонад, вақте аст, ки аз лаҳзаи пайдо шудани симптомҳо то қабули бемор ба беморхонаи махсусгардонидашуда мегузарад. Фосилаи оптималӣ 6-8 соат аз оғози беморӣ, бо дароз ё кӯтоҳ шудани он вобаста ба омилҳои ҳамроҳшуда ҳисобида мешавад. Дар чунин муддати кӯтоҳ саҳеҳ муайян кардани ташхиси НШШАБ, махсусан дар шароити беморхонаю марказҳои саломатии ноҳиявӣ кори душвор аст, бинобар ин беморон бисёр вақт дертар ба беморхонаҳо мерасанд. Ҳамаи ин омилҳо ба кӯшиши наҷот додани андом ва дар ҳолатҳои шадид ҳаёти бемор таъсири манфӣ мерасонанд.

Адабиёт

1. *Максин А.А. и др.* Альтернативные методы хирургической тактики при критической ишемии конечностей // Фундаментальные исследования. 2012. № 10-1. С.65-67.

2. Затевахин И.И.,Цициашвили М.Ш., Золкин В.Н. Острая артериальная непроходимость. Клиническая классификация и тактика лечения // Ангиология и сосудистая хирургия. 2002. № 2. С. 74-77.

3. *Коновец Ю.А. и др.* Результаты лечения пациентов с острой артериальной непроходимостью // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2007. № 4. С. 98-99.

4. *Исмоилов М.М., Ходжамурадов Г.М., Шаймонов А.Х., Саидов М.С.* Эстетические результаты применения несвободного пахового лоскута при дефектах верхней конечности // **Вестник Авиценны. 2015. № 1.С. 33-**38.

5. *WitkowskiM. etal.*Acutethromboticocclusionoftheleftbrachialarteryafterintraarterialadministrationofamiodarone // Critical Care Medicine. 2016. V. 44. № 4. P. 227-230.

6. *Kim S.K. et al.* Acute upper limb ischemia due to cardiac origin thromboembolism: the usefulness of percutaneous aspiration thromboembolectomy via a transbrachial approach // Korean Journal of Radiology. 2011. V. 12. № 5. P. 595-601.

7. *Дрюк Н.Ф., Барна И.Е., КиримовВ.И.*Реваскуляризация верхних конечностей у больных по поводу тромбоза плечевой артерии, вследствиеее длительного травмирования костылями: новые подходы в лечении // Клиническая хирургия. 2010. № 3. С. 36-38.

8. *Биктимирова Ф.М.* Структура инвалидности, связанной с ампутацией конечности // Казанский медицинский журнал. 2011. Т. 92. № 2. С. 281-284.
9. *Dieter R.S., Dietary R.A., Dietary R.A.* Peripheral arterial disease.III. N.Y.: MC Grow Hill, 2009. P. 737-745.
10. *Hernandez-Richter T. et al.*Acute ischemia of the upper extremity: long-term results following thrombembolectomy with the Fogarty catheter // Langenbeck's Archives of Surgery. 2001. V. 386. № 4. P. 261-266.
11. *Сергиенко И.В. и др.* Оценка влияния комбинированной терапии милдронатом на липидный спектр, факторы воспаления и функцию эндотелия у больных ишемической болезнью сердца // РФК. 2007. № 3. С. 10-14.
12. *Намаканов Б.А., Расулов М.М.* Эндотелиальная дисфункция при артериальной гипертензии–фактор риска сердечно-сосудистых осложнений // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005. Т. 9. № 6. С. 17-23.
13. Затевахин И.И.,Цициашвили М.Ш., Золкин В.Н. Острая артериальная непроходимость // Ангиология и сосудистая хирургия. 2004. № 2. С. 334-335.
14. *Корелин С.В., Макарова Н.П., Хмельникер С.М.* Организация специализированной медицинской помощи пациентам с острой артериальной непроходимостью // Пермский медицинский журнал. 2013. № 5. С. 125-128.
15. *Белов Ю.В.* Ампутация пальцев кисти // Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. М.: «Де Ново», 2000. С. 441-444.
16. *Андреева М.Б.* Лечение больных острой окклюзионной артериальной мезентериальной ишемией с декомпенсацией кровотока // Кубанский научный медицинский вестник. 2013. № 7. С. 54-57.
17. *Masiero S., Armani M.* Upper-limb robot-assisted therapy in rehabilitation of acute stroke patients: focused review and results of new randomized controlled trial // Journal of Rehabilitation Research and Development. 2011. V. 48. № 4. P. 355-366.
18. Дибиров М.Д., ДибировА.А., Новосельцев О.С. Диагностика и хирургическое лечение острой артериальной непроходимости конечностей // Восьмой Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. М., 2002. С. 139.
19. Затевахин И.И., Золкин В.Н., Мельниченко А.Ю. Острая артериальная непроходимость – наш опыт // Ангиология и сосудистая хирургия. 2004. № 2. С. 98-100.
20. *Ситель А.Б.* Неврологические расстройства при спондилогенных нарушениях кровообращения // Мануальная терапия. 2009. Т. 1.
№ 33. С. 64-76.
21. *Duwayri Y.M. et al.* Positional compression of the axillary artery causing upper extremity thrombosis and embolism in the elite overhead throwing athlete // Journal of Vascular Surgery. 2011. V. 53. № 5. P. 1329-1340.
22. *Ueberrueck T. et al.* Risk factors and management of arterial emboli of the upper and lower extremities // Journal of Cardiovascular Surgery. 2007. V. 48. № 2. P.181.
23. *Попова А.А. и др.* Артериальная гипертония и дисфункция эндотелия (часть I) // Вестник современной клинической медицины. 2009. № 2. С. 41-46.
24. *Wind G.G., Valentine R.G.* Vessels of the upper extremities // Anatomic exposures in vascular surgery. Sydney: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. P. 153-233.
25. *Branchereau A., Jackobs M.* Vascular emergency. Berlin: EVC, 2003. P. 207-215.
26. *Meng R. et al.* Upper limb ischemic preconditioning prevents recurrent stroke in intracranial arterial stenosis // Neurology. 2012. V. 79. № 18. P. 1853-1861.
27. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Золкин В.Н. Острая артериальная непроходимость // Клиническая ангиология: Руководство / под ред. А.В. Покровского. М.: Медицина, 2004. Т. 2. С. 596-623.

28. *Григорян Г.Г.,КазарянВ.С., Петросян З.М.* Тромбоэмболия магистральных артерий у больных с аритмиями сердца // Седьмой Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. М., 2001. С.86.
29. *Покровский А.В. и др.* Клиническая ангиология. М.: Медицина, 2004. С. 287-296.
30. Дуданов И.П., *Сидоров В.Н.* Острая ишемия верхних конечностей // Ангиология и сосудистая хирургия. 2004. № 2. С. 75-76.
31. *Усманов Н.У. и др.* Тромбозы и эмболии // Курс лекций по госпитальной хирургии. Душанбе: Матбуот, 2009. С. 467-476.
32. *Черний В.И., Шраменко Е.К., Кузнецова И.В.* Тромбозы и эмболии // Медицина неотложных состояний. 2007. Т. 8. С. 8-16.
33. *Joffe H.V. et al.*Upper-extremity deep vein thrombosis a prospective registry of 592 patients / / Circulation. 2004. V. 110. № 12. P. 1605-1611.
34. *Triccas L.T. et al.* Multiple sessions of transcranial direct current stimulation and upper extremity rehabilitation in stroke: a review and meta-analysis // Clinical Neurophysiology. 2016. V. 127. № 1. P. 946-955.
35. *Chim H., Bakri K., Moran S.L.* Complications related to radial artery occlusion, radial artery harvest, and arterial lines //Hand Clinics. 2015. V. 31. № 1. P. 93-100.
36. *Becattini C. et al.* Aspirin for preventing the recurrence of venous thromboembolism // New England Journal of Medicine. 2012. V. 366. № 21. P. 1959-1967.
37. *Haimovici H.* Arterial embolism of the extremities and technique of embolectomy // Haimovici's Vascular Surgery, Fifth Edition. 2008. P. 373-408.
38. *Thrush A., Hurtshorne T.* Peripheral vascular ultrasound: how, why and when. L.: Elsevier, 2005. P. 133-138.
39. *Creager M.A., Kaufman J.A., Conte M.S.* Acute limb ischemia // New England Journal of Medicine. 2012. V. 366. № 23. P. 2198-2206.
40. *Schmidt W.A. et al.*Ultrasound of proximal upper extremity arteries to increase the diagnostic yield in large-vessel giant cell arteritis // Rheumatology. 2008. V. 47. № 1. P. 96-101.
41. *Herath H., Kulatunga A.* Acute pancreatitis complicated with deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a case report // Journal of Medical Case Reports. 2016. V. 10. № 1. P.182.
42. *Salman R. et al.* Treatment of subclavian artery stenosis: A case series // International Journal of Surgery Case Reports. 2016. V. 19. P. 69-74.
43. *Joffe H.V., Goldhaber S.Z.* Upper-extremity deep vein thrombosis // Circulation. 2002. V. 106. № 14. P. 1874-1880.
44. *Menke J. et al.* Thromboembolism in atrial fibrillation // The American Journal of Cardiology. 2010. V. 105. № 4. P. 502-510.

ТРОМБОЗЫ И ЭМБОЛИИ АРТЕРИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Рахматуллаев Р.[1], О.Н Пулатов.[2], Гулов У.А.[3]

1.Лечебно-диагностический центр «Вароруд» г. Турсунзаде, Республики Таджикистан. 2.ГУ «Согдийский областной центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ,Худжанд, Таджикистан. 3. Центральная больница г. Вахдат, Республики Таджикистан

Последние годы одной из причин инвалидизации пациентов стала острая артериальная непроходимость верхних конечностей. В этом статье приведены основные причины острой ишемии, патогенез, проблемы диагностики на ранних этапах развития ишемии и основные направления лечения острой артериальной непроходимости верхних конеч-

ностей. Рассмотрены применяемые способы хирургического лечения, виды классификации острой ишемии конечностей и другие важные аспекты ангиохирургии. Анализированы ошибки диагностики острой ишемии верхней конечности на догоспитальной уровне, которые приводят к развитию необратимых изменений вплоть до гангрены конечности. Выбор методов лечения острой артериальной ишемии верхних конечностей зависело от ряда факторов: от степени ишемии, уровня артериального блока, интоксикации, наличия тромбогенных и эмбологенных заболеваний, а также от возраста больных. Несмотря на бурное развитие ангиохирургии, до настоящего времени не существует определенной схемы ведения пациентов с данной патологией, что вызывает затруднения у врачей первого звена.

Ключевые слова: острая артериальная непроходимость, эмболия, тромбоз,ишемия, допплерография,ангиография.

THROMBOSIS AND EMBOLISM OF THE ARTERIES OF THE UPPER EXTREMITIES: ETIOPATHOGENESIS, DIAGNOSTIC ERRORS AND TREATMENT TACTICS (LITERATURE REVIEW)

Rakhmatullaev R.[1], Pulatov O.N.[2], Gulov u.A.[3]

1. Medical and diagnostic center “Varorud” Tursunzade, Republic of Tajikistan. 2. State Institution “Sughd Regional Center of Cardiology and Cardiovascular Surgery” of the Ministry of Health and Health of the Republic of Tatarstan, Khujand, Tajikistan. 3. Central Hospital of Vakhdat, Republic of Tajikistan

One of the most controversial problems of modern angiosurgery is acute arterial obstruction of the extremities, which has caused the disability of patients. The article presents the data of modern authors concerning the etiology, pathogenesis, problems of diagnosis and treatment of acute arterial obstruction of the upper extremities. The issues of improving surgical tactics, types of classification and other important issues of angiology are considered. The main diagnostic errors that cause the development of irreversible disorders leading to the impossibility of performing reconstructive operations are presented.The choice of treatment methods for acute arterial obstruction of the upper extremities depends on a number of factors: the severity of the degree of ischemia, the severity of intoxication, the level of damage to the arterial segment, the presence of concomitant diseases and the age of patients. However, to date, there is no generally accepted scheme for the management of patients with this pathology, which causes difficulties for practitioners.

Key words: acute arterial obstruction, embolism, thrombosis, ischemia, dopplerography,angiography.

Рахматуллаев Рахимджон *– доктори илмҳои тиб, директори Маркази муолиҷавӣ-диагностикии «Вароруд», шаҳри Турсунзода, Ҷумҳурии Тоҷикистон, тел.: +992935057643, E-mail: rakmatullaev@inbox.ru*

Рахматуллаев Рахимджон– д.м.н., директор лечебно-диагностического центра «Вароруд» г. Турсунзаде, Республики Таджикистан, тел.: +992935057643, E-mail: rakmatullaev@inbox.ru

RakhmatullaevRakhimjon - Doctor of Medical Sciences, Director of the Varorud Medical and Diagnostic Center, Tursunzade, Republic of Tajikistan, tel.: +992935057643, E-mail: rakmatullaev@inbox.ru

Пӯлатов Орифҷон Негматович – номзади илмҳои тиб, корманди шуъбаи ҷарроҳии рагҳои Муассисаи давлатии «Маркази ҷарроҳии дилу раг»-и Раёсати тандурустии вилояти Суғди Ҷумҳурии Тоҷикистон, тел.: +992929050117, E-mail: orifalimachsum@mail.ru

Пулатов Орифджон Негматович–к.м.н., сотрудник отделения сосудистой хирургии Государственного учреждения «Центр сердечно - сосудистой хирургии» Управления здра-

воохранения Согдийской области Республики Таджикистан, тел.: +992929050117,E-mail: orifalimachsum@mail.ru

Pulatov Orifdjon Negmatovich - Candidate of Medical Sciences, employee of the Department of Vascular Surgery of the State Institution "Center for Cardiovascular Surgery" of the Health Department of the Sughd Region of the Republic of Tajikistan, tel.: +992929050117, E-mail: orifalimachsum@mail.ru

Гулов УмарҷонАхтамович - номзадиилмҳоитиб, сардухтури Беморхонаи марказии шаҳри Ваҳдати Ҷумҳурии Тоҷикистон, тел.: +992935280008, E-mail: umarjongulov3@gmail.com

Гулов УмарджонАхтамович– к.м.н., главный хирург Центральной больницы г. Вахдат, Республики Таджикистан, тел.: +992935280008, E-mail: umarjongulov3@gmail.com

GulovUmarjonAkhtamovich - Candidate of Medical Sciences, Chief Surgeon of the Central Hospital of Vakhdat, Republic of Tajikistan, tel.: +992935280008, E-mail: umarjongulov3@gmail.com

ТАҲЛИЛ ВА БАҲОГУЗОРӢ БА ХУСУСИЯТҲОИ СОХТОРӢ- ФУНКСИОНАЛИИ РЕМОДЕЛСОЗИИ ШАРЁНҲОИ ХОБ ВА КОРОНАРӢ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ АРТРИТИ РЕВМАТСОИДӢ АЗ МАВҶУД БУДАНИ БЕМОРИИ ИШЕМИКИИ ДИЛ

Ҳасанзода С.М.

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунӣ, МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", ш. Душанбе.

Муҳиммияти мавзӯъ. Маълумотҳои дар адабиёти солҳои охир пешниҳодшуда аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки саҳнаи ниҳоят гетерогении клиники артрити ревматоидӣ (РА) дар баробари осебҳои буғумҳо ба таври қонунӣ ба орбитаи ихтилолҳои иммунопатологии системаи кардиоваскулярӣ (СКВ) ва дигар узвҳои дарунӣ ба мушоҳида мерасад, ки аз бисёр ҷиҳат вазнинӣ ва пешгӯии онро муайян мекунанд [1-5].

Айни замон дар омӯзиши масъалаҳои мураккаб ва баҳсноки проблемаҳои осебҳои СКВ ҳангоми АР ва дигар бемориҳои иммунии илтиҳобӣ аҳамияти махсусро омӯзиши тағйироти сохторӣ-функсионалии деворaи рагҳо, дар доираи инкишофи барвақту пешравии босуръати атеросклероз (АС) ва СКВ-и ремоделятсионӣ дар маҷмӯъ соҳиб шудааст [12-16]. Маъмулан ашё, ки ремоделсозии сохторӣ-функсионалии рагҳои шарёнҳо – ин атрибути бетағйири АС ва бемории ишемикии дил (БИД) аз як тарафи дигар омили пешрафии АС ва оризаҳои дилу рагҳо (ОДР)-и фаталии онҳо зоҳир мешаванд [17-21].

Дар кардиологияи муосир яке аз муносибатҳои маъмулӣ нисбат ба омӯзиши марҳалаҳои барвақти АС ва механизмҳои этиопатогении тағйироти сохтории рагҳои калони шарёнӣ ин чен кардани ғафсии комплекси интима-медиа (КИМ)-и шарёнҳои хоб [14, 22, 24] ба ҳисоб меравад. Дар баробари омӯзиш ва баҳогузӣ ба ғафсии КИМ, ба сифати симптоми субклиникии АС, дар солҳои охир объекти таҳқиқоти интенсивӣ дигар маркерҳои рагҳои субклиникии ОДР шуданд, ба монанди:

а) зиёд шудани сахтии регҳои шарёнӣ; б) аргументатсияи фишори шарёни марказӣ; в) калсификатсияи шарёнҳои коронарӣ [16, 25, 29].

Тибқи маълумоти дар адабиёти солҳои охир, аз як тараф маҳдуданд ва илтиҳоби системавии аутоиммунӣ аҳамияти фундаменталӣ дар атерогенез мебошанд, аз тарафи дигар – зиёд шудани миқдори ОДР-и фаталии дучоршаванда ҳангоми АР ва дигар бемориҳои иммунии илтиҳобиро бевосита ба вуҷуд доштани протсесси музмини аутоиммунӣ вобаста медонанд, ки дар асари пешравии осебҳои АС-и рагҳо пайдо шудаанд [4,9,13,27,30]. Дар робита аз ин солҳои охир дар баробари омилҳои анъанавии СКВ нақши як қатор медиаторҳои маъмули илти-

ҳобӣ дар инкишофи континууми КВС ҳангоми бемориҳои илтиҳобии иммунии соҳаи ревматикӣ мавриди омӯзиш қарор дода мешаванд [9,10,13,19,27].

Натиҷаҳои як қатор таҳқиқотҳои қаблан нашршуда аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки симптомҳои субклиникии АС дар 45-75%-и беморони дорои РА зиёд дучор мешаванд, ба монанди: дисфунксияи эндотел, зиёд шудани ғафсии КИМ, АТБ ва зиёд шудани сахтшавии рагҳои шарёнӣ дар заминаи кам дучор шудани симптомҳои клиники манифестии ОДР-и коронарӣ, ҳамагӣ дар 20-25% [7, 25, 28, 31, 32].

Бо татбиқ намудани усулҳои беосеби инноватсионӣ ва сериттилооти ташхисӣ татбиқ намудани короангиография (КАГ), томографияи мултиспиралии компютерӣ ва стресс – ЭкоКГ-и имкониятҳои омӯзиши ҳолатишарёнҳои коронарӣ хеле васеъ карда шудааст. Аммо маълумот дар бораи истифодаи усулҳои инноватсионии усулҳои зикршудаи ташхис дар беморони гирифтори АР кам ҳастанд [21,33-36].

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтан ва пешниҳод кардани хусусиятҳову хусусиятҳои патогенетикии ремоделсозии сохторӣ – функсионалӣ ва шарёнҳои коронарӣ дар беморони гирифтори РА вобаста аз мавҷуд будани БИД.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар протсесси иҷрои намудани таҳқиқоти мазкур ҳамагӣ 64 бемор таҳқиқ шуд, ки дорои фаъоли боэътимод ва муфассал (мувофиқи меъёри ACR, 1987) таҳқиқ карда шуд, ки синну солашон 24-69 – сола (синну соли миёна 56,5±3,8) буд, онҳо пай дар пай шуъбаҳои ревматология ва кардиологияи МТШ №2 ба номи академик К.А. Тоҷиев, ш.Душанбе дар давраи солҳои 2015-2020 аз таҳқиқот ва муолиҷаи статсионарӣ гузаштанд. Ҳамаи беморони таҳқиқшуда (n=64) вобаста аз миқдору набудан БИД ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Дар гурӯҳи I 31 бемори дорои АР бидуни БИД, дар гурӯҳи II – 33 бемори дорои АР дар якҷоягӣ бо БИД дохил шуданд.

Дар ин маврид мо мувофиқи протоколҳои стандартӣ [21,33] ба сифати бузургиҳои мустақили ғафсии КИМ моҳияти нишондиҳандаи<0,9мм интихоб карда шуд. Мавҷуд будани АС-и субклиникӣ ҳангоми ғафс шудани ғафсии КИМ аз 0,9 то1,2 мм ва мавҷуд будани АТБ верификатсия шуд, ҳол он ки бузургшавии маҳдуди ғафсии КИМ аз 1,2 мм баланд буд.

Дар беморони таҳқиқшуда шохиси сахтӣ аз рӯи формулаҳои зерин ҳисоб карда шуд ^{2}B=log (CAD/DAD/AD/D) (воҳ. шартӣ аст, ки дар инҷо -D қутри ОСА дар систола; AD – фарқияти қутри ОСА дар систола ва диастола; САД – фишори шарёнии систоликӣ; ДАД – ФШ диастоликӣ мебошад [21,33].

Дар қисми муайяни (n=22) беморони гурӯҳҳои II (n=12) ва III (n=10) КАГ дар шуъбаи ҷарроҳии рентгеноэндоҷарроҳӣ иҷро карда шуд.

Дар ҳама беморони таҳқиқшудаи гуруҳи асосӣ дар баробари усулҳои маъмулии лабораторӣ ташхис, таҳқиқоти муҳтавои сетонимҳои илтиҳобӣ (ФНО-а, ИЛ-6) гузаронида шуд.

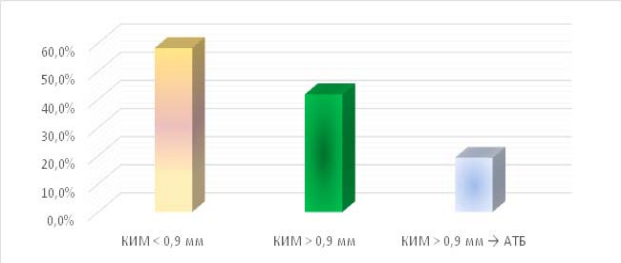
Дар гурӯҳи назоратӣ 40 шахси солим (28 зан ва 12 мард) дохил буданд, ки дорои бемориҳои дохилӣ буданд, синну соли миёна - 48 солро (34-66 - сола) ташкил дод.

Натиҷаҳо аз ҷиҳати оморӣ бо ёрии барномаи «Ctasticaio» ширкати StatSof 1984 – 2012 гузаронида шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда (расми 1 ва 2) зиёд шудани ғафсии КИМ-ро дар бештари беморхона ҳам дорои АР бидуни БИД (гурӯҳи I) ва ҳам АР бо БИД (гурӯҳи II)-ро нисбат ба маълумотҳои назоратӣ нишон доданд. Муқаррар карда шуд, ки миқдори беморони дорои АР бо БИД (гурӯҳи II), ки дар онҳо ғафсии ОСА аз қимати персентили 75-ум баланд буд (дар воқеияти амалияи клиникӣ ба КВР-и баланд мувофиқа мекунад), 89,2% (n=30)-ро ташкил дод ва на танҳо аз гурӯҳи назоратӣ -16,6% (n=5), балки аз беморони гурӯҳи I – 41,8% (n=13) низ хеле баланд буд.

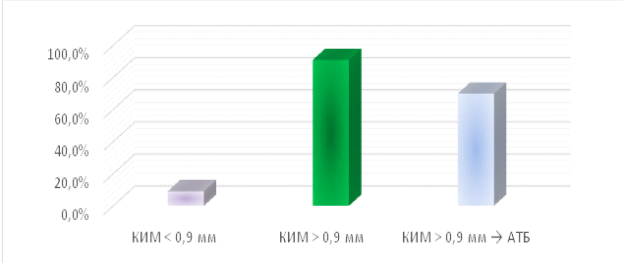
Дар маҷмӯъ дар мақолаи мо маълумотҳое, ки дар натиҷаи таҳлили мақсаднок ва баҳогузории хосиятҳои сохторӣ-функсионалии шарёнҳои хоб ва ҷустуҷӯи симптомҳои суб-

клиникии АС дар беморони гурӯҳҳои I ва II (расми 1 ва 2) бо маълумотҳои овардашудаи муаллифони дигар мувофиқат мекунад [7,8,10,22,28] ва чунин ба назар мерасад; а) дар 58,2%-и беморони доро АР ва БИД нишондиҳандаҳои миёнаи ғафсии КИМ аз маълумотҳои гуруҳи назоратӣ КИМ (>0,9 мм), ш, 8% (n=13)-и беморони ин категория дорои ғафсии КИМ (>0,9мм), дар 19,3% (n=6) мавҷудияти АТБ дар якҷоягӣ бо ғафсии КИМ верификатсия шуд, дар 9,6% (n=3) беморони таҳқиқшудаи гурӯҳи 1 вуҷуд доштани АТБ бидуни ғафсии хоси КИМ (расми 1) дида шуд; б) ҳамагӣ дар 9,1% (n=3) беморони гурӯҳи II (АР бо БИД) нишондиҳандаи миёнаи ғафсии КИМ (КИМ>0,9мм), АТБ дар якҷоягӣ бо ғафсии КИМ дар 69,9% (n=23) беморони гурӯҳи II муайян карда шуд. (расми 2).



Расми 1. Натиҷаҳои ҳангоми сканеркунии дуплексии шарёнҳои хоб дар гурӯҳи 1 (АР бидуни ДИД, n=31).

Бо мақсади омӯхтани хусусиятҳои ҳолати ғафсии КИМ вобаста аз синну соли беморони гурӯҳи I (АР бидуни БИД) мо ба монанди дигар муаллифон [4,15,19,24] муқаррар намудем, ки агар дар беморони гурӯҳи назоратӣ дар 40-солагӣ аломатҳои АС субклиникӣ вуҷуд надошта бошад, пас дар қисми бештари беморони дорои РА-и фаъол – 19,3% (n=6) ҷавонтар аз 35-сола вуҷуд доштани зиёдшавии ғафсии КИМ санҷида шуд. Гузашта аз ин, дар қисми бештари беморони дорои РА фаъол – 19,3% (n=6) ҷавонтар аз 40-сола дар 12,9% (n=4) ҳолат ҳамзамон вуҷуд доштани ғафсшавии КИМ ва будани АТБ дида шуд, ки аз барвақт ва босуръат рушд кардани АС дар беморони дорои шаклҳои олифаъоли РА гувоҳӣ медиҳанд, ки аз ин хусус дигар муҳаққиқон низ маълумот додаанд [10,12,19,22,28].



Расми 2. **Атиҷаҳои ҳангоми сканиркунии дуплексии шарёнҳои хоб дар беморони гурӯҳи II ба даст овардашуда (РА бо ИБС, n=33)**

Бо назардошти нақши фаъоли протсесси музмини иммуниву илтиҳобӣ дар атерогенезепри АР [1,7,9,18,19,30] мо ҳолати ғафсии КИМ дар беморони дорои АР вобаста аз фаъолнокии беморӣ омӯхтем. Вобаста аз ин мо дар беморони дорои АР ҷустуҷӯи фаъолро ба роҳ мондем.

Дар беморони таҳқиқшудаи дорои АР-и фаъоли (гурӯҳи I) сатҳи ғализати СРБ ва ФНО-а бевосита ба дараҷаи фаъолнокии беморӣ доштанд ва аз ҷиҳати оморӣ саҳеҳан ($p<0,05 – 0,001$) аз маълумотҳои гурӯҳи назоратӣ фарқ дошт (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. Арзёбии сатҳи ғализати СРБ, ФНО-а ва ғафсии КИМ ОСА дар беморони гурӯҳи I (РА бидуни БИД, n=31).

Нишондиҳанда	Беморони гирифтори РА бе БИД (n=31)	Гурӯҳи назоратӣ (n=30)
СРБ, мг/л	24,5±1,4	5,8±0,6
ФНО-а, пг/мл	4,8±0,6	1,3±0,03
Ғафсии КИМ, мм: а) миёна б) максималӣ в) миқдори беморони дорои АТБ (КИМ>1,2 мм)	 0,82±0,04 0,94±0,06 6 (19,3)	 0,68±0,04 0,79±0,06 2 (6,6)

Ҳангоми баҳогузорӣ ба таъсири имконпазири маркерҳои лабораторӣ фаъолнокии АР (СОЭ, СРБ, ФНО-а) ба ғафсии КИМ мо мисли дигар муҳаққиқон [4,10,15,16,24,25] иртиботи мутақобилаи ассотсиативӣ ва кореллятсияи мусбати нишондиҳандаи миёнаи ғафсии КИМ бо СОЭ (r=0,3; p<0,01), СРБ (r=0,4; p<0,01) ва ФНО-а (r=0,5; p<0,01)-ро, муайян намудем, ки ин аз иштироки фаъоли протсесси иммуниву илтиҳобӣ ва атерогенез гувоҳӣ медиҳад.

Бо мақсади баҳогузории муносиб ба иштироки протсесси иммуниву илтиҳобӣ дар атерогенез ҳамаи таҳқиқшудаҳои дорои АР фаъол (гурӯҳи 1) вобаста аз сатҳи СРБ (камтар аз 16мг/л ё зиёдтар) ба 2 гурӯҳ ҷудо карда шуд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. Таҳлил ва баҳогузорӣ ба басомади дучоршавии симптомҳои субклиникии АС дар беморони дорои РА фаъол ва бидуни БИД (гурӯҳи I) вобаста аз сатҳи ғализати СРБ.

Нишондиҳанда	Консентратсияи СРБ, мг/мл		P
	<16 мг/л (n=9)	>16 мг/л (n=22)	
АГ, n (%)	4 (12,9)	8 (25,8)	P<0,05
КИМ, миёна, мм	0,76±0,04	0,89±0,06	P<0,01
КИМ,максималӣ, мм	0,88±0,06	0,96±0,08	P<0,01
АТБ, n (%)	1 (3,2)	4 (12,9)	P<0,05

Аз маълумотҳои дар ҷадвали 2 овардашуда дида мешавад, ки беморони дорои АР фаъол ҳангоми ба 2 гурӯҳ ҷудо кардани онҳо вобаста аз сатҳи ғализати СРБ вуҷуд доштани фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳими симптомҳои субклиникии АС нишон дода шудааст.

Дар протсесси таҳлил ва баҳогузорӣ ба шохиси сахтии В ОСА (ҷадвали 3) дар беморони гурӯҳҳои I ва II (мутаносибан 3,8±0,4 ва 6,3±0,6 P<0,05 – 0,01). Аммо натиҷаҳои ба даст овардашуда ба маълумоти муаллифони дигар мувофиқат мекунад [16,25,28,31] ва аз он гувоҳӣ медиҳад, ки дар беморони гурӯҳи II аҳамияти баланди шохиси сахтӣ ҷой дорад, ки ба ҳисоби миёна аз ҳамин гуна нишондодҳои беморони гурӯҳи I. Ҳамчунин нишондиҳандаҳои қутри ОСА-ро инъикоскунанда (6,2±04 ва 6,9±0,5 мм) баланд аст, (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. – баҳогузории муқоисавии муайянкунандаи ҳолати сохторӣ-функсионалии шарёнҳои хоб дар беморони гурӯҳҳои I ва II.

Нишондиҳанда	Беморони дорои РА (n=64)		Назорат (n=30)
	Гурӯҳи I (n=31)	Гурӯҳи II (n=33)	
Қутри ОСА, мм	6,0±0,05	6,2±0,06	5,8±0,06
ҒафсииКИМ, мм	0,82±0,04	0,98±0,08	0,68±0,03
Шохиси сахтии β, воҳиди шартӣ	5,6±0,5	7,2±0,06	3,5±0,3

Пас аз таҳлили ҳамаҷониба ва баҳогузорӣ ба ҳолати сохторӣ-функсионалии шарёнҳои хоб. Бо мақсади тавсифи муқоисавии ҳолати функсионалӣ ва муайян кардани хусусиятҳои осебҳои атеросклерозии КА, миқдори муайяни беморони гурӯҳҳои 2 (АР бо БИД, n=12) ва 3 (БИД ва АР, n=10) КАГ-и ташхисӣ гузаронида шуд мутобиқи иавсияҳои умумиқабулшудаи Ҷамъияти Аврупоии кардиологҳо (2005) [21].

Ҳангоми таҳлил ва бҳогузорӣ ба коронароангиограммаҳои ба даст овардашуда чунин сегментҳои шарёнҳои коронарӣ муайян карда шуд: а) шохаи пеши байнимеъдачавӣ (ШПБМ): б) танаи шарёни коронарии чап (ТШКЧ); в) шарёни коронарии рост (ШКР); г) шарёни хамшаванда (ШХ). Ҳамчунин баҳогузории миқдори стенозҳои ошкор кардашуда муайян карда шуд: як-, ду-, ё серагӣ.

Натиҷаҳои селективии КАГ дар беморони гурӯҳҳои II ва III дар ҷадвали 4 оварда шудааст.

Ҳангоми баҳогузорӣ ба натиҷаҳои КАГ дар беморони таҳқиқшудаи гурӯҳҳои II ва III (n=22) вобаста аз ҷойгиршавии осеби КА чунин натиҷаҳо ба даст оварда шуд: окклюзияи ШКЧ (шарёни коронарии чап) – дар 4

(18,2%), ШПБМ- дар 10 (45,4%), ПКА – дар 5 (22,7%), шарёни диагоналӣ (ШД – дар 3 (13,6%) нафарони таҳқиқшуда.

Ҷадвали 4. Натиҷаҳои КАГ селективӣ дар беморони гурӯҳҳои II ва III.

Нишондиҳанда	Гурӯҳи II (n=12)	Гурӯҳи III (n=10)	Ҳамагӣ
Миқдори стенозҳо	23	19	43
Якрагӣ, n (%)	1 (8,3)	3 (30)	4
Дурагӣ , n (%)	4 (33,3)	5 (50)	9
Серагӣ, n (%)	7 (58,1)	2 (20)	9
Дараҷаи стеноз,n (%):			
>60-70%	2 (16,6)	1 (10)	3
>70-80%	6 (49,8)	4 (40)	10
>80-90%	4 (33,2)	5 (50)	9

Ҳамин тавр, дар беморони дорои АР фаъол ремоделизатсияи патологии шарёнҳои хоб ва КА пайдоишашон атерогенӣ мавҷуд аст, к ибо калоншавии ғафсии комплекси интимамедиа (КИМ) зоҳир мешавад, шохиси сахтӣ дар вуҷуд доштани ҳалқаҳои атеросклерозӣ ва хусусияти бисёррагии осебҳои КА ҳангоми КАГ, ки аз як тараф, дар беморони дорои АР дар якҷоягӣ бо БИД возеҳӯ равшан дида мешаванд, аз тарафи дигар ҳам ба фаъолнокӣ ва ҳам бо вазнинии бемории асосӣ алоқаи зичи ассотсиативӣдоштанд.

Адабиёт

1. Волкова М.В. Ассоциация клинического фенотипа и профиля аутоантител при ревматоидном артрите / М.В. Волкова, Е.В. Кундер // Научно-практическая ревматология. – 2018. – №56 (3, прил. 2). – С.26-27.
2. Carina A.I. Mechanisms leading from systemic autoimmunity to joint-specific disease in rheumatoid arthritis / A.I. Carina [et al.] // Nat. Rev. Immunol. - 2017. - № 13 (2). - P. 79-86.
3. McInnes IB, Schett G. Pathogenetic insights from the treatment of rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2017; 389(10086):2328-37.
4. Насонов Е.Л. Сердечно-сосудистая патология при ревматических заболеваниях / Е.Л. Насонов, Т.В. Попкова, Д.С. Новикова // Терапевтический архив. – 2016. - №5. – С. 3-10.
5. Насонов Е.Л. Ревматоидный артрит: проблемы ремиссии и резистентности / Е.Л. Насонов, Ю.А. Олюнин, А.М. Лила // Научно-практическая ревматология. – 2018. – 56 (№3). – С.263-271.
6. Holmqvist M. Acute coronary syndrome in new-onset rheumatoid arthritis: a population-based nationwide cohort study of time trends in risks and excess risks / M. Holmqvist, L.Ljung , J. Askling // *Ann Rheum Dis.* - 2017, Oct. - V. 76(10). - P. 1642-1647.
7. Аршинов А.В. Сердечно-сосудистые осложнения при системной красной волчанке: механизмы ускоренного развития атеросклероза, диагностика, возможности коррекции / А.В. Аршинов, Н.Ю. Левшин, И.Г. Маслова // Научно-практическая ревматология. – 2017. – №55 (3). – С. 304-310.
8. Герасимова Е.В Функциональные нарушения макрофагов при ревматоидном артрите и атеросклерозе /Е.В. Герасимова, Т.В. Попкова // Научно-практическая ревматология. – 2018. – №56 (4). – С.486-493.
9. Systemic inflammation and cardiovascular risk factors predict rapid progression of atherosclerosis in rheumatoid arthritis / I. del Rincyn [et al.] // Annals of the Rheumatic Diseases. – 2015. – V. 74 (6). – P. 1118-1123.
10.Atherosclerosis is not accelerated in rheumatoid arthritis of low activity or remission, regardless of antirheumatic treatment modalities Arthritis / A. Arida [et al.] //*Rheumatology (Oxford)*.- 2017, Jun 1. - V. 56 (6). - P. 934-939.
11. Mortality in patients with rheumatoid arthritis: a 15-year prospective cohort study / J. Van den Hoek [et al.] // *Rheumatol Int.*- 2017, Apr. - V. 37(4). - P. 487-93.

12. Rheumatoid arthritis and risk of cardiovascular disease / P.W. Meyer [et al.] // *Cardiovasc J Afr.*- 2018. - Mar 27. - V. 29. - P. 1-5.
13. Inflammatory cytokines in atherosclerosis: current therapeutic approaches / D. Tousoulis [et al.] // *Eur Heart J.*- 2016. - V. 37. - P. 1723-1732**.**
14. Прогрессирование атеросклероза сонных артерий у больных ранним ревматоидным артритом на фоне противоревматической терапии, проводимой по принципу «Лечение до достижения цели» / Е.В. Удачкина[и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2018. – №56 (4). – С.449-455
15. Параметры ремоделирования сосудистой стенки у больных ревматоидным артритом на фоне терапии методжектом / Л. Дунгени [и др.] // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – №5-1. – С.124.
16. Князева Л.А. Эндотелиальная дисфункция у больных ревматоидным артритом с коморбидной патологией / Л.А. Князева, Е.Б. Комарова, Н.Г. Блудова // Современная ревматология. - 2017. - №4. - С. 25-29.
17. Маркеры воспаления у больных хронической ишемической болезнью сердца со стенозом аортального клапана / О.И. Афанасьева [и др.] // Российский кардиологический журнал. -2018. - №8. - С.17-23.
18. Ганиева Ж.А. Цитокиновый профиль и уровень сывороточного эндотелина у больных ревматоидным артритом в сочетании с ишемической болезни сердца. Дисс. на соискание ученой степени канд. мед.наук / Ж.А. Ганиева // Махачкала. – 2014. – 137 с.
19. Насонов Е.Л. Атеросклероз: перспективы противовоспалительной терапии / Е.Л. Насонов, Т.В. Попкова // Терапевтический архив. – 2017. - №5. – С. 4-12.
20. Закирова Н.Э. Роль иммуновоспалительных реакций и дисфункции эндотелия в ремоделировании миокарда и прогрессировании ишемической болезни сердца / Н.Э. Закирова, А.Н. Закирова // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2014. №10 (5). - С. 488-494.
21. Внутренние болезни: сердечно-сосудистая система / Г.Е. Ройтберг, А.В. Струтынский // М.: Изд-во «МЕДпресс-информ», 2011. – 895 с.
22.Мясоедова Е.Е. Роль традиционных факторов риска, хронического аутоиммуного воспаления и фармакотерапии в развитии кардиоваскулярных нарушений при ревматоидном артрите / Е.Е. Мясоедова // Вестник Ивановской медицинской академии. - 2013. - № 1. С. 57-64.
23. Алехин М. Н. Эхокардиографическая оценка диастолической функции левого желудочка сердца у пациентов с сохранной фракцией выброса /М. Н. Алехин., А. М. Гришин, О. А. Петрова// Кардиология. – 2017. – Том 57, № 2. – С. 40-45.
24. Predictive Value of Arterial Stiffness and Subclinical Carotid Atherosclerosis for Cardiovascular Disease in Patients with Rheumatoid Arthritis / E. Ikdahl [et al.] //*J Rheumatol.*-2016 Sep. - V.43(9). - P. 1622-1630.
25. Влияние голимумаба на иммунологические маркеры метаболизма костной ткани и артериальную ригидность у больных ревматоидным артритом / Л.А. Князева [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2018. – №56 (3). – С.286-292.
26. Prevention of cardiovascular disease in rheumatoid arthritis /I.Hollan[et al.] // Autoimmun Rev. - 2015. - V. 14(10):952-69.
27. **N**ovel gene variants associated with cardiovascular disease in systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis / D. Leonard [et al.]*// AnnRheumDis. - 2*018. - Mar 7. pii: annrheumdis-2017-212614.
28. Влияние подкожной формы метотрексата на структурно-функциональное состояние сосудистой стенки у больных ревматоидным артритом/ Л.А. Князева [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2015. - №53 (3). - С. 258-265.

29. Novel risk factors for cardiovascular disease in rheumatoid arthritis / A.A. Jenny [et al.] // Immunologic Research. – 2016. – V.56 (2). – P.267-286.
30. Disease activity in rheumatoid arthritis and the risk of cardiovascular events / D.H. Solomon [et al.] // *Arthritis Rheum.* - 2015, Jun. - V.67(6). - P. 1449-55.
31. Пальгуева А.Ю. Состояние магистральных артерий при ревматоидном артрите / А.Ю. Пальгуева, А.М. Литвяков // Материалы III Евразийского конгресса ревматологов. – Минск, 2016. – С. 272-274.
32. Храмцов Н.А. Особенности диагностики и лечения ишемической болезни сердца при ревматоидном артрите / Н.А. Храмцов, Е.В. Трухина // Современная ревматология. - 2012. - №2. - С. 84-88.
33. Балахонова Т.В. Ультразвуковые методы исследования сосудов / Т.В. Балахонова, О.Ю. Атьков // // В кн. Андрющенко А.В. [и др.]: под ред. Е.В. Шляхто. - М.: Изд. группа "ГЕОТАР-Медиа" 2019. - С. 139-147.
34. Синеглазова А.В. Состояние коронарных артерий и детерминанты коронарного атеросклероза при ревматоидном артрите / А.В. Синеглазова // Вестник рентгенологии и радиологии. - 2012. - № 4. - С. 10-14.
35. Васюк Ю.А. Эхокардиография / Ю.А. Васюк, П.В. Крикунов, Е.Л. Школьник // В кн. Андрющенко А.В. [и др.]: под ред. Е.В. Шляхто. - М.: Изд. группа "ГЕОТАР-Медиа" 2019. - С. 106-139.
36. Ревматология: российские клинические рекомендации / Под ред. академика РАН Е.Л. Насонова // Издательская группа «Геотар – Медиа». – 2019. – 461 с.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОННЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Хасанзода С.М.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. АбуалиибниСино, Душанбе, Республики Таджикистан

Цель: изучить и представить отличительные особенности и возможные патогенетические особенности структурно-функциональногоремоделирования сонных и коронарных артерий у пациентов с ревматоидным артритом (РА) в зависимости от наличия ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы: всего обследовано 64 больных (51 женщины и 13 мужчин) с достоверным активным развернутым РА (основная группа), в возрасте 24-69 лет (средний возраст 56,5±3,8) и 34 больных (18 женщины и 16 мужчин) с достоверным диагнозом ИБС в возрасте 44-72 лет (средний возраст 58±4,2) (III группа – группа сравнения), последовательно проходивших стационарное обследование и лечение в кардиоревматологическом отделении Городского медицинского центра №2 им. Академика К.Т. Таджиева, г. Душанбе. Пациенты в основной группе в зависимости от наличия ИБС были разделены на две группы. В I группу вошли 31 больных РА безИБС, во II – 33 больных РА в сочетание с ИБС.

У всех пациентов с активным РА (РА без и с ИБС) с целю поиска субклинических симптомов атеросклероза - АС (увеличение толщины комплекса интима-медиа - КИМ, наличие атеросклеротических бляшек (АТБ), индекс жесткости (stiffnesindexв), который характеризует локальную ригидность сосудистого русла), и состояние коронарных артерий (КА) было выполнено дуплексное сканирование сонных артерий и коронароангиографию (КАГ).

Результаты:результаты целенаправленного анализа и оценки структурно-функциональных свойств сонных артерий у паци-

ентов I и II и КАГ у определенной части больных II и III группы демонстрируют следующее: а) увеличение толщины КИМ у значительной части больных как РА без ИБС (I группа), так и РА с ИБС (II группа) в сравнение с данными контрольной группы; б) статистически значимое увеличение индекса жесткости в **общей сонной артерии** у всех пациентов как в I группе, так и во II группе; в) наличие (по данным КАГ) стенозирующего АС коронарных артерий различной степени выраженности и локализации у пациентов II и III группы.

Заключение: у больных активным РА имеет место патологическое ремоделирование сонных и КА атерогенного генеза, проявляющегося увеличением толщины комплекса интима-медиа (КИМ), индекса жесткости, наличием атеросклеротических бляшек (АТБ) и многососудистый характер поражения КА при КАГ, которые, с одной стороны, наиболее ярко были представлены у больных РА в сочетание с ИБС, а с другой, - имели тесные ассоциативные взаимосвязи как с активностью, так и с тяжестью основного заболевания.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, сонные и коронарные артерии, комплекс интима-медиа, индекс жесткости.

ANALYSIS AND EVALUATION OF THE FEATURES OF STRUCTURAL AND FUNCTIONAL REMODELING OF THE CAROTID AND CORONARY ARTERIES IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS, DEPENDING ON THE PRESENCE OF CORONARY HEART DISEASE

Hasanzoda S.M.
Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Tajik State Medical University after AbualiIbni Sino, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Objective: to study and present the distinctive features and possible pathogenetic features of structural and functional remodeling of the carotid and coronary arteries in patients with rheumatoid arthritis (RA), depending on the presence of coronary heart disease (CHD).

Materials and methods: a total of 64 patients (51 women and 13 men) with reliable active expanded RA (main group), aged 24-69 years (average age 56.5±3.8) and 34 patients (18 women and 16 men) with a reliable diagnosis of coronary heart disease aged 44-72 (average age 58±4.2) (group III – comparison group), who successively underwent inpatient examination and treatment in the cardiorheumatology department of the City Medical Center No.2 named after academician K.T. Tajiev, Dushanbe. Patients in the main group, depending on the presence of coronary heart disease, were divided into two groups. Group I included 31 RA patients without coronary heart disease, and group II included 33 RA patients in combination with coronary heart disease.

Duplex scanning of the carotid arteries was performed in all patients with active RA (RA without and with coronary artery disease) for the purpose of searching for subclinical symptoms of atherosclerosis - AS (an increase in the thickness of the intima-media complex, the presence of atherosclerotic plaques (ATP), the stiffness index (stiffnes index в), which characterizes the local rigidity of the vascular bed). In a certain part of patients of groups II (n=12) and III (n=10), coronary angiography (CAG) was performed in the department of X-ray endovascular surgery of the Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery in order to analyze and assess the condition of the of the coronary arteries.

Results: the results of a targeted analysis and evaluation of the structural and functional properties of the carotid arteries in patients I and II and CAH in a certain part of patients II and III groups demonstrate the following: a) an increase in the thickness of the CMM in a significant part of patients with both RA without CHD (group I) and RA with CHD (group II)

in comparison with the data of the control group; b) a a statistically significant increase in the stiffness index в common carotid artery in all patients in both group I and group II; c) the presence (according to CAG data) of stenosing AC of coronary arteries of varying severity and localization in patients of group II and III.

Conclusion: in patients with active RA (without in combination with coronary artery disease), there is a pathological remodeling of the carotid and coronary arteries of atherogenic genesis, manifested by an increase in the thickness of the IMC, the stiffness index в, the presence of ATB and the multivessel nature of coronary artery lesions in CAG, which, on the one hand, were most clearly represented in patients with RA in combination with coронary artery disease, and on the other, had close associative relationships with both the activity and severity of the underlying disease.

Keywords: rheumatoid arthritis, ischemic heart disease, atherosclerosis, carotid and coronary arteries, intima-media complex, stiffness index, coronary angiography.

Ҳасанзода С.М.- *унвонҷӯйи кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «Донишгоҳи жавлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», Душанбе Ҷумҳурии Тоҷикистон.*

Хасанзода С.М.- *соискатель кафедры пропедевтики внутренних болезней, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. АбуалиибниСино, Душанбе, Республики Таджикистан».*

Hasanzoda S.M. - *Applicant of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Tajik State Medical University after AbualiIbni Sino, Dushanbe, Republic of Tajikistan*

ҒАЙРИТИББӢ

МУҲИТИ ТАҲҚИҚОТӢ БАРОИ РУШДИ ФАЪОЛИЯТИ ИЛМӢ

Аджибаева -Купенова Д.Т.
Лабораторияи илмии клиникӣ- ташхисии «Southclinical&Geneticlaboratory», ҶС «Академияи тиббии Қазоқистони Ҷанубӣ», Шимкент, Қазоқистон

Ягонагии фаъолияти таҳсилӣ ва илмӣ, инчунин ташкили таҳсилот дар асоси таҳқиқотҳо маъмулан ба қатори афзалиятҳои муҳимтарини донишгоҳ дохил мегардад. Шакли анъанавии таъминоти кадрӣ барои ин навъ ягонагӣ ҳайати профессорону омӯзгорони муҳити илмии муассисаи таҳсилоти олӣ мебошад. Дар робита ба ин, омодасозии кадрҳо дар муассисаҳои таҳсилоти олии пешрафтаро метавон ҳамчун раванди такрористеҳсолкунӣ ва рушди лабораторияи илмии онҳо баррасӣ намуд.

Мактабҳои илмии муассисаҳои таҳсилоти олӣ маъмулан дар шакли кафедраҳо ташаккул дода мешаванд. Сохтори анъанавии донишгоҳ, ки низмои иерархиявии илмҳо ва факултетҳои мувофиқро инъикос мекунад, барои инкишофи ин гуна кафедраҳо кифоятан чандир мебошад. Аммо бо мурури ба он илова гардидани шабакаҳои таҳқиқотӣ бо ҳудудҳои мутаҳаррик талабот ба ташкил намудани ҷамъиятҳои профессорию омӯзгорӣ ба вуҷуд меояд, ки кормандони кафедраҳои гуногуни шохаҳои мухталифи донишгоҳро муттаҳид месозад. Ба ин гуна ҷамъият метавонанд ҳамчунин кормандони лабораторияҳои илмии МТО-ҳо дохил шаванд. Ғайр аз ин, ҳамкории илмии таҳсилотиро бо шарикони МТО амалӣ бояд кард. Шаклҳои навтарини ҳамкории мазкур зарфиятҳои васеъ доранд. Аз ҷумла, онҳо метавонанд якчанд мактаби илмии педагогиро фаро гиранд. Дар ташкилотҳои мазкур, ки маъмулан марказҳои илмии таҳсилотӣ (МИТ) номида мешаванд, таҳия шудани усулҳои муайяни идора кардани кори онҳо дар назар аст [1,2,3].

Таҳсилоти олӣ ва баъдидипломӣ дар мувофиқа бо стратегияи гузариши давлат ба фаъолияти илмии инноватсионm ташаккул дода мешавад ва ин заминаи асосии рушди имконоти касбии он маҳсуб ёфта, ба минбаъд баланд бардоштани сифати тайёрии мутахассисони баландтахассус дар заминаи дастовардҳои нави илму техника нигаронида шудааст. Нигоҳ аз мавқеи кадрҳо барои фаъолияти илмӣ-инноватсионӣ тайёр кардани мутахассисони дорои тафаккури ғайриқолабиро дар назар дорад, ки донишҳои навтарин ва мудирони инноватсионии мутаҳаррики қодир ба ташаккул ва идораи фаъолиятҳои нав, амал дар шароити муборизаи сахти рақобатиро тавлид мекунанд. Вазифаҳои мазкур моро на ба қарорҳои таъхирнопазир, балки ба таъмин намудани як қатор дигаргуниҳо дар таҳсилоти олӣ – гузариш аз таҳсилоти классикӣ ба инноватсионӣ равона мекунанд.

Масъалаи рушди фазои нави иттилоотӣ-таҳсилотӣ дар санадҳои байналмилалии зерин сабт шудаанд:

- ҳисоботи Бонки ҷаҳонӣ аз соли 2003;
- Эъломияи болонии вазирони маориф.

Сохти иҷтимоии асосии рушди ҷомеа, ки ба донишҳо асос ёфтааст, консепсияи муосири давлатӣ маҳсуб меёбад, ки ҷузъи асосии он таҳсилоти инноватсионӣ – маҷмуи томи равандҳои таҳсилотии ба истифодаи созандаи технологияҳои нави иттилоотӣ ва ташкилӣ-педагогӣ асосёфта мебошад [2, 4].

Ба ҳоли имрӯз тамоюли тағйири самт кардани саноат ва илми саноатӣ аз ашёи хом ба инноватсияҳо ва технологияҳои баланд; табдили роҳи истеъмолии экстенсивӣ ба инноватсионии интенсивӣ возеҳ мушоҳида мегардад.

Бешак, муассисаи таҳсилоти олии тиббӣ ба ҳеҷ ваҷҳ наметавонад аз тамоюлҳои мусбати ҷаҳонӣ дар канор бимонад.

Лозим ба қайд аст, ки муассисаи таҳсилоти олӣ дар шароити кунунӣ табиатӣ дуалӣ дорад.

Аз як тараф, муассисаи таҳсилоти олӣ субъекти иқтисоди бозаргонӣ, истеҳсолкунандаи маҳсулоти зеҳнӣ ва хизматрасониҳои таҳсилотӣ мебошад.

Аз тарафи дигар, муассисаи махсус дар минтақа маҳсуб меёбад, зеро зеҳни маҷмуии кормандони он аз ҳама баланд мебошад. Дар робита ба ин функсияҳои асосии он ин зайланд:

- ҳифзи иқтидорҳои миллии фарҳангӣ-таҳсилотӣ,
- баланд бардоштани дараҷаи инкишофи илмию техникии кишвар, такрористеҳсолкунии донишҳои ғункарда ва ҳамчунин малакаҳои наслҳо.

Ҷузъи муҳими зерсохтори инноватсионии муассисаҳои таҳсилоти олӣ ташаккул додани марказҳои истифодаи дастаҷамъӣ маҳсуб меёбад. Онҳо мушкилоти муҳими зеринро ҳаллу фасл мекунанд:

– ба доираи васеи олимон ва коллективҳои илмӣ имконияти гузарондани таҳқиқотҳо дар таҷҳизоти муосири гаронарзиш фароҳам меоранд;

- имкони бардоштани сатҳи самаранокии истифодаи ин гуна таҷҳизотро ба вуҷуд меоранд;

- ба рушди инноватсионии донишгоҳ мусоидат мекунанд.

Афзоиши беморшавӣ, инчунин баландшавии талабот ба сифати ҳаёт рушди муттасили тиб ва тандурустиро тақозо мекунанд. Таҳқиқоту коркардҳо, аз ҷумла, дар соҳаҳои илмталаб ва баландтехнологияи тиб бо шиддати бештар таҳия ва татбиқ мегарданд. Дар шароити маблағгузории нокифоя ва рақобати баланд барои буҷет аҳамияти баҳои самарабахшии фаъолияти таҳқиқотии ҳар муассисае, ки фаъолияти илмию лоиҳакашӣ анҷом медиҳад, меафзояд.

Ба даст овардани маблағгузории иловагӣ, масалан, мадади грантӣ ба андозаи назаррас аз зарфиятҳои илмии коллектив ва сифати кори илмӣ вобаста аст. Аз ин мавқеъ, нашри маводҳо дар маҷаллаҳои илмии байналмилалии бонуфуз ва таваҷҷуҳи зиёд ба мақолаҳои илмии кормандон ҷолибияти сармоягузории ташкилоти илмиро зиёд мекунанд.

Фаъолияти илмию тадқиқотӣ, ки аз охири асри XIX ба яке аз ченакҳои асосӣ барои арзёбии фаъолияти муассисаи таълимӣ табдил ёфтааст, имрӯз барои некуаҳволии молиявии муассисоти таҳсилоти олии миллӣ низ афзалият ба ҳисоб меравад [1,7,8,9].

Ба ҳайси шахси ҳуқуқӣ ташкилоти илмӣ, новобаста аз шакли ташкилию ҳуқуқӣ ва шакли моликият, инчунин иттиҳодияи ҷамъиятии кормандони илмие эътироф карда мешавад., ки ба сифати фаъолияти асосии илмӣ ва (ё) илмию техникӣ тайёрии кормандони илмиро амалӣ мекунад.

Дар айни замон шаклҳои гуногуни ташкилотҳои илмӣ пайдо шудаанд.

Барои иттиҳодияҳои функционалӣ истилоҳҳои зерин истифода мешаванд:

- консорсиум;
- платформа;
- кластер;
- иттиҳодияи илмӣ-таълимӣ-клиникӣ;
- маркази захиравии илмӣ-таълимӣ;
- маркази илмӣ-таълимии клиникӣ [2,10,11].

Ҳангоми таҳлили таҷрибаи пешқадами ҷаҳон дар рушди илми тиб тамоюли зеринро метавон ҷудо кард: барои тадқиқотҳои илмӣ дар кишвар ҳам сохторҳои давлатӣ ва ҳам сектори хусусии иқтисод масъуланд. Ҳамзамон, ҳиссаи зиёди сармоягузорӣ ба фаъолияти илмӣ ба бахши хусусӣ рост меояд [8,12].

Ин ҷудокунӣ бояд имкон медод, ки рушди технологӣ зери назорат гирифта шавад, дар ҳоле ки таҳқиқотҳои фундаменталиро дар ҳамкорӣ бо дигар кишварҳо анҷом додан мумкин мебуд. Ба ин тариқ, таҳқиқотҳои фундаменталӣ ҳамчун он қисми илм мавриди баррасӣ қарор гирифтанд, ки метавонад хусусияти кушодаи байналмилалӣ дошта бошад ва дар донишгоҳҳо анҷом дода шавад, дар ҳоле ки таҳқиқотҳо ва коркардҳои амалӣ дар марказҳои таҳқиқотие, ки аксаран дар шароити махфӣ кор бурда, ҳамкориҳои байналмилалиро истисно мекарданд, мутамарказ буданд [5,13, 14].

Чунин равандҳо дар кишварҳои Аврупо низ ҷой доранд. Масалан, дар Олмон сиёсати илм ва технологияро Вазорати федералии маориф ва тадқиқот (BMBF) муайян мекунад. Харочоти соҳаи таҳсилоти олӣ мунтазам зиёд мешавад. Донишгоҳҳо асо-

сан ба таҳқиқотҳои бунёдии илмӣ машғуланд [6,15]. Аксари барномаҳои таҳқиқотии аз ҷониби давлат маблағгузоришавандаро агентиҳои иҷрокунанда (projekt-trager), ки асосан дар марказҳои калони тадқиқотӣ ҷойгир мебошанд, амалӣ ва идора мекунанд. Зиёда аз 60% аз маблағгузориҳои солонаи таҳқиқотҳо аз ҳисоби маблағҳои худи корхонаҳо ҷудо карда мешавад. Чунин таҳқиқотҳо хусусияти амалӣ доранд ва аз ҷониби ташкилотҳои ғайридавлатии таҳқиқотии гуногунмиқёс гузаронида мешаванд. Дар давоми солҳои 2009-2014 афзоиши мунтазами теъдоди нашри корҳое мушоҳида мегашт, ки дар ташкилотҳои илмии тиббӣ иҷро шуда, ҳам дар ИИИР ва ҳам дар WoS/Scopus индексатсия мешаванд. Шумораи иқтибосорӣ аз мақолаҳои ин ташкилотҳо низ хеле афзудааст [9,16-18].

Таҳлил аз рӯйи нишондиҳандаҳои таърихи рушду ташаккули муҳити таҳқиқотӣ барои беҳтар намудани фаъолияти илмии таҳқиқотии ҶС АТҚҶ гузаронида шуд.

Тараққиёти лабораторияҳои таҳқиқотии тиббӣ бо таърихи инкишофи донишгоҳҳои тиббӣ зич алоқаманд аст.

Соли 2010 Қазоқистон расман ба Эъломияи Болония ҳамроҳ шуд ва 47-умин узви Минтақаи аврупоии таҳсилоти олӣ ва аввалин давлати Осиёи Марказӣ шуд, ки узви комилҳуқуқи фазои таҳсилоти аврупоӣ гардидааст.

Пас аз ҳамроҳшавӣ ба Раванди болонӣ дар системаи таҳсилоти олии Қазоқистон ин гуна тағйиротҳои ҷиддӣ ба амал омаданд:

1. Пайвастшавии донишгоҳҳои Қазоқистон ба Хартияи бузурги донишгоҳҳо сурат гирифт, ки то ин замон онро беш аз 650 донишгоҳи ҷаҳон имзо кардаанд. Ин имкон медиҳад, ки таҳсилоти ватанӣ ба стандартҳои аврупоӣ наздик карда шавад. Хартияи бузургро беш аз 60 донишгоҳи Қазоқистон ба имзо расонданд.

2. Гузариш ба модели сезинагии тайёрии мутахассисон анҷом дода шуд: бакалавр - магистр - доктори PhD, ки ба принсипҳои Эъломияи Болония асос ёфтааст.

Тибқи Гузориши миллӣ дар бораи вазъ ва рушди низоми маорифи Ҷумҳурии Қазоқистон (дар асоси натиҷаҳои соли 2014), магистрантҳоро дар 118 донишгоҳи кишвар тайёр мекунанд, ки дар онҳо 32 527 нафар таҳсил менамоянд, аз онҳо 16 220 нафар - аз ҳисоби фармоиши давлатӣ. Ҳиссаи магистрантҳое, ки бо ҳимоя таҳсилро хатм мекунанд, 92%-ро ташкил медиҳад.

16 донишгоҳ дар ҳамкорӣ бо донишгоҳҳои пешрафтаи хориҷӣ докторҳои PhD тайёр мекунанд. Шумораи докторантҳо дар соли 2014 2063 нафарро ташкил дод.

3. Ба раванди таълимии МТО-ҳо технологияҳо ва низомҳои таълимии прогрессивӣ ворид карда шудаанд: дар ҳамаи муассисаҳои таҳсилотӣ теъхнологияи кредитии таълим ҷорӣ карда шудааст, дар 38-тои онҳо таҳсилоти дудиплома, дар 42-то таҳсилоти фосилавӣ амалӣ карда мешавад. Коркарди барномаҳои таълимии модулӣ, силлабусҳо дар мутобиқат бо Дескрипторҳои дублинӣ амалӣ карда мешавад; Чаҳорчӯби миллии тахассусҳо тартиб дода шудааст.

4. ECTS (Системаи аврупоии интиқоли кредитҳо) ҳамчун асос барои гузарондани воҳидҳои баҳодиҳӣ дар ҷараёни ҳаракати академии донишҷӯён қабул шудааст, Роҳнамои нав оид ба ECTS (дар Конфронси вазирони маорифи кишварҳои аврупоӣ дар Ереван 14-15 майи соли 2015 тасдиқ шудааст) ҷорӣ карда мешавад.

5. ВМИ ҶҚ барои ҳаракати академии ҳайати профессорону омӯзгорон ва донишҷӯён, худи муассисаҳои таҳсилотӣ барои ҳаракати академӣ маблағ ҷудо мекунанд.

Тибқи маълумоти расмии Маркази Раванди болонӣ ва сафарбарии академӣ, соли 2014 52 МТО 1726 олими хориҷиро даъват намуданд (соли 2013– 1533, соли 2012 – 1 349, соли 2011 – 1717, соли 2010 – 418, 2009 – 389).

Аз кишварҳои Аврупо 785 олим, аз Осиёи Шарқӣ 85 олим, аз ИМА 140, Федератсияи Россия 498, Ҷумҳурии Белоруссия 28, кишварҳои дигар 158 олим даъват шуданд. Даъвати омӯзгорон ва мушовирони хориҷӣ дар чорчӯбаи фармоиши давлатӣ ва аз ҳисоби маблағҳои ғайрибуҷетии муассисаҳои таҳсилоти олӣ амалӣ карда мешавад.

Дар маҷмуъ, дар давраи аз соли 2009 то

соли 2014 6927 нафар олиму мушовири хориҷӣ даъват шуд.

Дар доираи рушди сафарбарии академӣ дар соли 2014 донишгоҳҳо 805 нафар донишҷӯро барои таҳсил ба хориҷи кишвар ба муддати на камтар аз 1 семестр фиристоданд, ки аз ин шумора 740 нафар ба кишварҳои Аврупо, 52 нафар ба ИМА, 12 нафар ба Осиёи Шарқӣ ва 1 нафар ба Россия сафарбар шуданд. Соли 2014 дар хориҷи кишвар 616 бакалавр ва 189 магистр таҳсил кардаанд.

Дар маҷмуъ дар ҷараёни татбиқи барномаи сафарбарии академӣ аз соли 2011 инҷониб 1520 нафар донишҷӯйи бакалавр ва 1043 нафар донишҷӯйи гуногунихтисос дар хориҷи кишвар таҳсил кардаанд.

6. Барои пешбурди ҳамкориҳои аврупоӣ дар самти таъмини сифат бо мақсади таҳияи меъёрҳо ва методологияҳои қиёсшаванда Вазорати маориф ва илми Ҷумҳурии Қазоқистон Феҳристи миллии агентиҳои аккредитатсиониро тартиб дод, ки ҳамроҳ бо Агентии мустақил оид ба таъмини сифати таҳсилот (IQAA) боз як агентии миллӣ ва 8 муассисаи хориҷиро фаро гирифт. Дар давраи байни солҳои 2009-2015 НАОКО аккредитатсияи институтсионалии 50 муассисаи таҳсилоти олӣ ва зиёда аз 1100 барномаро гузаронида, 153 коршиноси хориҷӣ аз 25 кишвари ҷаҳон, тақрибан 1100 коршиноси миллӣ, аз ҷумла 190 донишҷӯ ва зиёда аз 200 корфарморо ҷалб кард. Агентӣ оид ба ҳамоҳанг кардани стандартҳои аккредитатсия бо стандартҳо ва дастурҳо барои таъмини сифати таҳсилоти олӣ дар фазои таҳсилоти олии Аврупо кор мебарад.

Дар умум, мувофиқи ахбори Гузориши миллӣ дар соли 2014 66 адад аз 115 МТО (57%) аз аккредитатсияи институтсионалии миллӣ гузаштанд.

Аз аккредитатсияи махсуси байналмилалӣ 22 муассисаи таҳсилоти олии Қазоқистон (19%) аз рӯйи 139 ихтисоси таҳсилоти олӣ ва баъдидипломӣ гузаронда шуданд.

Дар мутобиқат бо стандартҳои аккредитатсияҳои институтсионалӣ ва барномавӣ ҷорӣ намудани низомҳои дохилимуассисавии таъмини сифати таҳсил ва ҷалб кардан ба арзёбии берунаи фаъолияти МОТ-ҳо донишҷӯён ва корфармоён амалӣ карда мешавад, пойгоҳи васеи коршиносон аз ҷумлаи корфармоёну донишҷӯён ташкил меёбад.

Корҳои илмӣ-таҳқиқотии Академияи тиббии Қазоқистони Ҷанубӣ иборат аз тайёр кардани мутахассисони дорои малакаҳои касбӣ дар муассисаи таҳсилоти олии касбӣ бо роҳи ҷалб ва татбиқи салоҳиятҳои касбию шахсӣ ва корҳои илмӣ-тадқиқотӣ, инчунин фароҳам овардани шароити зарурӣ барои татбиқи пурраи иқтидори илмию эҷодии ҳайати профессорону омӯзгорон, ба корҳои илмӣ-таҳқиқотӣ ҷалб намудани донишҷӯён, барқарор намудани алоқаҳои эҷодӣ бо ташкилотҳои илмӣ мебошад, ки фаъолияти онҳо ба татбиқи сиёсати мустаҳкам намудани он нигаронида шудааст. Самтҳои корҳои илмӣ-тадқиқотии академия ба афзалиятҳои рушди илми тиб, ки дар лоиҳаи миллии «Тандурустии босифат ва дастрас барои ҳар як шаҳрванди Қазоқистон», «Миллати солим», Лоиҳаи миллии «Таълими босифат», «Миллати босавод», нақшаи стратегии Вазорати адлияи Ҷумҳурии Қазоқистон барои солҳои 2017-202 муайян шудаанд, мувофиқат мекунанд.

Кормандони Академияи тиббии Қазоқистони Ҷанубӣ дар асоси фармони Вазири тандурустии Ҷумҳурии Қазоқистон аз 23 декабри соли 2020 № МЗ-316/2020 қоидаҳои бахшидани мақоми ташкилоти илмиро дар соҳаи нигаҳдории тандурустӣ ва аз нав дида баромадани он, инчунин қоидаҳои баҳодиҳии самаранокии фаъолияти илмӣ, илмию техникӣ ва инноватсиониро муайян мекунанд.

Дар асоси гуфтаҳои боло, донишгоҳ бо муассисаҳои таҳсилоти олии тиббию фарматсевтии зерин дар кишвару минтақаҳои мухталиф ёддоштҳои дуҷонибаи ҳамкорӣ дорад:

Россия:

• Донишгоҳи Сеченов, ш.Москва;

• Донишгоҳи давлатии тиббии Бошқирдистон, Уфа;

• Донишкадаи тиббию фарматсевтии Пятигорск, Филиали ДДТ-и Волгоград. Пятигорск;

• Донишгоҳи давлатии химиявию фарматсевтии Санкт-Петербург.

ИДМ:

• Академияи тиббии Тошканд;

• Донишкадаи давлатии тиббии Бухоро ба номи Абуалӣ ибни Сино.

• Донишкадаи фарматсевтии Тошканд;

• Донишкадаитиббии педиатрии Тошканд;

• Донишкадаи давлатии стоматологии Тошканд;

• Академияи давлатии тиббии Қирғизистон ба номи К.Охунбоева

Аврупо:

• Донишгоҳи тиббии Гданск, Полша;

• Донишгоҳи тиббии Люблин, Полша;

• Донишгоҳи Трансилвания дар Брашов, Руминия;

• Донишгоҳи тиб ва дорусозии «Юлиу Хатиегану», ш.Клуж-Напока, Руминия;

• Донишгоҳи Карл дар Прага, Ҷумҳурии Чехия (факултети тиб);

• Донишгоҳи Тоскана дар Витербо, Италия;

• Донишгоҳи Нечметтин Эрбакан, Кония, Туркия;

• Донишгоҳи Памуккале, ш.Денизли, Туркия;

• Донишкадаи тадқиқоти биотиббии Донишгоҳи Барселона, Испания;

• Донишкадаи асабшиносӣ, Коллеҷи Донишгоҳи Лондон, Британияи Кабир;

• Маркази тадқиқоти фарматсевтии Донишгоҳи илмҳои тиббии ба номи Шаҳид Биҳиштӣ, Теҳрон, Эрон.

Қазоқистон:

• Донишгоҳи миллии тиббӣ, Алмато;

• Донишгоҳи миллии Қазоқистон ба номи Ал-Форобӣ, Алмато;

• Донишгоҳи тиббии Остона;

• Донишгоҳи тиббии Қарағанда;

• Донишгоҳи тиббии Қазоқистону Россия, Алмато;

• Донишгоҳи давлатии тиббии Қазоқистони Ғарбӣ ба номи М. Оспанов, Актобе;

• Донишгоҳи байналмилалии Қазоқистону Туркия ба номи Хоҷа Аҳмади Ясавӣ, ш.Туркистон;

• Донишгоҳи давлатии тиббии Семей;

• Донишгоҳи давлатии Қазоқистони Ҷанубӣ ба номи М Авезов, ш. Чимкент.

Бо мақсади ташаккул додани муҳити таҳқиқотӣ барои беҳбуди фаъолияти илмӣ-таҳқиқотии академия лабораторияи илмӣ-таҳқиқоти геномӣ ва лабораторияи омӯзиши хусусиятҳои химиявии растаниҳои шифобахш ташкил гардид. Инчунин дар донишгоҳ сохторҳое ба мисли шӯрои олимони ҷавон, ҷамъияти илмии донишҷӯён, шуъбаи илм ва шуъбаи тиҷорат вуҷуд доранд.

Фаъолияти илмӣ ҷузъи ҷудоинопазири ҳаёти донишҷӯён ва омӯзгорони Академияи тиббии Қазоқистони Ҷанубӣ мебошад ва инро иштироки фаъолона ва баромадҳои пурсамари онҳо дар конференсияҳои ҷумҳуриявӣ ва байналмилалӣ, инчунин нашрҳои сершумор дар маҷмуаҳо ва маҷаллаҳои тиббӣ собит месозад. Ҳадафҳои асосии донишгоҳ дар соҳаи фаъолияти илмӣ татбиқи таҳқиқотҳои бунёдӣ ва амалӣ, истифодаи дастовардҳо ва технологияҳои илмии навтарин дар соҳаи маориф, таҳияи лоиҳаҳои илмталаб ба манфиати рушди устувори иқтисодӣ ва таъмини амнияти кишвар, баланд бардоштани сатҳи тайёрии касбии таълимгирандагон мебошад.

Дар Академия 14 барнома ва лоиҳаи илмӣ амалӣ мешаванд. Кормандони Академия дар асоси маблағгузории барномавии мақсадноки Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Қазоқистон ва 13 адад дигар манбаи маблағгузорӣ фаъолият мекунанд. Лоиҳаҳои таҳқиқотҳои ибтикорӣ бо салоҳдиди худ маблағгузорӣ карда мешаванд. Ҳама мақолаҳои илмӣ дар Маркази миллии давлатии экспертизаи илмӣ-техникӣ ба қайд гирифта шудаанд.

Аз 1 январи соли 2021 шумораи мақолаҳои илмии ҳайати профессорону омӯзгорони Академия 132 ададро ташкил дод, аз ҷумла 25 адади онҳо дар маҷаллаҳои пойгоҳи илмии байналмилалӣ бо импакт-омили Scopus, Web of Science ба табъ расиданд.

Дар соли 2021 шумораи патентҳои додашуда 7 адад, шаҳодатномаҳои ҳуқуқи муаллиф 46 ададро ташкил дод;

Донишҷӯёни академия ва аъзоёни маҳфил дар конференсияҳои байналмиллалӣ,

ҷумҳуриявӣ, минтақавӣ, маҳаллӣ иштирок намуданд. 18 нафар донишҷӯёни академия дар конференсияву олимпиадаҳои байналмилалӣ ширкат варзида, бо дипломҳо сарфароз гардонида шуданд.

Аз 25 январ то 3 апрели соли 2021 озмун барои дарёфти 17 стипендияи донишҷӯён аз ҷониби Бунёди илмии таълимӣ ба номи Шоҳмардон Есенов баргузор гардид, ки дар он донишҷӯйи академия ғолиб омад.

Иттифоқи касабаи кормандони соҳаи тандурустии Қазоқистон барои дарёфти стипендияи иттифоқҳои касаба дар байни донишҷӯёни муассисаҳои таҳсилоти олии тиббии ҷумҳурӣ озмун ташкил намуд, ки дар он донишҷӯйи академия барои таҳсили аъло ва меҳнати софдилона дар иттифоқи касаба стипендияи номиро ба даст овард.

Як донишҷӯ соҳиби стипендияи SURPLACE гардид, ки аз ҷониби Фонди Байналмилалии Конрад Аденауэр (Ҷумҳурии Федеративии Олмон) эълон шудааст.

Сатҳи фаъолияти илмӣ-таҳқиқотии донишгоҳ мувофиқи рейтинги муассисаҳои таҳсилоти олии тиббии Ҷумҳурии Қазоқистон аз рӯйи нишондиҳандаҳои фаъолияти илмӣ ва инноватсионӣ дар Ҷумҳурии Қазоқистон 4-ум эътироф шудааст. Аз ҷумла:

- мувофиқи иштирок дар конфронсҳои байналмилалӣ – 1-ум;

- аз рӯйи шумораи патентҳо ва шаҳодатномаҳои ҳуқуқи муаллиф – 3-юм;

- аз рӯйи фоидаи молӣ аз таҳқиқотҳои илмӣ – 2-юм;

- мувофиқи истинод ба корҳои илмӣ – 4-ум.

Ҳамин тариқ, нишондиҳандаҳои сатҳи фаъолии инноватсионии донишгоҳ ва самаранокии зерсохтори инноватсионии бунёдшуда, инчунин сатҳи умумии муҳити таҳқиқотии академия дар нишондиҳандаи фаъолияти таҳқиқотӣ ҷамъбаст шудаанд.

Дастовардҳои муосири илмӣ ва ҷорӣ намудани технологияҳои илмӣ дар ҷараёни истеҳсолоти ҳамаи соҳаҳо, аз ҷумла, дар самти хизматрасонии тиббии аҳолӣ на танҳо шароити фаъолияти меҳнатиро ба таври куллӣ тағйир доданд, балки дар ин замина талаботҳо ба хатмкунандагони мактабҳои олӣ низ хеле зиёд гардид.

Дар давраи муосир вазифаи асосии таҳсилоти олии тиббӣ аз ташаккули шахсияти эҷодии мутахассиси ба фаъолияти худтакмилдиҳӣ, худомӯзишӣ мусоидаткунанда иборат аст [1-3]. Ҷараёни асосии модернизатсия ва инкишофи илми тиб масъалаҳои аз раванди таълимӣ-маърифатӣ ба илмӣ-маърифатӣ гузаштани мактабҳои олиро фаро мегирад. Яке аз роҳҳое, ки ба амалӣ намудани ин гузариш мусоидат менамояд, ташкили фаъолияти илмии донишҷӯён дар шаклҳои гуногуни он: ҷамъияти илмии донишҷӯён, мастер-класс, конференсияҳои илмӣ-амалӣ ва ғ. зоҳир мегардад [2]. Дар доираи фаъолияти таъмини методии ҷараёни таълим хатмкунандагони ояндаи мактабҳои олии тиббӣ бояд ба фаъолияти таҳқиқотӣ ва лоиҳавӣ омода бошанд ва дар он иштирок карда тавонанд, таҷрибаи илмӣ ва технологияҳои таълимиро системагузорӣ ва баҳодиҳӣ карда тавонанд.

Табаддулотҳои Ҷумҳурии Қазоқистон ва курси модернизатсияи ба ин раванд ҳамбаста тайёр намудани кадрҳои баландихтисоси дорои салоҳияти инноватсиониро талаб менамояд, ки барои фаъолияти илмӣ-таҳқиқотӣ ва амалӣ намудани натиҷаи онҳо дар самти иҷтимоӣ омода бошанд. Дар робита ба ин дар Ҷумҳурии Қазоқистон талабот ба он мутахассисоне зиёд мешавад, ки қобилияти хуб доранд ва ба худамалинамоӣ дар соҳаҳои гуногун, аз ҷумла, эҷодӣ, таҳқиқотӣ ва таълимӣ омодаанд. Дар ояндаи наздик ташаккули система ва муҳити модернизатсияшуда аввалиндараҷа ба ҳисоб меравад, ки тамоми шароитҳоро барои тайёрии донишҷӯён, магистрантҳо, мутахассисони соҳаи иҷтимоии дорои фаъолияти инноватсионӣ тамоми шароитҳоро муҳайё менамояд. Дар системаи мактаби олӣ махсусан тағйиротҳо, идея ва технологияҳои нав, аз ҷумла, инкишофи шабакаҳои инноватсионӣ, ташкилотҳои таҳқиқотии амалӣ заруранд, ки ташаккули салоҳиятнокӣ ва донишҳои миёни муассисаҳои иҷтимоӣ, иттиҳодияҳои илмӣ ва мактабҳои олиро таъмин менамоянд. Технологияи модернизатсия дараҷаи навро дар шакли тайёр намудани

кадрҳо талаб менамояд, ки аз тарафи корхонаҳо, ташкилотҳои иҷтимоӣ пазируфта мешаванд, яъне сарварони модернизатсия мебошанд. Мутахассисон бояд барои кор бо технологияҳои инноватсионии оянда равона шуда бошанд. Дар тайёр намудани онҳо бояд омӯзгорон, кормандони илмӣ иштирок намуда, онҳоро ба корҳои илмӣ-таҳқиқотӣ ҷалб намоянд. Усули нави беҳтар намудани кор фаъолгардонии шароити модернизатсияи мактабҳои олиро фаро мегирад. Ҳалли чунин масъалаҳо ҳангоми афзоиши корҳои модернизатсионӣ дар мактабҳои олӣ хеле муҳиманд, ки бешубҳа, ба афзоиши озмоишгоҳҳои илмӣ-таҳқиқотии инноватсионӣ, марказҳои амалию мақсадноки инноватсионӣ, марказҳои маълумотию инноватсионии библиографӣ ва ғайраҳо мусоидат менамоянд.

Беҳтар намудани сифати баланди корҳои фундаменталӣ ва ҷустуҷӯӣ, инкишофи ҳамкориҳои ҳамаҷониба дар тамоми самтҳо бо қазоқистониён ва донишгоҳҳои байналмилалӣ барои беҳтар намудани муҳити илмӣ-таҳқиқотӣ ва таълимӣ-инноватсионии мактабҳои олӣ маҳаки асосӣ ба ҳисоб меравад.

Дар замони инноватсия ва донишҳои иқтисодӣ мактабҳои олӣ бояд тайёрии насли нави инноватсионии мутахассисони баландихтисосро ба роҳ монанд, ки барои амалӣ намудани фаъолияти инноватсионӣ, ташаккул ва инкишофи салоҳиятҳои умуминсонӣ ва касбӣ омодаанд, зеро ин ба хатмкунандагон барои мутобиқшавӣ ба ҳаёти воқеии Ҷумҳурии Қазоқистон ва кишварҳои дигар имкон медиҳад. Мактабҳои олиро зарур аст, ки дар асоси ягонагии раванди таълимӣ, илмӣ ва инноватсионӣ фаъолияти шахсии худро такмил диҳанд ва дар раванди инкишофи пешрафтаи муҳтавои таълим дар нисбати фаъолияти амалии касбӣ бояд дар ташаккули фазои глобалии таълимию таҳқиқотӣ фаъолона иштирок намоянд, ки ба дастовардҳои хатмкунандагони худ дар муҳити рақобатӣ мусоидат менамояд [1].

Дар ҷараёни информатизатсия ва модернизатсия мактабҳои олӣ бояд дараҷаи баланд ва ҳаҷми зиёди таҳқиқотҳои илмӣ дошта бошанд. Таъмини таҷдиди муҳтавои раванди таълим, ташаккули потенсиали интеллектуалӣ, ташаккул ва интиқоли донишҳои нав, инкишофи фаъолияти инфраструктураи инноватсионӣ, пешниҳоди муносибати инноватсионӣ ба тамоми соҳаҳои фаъолият, баланд бардоштани рақобатпазирии худ дар бозори хизматрасонии соҳаи маориф, ташаккул додани механизмҳои дохилии идоракунӣ, таъмини қобилияти мутобиқшавии босуръати мактабҳои олӣ ба шароити берунаи зудтағйирёбанда талаботҳои асосӣ ба шумор мераванд [2].

Ҳамин тавр, бо фаҳмиши мо муҳити таҳқиқотӣ ин маҷмӯи инсонҳое мебошад, ки дар ташаккули донишҳои нав иштирок менамоянд, инчунин барои амалӣ гардидани ин фаъолияти таҳқиқотӣ пойгоҳи асосии мавод ба ҳисоб мераванд.

Таърихи эволютсияи илм шаҳодат медиҳад, ки муҳити илмӣ-таҳқиқотӣ яке аз меъёрҳои асосии фаъолияти илмии мактабҳои олӣ мебошад ва вазифаи генератори донишҳои нав ва коркарди илмиро ба ҷо меорад. Фаъолияти илмӣ дар доираи донишгоҳ ба пайдоиши инноватсия мусоидат намуда, барои баланд бардоштани сифати фаъолияти ҳайати профессорону омӯзгорон имкон медиҳад, боиси баланд шудани нуфузи донишгоҳ ва мақоми иқтисодии он мегардад, барои боз ҳам беҳтар омода намудани таълимгирандагон шароит фароҳам меорад. Тавре аз шарҳи адабиётҳо маълум мегардад, фаъолнокии таҳқиқотӣ дар мактабҳои олӣ гуногун буда, самаранокии он ба як қатор омилҳо вобаста аст, ки он тавсифи таҳқиқотии кормандон, фарқияти усулҳои таҳқиқотӣ ва стратегияҳоро ҳам дар дохил ва ҳам миёни фанҳоро ташкил медиҳад [1-3].

Тавсифи асосии инкишофи муҳити таҳқиқотии ҳаёти мактабҳои олӣ ин ташаккули кадрҳои инноватсионӣ; самтҳои гуногуни кор дар марказҳои техникӣ ва илмӣ-таҳқиқотӣ; объекти донишҳои мақсадноки касбӣ ва технологияҳоро дар бар мегирад.

Дар як қатор таҳқиқотҳо шароити тайёрии кадрҳо тавсиф дода мешаванд, ки ба талаботҳои муҳити инноватсионӣ ҷавобгӯ буда, омилҳои асосии ба ин ҷараён мусои-

даткунанда номбар карда мешаванд; вале дар онҳо танҳо як омили ҷудогона номбар карда шуда ва он ҳам мутлақ ҳисобида мешавад. Пешгӯӣ ва баҳодиҳии натиҷаҳои фаъолияти таҳқиқотӣ барои инкишофи мунтазами потенсиали илмӣ, самаранокии ташкилотҳои илмӣ-таҳқиқотӣ, марказҳои академӣ, инчунин рушди касбии олимони ҷудогона маҳаки асосӣ ба ҳисоб мераванд [4-9].

Интихоби корманди донишгоҳ миёни фаъолияти омӯзгорӣ ва таҳқиқотӣ дар асоси талаботҳои дохилӣ ва он сиёсате муайян карда мешавад, ки онро раёсат ба роҳ мемонад: ҳаҷми ҳавасмандгардонии навъҳои гуногуни фаъолият, инчунин баҳисобгирии натиҷаҳои ин фаъолият ҳангоми ҳалли масъалаҳои рушди касбӣ, қабул намудан ба вазифаи асосӣ ва ғайра. Муҳити зарурии таҳқиқотии зарурӣ ин муҳите мебошад, ки барои гузаронидани таҳқиқотҳо муҳити созгор ба амал меорад, олимони самаранокро ҷалб менамояд ва дар ниҳояти кор, самаранокии таҳқиқотро таъмин менамояд, яъне натиҷа дар шакли дониши илмие, ки барои татбиқи амалӣ пешниҳод мегардад. Ташаккули муҳити зарурӣ аз омилҳои зиёд вобастагӣ дорад. Дар доираи таҳқиқоти мо таҳлили татбиқи байналмилалӣ гузаронида шуд, инчунин инчунин омӯзиши робитаи тавсифоти гуногуни миқдорӣ ва сифатии контингент, ҳаҷми ҷалби маблағи фаъолияти илмии мактабҳои олии тиббӣ ва натиҷабахшии фаъолияти илмӣ аз рӯйи индикаторҳои баҳодиҳии фаъолияти илмӣ ва инноватсионии фаъолияти ташкилотҳои тиббӣ ва илмии Ҷумҳурии Қазоқистон ба роҳ монда шуд [2].

Ташаккули муҳити мусоиди таҳқиқотӣ аз омилҳои зиёд вобаста аст. Мақсади таҳқиқотро ошкорсозии омилҳои ба фаъолияти илмӣ-таҳқиқотии мактабҳои олии тиббӣ таъсиргузор ва дар асоси он ташаккул додани модели муҳити таҳқиқотӣ дар мактабҳои олии тиббӣ бо мақсади беҳтар намудани фаъолияти таҳқиқотӣ ташкил медиҳад. Натиҷаҳои таҳқиқот барои сохтани модели муҳити таҳқиқотӣ имкон медиҳад, ки он ба баланд бардоштани самаранокии фаъолияти таҳқиқотӣ ва истифодаи натиҷаҳои таҳқиқот дар амалия мусоидат менамояд.

Инкишофи таҳсилоти тиббии Қазоқистон бо назардошти муваффақиятҳои бадастомада ва ислоҳоти таҳсилоти тиббӣ бо мушкилоти муайян дучор меояд, ки ин ҳам дар ташкили раванди таълим, ҳам дар баҳодиҳии дониш, малака ва маҳорати донишҷӯён ба назар мерасад. Стандартҳои давлатии умумии амалкунанда ба мактабҳои олӣ дар сохтори траекторияҳо озодии кифояи академӣ ва автономӣ намедиҳанд. Тарзи қабул ба донишгоҳ танҳо дар асоси донишҳои назариявии довталабон оид ба биология, математика, забони қазоқӣ/русӣ, таърихи Қазоқистон ба роҳ монда мешаванд. Дар баробари ҳамин сифатҳои шахсии довталабон, донишҳои фанҳои дигари табиӣ-илмӣ, ба монанди химия ва физика ба назар гирифта намешаванд. Донишҷӯёне, ки донишҳои кифоя надоранд, ҳангоми омӯзиши биологияи молекулярӣ,биохимия,биология ва фанҳои дигари асосии барои тайёрии босифати табиби муосир бо мушкилиҳо дучор меоянд. Ташаккули мутахассисони системаи нигоҳдории тандурустӣ мутобиқи талаботҳои замони муосир зарурати донишҳои фундаменталии фанҳои асосиеро талаб менамояд, ки ин дар ҳолати зиёд намудани соатҳои таълимӣ ва корҳои лабораторӣ барномаҳои таълимӣ, ҷорӣ кардани усулҳои таълими бо корҳои таҳқиқотӣ вобаста имконпазир аст.

Баҳодиҳии дониш, малака ва маҳорат мутобиқи стандарти амалкунанда муносибати на интегралӣ, балки фаннӣ дорад. Мутобиқи стандартҳои таълимӣ ҳар як фан баҳогузорӣ карда мешавад. Дар натиҷа миёни навъи ташкили барномаи таълимӣ (таълими интегратсионӣ дар курси 3-юм, модулӣ дар интернатур) ва зарурати баҳои ҳар як фан дисбаланс ба амал меояд. Ҷорӣ намудани технологияҳои нави таълимӣ дар дар барномаҳои модулии таҳсилот тағйир додани усулҳои баҳогузориро талаб менамояд. Баҳодиҳии на дониш, балки сифати салоҳиятнокии касбии ташаккулёфта ва инкишофёфтаи мутахассисони тиб мақсаднок аст, ки омӯзиш ва таҳлили онҳо барои бозбинӣ, азнавсозӣ ва беҳтар намудани барно-

маҳои таълимии тиббӣ имкон медиҳанд. Баҳодиҳии дараҷаи азхудкунии барномаҳои таълимӣ аз тарафи хатмкунандагон бояд на танҳо аз тарафи мактаби олӣ, балки бояд бо роҳи ҷалби коршиносони мустақили беруна дар давраҳои гуногуни омодасозии табибон ба роҳ монда шавад. Мутобиқ гардидани хатмкунандагони мактабҳои олии тиббӣ мувофиқи талаботҳои системаи нигоҳдории тандурустӣ ба амалӣ намудани модели интегратсионии спиралии барномаҳои таълимӣ мусоидат менамояд, ки он бо салоҳиятнокӣ, такмили барномаи таҳсилоти пасаздипломӣ, зиёд гардидани ҷузъиёти элективӣ то 40% асос ёфтааст. Дар баробари ҳамин мактабҳои олӣ дар таҳияи барномаҳои наҷиби таълимии худ бо назардошти талаботҳои нигоҳдории тандурустии ама лии минтақаҳо ва кишварҳо, умуман манфиатҳои таълимгирандагон, аҳолӣ ва ҷомеа озодии академӣ ба даст меоранд.

Муҳити зарурии таҳқиқотӣ ин муҳите мебошад, ки ба амалӣ намудани таҳқиқотҳо таъсири мусбат мерасонад, таҳқиқотчиёни самаранокро ҷалб менамояд ва ниҳоят дастоварди натиҷаи ниҳоии фаъолияти илмӣ-инноватсиониро дар шакли дониши илмии барои таҷрибаи амалӣ пешниҳодшуда таъмин менамояд [10].

Таҳқиқотчиёни амрикоии Шӯрои сиёсати соҳаи илмҳои тиббии Донишкадаи тиббӣ, Шӯрои таҳқиқоти миллии Академияи миллӣ хабар медиҳанд, ки муҳити таҳқиқотӣ бояд ба фарҳанг ва арзишҳо такя намояд, аз менеҷмент, бенчмаркинген ва робитаи рушди олимон асос ёфта бошад [11]. Он сиёсати амиқи сабтшуда, механизмҳо ва дастгирии таҳқиқотчиёнро дар бар мегирад:

1 Таълими зарурӣ, роҳбарӣ барои дастгирии таҳқиқотчиён

2 Системаи боэътимоди идоракунӣ, таъмини сиёсати вобаста ба таҳқиқот, R&I (researchandinnovation) ва рафтор.

3 Фаҳмиши стандартҳо аз тарафи худи таҳқиқотчиён ва рафтори ниҳоии онҳо

4 Механизмҳои ошкорсозии монеаҳо дар давраи барвақтии системаи ёрирасонӣ ва дастгирӣ

Хусусияти дигари зарурии муҳити таҳқиқотӣ аз тарафи олимони британиягӣ ҳамчун тавсифи муҳими гурӯҳи илмии самарабахш ва коллективҳо пешниҳод шудааст [12]:

– Дараҷаи баланди унвоннокии кадрҳо, таҷрибаи бой дар соҳаи таҳқиқотҳо, маблағгузории мустақил (externally funded salaries);

– Коллективҳои илмии сермаҳсул, ки бо интихоби ҷиддӣ ва боздошти кадрҳои беҳтарини илмӣ асос ёфтааст;

– Ин коллективҳо ба рушди кормандон тавассути барномаи роҳбарикунанда бо назардошти ҳавасмандгардонӣ (моддӣ /ғайримоддӣ) барои маҳсулнокии баланд мусоидат менамоянд;

– «рамзи махсуси рафтори ахлоқӣ»-и кормандон;

– Одатан сарвари чунин коллективҳои таҳқиқотӣ сазовори бо ном «дорои амали озод» дар доираи донишгоҳ гаштаанд;

– Стратегияҳои таҳияшуда воқеӣ, реалӣ ва шахсан тарҳрезишуда мебошанд, на ҳуҷҷати декларативӣ;

– Таҳқиқотчиёни чунин коллективҳо дар муқоиса бо воҳиди миёнаи таҳқиқотӣ аз ҷиҳати иқтисодӣ сермаҳсул мебошанд;

– Ҳамкорӣ миёни таҳқиқотчиён аз тарафи худи муҳит маҳдуд аст, на аз берун, ё «аз боло ба поён»

Муаллифони таҳқиқот модели консепсуалии худро пешниҳод менамоянд, ки ба он коллективи сермаҳсули таҳқиқотчиён хос буда, заминаи асосӣ барои маҳсулнокии баланд кормандони дорои унвони профессор ё дотсент, инчунин шахсони дорои таҷрибаи ҳамкории байналмилалӣ ба ҳисоб мераванд, зеро робитаи ногусастании чунин коллективҳо фарҳанги таҳқиқотии бо арзишҳои сарварии коллектив ба ҳисоб мераванд ; 3 омиле, ки ба таҳқиқотчиён барои ба мақсад расидан дар чунин коллективҳо имкон медиҳанд: мавҷудияти шабакаи васеи ҳамкорӣ, мавҷудияти сарчашмаҳои гуногуни маблағгузорӣ, инчунин дастгирии ҳамаҷонибаи ташкилии институтсионалӣ.

C.J.BlandиM.T.Ruffin, ки ба омӯзиши масъалаи мазкур машғул шудаанд, чунин навъҳои сермаҳсули муҳити илмӣ-таҳқиқотиро ҷудо кардаанд:

- мушаххасии вазифаҳои гузошташуда, ки ба координатсияи вазифаҳо мусоидат менамояд,
- фокус дар илм,
- маданияти баланд,
- муҳити созгор дар гурӯҳ,
- ба кор ҷалб намудани ҳар як таҳқиқочӣ,
- ташкилоти детсентрализатсияшуда,
- муошират бештар,
- дастрас будани захираҳо, махсусан инсонӣ,
- кифоя будани гурӯҳи таҳқиқотчиён,
- ба гурӯҳ ворид кардани олимони синну солашон гуногун ва умуман гуногунии гурӯҳи таҳқиқотӣ, ки ба механизмҳои рушд ва ҳавасмандгардонӣ, фокус дар асоси критерияҳои қабул ва интихоб ба гурӯҳ, сарварони дорои таҷриба ва малакаҳои кофии таҳқиқотӣ дар самти ташаббускорӣ ва ташкили сохтори зарурии ташкилотчигӣ ва менеҷмент мусоидат менамоянд[13].

Шарҳи таҷрибаи ҷаҳонӣ дар самти таҳқиқотҳои муҳити самараноки таҳқиқотӣ аз гуногунии усулҳои рушди фаъолияти таҳқиқотӣ, ташкили муҳити илмӣ шаҳодат медиҳанд, ки дарҳақиқат ба тавлиди донишҳои нав, дастгирии шавқу рағбати кори илмӣ аз тарафи тамоми шахсони ҳавасманд ва трансферти минбаъда дар амалияи таҷрибавӣ мусоидат менамояд[14-21].

Таҳлили таҷрибаи ҷаҳонӣ, шарҳи адабиётҳо, дар баробари ҳамин натиҷаҳои таҳқиқотҳои шахсӣ барои таҳияи модели муҳити самараноки таҳқиқотӣ дар мактабҳои олӣ имконият фароҳам оварданд. Ҳамин тавр, модели самараноки муҳити таҳқиқотӣ чунин омилҳоро дар бар мегирад:

- мавҷудияти озмоишгоҳи илмӣ-таҳқиқотӣ;
- потенсиали кадрии муҳити таҳқиқотии дорои дараҷаи баланди унвоннокӣ ;
- системаи мотиватсия;
- мавҷудияти имконияти дастрасӣ ба нашрияҳои байналмилалӣ;
- семинарҳо оид ба фаъолияти илмӣ;
- мавҷудияти ОП магистратура ва докторантура;
- шуроҳои диссертатсионӣ ;
- грантҳои мактабҳои олӣ барои фаъолияти илмӣ;
- маҷаллаҳои илмии мактабҳои олӣ;
- гузаронидани конференсияи илмӣ
- блоки инфраструктураи илмӣ-ташкилотӣ.

Дар асоси далелҳои дар боло зикргардида донишҷӯро аз истеъмолкунандаи донишҳои пассив ба эҷодгари фаъоли он гузаронидан лозим аст, ки қобилияти проблемагузорӣ, таҳлили роҳҳои ҳалли он, дарёб кардани натиҷаи беҳтарин ва дурустии онро исбот карда тавонад. Таҳлили низомномаи ҷамъиятҳои илмии донишҷӯёни мактабҳои олии Ҷумҳурии Қазоқистон ва таҷрибаҳои бисёрсола нишон доданд, ки мақсад ва вазифаҳои ҶИД фаъолияти самти илмӣ-таҳқиқотӣ ба ҳисоб меравад. Вале аксар вақт ба ҶИД лозим меояд, к ибо фаъолияти ҷамъиятӣ машғул шавад. Аҳамияти фаъолияти ҷамъиятӣ чунин тавсиф меёбад:

1. Барои истифодаи малакаю маҳорат ва шавқи худ барои ҳалли вазифаҳои воқеии ҳаётӣ имкон медиҳад.

2. Барои санҷиши дониши худ, қудрат ва қобилияти худ бо талаботҳои воқеӣ ва шароити ҳаёт имкон медиҳад: дар охир аз хусуси арзиши ҳақиқии ин ё он дониши худ натиҷагирӣ намуда, хулосабарорӣ кардан мумкин аст, ки боз кадом донишҳоро бояд омӯхт, кадом сифатҳоро дар худ мустаҳкам бояд намуд, кадом қобилиятро инкишоф бояд дод ва ҳамаи инро чи тавр дар амал бояд ҷорӣ кард.

3. Шароите фароҳам меорад, ки ҷиҳати арзишнок ин кор дар команда мебошад, дар ҳолате ки манфиатҳои якчанд шахсонро муттаҳид намуда, вобаста ба истеъдод ва шавқу рағбати онҳо ҳалли мусбати масъала ба роҳ монда шавад ва қувваи зеҳнӣ ва эҷодӣ барои манфиати умум ҷалб карда шавад.

Ҳамин тавр, тамоми шартҳои дар боло зикршуда барои ташкили муҳити таҳқиқотӣ дар мактабҳои олӣ ба интегратсияи фаъолияти таълимӣ, ғайритаълимӣ, илмӣ-таҳқиқотӣ, санҷиш, назорат ва баҳодиҳии натиҷаи дониши донишҷӯён мусоидат менамояд. Тайёрии кадрҳои инноватсионӣ барои Ҷумҳурии Қазоқистон дар доираи муҳити инноватсионӣ-таълимӣ ва илмӣ-таҳқиқотии тарҳре-

зишуда барои ташаккули омодагии психологӣ-иҷтимоии мутахассисони ояндаи соҳаи иҷтимоӣ ба фаъолияти инноватсионӣ пешбинӣ мегардад. Он ташаккули малакаҳои ҳамкорӣ, таъсири мутақобила, инкишофи тафаккури эҷодӣ ва инноватсионӣ, ташаббускорӣ, қобилияти худтакмилдиҳӣ, таъҷилият, рушди касбиро таъмин менамояд. Она будет формирование умений сотрудничества, взаимодействия, развитие творческого и инновационного мышления, мобильности, инициативности, способности к самосовершенствованию, профессионального роста.

Муҳити таҳқиқотии пешниҳодгардида дар мактаби олӣ маҷмӯи системавӣ-ташкилии захираҳои иттилоотӣ, пойгоҳи инноватсионӣ, иттиҳодияи таълимӣ-методӣ ва ҷузъиётҳои дигаре мебошад, ки барои тайёрии кадрҳои инноватсионии Қазоқистон барои фароҳам овардани фаъолияти илмӣ-таҳқиқотӣ ва инноватсионӣ нигаронида шудааст. Модели пешниҳоднамудаи муҳити таҳқиқотии мо дар донишгоҳҳо барои ба дараҷаи баланди инкишоф расидани мактабҳои олӣ имкон медиҳад, дараҷаи мотиватсияи донишҷӯёнро ба фаъолияти илмӣ ва таҳқиқотӣ баланд бардошта, бо асосҳои фаъолияти инноватсионӣ , усулҳои муосири коркард ва таҳлили маълумот, ҷустуҷӯ, ҳифз ва истифодаи технологияҳои иттилоотию коммуникативӣ фаро гирифтани донишҷӯёнро таъмин менамояд. Таъмини истифодаи потенсиали таълимӣ, илмӣ-таҳқиқотӣ ва инноватсионӣ барои омода намудани мутахассисон, кадрҳои илмӣ ва илмӣ-педагогии ҷавобгӯи талаботҳои мутахассисони баландихтисоси ҷаҳонӣ мусоидат менамояд.

Нақши муҳити таҳқиқотӣ дар инкишофи инноватсионии фаъолияти илмӣ-таҳқиқотӣ басо бузург аст: он потенсиали кадриро ташаккул медиҳад,КИТ ба роҳ монда мешавад, технологияи инноватсионӣ ва маводҳои дигарро коркард менамояд, пешниҳодҳои инноватсиониро бо роҳи таъсири мутақобила бо муҳити берунӣ амалӣ менамояд, дар доираи грантҳо таҳқиқотҳои амалӣ мегузаронад, дар лоиҳаҳои якҷояи ПИТ, корхонаҳои саноатӣ иштирок менамояд; технопаркҳо ва марказҳои инноватсионӣ ташкил менамоянд. Инчунин ҳамкории ДИТ бо корхонаҳои саноатӣ барои коркарди он лоиҳаҳое имкон медиҳад, ки дарҳақиқат аз тарафи корхонаҳо пазируфта ва метавонанд маблағгузорӣ карда шаванд.

Адабиёт

1. Сейталин И. А., Саруаров Е. Г. Особенности организации эффективной научной и общественной деятельности в медицинском вузе на примере международного Казахско-Турецкого университета имени Ха Ясави //Сборник материалов XI Съезда Федерации студенческих и молодРжных научных обществ медицинских и фармацевтических вузов России, Украины, стран ШОС и участием стран БРИКС. – С. 152.
2. Рощина Я. М., Юдкевич М. М. Факторы исследовательской деятельности преподавателей вузов: политика администрации, контрактная неполнота или влияние среды? //Вопросы образования. – 2009. – №. 3. – С. 203-229.
3. Ажибаева-Купенова Д. Т., Дуйсенова А. М. Сравнительный анализ научной деятельности медицинских вузов Казахстана //Вестник Авиценны. – 2022. – Т. 24. – №. 1. – С. 29-38.
4. Койков В. В., Умбетжанова А. Т., Дербисалина Г. А. Модель формирования исследовательской среды в организациях медицинского образования Республики Казахстан //Медицина и экология. – 2017. – №. 4 (85). – С. 120-124.
5. Досмагамбетова Р. С. и др. Особенности медицинского образования в Казахстане // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2014. – №. 4 (18). – С. 75-85.
6. Смехова Т.А. Инновационная деятельность и инновационный процесс: в чем отличие?/ / Инновации. 2004. № 2. С. 36.
7. Снегирева Т.В. Роль интегральной кадровой политики и стратегии в формировании кадрового потенциала в России // Инновационная деятельность. 2010. № 10. С. 19–24.
8. Аверьянова Е.А. Формирование инновационной среды в вузе как одно из условий под-

готовки и научного роста кадров инновационной России // Сборник материалов годичных научных чтений филиала РГСУ в г. Анапе. Анапа, 2011. С. 237–239.
9. Андреева Е.А. Научно-исследовательский инновационный портал как одно из условий развития в вузе научно-исследовательской и инновационно-образовательной среды // Проблемы и перспективы развития образования в России : сборник материалов XII Международной научно-практической конференции / под общ.ред. С.С. Чернова. Новосибирск, 2011. С. 112–116
10. Integrity in Scientific Research: Creating an Environment That Promotes Responsible Conduct : Health and Medicine Division / National Research Council. – Washington, DC: The National Academies Press., 2002. – 216 p.
11. Manville C. et al. Characteristics of high-performing research units A preliminary analysis: research report. – London The Policy Institute at King's College London and RAND Europe, 2015. – Vol. 2015/2. – 82 p.
12. Bland C.J., Ruffin M.T. Characteristics of a productive research environment: Literature review // Acad. Med. – 1992. – Vol. 67, №6. – P. 385-397.
13. Гарфилд Ю. Можно ли выявлять и оценивать научную продуктивность? // Вестник АН СССР. – 1982. – №6. – С. 42-50.
14. Switzer G.E. et al. Doctoral programs to train future leaders in clinical and translational science // Acad. Med. – 2013. – Vol. 88, №9. – P. 1332-1339.
15. Ryu Y., Hwang K., Choi S.O. The Factors Affecting Basic Research Performance Funded by Government: 'Creative Research Program' Case in South Korea // Sci. Technol. Soc. – 2016. – Vol. 21, №3. – P. 349-365.
16. Lewison G. The definition of biomedical research subfields with title keywords and application to the analysis of research outputs // Res. Eval. – 1996. – Vol. 6, №1. – P. 25-36.
17. Ovseiko P.V., Oancea A., Buchan A.M. Assessing research impact in academic clinical medicine: A study using Research Excellence Framework pilot impact indicators // BMC Health Serv. Res. – 2012. – Vol. 12, №1. – P. 478.
18. Rosas S.R. et al. Evaluating research and impact: A bibliometric analysis of research by the NIH/NIAID HIV/AIDS clinical trials networks // PLoS One. – 2011. – Vol. 6, №3. – P. e17428.
19. Stiell I.G. et al. Executive summary of the CAEP 2014 Academic Symposium: How to make research succeed in your department // Can. J. Emerg. Med. – 2015. – Vol. 17, №3. – P. 328-333.
20. Бережная Г.С. Организация научных исследований в Германии//Наука и образование. – 2012. – №3. – С. 149-160.
21. Falavigna A. et al. Strategy to increase research in Latin America: project on education in research by AOSpine Latin America // Eur. J. Orthop. Surg. Traumatol. – 2015. – Vol. 25. – P. 13-20.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ СРЕДА ДЛЯ РАЗВИТИЯ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Д.Т. Ажибаева-Купенова
Научная клинико-диагностическая лаборатория Southclinical&Geneticlaboratory»,АО «Южно-Казахстанский Медицинская академия», Шымкент, Казахстан

В данной публикации делается акцент на процесс формирования в вузах исследовательской среды (ИС). Нами представлено обоснование к созданию модернизированной инфраструктуры вузов, которая обеспечивает обучение высокопрофессиональных сотрудников с нужными государству качествами и умениями. В нашем исследовании предложены условия для создания исследовательской среды, которые обеспечат интеграцию учебной, внеучебной, научно-исследовательской, инновационной деятельности, благоприятствовать созданию социально-психологической готовности специалистов к преобразованиям.

Ключевые слова: исследовательская среда, модернизация, компетенция, медицинский вуз, информатизация, инновационная деятельность.

RESEARCH ENVIRONMENT FOR THE DEVELOPMENT OF SCIENTIFIC ACTIVITIES

D.T. Ajybaeva – Kupenova
Scientific clinical diagnostic laboratory "South clinical & Genetic laboratory", JSC "South Kazakhstan Medical Academy", Shymkent, Kazakhstan

This publication focuses on the process of formation of a research environment (IR) in universities. We have presented a justification for the creation of a modernized infrastructure of universities, which provides training for highly professional employees with the qualities and skills needed by the state. In our study, conditions are proposed for creating a research environment that will ensure the integration of educational, extracurricular, research, and innovation activities, and will favor the creation of socio-psychological readiness of specialists for transformations.

Key words: research environment, modernization, competence, medical school, informatization, innovation.

Аджибаева -КупеновaД.Т. *– Лабораторияи илмии клиникӣ- ташхисии «Southclinical&Geneticlaboratory», ҶС «Академияи тиббии Қазоқистони Ҷанубӣ», Шимкент, Қазоқистон.*

Аджибаева -Купенова Д.Т. *Научная клинико-диагностическая лаборатория Southclinical&Geneticlaboratory»,АО «Южно-Казахстанский Медицинская академия», Шымкент, Казахстан.*

Ajybaeva – Kupenova *- Scientific clinical diagnostic laboratory "South clinical & Genetic laboratory", JSC "South Kazakhstan Medical Academy", Shymkent, Kazakhstan*

ТАЪРИХИ ТАШАККУЛИ МУҲИТИ ТАҲҚИҚОТӢ ДАР ҶС «АТҚҶ»

Д.Т. Ажибаева-Купенова
Лабораторияи илмии клиникию ташхисии«South clinical &genetic laboratory», ҶС «Академияи тиббии Қазоқистони Ҷанубӣ», Чимкент, Қазоқистон

Муҳиммият. Ягонагии фаъолияти таҳсилӣ ва илмӣ, инчунин ташкили таҳсилот дар асоси таҳқиқотҳо маъмулан бақатори афзалиятҳои муҳимтарини донишгоҳдохилмегардад. Шакли анъанавии таъминоти кадрӣ барои ин навъ ягонагиҳайати профессорону омӯзгорони муҳити илмии муассисаи таҳсилоти олӣ мебошад. Дар робита ба ин, омодасозии кадрҳо дар муассисаҳои таҳсилоти олии пешрафтаро метавон ҳамчун раванди такрористеҳсолкунӣ ва рушди лабораторияи илмии онҳо баррасӣ намуд.

Мактабҳои илмии муассисаҳои таҳсилоти олиймаъмулан дар шакли кафедраҳо ташаккул дода мешаванд. Сохтори анъанавии донишгоҳ, ки низмои иерархиявии илмҳо ва факултетҳои мувофиқро инъикос мекунад, барои инкишофи ин гуна кафедраҳо кифоятанчандир мебошад. Аммо бо мурури ба он илова гардидани шабакаҳои таҳқиқотӣ бо ҳудудҳои мутаҳаррик талабот ба ташкил намудани ҷамъиятҳои профессорию омӯзгорӣ ба вуҷуд меояд,ки кормандони кафедраҳои гуногуни шохаҳои мухталифидонишгоҳро муттаҳид месозад. Ба ин гуна ҷамъият метавонанд ҳамчунин кормандони лабораторияҳои илмии МТО-ҳо дохилшаванд. Ғайр аз ин, ҳамкории илмии таҳсилотиро бо шарикони МТО амалӣ бояд кард. Шаклҳои навтарини ҳамкории мазкур зарфиятҳои васеъ доранд. Аз ҷумла, онҳо метавонанд якчанд мактаби илмии педагогиро фаро гиранд. Дар ташкилотҳои мазкур, ки маъмулан марказҳои илмии таҳсилотӣ (МИТ) номида мешаванд, таҳия шудани усулҳои муайяни идора кардани кори онҳо дар назар аст[1,2,3].

Таҳсилоти олӣ ва баъдидипломӣ дар мувофиқа бо стратегияи гузариши давлат ба фаъолияти илмии инноватсионm ташаккул дода мешавад ва ин заминаи асосии рушди имконоти касбии он маҳсуб ёфта, ба мин-

баъд баланд бардоштани сифати тайёрии мутахассисони баландтахассус дар заминаи дастовардҳои нави илму техника нигаронида шудааст. Нигоҳ аз мавқеи кадрҳо барои фаъолияти илмӣ-инноватсионӣтайёр кардани мутахассисони дорои тафаккури ғайриқолабиро дар назар дорад, ки донишҳои навтарин ва мудирони инноватсионии мутаҳаррики қодир ба ташаккул ва идораи фаъолиятҳои нав, амал дар шароити муборизаи сахти рақобатиро тавлид мекунанд. Вазифаҳои мазкур моро на ба қарорҳои таъхирнопазир, балки ба таъмин намудани як қатор дигаргуниҳо дар таҳсилоти олӣ – гузариш аз таҳсилоти классикӣ ба инноватсионӣ равона мекунанд.

Масъалаи рушди фазои нави иттилоотӣ-таҳсилотӣ дар санадҳои байналмилалии зерин сабт шудаанд:

- ҳисоботи Бонкиҷаҳонӣ аз соли 2003;
- Эъломияи болониивазирони маориф.

Сохти иҷтимоии асосии рушди ҷомеа, ки ба донишҳо асос ёфтааст, консепсияи муосири давлатӣ маҳсуб меёбад, ки ҷузъи асосии он таҳсилоти инноватсионӣ – маҷмуи томи равандҳои таҳсилотии ба истифодаи созандаи технологияҳои нави иттилоотӣ ва ташкилӣ-педагогӣ асосёфта мебошад [2, 4].

Ба ҳоли имрӯз тамоюли тағйири самт карданисаноат ва илми саноатӣ аз ашёи хом ба инноватсияҳо ва технологияҳои баланд; табдили роҳи истеъмолии экстенсивӣ ба инноватсионии интенсивӣ возеҳ мушоҳида мегардад.

Бешак, муассисаи таҳсилоти олии тиббӣ ба ҳеҷ ваҷҳ наметавонад аз тамоюлҳои мусбатиҷаҳонӣ дар канор бимонад.

Лозим бақайд аст, ки муассисаи таҳсилоти олӣ дар шароити кунунӣ табиатӣ дуалӣ дорад.

Аз як тараф, муассисаи таҳсилоти олӣ субъекти иқтисоди бозаргонӣ, истеҳсолкунандаи маҳсулоти зеҳнӣ ва хизматрасониҳои таҳсилотӣ мебошад.

Аз тарафи дигар, муассисаи махсусдар минтақа маҳсуб меёбад, зеро зеҳни маҷмуии кормандони он аз ҳама баланд мебошад. Дар робита ба ин функсияҳои асосии он ин зайланд:

- ҳифзи иқтидорҳои миллии фарҳангӣ-таҳсилотӣ,
- баланд бардоштани дараҷаи инкишофи илмию техникии кишвар, такрористеҳсолкунии донишҳои ғункарда ваҳамчунин малакаҳои наслҳо.

Ҷузъи муҳими зерсохтори инноватсионии муассисаҳои таҳсилоти олӣ ташаккул додани марказҳои истифодаи дастаҷамъӣ маҳсуб меёбад. Онҳо мушкилоти муҳими зеринро ҳаллу фасл мекунанд:

– ба доираи васеи олимон ва коллективҳои илмӣимконияти гузарондани таҳқиқотҳо дар таҷҳизоти муосири гаронарзиш фароҳам меоранд;

- имкони бардоштани сатҳи самаранокии истифодаи ин гуна таҷҳизотро ба вуҷуд меоранд;
- ба рушди инноватсионии донишгоҳ мусоидат мекунанд.

Афзоиши беморшавӣ, инчунин баландшавии талабот ба сифати ҳаёт рушди муттасили тиб ва тандурустиро тақозо мекунанд. Таҳқиқоту коркардҳо, аз ҷумла, дар соҳаҳои илмталаб ва баландтехнологияи тиб бо шиддати бештар таҳия ва татбиқ мегарданд. Дар шароити маблағгузории нокифоя ва рақобати баланд барои буҷет аҳамияти баҳои самарабахшии фаъолияти таҳқиқотии ҳар муассисае, ки фаъолияти илмию лоиҳакашӣ анҷом медиҳад, меафзояд.

Ба даст овардани маблағгузории иловагӣ, масалан, мадади грантӣ ба андозаи назаррас аз зарфиятҳои илмии коллектив ва сифати кори илмӣ вобаста аст. Аз ин мавқеъ, нашри маводҳо дар маҷаллаҳои илмии байналмилалии бонуфуз ва таваҷҷуҳи зиёд ба мақолаҳои илмии кормандон ҷолибияти сармоягузории ташкилоти илмиро зиёд мекунанд.

Фаъолияти илмию тадқиқотӣ, ки аз охири асри XIX ба яке аз ченакҳои асосӣ барои арзёбии фаъолияти муассисаи таълимӣ табдил ёфтааст, имрӯз барои некуаҳволии молиявии муассисоти таҳсилоти олии миллӣ низ афзалият ба ҳисоб меравад [1,7,8,9].

Ба ҳайси шахси ҳуқуқӣ ташкилоти илмӣ, новобаста аз шакли ташкилию ҳуқуқӣ ва

шакли моликият, инчунин иттиҳодияи ҷамъиятии кормандони илмие эътироф карда мешавад., ки ба сифати фаъолияти асосии илмӣ ва (ё) илмию техникӣ тайёрии кормандони илмиро амалӣ мекунад.

Дар айни замон шаклҳои гуногуни ташкилотҳои илмӣ пайдо шудаанд.

Барои иттиҳодияҳои функсионалӣ истилоҳҳои зерин истифода мешаванд:

- консорсиум;
- платформа;
- кластер;
- иттиҳодияи илмӣ-таълимӣ-клиникӣ;
- маркази захиравии илмӣ-таълимӣ;
- маркази илмӣ-таълимии клиникӣ [2,10,11].

Ҳангоми таҳлили таҷрибаи пешқадами ҷаҳон дар рушди илми тиб тамоюли зеринро метавон ҷудо кард: барои тадқиқотҳои илмӣ дар кишвар ҳам сохторҳои давлатӣ ва ҳам сектори хусусии иқтисод масъуланд. Ҳамзамон, ҳиссаи зиёди сармоягузорӣ ба фаъолияти илмӣ ба бахши хусусӣ рост меояд [8,12].

Ин ҷудокунӣ бояд имкон медод, ки рушди технологӣ зери назорат гирифта шавад, дар ҳоле ки таҳқиқотҳои фундаменталиро дар ҳамкорӣ бо дигар кишварҳо анҷом додан мумкин мебуд. Ба ин тариқ, таҳқиқотҳои фундаменталӣ ҳамчун он қисми илм мавриди баррасӣ қарор гирифтанд, ки метавонад хусусияти кушодаи байналмилалӣ дошта бошад ва дар донишгоҳҳо анҷом дода шавад, дар ҳоле ки таҳқиқотҳо ва коркардҳои амалӣ дар марказҳои таҳқиқотие, ки аксаран дар шароити махфӣ кор бурда, ҳамкориҳои байналмилалиро истисно мекарданд, мутамарказ буданд [5,13, 14].

Чунин равандҳо дар кишварҳои Аврупо низ ҷой доранд. Масалан, дар Олмон сиёсати илм ва технологияро Вазорати федералии маориф ва тадқиқот (BMBF) муайян мекунад. Харочоти соҳаи таҳсилоти олӣ мунтазам зиёд мешавад. Донишгоҳҳо асосан ба таҳқиқотҳои бунёдии илмӣ машғуланд [6,15]. Аксари барномаҳои таҳқиқотии аз ҷониби давлат маблағгузоришавандаро агентиҳои иҷрокунанда (projekt-trager), ки асосан дар марказҳои калони тадқиқотӣ ҷойгир мебошанд, амалӣ ва идора мекунанд. Зиёда аз 60% аз маблағгузориҳои солонаи таҳқиқотҳо аз ҳисоби маблағҳои худи корхонаҳо ҷудо карда мешавад. Чунин таҳқиқотҳо хусусияти амалӣ доранд ва аз ҷониби ташкилотҳои ғайридавлатии таҳқиқотии гуногунмиқёс гузаронида мешаванд. Дар давоми солҳои 2009-2014 афзоиши мунтазами теъдоди нашри корҳое мушоҳида мегашт, ки дар ташкилотҳои илмии тиббӣ иҷро шуда, ҳам дар ИИИР ва ҳам дар WoS/Scopus индексатсия мешаванд. Шумораи иқтибосорӣ аз мақолаҳои ин ташкилотҳо низ хеле афзудааст [9,16-18].

Таҳлил аз рӯйи нишондиҳандаҳои таърихи рушду ташаккули муҳити таҳқиқотӣ барои беҳтар намудани фаъолияти илмии таҳқиқотии ҶС АТҚҶ гузаронида шуд.

Тараққиёти лабораторияҳои таҳқиқотии тиббӣ бо таърихи инкишофи донишгоҳҳои тиббӣ зич алоқаманд аст.

Соли 2010 Қазоқистон расман ба Эъломияи Болония ҳамроҳ шуд ва 47-умин узви Минтақаи аврупоии таҳсилоти олӣ ва аввалин давлати Осиёи Марказӣ шуд, ки узви комилҳуқуқи фазои таҳсилоти аврупоӣ гардидааст.

Пас аз ҳамроҳшавӣ ба Раванди болонӣ дар системаи таҳсилоти олии Қазоқистон ин гуна тағйиротҳои ҷиддӣ ба амал омаданд:

1. Пайвастшавии донишгоҳҳои Қазоқистон ба Хартияи бузурги донишгоҳҳо сурат гирифт, ки то ин замон онро беш аз 650 донишгоҳи ҷаҳон имзо кардаанд. Ин имкон медиҳад, ки таҳсилоти ватанӣ ба стандартҳои аврупоӣ наздик карда шавад. Хартияи бузургро беш аз 60 донишгоҳи Қазоқистон ба имзо расонданд.

2. Гузариш ба модели сезинагии тайёрии мутахассисон анҷом дода шуд: бакалавр - магистр - доктори PhD, ки ба принсипҳои Эъломияи Болония асос ёфтааст.

Тибқи Гузориши миллӣ дар бораи вазъ ва рушди низоми маорифи Ҷумҳурии Қазоқистон (дар асоси натиҷаҳои соли 2014), магистрантҳоро дар 118 донишгоҳи кишвар тайёр мекунанд, ки дар онҳо 32 527 нафар таҳсил менамоянд, аз онҳо 16 220 нафар - аз ҳисоби фармоиши давлатӣ. Ҳиссаи магист-

рантҳое, ки бо ҳимоя таҳсилро хатм мекунанд, 92%-ро ташкил медиҳад.

16 донишгоҳ дар ҳамкорӣ бо донишгоҳҳои пешрафтаи хориҷӣ докторҳои PhD тайёр мекунанд. Шумораи докторантҳо дар соли 2014 2063 нафарро ташкил дод.

3. Ба раванди таълимии МТО-ҳо технологияҳо ва низомҳои таълимии прогрессивӣ ворид карда шудаанд: дар ҳамаи муассисаҳои таҳсилотӣ теъхнологияи кредитии таълим ҷорӣ карда шудааст, дар 38-тои онҳо таҳсилоти дудиплома, дар 42-то таҳсилоти фосилавӣ амалӣ карда мешавад. Коркарди барномаҳои таълимии модулӣ, силлабусҳо дар мутобиқат бо Дескрипторҳои дублинӣ амалӣ карда мешавад; Чаҳорчӯби миллии тахассусҳо тартиб дода шудааст.

4. ECTS (Системаи аврупоии интиқоли кредитҳо) ҳамчун асос барои гузарондани воҳидҳои баҳодиҳӣ дар ҷараёни ҳаракати академии донишҷӯён қабул шудааст, Роҳнамои нав оид ба ECTS (дар Конфронси вазирони маорифи кишварҳои аврупоӣ дар Ереван 14-15 майи соли 2015 тасдиқ шудааст) ҷорӣ карда мешавад.

5. ВМИ ҶҚ барои ҳаракати академии ҳайати профессорону омӯзгорон ва донишҷӯён, худи муассисаҳои таҳсилотӣ барои ҳаракати академӣ маблағ ҷудо мекунанд.

Тибқи маълумоти расмии Маркази Раванди болонӣ ва сафарбарии академӣ, соли 2014 52 МТО 1726 олими хориҷиро даъват намуданд (соли 2013– 1533, соли 2012 – 1 349, соли 2011 – 1717, соли 2010 – 418, 2009 – 389).

Аз кишварҳои Аврупо 785 олим, аз Осиёи Шарқӣ 85 олим, аз ИМА 140, Федератсияи Россия 498, Ҷумҳурии Белоруссия 28, кишварҳои дигар 158 олим даъват шуданд. Даъвати омӯзгорон ва мушовирони хориҷӣ дар чорчӯбаи фармоиши давлатӣ ва аз ҳисоби маблағҳои ғайрибуҷетии муассисаҳои таҳсилоти олӣ амалӣ карда мешавад.

Дар маҷмуъ, дар давраи аз соли 2009 то соли 2014 6927 нафар олиму мушовири хориҷӣ даъват шуд.

Дар доираи рушди сафарбарии академӣ дар соли 2014 донишгоҳҳо 805 нафар донишҷӯро барои таҳсил ба хориҷи кишвар ба муддати на камтар аз 1 семестр фиристоданд, ки аз ин шумора 740 нафар ба кишварҳои Аврупо, 52 нафар ба ИМА, 12 нафар ба Осиёи Шарқӣ ва 1 нафар ба Россия сафарбар шуданд. Соли 2014 дар хориҷи кишвар 616 бакалавр ва 189 магистр таҳсил кардаанд.

Дар маҷмуъ дар ҷараёни татбиқи барномаи сафарбарии академӣ аз соли 2011 инҷониб 1520 нафар донишҷӯйи бакалавр ва 1043 нафар донишҷӯйи гуногунихтисос дар хориҷи кишвар таҳсил кардаанд.

6. Барои пешбурди ҳамкориҳои аврупоӣ дар самти таъмини сифат бо мақсади таҳияи меъёрҳо ва методологияҳои қиёсшаванда Вазорати маориф ва илми Ҷумҳурии Қазоқистон Феҳристи миллии агентиҳои аккредитатсиониро тартиб дод, ки ҳамроҳ бо Агентии мустақил оид ба таъмини сифати таҳсилот (IQAA) боз як агентии миллӣ ва 8 муассисаи хориҷиро фаро гирифт. Дар давраи байни солҳои 2009-2015 НАОКО аккредитатсияи институтсионалии 50 муассисаи таҳсилоти олӣ ва зиёда аз 1100 барномаро гузаронида, 153 коршиноси хориҷӣ аз 25 кишвари ҷаҳон, тақрибан 1100 коршиноси миллӣ, аз ҷумла 190 донишҷӯ ва зиёда аз 200 корфарморо ҷалб кард. Агентӣ оид ба ҳамоҳанг кардани стандартҳои аккредитатсия бо стандартҳо ва дастурҳо барои таъмини сифати таҳсилоти олӣ дар фазои таҳсилоти олии Аврупо кор мебарад.

Дар умум, мувофиқи ахбори Гузориши миллӣ дар соли 2014 66 адад аз 115 МТО (57%) аз аккредитатсияи институтсионалии миллӣ гузаштанд.

Аз аккредитатсияи махсуси байналмилалӣ 22 муассисаи таҳсилоти олии Қазоқистон (19%) аз рӯйи 139 ихтисоси таҳсилоти олӣ ва баъдидипломӣ гузаронда шуданд.

Дар мутобиқат бо стандартҳои аккредитатсияҳои институтсионалӣ ва барномавӣ ҷорӣ намудани низомҳои дохилимуассисавии таъмини сифати таҳсил ва ҷалб кардан ба арзёбии берунаи фаъолияти МОТ-ҳо донишҷӯён ва корфармоён амалӣ карда мешавад, пойгоҳи васеи коршиносон аз ҷумлаи корфармоёну донишҷӯён ташкил меёбад.

Корҳои илмӣ-таҳқиқотии Академияи

тиббии Қазоқистони Ҷанубӣ иборат аз тайёр кардани мутахассисони дорои малакаҳои касбӣ дар муассисаи таҳсилоти олии касбӣ бо роҳи ҷалб ва татбиқи салоҳиятҳои касбию шахсӣ ва корҳои илмӣ-тадқиқотӣ, инчунин фароҳам овардани шароити зарурӣ барои татбиқи пурраи иқтидори илмию эҷодии ҳайати профессорону омӯзгорон, ба корҳои илмӣ-таҳқиқотӣ ҷалб намудани донишҷӯён, барқарор намудани алоқаҳои эҷодӣ бо ташкилотҳои илмӣ мебошад, ки фаъолияти онҳо ба татбиқи сиёсати мустаҳкам намудани он нигаронида шудааст. Самтҳои корҳои илмӣ-тадқиқотии академия ба афзалиятҳои рушди илми тиб, ки дар лоиҳаи миллии «Тандурустии босифат ва дастрас барои ҳар як шаҳрванди Қазоқистон», «Миллати солим», Лоиҳаи миллии «Таълими босифат», «Миллати босавод», нақшаи стратегии Вазорати адлияи Ҷумҳурии Қазоқистон барои солҳои 2017-202 муайян шудаанд, мувофиқат мекунанд.

Кормандони Академияи тиббии Қазоқистони Ҷанубӣ дар асоси фармони Вазири тандурустии Ҷумҳурии Қазоқистон аз 23 декабри соли 2020 № МЗ-316/2020 қоидаҳои бахшидани мақоми ташкилоти илмиро дар соҳаи нигаҳдории тандурустӣ ва аз нав дида баромадани он, инчунин қоидаҳои баҳодиҳии самаранокии фаъолияти илмӣ, илмию техникӣ ва инноватсиониро муайян мекунанд.

Дар асоси гуфтаҳои боло, донишгоҳ бо муассисаҳои таҳсилоти олии тиббию фарматсевтии зерин дар кишвару минтақаҳои мухталиф ёддоштҳои дуҷонибаи ҳамкорӣ дорад:

Россия:

• Донишгоҳи Сеченов, ш.Москва;

• Донишгоҳи давлатии тиббии Бошқирдистон, Уфа;

• Донишкадаи тиббию фарматсевтии Пятигорск, Филиали ДДТ-и Волгоград. Пятигорск;

• Донишгоҳи давлатии химиявию фарматсевтии Санкт-Петербург.

ИДМ:

• Академияи тиббии Тошканд;

• Донишкадаи давлатии тиббии Бухоро ба номи Абуалӣ ибни Сино.

• Донишкадаи фарматсевтии Тошканд;

• Донишкадаитиббии педиатрии Тошканд;

• Донишкадаи давлатии стоматологии Тошканд;

• Академияи давлатии тиббии Қирғизистон ба номи К.Охунбоева

Аврупо:

• Донишгоҳи тиббии Гданск, Полша;

• Донишгоҳи тиббии Люблин, Полша;

• Донишгоҳи Трансилвания дар Брашов, Руминия;

• Донишгоҳи тиб ва дорусозии «Юлиу Хатиегану», ш.Клуж-Напока, Руминия;

• Донишгоҳи Карл дар Прага, Ҷумҳурии Чехия (факултети тиб);

• Донишгоҳи Тоскана дар Витербо, Италия;

• Донишгоҳи Нечметтин Эрбакан, Кония, Туркия;

• Донишгоҳи Памуккале, ш.Денизли, Туркия;

• Донишкадаи тадқиқоти биотиббии Донишгоҳи Барселона, Испания;

• Донишкадаи асабшиносӣ, Коллеҷи Донишгоҳи Лондон, Британияи Кабир;

• Маркази тадқиқоти фарматсевтии Донишгоҳи илмҳои тиббии ба номи Шаҳид Биҳиштӣ, Теҳрон, Эрон.

Қазоқистон:

• Донишгоҳи миллии тиббӣ, Алмато;

• Донишгоҳи миллии Қазоқистон ба номи Ал-Форобӣ, Алмато;

• Донишгоҳи тиббии Остона;

• Донишгоҳи тиббии Қарағанда;

• Донишгоҳи тиббии Қазоқистону Россия, Алмато;

• Донишгоҳи давлатии тиббии Қазоқистони Ғарбӣ ба номи М. Оспанов, Актобе;

• Донишгоҳи байналмилалии Қазоқистону Туркия ба номи Хоҷа Аҳмади Ясавӣ, ш.Туркистон;

• Донишгоҳи давлатии Семей;

• Донишгоҳи давлатии Қазоқистони Ҷанубӣ ба номи М Авезов, ш. Чимкент.

Бо мақсади ташаккул додани муҳити таҳқиқотӣ барои беҳбуди фаъолияти илмӣ-таҳқиқотии академия лабораторияи илмӣ-таҳқиқоти геномӣ ва лабораторияи омӯзи-

ши хусусиятҳои химиявии растаниҳои шифобахш ташкил гардид. Инчунин дар донишгоҳ сохторҳое ба мисли шӯрои олимони ҷавон, ҷамъияти илмии донишҷӯён, шуъбаи илм ва шуъбаи тиҷорат вуҷуд доранд.

Фаъолияти илмӣ ҷузъи ҷудоинопазири ҳаёти донишҷӯён ва омӯзгорони Академияи тиббии Қазоқистони Ҷанубӣ мебошад ва инро иштироки фаъолона ва баромадҳои пурсамари онҳо дар конференсияҳои ҷумҳуриявӣ ва байналмилалӣ, инчунин нашрҳои сершумор дар маҷмуаҳо ва маҷаллаҳои тиббӣ собит месозад. Ҳадафҳои асосии донишгоҳ дар соҳаи фаъолияти илмӣ татбиқи таҳқиқотҳои бунёдӣ ва амалӣ, истифодаи дастовардҳо ва технологияҳои илмии навтарин дар соҳаи маориф, таҳияи лоиҳаҳои илмталаб ба манфиати рушди устувори иқтисодӣ ва таъмини амнияти кишвар, баланд бардоштани сатҳи тайёрии касбии таълимгирандагон мебошад.

Дар Академия 14 барнома ва лоиҳаи илмӣ амалӣ мешаванд. Кормандони Академия дар асоси маблағгузории барномавии мақсаднок и Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Қазоқистон ва 13 адад дигар манбаи маблағгузорӣ фаъолият мекунанд. Лоиҳаҳои таҳқиқотҳои ибтикорӣ бо салоҳдиди худ маблағгузорӣ карда мешаванд. Ҳама мақолаҳои илмӣ дар Маркази миллии давлатии экспертизаи илмӣ-техникӣ ба қайд гирифта шудаанд.

Аз 1 январи соли 2021 шумораи мақолаҳои илмии ҳайати профессорону омӯзгорони Академия 132 ададро ташкил дод, аз ҷумла 25 адади онҳо дар маҷаллаҳои пойгоҳи илмии байналмилалӣ бо импакт-омили Scopus, Web of Science ба табъ расиданд.

Дар соли 2021 шумораи патентҳои додашуда 7 адад, шаҳодатномаҳои ҳуқуқи муаллиф 46 ададро ташкил дод;

Донишҷӯёни академия ва аъзоёни маҳфил дар конференсияҳои байналмиллалӣ, ҷумҳуриявӣ, минтақавӣ, маҳаллӣ иштирок намуданд. 18 нафар донишҷӯёни академия дар конференсияву олимпиадаҳои байналмилалӣ ширкат варзида, бо дипломҳо сарфароз гардонида шуданд.

Аз 25 январ то 3 апрели соли 2021 озмун барои дарёфти 17 стипендияи донишҷӯён аз ҷониби Бунёди илмии таълимӣ ба номи Шоҳмардон Есенов баргузор гардид, ки дар он донишҷӯйи академия ғолиб омад.

Иттифоқи касабаи кормандони соҳаи тандурустии Қазоқистон барои дарёфти стипендияи иттифоқҳои касаба дар байни донишҷӯёни муассисаҳои таҳсилоти олии тиббии ҷумҳурӣ озмун ташкил намуд, ки дар он донишҷӯйи академия барои таҳсили аъло ва меҳнати софдилона дар иттифоқи касаба стипендияи номиро ба даст оварад.

Як донишҷӯ соҳиби стипендияи SURPLACE гардид, ки аз ҷониби Фонди Байналмилалии Конрад Аденауэр (Ҷумҳурии Федеративии Олмон) эълон шудааст.

Сатҳи фаъолияти илмӣ-таҳқиқотии донишгоҳ мувофиқи рейтинги муассисаҳои таҳсилоти олии тиббии Ҷумҳурии Қазоқистон аз рӯйи нишондиҳандаҳои фаъолияти илмӣ ва инноватсионӣ дар Ҷумҳурии Қазоқистон 4-ум эътироф шудааст. Аз ҷумла:

- мувофиқи иштирок дар конфронсҳои байналмилалӣ – 1-ум;
- аз рӯйи шумораи патентҳо ва шаҳодатномаҳои ҳуқуқи муаллиф – 3-юм;
- аз рӯйи фоидаи молӣ аз таҳқиқотҳои илмӣ – 2-юм;
- мувофиқи истинод ба корҳои илмӣ – 4-ум.

Ҳамин тариқ, нишондиҳандаҳои сатҳи фаъолии инноватсионии донишгоҳ ва самаранокии зерсохтори инноватсионии бунёдшуда, инчунин сатҳи умумии муҳити таҳқиқотии академия дар нишондиҳандаи фаъолияти таҳқиқотӣ ҷамъбаст шудаанд.

Адабиёт

1. Стронгин Р. Г. Научно-образовательные центры вуза: вопросы управления. *Высшее образование в России.* – 2011; 2: 30-37.Available from: https://www.umj.ru/jour/article/view/577?locale=ru

2. Городецкая И. В., Коневалова Н. Ю. Лаборатория инновационной педагогики ВГМУ. *Вестник Витебского государственного медицинского университета.* – 2013; 12(1): 117-122.Available from: https://elib.bsu.by/bitstream/.2-111-112.pdf

3. Жмакин И.А., Майоров Р.В., Озерова И.В. *Научная и инновационная деятельность медицинского вуза: новые подходы и пути решения. Тверской медицинский журнал* 2014; 6.Available from: http://tvermedjournal.tvergma.ru/id/eprint/103
4. Петрик В. В. Из истории развития высшего вечернего и заочного образования в Сибири (конец 50-х начало 90-х гг. XX в.). *Известия Томского политехнического университета. Инжиниринг георесурсов.* – 2005; 308 (4): 212-216.Available from: https://earchive.tpu.ru/handle/11683/773
5. Петрик В. В. Научно-исследовательская работа в медицинских вузах Сибири в конце 50-х-начале 90-х годов XX века. *Высшее образование в России*. 2018; 2: 155-162.Available from: https://cyberleninka.ru/article/n
6. Gouda1 M.A., Zidan H.S., Marey A.A., Gameal M.G., Elmahrook R.G., Saleh A., Nasr A.A., Seifelnasr O., Radwan A.E., Shahen A., Elgayar M.M., Elabd A.A., Mohamed K.S., Hammad M.F., Badr M.M. Medical undergraduates' contributions to publication output of world's top universities in 2013, *QJM: An International Journal of Medicine,* 2016; 109 (9). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26970608/
7. Zoleikha Mahmudi, Iman Tahamtan, Shahram Sedghi, Masoud Roudbari. Ranking Iranian biomedical research centers according to Hvariants (G, M, A, R) in Scopus and Web of Science. *MedJ Islam Repub Iran 2015; Vol. 29:217. Original Article.*Available from: http://mjiri.iums.ac.ir Medical Journal of the Islamic Republic of Iran(MJIRI) Iran University of Medical Sciences)
8. Максимова Л. В. Международный опыт государственного стимулирования инноваций в фармацевтической и медицинской отраслях промышленности. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2011; 1: 83-90. Available from: https://cyberleninka.ru/article/n
9. Хрусталев М. Б. и др. Сравнение результативности научно-исследовательской работы национальных медицинских исследовательских центров и медицинских вузов России по наукометрическим показателям. *Университетское управление: практика и анализ.* 2019; 23(3):108-118.Available from: https://www.umj.ru/jour/article/view/1408/1107
10. Койков В. В., Абдрахманов А. Б., Граф М. А. Анализ итогов реализации Концепции реформирования медицинской науки Республики Казахстан: результаты и перспективы развития отраслевой науки. *Денсаулык сактауды дамыту журналы.* 2012; 2: 4-16.Available from: https://online.zakon.kz/Document
11. Адылова З. Д. Тенденции развития интеграции науки и образования: зарубежный и отечественный опыт. *Вестник ТИСБИ*. 2019; 1: 57-69. Available from:https://cyberleninka.ru/article/n/
12. Ажибаева-Купенова ДТ, Дуйсенова АМ. Сравнительный анализ научной деятельности медицинских вузов Казахстана. *Вестник Авиценны.* 2022;24(1):29-38. Available from: https://doi.org/10.25005/2074-0581-2022-24-1-29-38
13. Койков В. В. и др. Оценка результативности и конкурентоспособности научной и инновационной деятельности организаций медицинской науки и медицинских ВУЗов. *Journal of Health Development*. 2020; 1 (35): 4-23. Available from:https://cyberleninka.ru/article/n/
14. Койков В. В. и др. Оценка интегральных показателей конкурентоспособности научных исследований в системе здравоохранения Республики Казахстан. *Journal of Health Development*. 2018; 1 (26): 22-36. Available from:https://cyberleninka.ru/article/n/
15. Койков В., Оразова Г. Развитие научных медицинских журналов Казахстана: взгляд редакторов. Аналитическая справка для формирования политики. *Journal of Health Development.*2021; 1 (40): 4-17. Available from:https://cyberleninka.ru/article/n/
16. Трухачев В. И. Развитие науки путь к успеху. *Достижения науки и техники АПК.* 2010; 9: 3-4. Available from:https://scholar.google.co.th/citations?user=3avynkYAAAAJ&hl=th
17. Демина М. А. Правовое регулирование научной и инновационной деятельности медицинских организаций. *Актуальные проблемы российского права*. 2018; 11 (96): 116-123. Availablefrom:https://aprp.msal.ru/jour/article/view/1001?locale=ru_RU

18. Райчук Д. Ю. О важных условиях становления исследовательских университетов в России. *Университетское управление: практика и анализ*. 2015; 3 (97): 57-65.Availablefrom:https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/53356/1/UM_2015_3_005.pdf

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ СРЕДЫ В АО «ЮКМА»

Д.Т. Ажибаева-Купенова
Научная клинико-диагностическая лаборатория «Southclinical&Geneticlaboratory»,АО «Южно-Казахстанский Медицинская академия», Шымкент, Казахстан

В статье рассматриваются история формирования медицинской интеллигенции в ЮКМА. Описываются факторы становления исследовательской среды в вузе. Приведен краткий обзор на состояние образования и науки РК после принятия Болонской системы.Дана краткая характеристика научно-исследовательской деятельности ЮКМА за последние годы. А также приведены сотрудничество с мировыми и отечественными вузами в сфере образования и науки.

Ключевые слова: научные лаборатории, научно-образовательные центры, медицина, научные разработки, исследовательская деятельность, ВУЗ.

THE HISTORY OF THE FORMATION OF THE RESEARCH ENVIRONMENT IN JSC “SKMA”

D.T. Ajybaeva – Kupenova
Scientific clinical diagnostic laboratory “South clinical & Genetic laboratory”, JSC “South Kazakhstan Medical Academy”, Shymkent, Kazakhstan

The article deals with the history of the formation of the medical intelligentsia in the SKMA. The factors of formation of the research environment at the university are described. A brief overview of the state of education and science of the Republic of Kazakhstan after the adoption of the Bologna system is given. A brief description of the research activities of the SKMA in recent years is given. Also, cooperation with world and domestic universities in the field of education and science is presented.

Key words: scientific laboratories, scientific and educational centers, medicine, scientific developments, research activities, university.

Аджибаева -КупеноваД.Т. *– Лабораторияи илмии клиникӣ- ташхисии «Southclinica l&Geneticlaboratory», ҶС «Академияи тиббии Қазоқистони Ҷанубӣ», Шимкент, Қазоқистон.*

Аджибаева -Купенова Д.Т. *Научная клинико-диагностическая лаборатория Southclinical&Geneticlaboratory»,АО «Южно-Казахстанский Медицинская академия», Шымкент, Казахстан.*

Ajybaeva – Kupenova *- Scientific clinical diagnostic laboratory “South clinical & Genetic laboratory”, JSC “South Kazakhstan Medical Academy”, Shymkent, Kazakhstan*

ПЕШГоИИ ИМКОНИЯТҲОИ МУТОБИҚШАВИИ ДОНИШҶӮЁН БА ТАШАННУҶИ ЭҲСОСОТв ДАР ФАЪОЛИЯТИ СИСТЕМАИ СИМПТОАДРЕНАРАЛӢ.

Арабзода С.Н.
Кафедраи физиологияи нормалӣ МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муҳиммияти мавзӯъ Ташаннуҷи эҳсосотӣ яке аз мушкилоти мубрами замони мост. Маълум аст, ки ҳама гуна фаъолият механизми ташаннуҷро амалӣ мекунад, ки

ба туфайли он мутобиқшавӣ ба ҳар гуна вазъияти душворӣ оварда мерасонад.

Таъсири ташаннуҷ метавонад захираи функсионалии организмро зиёд кунад ва сатҳи саломатии онро баланд кунад, ба гуфтаи Селе, ин эустресс мебошад. Аз тарафи дигар, ташаннуҷ ба харобшавии системаҳои организм аз сабаби фаъолияти аз ҳад зиёди системаи симпатоадреналӣ (ССА) оварда мерасонад, ки дар натиҷа ҳолати донозологӣ ба амал омада, ин ба беморӣ оварда мерасонад - ин дистресс аст.

Механизми оғозкунанда ҳангоми ташаннучи эҳсосотӣ фаъолшавии ССА буда, дараҷаи он ба сатҳи шиддатнокии механизмҳои танзимкунанда таъсир мерасонад. [1, 2, 4]. Қобилияти мутобиқшавии организм ба ташаннуҷ мустақиман аз фаъолияти ССА вобаста аст, аз ҳад зиёд харобшавӣ шудани механизмҳои танзимро метавон арзёбӣ кард. Яке аз вазифаҳои физиологияи муосири мутобиқшавӣ муайян кардани дараҷаи фаъолияти ССА барои саривақт татбиқи тадбирҳои пешгирикунанда оид ба баланд бардоштани сатҳи саломатӣ мебошад. Нигоҳдории дарозмуддати фаъолияти ССА хатари гузариш аз марҳилаи мутобиқшавии устувор ба дезапатсия, пайдоиши тағиротҳои номунтазам дар сатҳи системаҳоро ба вуҷуд меорад. Ритмограммаҳои коррелятсионӣ барои муайян кардани хусусиятҳои инфиродии фаъолияти ССА аҳамияти бузурги ташхисӣ доранд.[3, 5, 6]

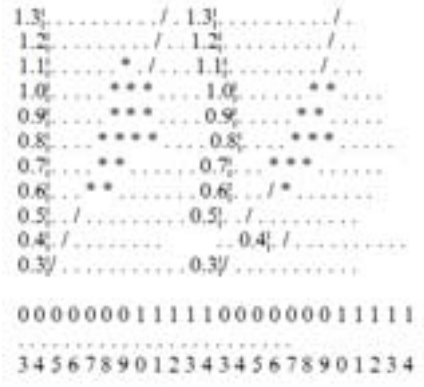
Мақсади тадқиқот омӯхтани имконияти баҳодиҳии мутобиқшавии донишҷӯён ба ташаннучи эҳсосотӣ аз рӯи дараҷаи фаъолияти системаи симпатоадреналӣ мебошад.

Мавод ва методи таҳқиқот. Мо 240 нафар донишчуёни курси дуюмро дар ҷараёни тахсил ва пеш аз имтихонҳо таҳқиқот кардем (ташаннучи эҳсосотӣ), ки дар онҳо дар муддати 1,5-2 дақ. ЭКГ сабт карда шуд.

Мувофиқи маҷмӯи калони кардиоинтервалҳои РКГ, ки ба таври графикӣ оиди алоқамандии кардиоинтервалҳои баъдӣ ва қаблӣ, инчунин тонуси шуҳбаҳои системаи асаби симпатикии системаи вегетативии асаб, яъне фаъолияти системаи симпатоадреналиро нишон медиҳанд.

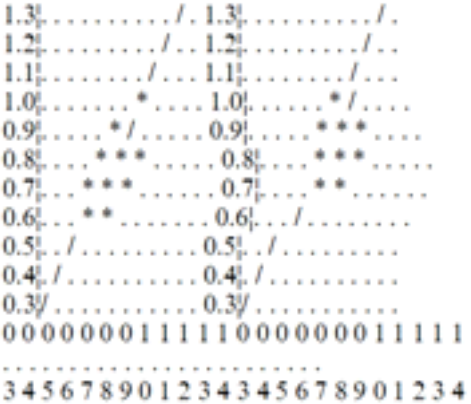
Натиҷаи таҳқиқот. Таҳлили РКГ имкон дод, ки чор намуд ҷудо карда шавад, ки ҳар кадоми онҳо ин ё он дараҷаи фаъолияти ССА-ро инъикос мекунад.

Ба донишҷӯёни типи якум (расми 1 а, б) ҳолати организм бо захираи баланди функсионалӣ хос аст, ки дар он тағйири миёнаи параметрҳои психофизиологӣ, биохимиявӣ, ирсӣ ва дигар параметрҳои системаи организми зинда дар доираи оптималии морфофункционалии худ бо набудани шиддатнокии механизмҳои танзимкунанда ё ҳадди ақалл нигоҳ дошта мешавад.

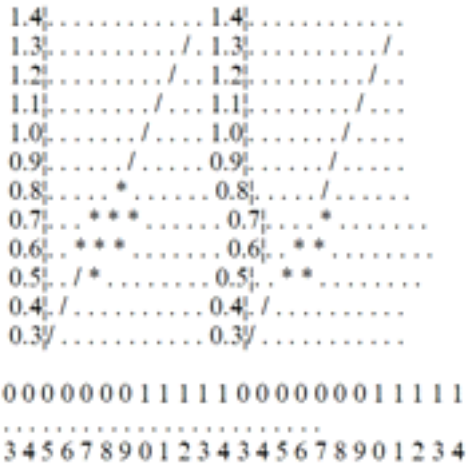


Расм. 1а КРГ намуди I Расм. 1б КРГ намуди I

Донишҷӯёне, ки намуди дуюм (расми 2 а, б) ва сеюми РКГ (расми 3 а, б) доранд, гомеостаз аз ҳисоби дараҷаҳои гуногуни шиддатнокии механизмҳои танзимкунанда бо зиёдшавии фаъолияти симпатоадреналӣ ва дигар системаҳои организм нигоҳ дошта мешавад.

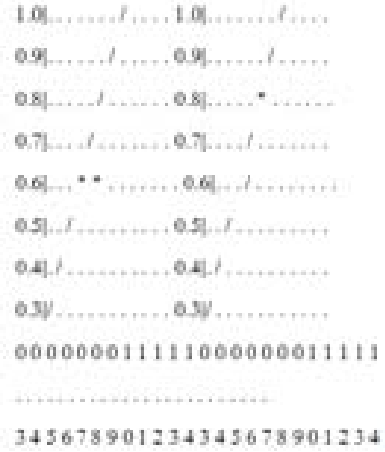


Расм. 2а КРГ намуди II Рис. 2б КРГ намуди II



Расм. 3а КРГ намуди II Расм 3б КРГ намуди III

Ба донишҷӯёни навъи чорум (расми 4 а, б) коҳиши имкониятҳои функсионалии организм бо зуҳуроти норасоии механизмҳои муҳофизатӣ – мутобиқшавӣ ва нотавонии организм дар таъмини танзими оптималии системаҳои функсионалӣ ба шароити тағйирёфтаи муҳити зист ба таври мувофиқ хос аст. Ин намуди РКГ дараҷаи шиддатнокии системаҳои танзимкунандаро бо зуҳуроти равшани симпатикотония шаҳодат медиҳад.



Расм. 4а КРГ намуди IV Расм. 4б КРГ намудиIV

Ҷадвали 1 натиҷаҳои басомади пайдоиши намудҳои РКГ-ро дар ҷараёни таълим (ҶТ) ва ҳангоми ташаннуҷи эҳсосотӣ (ТЭ) инъикос менамояд.

Намудҳои РКГ	I (%)	II (%)	III (%)	IV (%)
ҶТ	18,4	13,3	48,3	20
ТЭ	5,8	13,6	42,3	38,3

Аз ҷадвал дида мешавад, ки гурӯҳи донишҷӯёни намуди III РКГ дар ҷараёни таълим ва ҳангоми ташаннуҷи эҳсосотӣ зиёданд: мутаносибан 48,3% ва 42,3%. Намуди I РКГ, ки бо озодии бештари тағирёбии давомнокии кардиоинтервалҳо тавсиф мешавад, дар заминаи омӯзиш тақрибан се маротиба бештар рух медиҳад ($p<0,001$) назар ба имтиҳон - 18,4% ва 5,8%; шумораи донишҷӯёни дорои намуди II РКГ дар ТЭ амалан аз донишҷӯёне дар ҶТ мутаносибан 13,3 ва 13,6% фарқ намекунад. Навъи III РКГ дар ҶТ нисбат ба ТЭ бештар вомехуранд: 48,3% ва 40,4% ($p<0,05$). Навъи IV РКГ шадидтарин аст, он дар ТЭ тақрибан ду маротиба бештар назар ба ҶТ рух медиҳад ($p<0,001$): мутаносибан 20% ва 38,3%.

Хулоса Бояд гуфт, ки баробари дур шудани масофа аз намуди I дарачаи шиддатнокии механизмхои танзимкунандаи организм баланд шуда, фаъолияти ССА меафзояд.

Ҳамин тариқ, таҳлили муқоисавии намудҳои ритмограммаҳои коррелятсионӣ дар ҶТ ва ТЭ нишон медиҳад, ки динамикаи РКГ метавонад барои баҳодиҳии имкониятҳои мутобиқшавии организм бо назардошти хусусиятҳои инфиродӣ истифода шавад: бо ҳадди наздикшавӣ ба намуди IV РКГ, имкониятҳои захиравӣ коҳиш меёбанд, дар шӯъбаҳои САА бо бартарияти таъсири ҳамдардӣ номувофиқӣ ба амал меояд.

Адабиёт

1. Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Проблемы адаптации и учение о здоровье. Издательство РУДН, -2006.- С.283

2. Баевский Р.М, «Физиологическая норма и концепция здоровья». Российский физиологический журнал. - 2003. – Т.89, №4. - С.473-489.

3. Халимова Ф.Т., Зухурова П.М., Абдусатторова М.А. Индивидуальные особенности адаптации человека к изменившимся условиям среды. Научные труды 3-го съезда физиологов СНГ «Физиология и здоровье человека», Москва-Ялта,2011 – с.275.
4. Халимова Ф.Т., Саид Халил Саид Джаббор. Количественная характеристика эмоционального стресса. Вторая Международная междисциплинарная конференция «Современные проблемы системной регуляции физиологических функций», Бодрум (Турция), 2012 - С. 183-184
5. Шукуров Ф.А. «Функциональные резервы организма, уровень здоровья и адаптационные возможности организма к действию стресса». Научные труды 11 съезда физиологов СНГ «Физиология и здоровье человека» - Москва-Кишинэу, 2008 – С 214.
6. Шукуров Ф.А., Халимова Ф.Т., Меликова Н.Х. Личностно-вегетативная характеристика эмоционального стресса Конференция с международным участием «Научно-методические проблемы нормальной физиологии и медицинской физики», Москва,2017.С.151-152

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ К ЭМОЦИОНАЛЬНОМУ СТРЕССУ ПО АКТИВНОСТИ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ.

Арабзода С. Н.
Кафедра нормальной физиологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино»

РЕЗЮМЕ Сравнительный анализ по корреляционным ритмограммам (КРГ) в процессе обучения и при эмоциональном стрессе позволил выделить четыре типа КРГ. Установлено, что динамика КРГ может быть использована для оценки адаптационных возможностей организма с учетом индивидуальных особенностей: по мере приближения к КРГ IV типа снижаются резервные возможности, наступает избыточная активность САС.

Резюме. Сравнительный анализ корреляционными ритмограммами (КРГ) в процессе обучения и при эмоциональном стрессе позволил выделить четыре типа КРГ, каждый из которых отражает ту или иную степень активности симпатоадреналовой системы (САС). Установлено, что динамику КРГ можно использовать для оценки адаптационных возможностей организма с учетом индивидуалных особенностей: по мере приближения к IV типу КРГ уменьшаются резервные возможности, наступает чрезмерная активность САС.

Ключевые слова: эмоциональный стресс, адаптация, дизадаптация, корреляционная ритмограмма, симпатоадреналовая система.

PREDICTING THE STUDENTS ADAPTIVE ABILITIES TO EMOTIONAL STRESS BY THE ACTIVITY OF THE SYMPATHOADRENAL SYSTEM.

Arabzoda S.N.
Department of normar physiology State educational institution «Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino»

Resume: A comparative analysis of correlation rhythmograms in the process of learning and under emotional stress allowed us to identify four types of CRG, each of which reflects a certain degree of activity of the sympathoadrenal system (SAS). It is established that the dynamics of the CRG can be used to assess the adaptive capabilities of the organism , taking into account individual characteristics . As we approach the 4th type of CRG, the reserve capabilities

decrease, excessive activity of the SAS occurs.

Keywords: emotional stress, adaptation, disadaptation, correlation rhythmogram, sympathoadrenal system.

Арабзода Сарвиноз Нозировна- ассистенти кафедраи физиологияи нормалӣ МДТ ДДТТ ба номи АбуалИ ибни Сино.E-mail: Arabzoda1976@gmail.com

Арабзода Сарвиноз Нозировна - ассистент кафедры Нормальной физиологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино» 93-801-33-66 arabzoda1976@gmail.com

Arabzoda Sarvinoz Nozirovna- assistant in Normal physiology Department of ATSMU93-801-33-66 arabzoda1976@gmail.com

ОҒОЗИ РАВОБИТИ АФҒОНИСТОН ВА РОССИЯИ ТАЗОРӢ

Камавал Муҳаммад Амир

Донишгоҳи Кобул факултаи улуми иҷтимоӣ, кафедраи улуми ҷомеашиносӣ, Афғонистон.

Муҳиммияти мавзуъ. Дар бахши чигунагии пешинаи равобити миёни Афғонистон ва Россия, оғози равобит бармегардад ба даври ҳукумати бузург ва миллии Ҳутакиён, дар 13.09.1829 дар аҳди ҳукуматдории Шоҳ Ашрафи Ҳутак ва Пётри II, аҳдномае дар минтақаи Рашти Эрон ба имзо расида буд. Сипас Пётри кабир ва Ҳукумати баъдӣ ба хотири тавсил ба нимқораи Ҳинд ва ҳокимият бар Уқёнус равиши низомиро пеш гирифтанд. Русҳо барои расидан ба ҳадаф ба Афғонистон ниёзманд буданд, ба ҳамин хотир аввалин иқдоми Россияи тазорӣ дар бораи Афғонистон дар таҳоҷуми муштараки Эрон – Россия бар Ҳирот амалӣ шуд. Алалрағми итминони Россия барои Британия, ки мегуфт: “фаъолияти Россия дар Афғонистон дар дунбол кардани аҳдофи тиҷоратӣ маҳдуд хоҳад буд”, вале умури Британия дар Ҳиндустон ин худгузарии сиёсӣ шаг доштанд ва масъалаи таҷовуз ба Афғонистон дар соли 1832 матраҳ шуд.

Дар соли 1837 як намоянда ба исми Иван Викторовичро ба асоси пешниҳоди Наслруд, вазири хориҷии Ҳукумати тазорӣ ба пеши Дӯст Муҳаммадхон ҷиҳати ҳамкориву ҳамдастӣ бо Россия ба Афғонистон фиристод. Оғозгари равобит аз тарафи Афғонистон бо Россия Амир Дӯст Муҳаммадхон буд. Дар ҷавобномаи Вазорати хориҷии Англия Наслруд, вазири хориҷии Россия изҳор дошт, ки Викторович ба Кобул ва Қандаҳор ба ғарази музокира дар мавзуоти тиҷоратӣ бо мақомоти афғонӣ фиристода шуда буд, вале таҳрикот ва ҳамлаҳои Россия масъалае буд, ки саранҷом дар андешаи Британия таъсири бузурге ба ҷо гузошт, Британия дар умури дохилии Афғонистон ба сурати густурда мудохила карда ва дар қарни 19 ин кишварро бо нерӯи низомӣ тасарруф намуд.

Марлен Мекролис менависад: “Афғонистон байни ду империтории тавсеаталаб (Россия ва Англия) қарор гирифта ба монанди донаи гандум (байни ду санги осиёб) интизор мекашид, то орд гардад ё монанди туъмае дар байни ду шери гурусна ва ҳарис воқеъ шуда буд, то аз байн биравад” Генерал Полсен Терен гуфтааст: “ҳатто тарси худро аз ин ки эҳтимолан англис дер ё зуд дар ҳудуди он шавад, то мусулмонони Афғонистонро бо ҳамдастии мусулмонони Ҳиндустон алайҳи мувозеъи Россия дар Осиёи Марказӣ таҳрик кунанд.”

Омилҳои эҷоди равобити байни ду кишвар. Дар соли 1843 амир Шералихон дар Афғонистон ба авранги подшоҳӣ нишаст. Вай дар аввалин иқдом хостори наздикии комил бо англисҳо шуд ва хост ба унвони подшоҳи мустақил амал намояд. Дар ҳамин давра рақобати шадид байни ду ҳукумати аврупоӣ барои тавсеаи қаламравашон дар Осиё авҷ гирифта буд, ки сабабӣ харобии авзои Афғонистон гардид.

Англисҳо аз тарси таҳрикот ва ҳуҷуми русҳо ба Ҳиндустон намехостанд бо Россия ҳамсарҳад бошанд, зеро роҳи хушкӣ барои ҳамлаи Россия ба Ҳинд мусоидтар буд. Англис муқобили равобити ҳасанаи Афғонистон бо Россия буд.

Дар замони салтанати Амир Шералихон, ки русҳо ва англисҳо тафоҳум доштанд, бетарафии Афғонистон тазмин шуда буд ва ин сиёсат то соли 1873 то андозае риоя ме-

шуд, аммо баъди он ки англисҳо маҷоли фаъолиятҳои бештарро ёфт, равобити ин амир рӯ ба тирагӣ гузошт. Мушкилоти Британия танҳо Амир Шералихон набуд, балки тавсеаи системаи роҳи оҳани Россия дар Осиёи Марказӣ заъфи равонии мақомоти Британияро дар Ҳинд ташдид мекард.

Бо вуҷуди гуфтаҳои фавқ, Россия аҳдофи истеъморӣ дошт, чунончи нахуст дар соли 1878 ду нафар намояндаи мусулмони худро ба дарбори Амир Шералихон фиристод ва лоф аз дӯстии Дултин зад, амир ин намояндагони русро рад намуд.

Омадани аввалин сафири Россия ба Афғонистон. Миёни Амир Шералихон ва Гофман равобити катабӣ мавҷуд буд. Гофман дар яке аз номаҳои худ дар моҳи июни соли 1978 навиштааст: “Генерал Столетовро, ки ноиб ва вакили ман аст, шахсан барои музокирот назди Шумо мефиристам”. Иловатан тазаккур шудааст, ки дӯстии Шумо бо рус барои тарафайн муфид хоҳад буд. Шералихон номаи Гофманро номатлуб дид, бинобар ин аз генерал хост, ки дар ин давра афтодан ба оғӯши Россияи тазорӣ сабаби барбодии Афғонистон шуд, зеро давлати рус ирода дошта, ки Афғонистонро маркази амалиёт алайҳи Британия бисозад. Амир нисбатан ба ҳузури сафири рус ҳам, монанди сафири англис дар мамлакати худ бадбин буд.

Саранҷом Столетов ба канори Амударё расид. Аз тарафи сарҳаддори вақт маътал шуд. Шердилхон, волии Туркистон, дар ҷараён набуда, ба амир нома фиристод: “Россия аз Афғонистон дур аст... Душмании англис беҳтар аст, аз дӯстии рус”. Амир дар ҷавоб навишт, ки “Хато рафтаед. Россия давлати бузург аст. Робита доштан бо он сабаби хавфи англис мешавад ва англисҳо бо ин далел хушомад хоҳанд кард”. Оқибат бори дигар волӣ нома фиристод, ки навишта буд:”Шикасти давлати худро хоҳон нашавед, ҳар гоҳ ба давлати Россия робита барқарор карда шавад, зарарпазир аст. Эҳтиёт кунед”. Амир дар ҷавоби ӯ навишт: “Ақли Шуморо ҳукумати Туркистон зоил карда, магар намедонед, ки ҳар асру замон тақозои дигаре дорад ва рафтори дигар”.

Дар мавриди таърихи ҳаракоти ин ҳайат назариёти мутафовит аз тарафи муаррихини мутафовит дарҷи таърих шуда, ки наметавон дар мавриди сиҳат ва сақами онҳо назар дод; чунончи, дар китоби “Таърихи навини Афғонистон” омадааст, ки ба таърихи 28.06 ҳайати тоҷиконро тарк гуфта ва дар китоби “Афғонистон дар панҷ қарни охир” таърихи 18 июн ин воқеа дарҷ гардидааст, дар ҳоле ки Риштиё таърихи 22.07-ро таърихи вуруди ҳайат ба Кобул медонад. Аммо омори таъри навини Афғонистон аз ҳақиқат д3ур аст; зеро ҳайати мазкур машкук аст.

Ҳайат баъд аз он, ки ба Кобул расид, аз тараи Малошоҳ Мухаммад Кутубхел, вазири хориҷаи кабинаи Амир Шералихон истиқбол гардид. Ҳукумати Россия ба генерал Кавфман ҳидоят дода буд, ки агар амир аз қабули намоянда инкор намояд, ӯро ба воситаи сардор Абдураҳимхон таҳдид намояд. Ҳадаф ва асоси музокироти Столетов бо Амир Шералӣ чунин буда, ки агар конфронси Берлин дар барқарор намудани сулҳи Европа ном мемонад, вай метавонист муоҳидаи дуҷонибаро бо амири Афғонистон имзо кунад. Дар ғайри он сафари вай як сафари намоишӣ хоҳад буд. Дар масири расидан ба Кобул ба раиси ҳайат, номае аз Тошканд расид, ки дар он генерал-губернатори Тошканд ба раиси ҳайати рус дар Афғонистон ҷудо тавсия мекунад, то дар музокироти худ бомақомоти расмии Афғонистон аз файсалаҳои қатъӣ ва ё итминондорони қутубӣ ва амсоли он эҳтироз намояд, зеро русҳо ба рӯи фурмули маслиҳатӣ бо инглис оштии сиёсӣ карда буданд.

Ҳайат бо император Алихон Қозӣ Абдулқодирхон ва Муллошоҳ Муҳаммад мулоқот намуд. Амир Шералихон ба генерали рус гуфт: “Муросалаи шоҳанҳоҳи рус ба даст надорад, ки ба исми ман Амитр Шералихон бошад, то бароям тасаллӣ шавад”. Генерали рус гуфт: “сӣ ҳазор фавҷ алҳол муҳайё дорем, то дар вақти зарурат аз дарёи Ому убур намоянд, ҳар вақт бародарони он тарафи дарёи Ому (русҳо) аз дарё убур намуданд, баъди он Шумо даст ба қабзаи шамшер намуда бигӯед, ки бисмиллоҳ..”

Император Алихон мехост бо ин равобит шарики сиёсӣ ва ҳомии неруманде дар муқобили инглисҳо ба афғонистон дарёфт намояд, то аз кӯмак ва ҳамроҳии русҳо дар муқобили онҳо бархурдор бошад. Ҳамчунон фикру назари русҳоро дар мавриди истифода қарор додани Абдурраҳмонхон ба мақсади пеш омадан тарафи ҷануб ва Ҳиндустон тағйир бидиҳад, дар ҳоле ки гуфта шудааст, ки як муоҳида байни амир ва намояндаи русҳо ба имзо расида, матни онро муаррихони Афғонистон ба даст надоранд.

Дар мавриди ақти қарордоди генерали рус ва амири Афғонистон дар манобеи гуногун таҳрир ёфта, ки комилан бо якдигар дар тазод қарор доранд. Як иддаи муҳаққиқон ба ин назаранд, ки аслан қарордод вуҷуд надорад ва як идда ҳам боз ба нақл аз манобеи берун мавзуотеро ба унвони санад пешкаш мекунанд, тавассути амир ва генерал ақд шудааст. Тавре зикр кардем маводеанд, ки дар китоби "Қарни нуздаҳум" аз забони Муҳаммад Набихони дабир ва дар китоби "Амир Шералихон дар чанголи ду қудрат" аз Ҳофиза Мирзо Муҳаммадҳасанхон сабт шудааст.

Мусаводаи қарордоде, ки ҳатто агар намояндаи рус ва амир Шералихон имзо намуда бошанд, ҷанбаи амалӣ надошта ба Россия бе ҳеҷ сурат наметавонист ба Ҳинд ҳамла кунад, зеро аз як тараф Россия дар ин вақт дар Туркистон фақат 12 ҳазор аскар дошт, ин аскарҳо наметавонистанд аз ҳазорҳо мил роҳ ва ё убури дарёҳо ва куҳҳо ба муқобили лакҳо аскари инглис ба Ҳинд ҳамла намоянд ва гузашта аз он кашидани хати телеграф ва хати оҳан дар ҳоле, ки Россия дар хокҳои аслии худ дар муҷовирати Афғонистон ҳанӯз қодир ба таъсис ва тамҳиди он намуда буд, як амри хаёлӣ ба назар мерасид.

Дар мавриди махфӣ будани иқдомоти генерал Столетов раиси ҳайат, ҳатто худи аъзои ҳайат низ суҳбат намудааст. Миргуломмуҳаммади Ғабор чунин ибрози назар намудааст: "Ҳанӯз ин музокирот байни намояндаи Афғонистон ва Россия давом дошт ва аз ҳолати мусавада (санади ибтидоӣ) хориҷ нагардида буд, асноде, ки баъдан ифшо шуд, аз номаи 28.081881 Гиронвил ба унвони Дуфрин – сафири инглис дар Россия бармеояд, ки сафири рус дар Лондон ба вазири хориҷаи инглис гуфтааст, ки Столетов баъд аз муроҷиа ба Россия, ҳамин ки вазъи Аврупоро дигаргун дид,аҳдномае, ки бо Амир Шералихон намуда буд, онро муаллақ гузошт ва хоҳишҳои амир тамоман ғайри матбуъ афтод."

Рузи 11.08 раиси ҳайати рус Кобулро ба мақсади Тошканд тарк намуд. Аз музокираи онҳо касе чизе нафаҳмид ва дарели баргашти ҳайатро надонистанд. Вақте ки генерал столетов ба Тошканд расид, мактубе ба Кобул ба унвони Мирзошоҳ Муҳамммадхон, вазири хориҷаи Афғонистон фиристод ва навишт, ки ҳадаф дар нома аз роҳ надодани инглисҳо ба Афғонистон аст. Як ҳайати афғонӣ низ таҳти раёсати Шоҳмуҳаммадхон вазири хориҷа озими Тошкагнд гардид, то Гофман ва ҳукумати Россияро барои додани кумак ташвиқ намояд.

Дар зарфи тамоми ин муддат мукотибот байни Амир ва генерал Гофман ҷараён дошт, сафири рус дар Лондон сайъ менамуд, ки ба зеҳи ингисҳо бидиҳад, ки давлати рус нисбат ба давлати инглис дӯст ва толиби амнияти умумӣ мебошад ва аз маалакати Афғонистон танаффур дорад ва аз тарафи дигар русҳо бо амир Шералихон махфиёна машғули музокирот буданд ва бо ӯ акси ин мутолибро суҳбар доштанд. Ба ин қисм давлати рус тухми нифоқро байни давлати инглисиён ва Афғонистон кошт ва ин нифоқ мунҷар ба ҷанг шуд.

Саранҷом инглисҳо дар моҳи ноябри соли 1879 тибқи нақшаи қаблии худ ба Афғонистон ҳамла намуданд. Ин дар замоне сурат гирифт, ки ҳайати афғонӣ дар Тошканд буд, то он лаҳзаҳо саъй дошт Кофман бар эшон иҷозҷт диҳад, ки ба Маскав бираванд ва бо вкҷуди ҷавоби манфии Кофман аз Ҳукумати марказӣ толиби кӯмак шаванд ва ё дар ғайри он аз тарафи худи Кофман қабул шавад, ки ҳеҷ коре нашуд.

Аз вақте ки аҳдномаи Берлин имзо шуд, Кофман дар ҳама номаҳои худ ба Шералихон насиҳат карда ки бо давлати Инглистон бисозад ва асбоби сулҳу дӯстӣ фароҳам би-

ёваред. Амир бо генерал Кофман мактуб навишт ва Кофман аз қабули сафири амир дар Петроград инкор намуд. Дар баъдҳо навишт, ки метавонад танҳо амирро дар Тошканд бипазиралд на дар Петроград, зеро Россия мехост, ки дар сурати тақсими афғонистон байни инглис ва Рус амирро алайҳи пешрафти худ қарор диҳад. Амир Шералихон, ки Кобулро тарк карда дар Мазори Шариф мустақар шуда буд, ҳатто иҷозаи убур аз марз ва вуруд ба хоки русро аз дӯстони худ дар Тошканд ва Санкт-Петербург ба даст оварда натавонист ва саранҷом 21.02.1879 дар Балх даргузашт ва инглисҳо ӣтавонистанд баин тартиб нуфузи Россиро, ки дар минтақа дар ҳоли шаклгирӣ буд, аз миён бардоранд.

Баҳс. Ин мақола баъзе масоили мунақишабарангезро дар бар дорад, ки дар бахшҳои ин таҳқиқ ва манобеи мухталиф тазаккур ёфтаанд, ки чунин ақд.

Дар маҷмуъ дар бораи авомили эҷоди равобити Россия бо Афғонистон назариёти мухталиф аз тарафи муаррихии ироа шудааст, баъзе ба ин ақидаанд, ки ин равобит ба далели тавсеаҷӯйи қалямрав ва бахше аз плони Пётри Кабир шакл гирифтааст.

Натиҷагирӣ. Назар ба баррасиҳои таърихӣ миёни Афғонистон ва Россияи тазорӣ равобити тӯлонӣ дипломатӣ миёни ду кишвар вуҷуд дошта ва далели он ҳам наздикии Россия ба сарҳади Афғонистон, қасди дошгани манофеи доимӣ дар Афғонистон, истифода аз хонҳои Афғонистон ҷиҳати таҳдиди Инглистон, доштани як роҳи убур аз тариқи хушка ба Ҳиндустон ва роҳ ёфтан ба бозори тиҷоратӣ дар Афғонистон будааст.

Баъд аз ирсоли сафири Россия ба Афғонистон, ки як амали намоишӣ буд ва амири Афғонистон аз рӯи ногорӣ дар асари фишорҳо бо вуҷуди машваратҳои муқаррар ва судманди мушовиронаш ба хотири напазируфтани сафири Россия, онро ба ҳузур лабайк гуфт. Русҳо аз як сӯ амирро ташвиқ дар муқовимот дар муқобили инглисҳо мекарданд,аз сӯи дигарба инглисҳочароғи сабзи ҳамла ба Афғонистонро нишон медоданд ва аз тарафи дигар русҳо алоқа доштанд, ки дар сурати тақсими Афғонистон байни Инглистон ва Рус амирро василаи пешрафти матолиби худ дар Афғонистон қарор диҳад. Пас бо чунин натиҷагирӣ ба содагӣ метавон гуфт, ки равобит бо Россия дар кулл ба зарари давлати Афғонистон буда ва мушкилоти вофиреро фарорӯи давлати Афғонистон махсусан дар сиёсати хориҷии Амир Шералихон ба вуҷуъ овард.

Адабиёт

1. جنبش ، عبدالصابر.(1385هـ ش). افغانستان در دوران صدارت سردار محمد داوود خان. پشاور، مرکز نشراتی سعید.
2. خافی، یعقوب علی..(1383هـ ش).پادشاهان متاخر افغانستان. کابل، انتشارات میوند کتابخانهٔ سبا.
3. رشتیا، سیدقاسم.(1346هـ ش). افغانستان قرن نزدهم. کابل ، مطبعه دولتی.
4. سید رسول.(1365هـ ش)..ژینو قربانگاه مردم افغانستان . موسسه نشراتی ندارد..
5. سلجوقی ،محمد صدیق ،علمیار ،صالح محمد. (۱۳۴۹هـ ش).مناسبات افغانستان شوروی در سالهای(1966 – 1919م).کابل، وزارت خارجه افغانستان و وزارت خارجه روسیه.
6. شرق ، دوکتور محمد حسن.(سال چاپ ندارد). کرباس پوشهای برهنه یا محل چاپ آن معلوم نیست.
7. عبدالرحمن خان .(1390هـ ش). تاج التواریخ . کابل ، انتشارات میوند.
8. غبار، میرغلام محمد..(1386هـ ش). افغانستان در مسیر تاریخ کابل ،انتشارات میوند.
9. فرهنگ ، میرمحمد صدیق..(1380هـ ش). افغانستان در ینج قرن اخیر. ایران،دارالتفسیر.
10. کوهستانی، عبدالرزاق. (1390هـ ش). امیر شیرعلی خان در چنگال دو قدرت بزرگ(روسیه تزاری و انگلیس)کابل ، ناشر:یوهندوی عبدالرزاق(کوهستانی)..
11. کشکی، صباح الدین.(1384هـ ش). دهه‌ءقانون اساسی. کابل،انتشارات میوند.
12. کهزاد ، احمدعلی. (1383هـ ش) . بالا حصار کابل و پیش آمد های تاریخی کابل بنگاه انتشارات میوند.
13. محب ، عبدالکریم(1374هـ ش)تلاشهای ورسها برای اشغال افغانستان " موسسه نشر کننده ندارد.
14. ورسجی ، محمد ابراهیم.(1381هـ ش). افغانستان و جنگ سرد قدرت های بزرگ جلد اول . پشاور ، مرکز نشراتی اسلامی صبور.

15. واتان،گریگرویان. (۱۳۹۰هـ ش). ظهور افغانستان نوین .مترجم ،علی عالمی ،کرمانی .ایران ناشر محمدابراهیم ،علی شریعتی افغانستانی.
16. یاروسکی ،(سال چاپ ندارد). سفارت روسیه تزاری به دربار امیر شیرعلی خان. محل چاپ ندارد..

НАЧАЛО ОТНОШЕНИЙ АФГАНИСТАНА И ЦАРСКОЙ РОССИИ

Камавал Муҳаммад Амир
Кабульский университет, факультет социальных наук, Афганистан

В статье рассматриваются вопросы политического и дипломатического сближения Афганистана и Царской России на государственном уровне. Как отмечается в работе, первые шаги в этом направлении были сделаны в 1829 в период правления Шаха Ашрафа Хотаки. В 1837 году государственный представитель правительства России Иван Викторович по поручению Министерства иностранных дел направляется в Афганистан для восстановления дипломатических и политических отношений.

Также рассматривается переписка между передставителями Царской России и государственными деятелями Афганистана. Отмечается, что Царская Россия для достижения своих целей вела двоякую политику. С одной стороны, обещала шаху Афганистана военную поддержку в случае нападения Великобритании на афганские земли, с другой - заключала взаимовыгодные соглашения с Великобританией.

Ключевые слова: Хотаки, Царская Россия, Великобритания, дипломатические связи, политика.

THE BEGINNING OF RELATIONS BETWEEN AFGHANISTAN AND TSARIST RUSSIA

Kamawal Muhammad Amir
Kabul University, Faculty of Social Sciences, Afghanistan

The article deals with the issues of political and diplomatic rapprochement between Afghanistan and Tsarist Russia at the state level. As noted in the work, the first steps in this direction were taken in 1829 during the reign of Shah Ashraf Hotaki. In 1837, the state representative of the Russian government, Ivan Viktorovich, on behalf of the Ministry of Foreign Affairs, was sent to Afghanistan to restore diplomatic and political relations.

Correspondence between representatives of Russia and statesmen of Afghanistan is also considered. It is noted that Russia pursued a dual policy to achieve its goals. On the one hand, it promised military support to the Shah of Afghanistan in the event of a British attack on Afghan lands, on the other hand, it entered into mutually beneficial agreements with Great Britain.

Key words: Hotaki, Tsarist Russia, Great Britain, diplomatic relations, politics.

Камавал Муҳаммад Амир *– ассистенти кафедраи улуми иҷтимоӣ, факултети илмҳои иҷтимоӣ, кафедраи улуми ҷомеашиносӣ, Донишгоҳи Кобул, Афгонистон, Тел.: +937 95 10 10 50.*

Камавал Муҳаммад Амир *– ассистент кафедры социологии факультета социальных наук, Кабульский Университет, Афганистан.*

Kamaval Mohammad Amir *- Assistant Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Kabul University, Afganistan.*

БАСОМАДИ БЕМОРИҲОИ САРАТОНӢ ДАР ВИЛОЯТИ МУХТОРИ КӮҲИСТОНИ БАДАХШОН

Қурбонбекова[1]П.Қ., Рустамова[1]Л.М., Худоёрова[2]Ҷ., Шерова С.А.[3].
1.Кафедраи физиологияи патологии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»;
2. Шуъбаи онкологияи беморхонаи вилоятии ш. Хоруғ;
3. Маркази саломатии шаҳрии №9, ш. Душанбе.

Муҳиммияти мавзуъ. Бо тадриҷ афзудани бемориҳои саратонӣякеазпроблемаҳои муҳимми ҷаҳони муосир ба ҳисоб рафта, дар фавти беморон мавқеъи дуюмро баъди бемориҳои дилу рагӣ ишғолменамояд. Тибқи нишондиҳандаҳои ҷамъияти саратоншиносии Амрико ва Агентии байналмилалии тадқиқот оид ба саратон (АБТС) ҳар сол зиёда аз 12 млн ҳодисаи нави саратон ташхис гардида ва қариб 7 млн ба ҳалокат мерасанд, ки тақрибан 20 ҳазор нафари он ба талафоти ҳаррӯза рост меояд. АБТС ва муҳақиқон сабабгори инкишофи бемориҳои саратониро ба омилҳои биологӣ (гепатити В ва С, вируси папиллома, аденовирусҳо, вируси Эпштейн Барр, Helicobacter pilori, замбурӯғҳои мағорӣ), омилҳои экологӣ (шуоъафкании ионӣ, нурҳои ултрабунафш), одатҳои бад (тамокӯ ва сигоркашӣ, алкагол, нашъамандӣ) ва омилҳои эндогенӣ (тамоилҳои генетикӣ, синну сол, гиподинамия, хусусиятҳои ғизогирӣ) мансуб донистаанд [1-5].

Тибқи маълумоти муҳақиқон басомади паҳншавии бемории саратон аз минтақаи иқлимию ҷуғрофии зист низ вобастагӣ дорад. [3,6, 8-9].

ВМКБ яке аз минтақаи иқлимию ҷуғрофии маҳсуси ҶТ мебошад, ки сокинони он дар шароитҳои ниҳоӣ умр ба сар бурда, ба онҳо хусусиятҳои хоси физиологӣ ва адаптивӣ хос мебошад. Афзоишёбии бемориҳои саратонӣ дар минтақа шаҳодати он мебошад, ки гузаронидани тадқиқотҳои амиқи илмӣ дар ин минтақа яке аз масъалаҳои муҳимми соҳаи тандурустӣ ва ҳифзи

иҷтимоии аҳолӣ мебошад.

Мақсади тадқиқот:омӯзиш ва таҳлили басомади паҳншавии бемориҳои саратонӣ дар сокинони шаҳру ноҳияҳои ВМКБ.

Мавод ва усули тадқиқот. Омӯзиши муайян намуданибасомади беморшавии аввалияи саратон дар ВМКБ давраи солҳои 2010-2020 ва аз рӯи базеъ нишондиҳандаҳо солҳои 2018-2020-ро фаро гирифт.

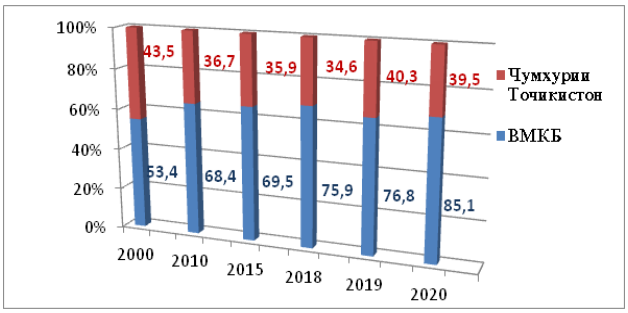
Мавод ва усули тадқиқот.Омӯзиши басомади беморшавии аввалияи саратон дар давраи солҳои 2010-2020 шаҳодат медиҳад, ки дар сокинони ВМКБ бештар саратони сина, гарданаки бачадон, меъда, шушҳо ва рӯдаи мустақим вомехӯрад. Бемориҳои саратони сина ва гарданаки бачадон аз соли 2010 то 2020 дар самти зиёди афзоишёбӣ қарор дошта,саратони сина аз 2,9 то 18,0 ва саратони гарданаки бачадон аз 6,8 то 13,4 ба 100 000 сари аҳолӣ зиёд гардидааст.

Дар давоми солҳои 2010-2020 дар шаҳру ноҳияҳои ВМКБ аз 1732 бемориҳои саратонии ба қайдгирифта шуд, ки539 (31,1%) нафарашон ба солҳои 2018-2020 рост омада, мардҳо 252 (46,8%) ва занҳо 287 (53,2%) нафарро ташкил намуд. Мардҳо бештар ба бемории саратони меъда мубтало гардидаанд (54,3%), нисбат ба занҳо (45,7%).Занҳо бештар ба саратони гарданаки бачадон мубтало гардидаанд, ки 45,1 % ба соли 2020 рост омад.Таҳлили басомади бемориҳои саратонӣ дар сокнони шаҳру ноҳияҳои ВМКБ нишон медиҳад, ки аз шумораи умумии беморӣ дар солҳои 2010-2020 саратон бештар дар ноҳияи Шуғнон, ш.Хоруғ, н.Роштқалъа вакамтардарн.Дарвозба қайд гирифта шудааст.

Барои омӯзиш, таҳқиқ ва таҳлили басомади паҳншавии бемориҳои саратонӣ дар шаҳру ноҳияҳои ВМКБ маводҳои омории Муассисаи «Маркази Ҷумҳуриявии» омор ва иттилооти тиббии назди вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҷумҳурии Тоҷикистон (2020), маводҳои омории Раёсати тандурустии вилояти мухтори кӯҳистони Бадахшон, таҳқиқотиҳои клиникӣ, лабораторӣ, ретроспективии беморони шуъбаи онкологияи беморхонаи марка-

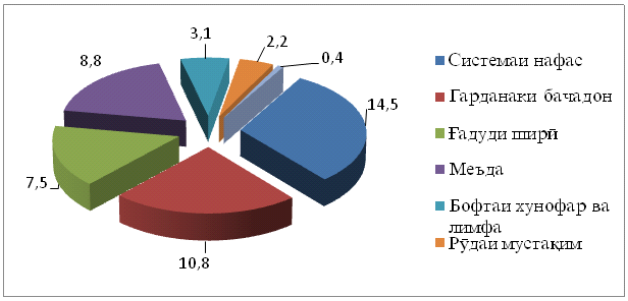
зии вилоятии ш. Хоруғ ва адабиётҳои илмӣ истифода гардиданд.

Натиҷа ва муҳокимаи он. Таҳлили басомади гирифторшавии аввалияи аҳолии шаҳру ноҳияҳои ВМКБ нишон медиҳад, ки беморихои саратонӣ дар даҳсолаҳои охир афзуда, нишондиҳандаи он нисбат ба теъдоди аҳолии сатҳи ҷумҳурӣ ба маротиб афзудааст. Теъдоди беморшавии умумӣ ва ба қайдгирии аввалияи беморихои саратонӣ дар вилоят аз 53,4 то 85,1 ба 100 000 сари аҳолӣ зиёд гардидааст (диаграммаи 1).

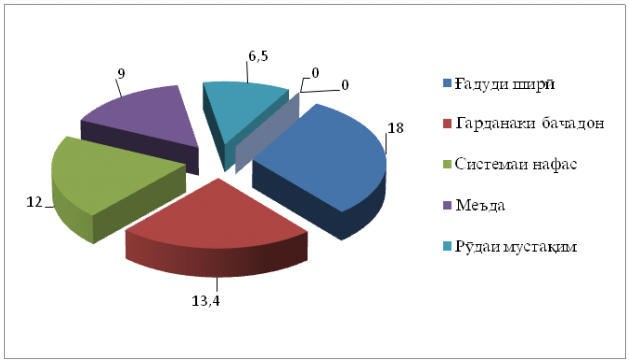


Диаграммаи 1. Басрмади гирифторшавии аввалияи бемории саратон дар миқёси вмкб (ба 100 000 аҳолӣ).

Омӯзиши таҳлилии бемории саратон дар сокинонишаҳру ноҳияҳои ВМКБ нишон медиҳад, ки соли 2019 ба 100 000 аҳолии мубталои беморӣ буда, бештар мубталоисаратони системаи нафас (шушҳо, хирной, бронхҳо), системаи таносул (ғадуди ширӣ, гарданаки бачадон) ва камтар рӯдаи мустақим ва пӯст вомехӯрад.Соли 2020 бошад, теъдоди босуръат зишёдшави бемории саратони ғадуди ширӣ, гарданаки бачадон, шушҳо ва рӯдаи мустақим мушоҳида гардид (диаграммаи 2 - 3).

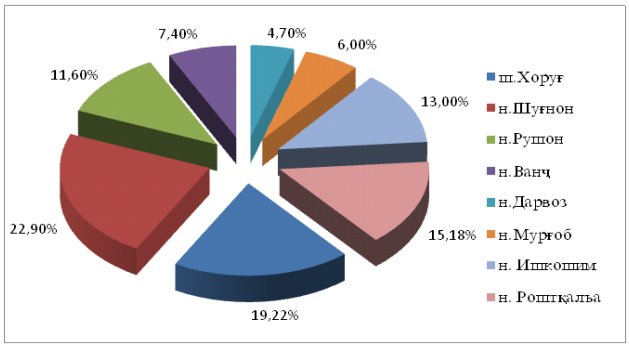


Диаграммаи 2. - Басомади паҳншавии беморихои саратонӣ дар шаҳру ноҳияҳои вмкб (ба 100 000 аҳолӣ) дар соли 2019.



Диаграммаи 3. басомади паҳншавии беморихои саратонӣ дар шаҳру ноҳияҳои ВМКБ (Ба 100 000 аҳолӣ) дар соли 2020.

Таҳлилибасомадипаҳншавиибеморихоисаратонӣ дар сокинони шаҳру ноҳияҳои ВМКБ нишон медиҳад, ки аз шумораи умумии беморӣ –саратон бештар дар ноҳияи Шуғнон 396 (22,86%), ш.Хоруғ 333 (19,22%) ноҳияи Роштқалъа 263 (15,18%) ва камтар дар н. Дарвоз 82 (4,7%) ба қайд гирифта шудааст (диаграммаи 4).

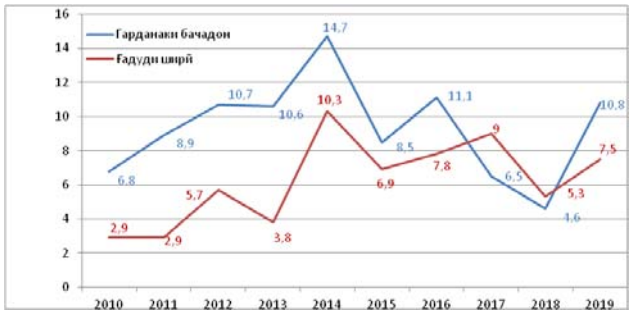


Диаграммаи 4. -Таносуби басомади паҳншавии беморихои саратонӣ дар шаҳру ноҳияҳои ВМКБ (солҳои 2010-2020).

Омӯзиши таҳлилӣ нишон дод, ки беморшавӣ бештар дар сини баркамолӣ ва авҷи фаъолияти иҷтимоӣ ва касбӣ во хӯрда, занҳо нисбат ба мардон бештар мубтало гардидаанд. Аз 368 нафари беморони сокини шаҳру ноҳияҳои ВМКБ, ки соли 2019-2020 ташхис гардидаанд, 192 (52,2%)- ро занҳо ва 176 (47,8%) нафари онҳоро мардҳо ташкилн амуданд, беморон бештар маҳз дар даврахои охири беморӣ ба хизматрасонии тиббӣ муроҷиат намудаанд, ки ба сифат ва давомнокии ҳаёти онҳо таъсири манфӣ расонидааст.

Басомади қайди беморшавии аввалияи беморихои саратони ғадудиширӣ ва гарданаки бачадон аз соли 2010 то 2019 нисбатан дар самти зиёди тағйирёбӣ қарор дорад: са-

ратони ғадудиширӣ аз 2,9 то 10,0 ва саратони гарданаки бачадон аз 6,8 то 10,8 ба 100 000 сари аҳолӣ афзудааст (диаграммаи 5).



Диаграммаи 5. Басомади гирифторшавии занҳо ба бемориҳои саратони узвҳои таносулӣ.

Дар соли 2020 беморшавии аввалияи занони шаҳру ноҳияҳои ВМКБ ба бемории саратони ғадуди ширӣ 18,0 ва бемории гарданаки бачадон 13,4 нафар ба 100 000 сари аҳоли ба қайд гирифта шудааст, ки дар сатҳи ҷумҳурӣ ин нишондиҳанда чунин аст: саратони гарданаки бачадон 8,2 ва саратони ғадуди ширӣ 5,9 нафарро дар бар мегирад.

Зиёд паҳншавии бемориҳои саратонӣ дар шаҳру ноҳияҳои дурдасти ҷумҳурӣ - ВМКБ ба шароитҳои иҷтимоӣ-иқтисодии сокинони минтақа, яъне омилҳои молиявӣ, иҷтимоӣ (камбизоатӣ, муҳоҷирати меҳнатӣ, тарзи ҳаёти носолим ва ғ.), омилҳои эпидемиологӣ ва экологӣ низ вобастагии зич дорад, чунки воридшавӣ ба фазои нави бозори ҷаҳонӣ ва технологияи муосир ба сатҳу сифати солимии аҳолӣ таъсири манфӣ мерасонад.

Хулоса, дар ҳама самтҳои тандурустӣ дастрасии кумакрасонӣ ба беморони мубталои саратон таъмин карда шуда бошад ҳам, бо сабабҳои паст будани иттилоотнокӣ ва маърифатнокии аҳолӣ оид ба омилҳои саратоновар, дер мурочиат намудани беморон, сари вақт ташхис ва муолиҷа нашудани бемориҳои заминавӣ ё пеш аз саратонӣ, нокифоя бкдани мутахассисони соҳавӣ, номукаммалии кумаки аввалияи тиббию санитарӣ, хусусан дар деҳа ва ноҳияҳои дурдасти вилоят, нокифоягии тафаккури касбиву онкологии табибон ба зиёдшавии теъдоди бемориҳои онкологӣ мусоидат менамоянд.

Адабиёт

1.Бойт, Йозеф. (ред).Основы комплементарной онкологии.Теория и практика. Перев.с.нем.М: Арнебия. - 2007. –С.47-54.
2. Гарин. А.М. Вестник РАМН, Эволюция, и революционые события в онкологической науке в конце XX –и первом десятилетии XXI века.- М. - 2012, №3. – С.32-36.
3.Неумывакин И.П.Рак: причины возникновения и профилактика. Мифы и реальность. – Спб.: «ДИЛЯ», Санкт-Петербург 2018. – 496 с.
4.Сангинов Ҷ.Р., Хусейнзода З.Ҳ. Таҳлили хизматрасонии тиббӣ ва беморони гирифтори саратон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, Хадамоти саратоншиносии Тоҷикистон. Масъалаҳои ҳалталаби соҳа ва дурнамо. //Нигаҳдории тандурустии Тоҷикистон. - 2021. - №1 (348). – С.79-85.
5. Принципы, правила и процедуры, используемые МАИР при оценке риска канцерогенности для человека различных факторов //Вопросы онкологии. – 2007. – Т.53, №6. – С.621-641.
6. Шаров С.В., Леонов М.Г., Мурашко Р.А. и др. Меланома кожи и пути улучшения ранней диагностики заболевания: опыт Краснодарского края // Эффективная фармакотерапия. 2019. - Т. 15. № 24. - С. 6–11.
7. AJithkumar T.V. Hatcher H.M. Specialist training in oncologuMosbu Elsevier Edinburgh - 2011.
8. Calzada MJ, del Peso L. Hypoxia – inducible factors and cancer . ClinTransloncol. 2007;9(5): 278–289.
9. D. I. Garrido, S. M. GarridoCancer risk associated with living at high altitude in Ecuadorian population from 2005 to 2014Clujul Med. - 2018; 91(2): 188-196. 2018. doi: 10.15386/cjmed-932.

ЧАСТОТА РАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРНО-БАДАХШАНСКОЙ АВТОНОМНОЙ ОБЛАСТИ

Қурбонбекова П.Қ.[1], Рустамова Л.М.[1], Худоерова Дж.[2], Шерова С.А.[3].

1.Кафедра патологической физиологии ГОУ "Таджикскии государственный медицинскии университет имени Абуали ибни Сино"; 2. Онкологическое отделение областной больницы, г Хорог; 3. Городской центр здоровье, №9, г. Душанбе.

Изучение частота распространенность раковых заболевании у жителей города и районов Горно Бадахшанской Автономной Области показало, что за последних десять лет первичная заболеваемостью раковыми заболеваниями у жителей ГБАО увеличивалось от 65,1до 85,1 100 000 нвселения.

Было определенно, что общая численность забеливаемых (1732) раком было зафиксировано у жители Шугнана 396 (22,86%), г.Хорог 333 (19,22%) ,Рошткалинскии район 263 (15,18%),Ишкашимскии район 224 (15%) и меньше всего в Дарвозком районе 82 (4,7%). Мужчины больше всего страдают от рака желудка (54,3%),чем женщины (45,7%). Женщины региона больше страдают отраком шейки матки 45,1% за 2020 года.

Рост онкологических заболевание в ГБАО объязъивает вовремя своевременнооказать медико-социальное, диагностические меры и совершенствовать массово-профилактических осмотров по выявлению фоновых и предраковых состояних у уязвимых слоёв населениерегиона. Своевременное лечение приводит к улучшению качество жизни и продление жизни.

Ключевые слова: онкология, рак, частота, распространённость, регион, ГБАО.

CANCER OCCURRENCE IN GBAO

Qurbonbekova P.Q., Rustamova L.M., Khudyorova J., Sherova S.A.

1 Department of Pathological Physiology of Avicenna, Tajik Medical University, Dushanbe; 2 Oncological department of the GBAO hospital of the Republic of Tajikistan. 3. City health center №9, Dushanbe city.

In recent decades, comparative analysis data has shown that the incidence of primary cancer in GBAO increased from 63,1 to 85,1. From total number of oncological patients (1732) over cancer in Shugnon district (22,86%),Khorog 333(19,22%),Roshtqala263(15,18%), Ishkashim 224(13%) and low number of Darvaz district 82(4,7%) was registered. Men had more stomach cancer(54,3%) than women (45,7%). Women of this region have more problems with cervical cance 45,1%. This index was for 2020.

The increase of oncological diseases in GBAOrequires us to provide timely medical, prophylaxis (preventive measures) and diagnostic services to detect precancerous conditions and early stage of cancer of patients from that region stage by stage. Treatment of diseases that on that early stages and pre-cancer on-time can lead to quality life improvement and chances of having longer life.

Key words: cancer, occurrence, region, GBAO.

Қурбонбекова П.Қ. *– дотсенти кафедраи физиологияи патологии МТД "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", ш.Душанбе, тел: 934210394*

Рустамова Л. М. *– ассистенти кафедраи физиологияи патологии МТД "Донигоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", ш.Душанбе, тел: (992)556489797, email: loj_81@mail.ru.*

Худоёрова Ҷ. *мудири шуъбаи онкологияи беморхонаи вилоятии ш.Хоруг. email:jamila.onk@mail.ru.*

Шерова С.А.- *табиб, акушер гинеколог дар дармонгоҳи №9, ш. Душанбе, тел: 934210394*

Қурбонбекова П.Қ. *- доцент кафедры патологической физиологии ГОУ "Таджикскии государственный медицинскии университет имени Абуали ибни Сино", г. Душанбе, тел: 934210394*

Рустамова Л. М. – *ассистент кафедры патологической физиологии ГОУ "Таджикскии государственный медицинскии университет имени Абуали ибни Сино",*

г. Душанбе, тел: (992)556489797, email: loj_81@mail.ru.

Худоёрова Ҷ. *– заведующей отделении онкологии областной больницы г. Хорог, email:jamila.onk@mail.ru.*

Шерова С.А.- *акушер –гинеколог Городской центр здоровье, №9, г. Душанбе, тел: (992)556489797,*

Qurbonbekova P.Q *-dotcent of Pathological physiology department of Avicenna, Tajik Medical University, Dushanbe, street of N. Karabaev 7/1,home 42,tel:556489797*

Khudoyorov J. *- Head of Oncological department of the GBAO hospital, Khorog, email:jamila.onk@mail.ru.*

Rustamova L.M.- *assistant of Pathological physiology department of Avicenna, Tajik Medical University, Dushanbe, street of N. Karabaev 7/1,home 42,tel:556489797*

Sherova S.A. *- obstetrician-gynecologist, city health center №9, Dushanbe city.*

ХУСУСИЯТҲОИ БИОЭКОЛОГИИ ГИРДГАРДИШИ БАРАНГЕЗАНДАҲОИ БЕМОРИҲОИ ЭХИНОКОККОЗ ВА АЛВЕОЛОКОКОЗ ДАР МИНТАҚАҲОИ ГУНОГУНИ ИҚЛИМИЮ ҶУҒРОФӢ

Разиков Ш.Ш., Холбегов М.Ё., Пирова Ш.

Кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетикаи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муҳиммият. Эхинококкоз дар одам як намуди бемории паразитӣ мебошад, ки аз тарафи намояндагони типи паҳнкирҳо, синфи тасмакирмҳо – эхинококк (Echinococcus granulosus) ва алвеолокок (Alveococcus multilocularis) ба вуҷуд меояд. Ду шакли асосии ин беморӣ дар одамон эхинококкосози кистагӣ (гидатидоз) ва эхинококкози алвеолярӣ маълӯм аст. Сирояти одамон дар вақти фурӯбурдани тухми муфтхӯр ба воситаи истеъмоли ғизои сироятшуда, обу хоки сироятшуда ё дар натиҷаи тамоси мустақим бо ҳайвонҳои хуҷаини муфтхӯр рух медиҳанд. Табобати алвеолококкоз аксар вақт аз ҷиҳати иқтисодӣ сарҳароҷот ва мураккаб буда метавонад ҷарроҳии мураккаб ва ё муолиҷаи дарозмуддатро талаб кунад. Дар барномаҳои пешгирӣ аз сироятшавӣ аз ин беморӣ диққати махсус ба ташхис ва муолиҷаи кирмоҳои муфтхӯр дар сагҳо, ки хӯҷаини охирони ин паразит мебошанд, равона карда мешавад. Дар сурати эхинококкози кистагӣ ба ғайр аз чораҳои пешгирӣ нисбат ба ташхис ва муоина кардани сагҳо инчунин риояи ҳатмии гигиенаи шахсиро дар ҷойҳои забҳи чорво, байни қассобон ва тарбияи ахлоқии аҳолиро дар бар мегиранд. Дар ҳар як ҳолати муносиб метавонанд зиёда аз 1 миллион нафар аз бемории эхинококкоз зарар бинанд. Эхинококкози одам зооноз (беморие, ки аз ҳайвон ба одам мегузарад) буда аз тарафи муфтхӯрҳои намояндагони типи кирмҳои паҳни синфи тасмакирмҳо -эхинококк ба вуҷуд меояд.

Хуҷаинҳои мобайнии эхинококк асосан баъзе намояндагони ҳайвонҳои алафхӯр мебошанд. Ин ҳайвонҳо сироятро ҳамроҳи ғизо, об ва ҷойи зист, ки дар онҷо тухми паразит афтидааст мегиранд, ки баъд аз он тухми паразит давраи кирминагии афзоиши худашро дар узвҳои дохилии ҳаётан муҳими ин ҳайвонҳо мегузаронад. Хӯҷаини охирони муфтхӯрҳо асосан ҳайвонҳои ширхӯри (ваҳшӣ) мебошанд, ки дар рӯдаи онҳо кирмҳои инкишофёфта ҷой гирифтаанд. Сироятшавии хӯҷаини охирон ҳангоми истеъмоли узвҳои дарунии ҳайвонҳои сироятшуда, ки дар он кирминаи муфтхӯр мавҷуд аст ба амал меояд.

Одамон тасодуфан хӯҷаини мобайни барои ин намуди муфтхӯр мебошанд, ба

маънои он, ки онҳо ба сифати хӯҷаини мобайнии а сироят меёбанд, аммо дар интиқоли сироят ба хӯҷаини ниҳоӣ иштирок намекунанд.

Якчанд намудҳои гуногуни генотипи паҳнкирми барангезандаи эхинококкоз маълум шудаанд ва барои баъзеи онҳо афзалиятҳои возеҳ барои хуҷаинҳои мобайнӣ мавҷуданд. На ҳама генотипҳо боиси сироятпазирӣ дар одамон мегарданд. Генотипе, ки аксарияти ҳолатҳо боиси сироятёбии эхинококкози кистозӣ дар одамон мегардад асосан аз организми сагҳо, бузҳо, хук, шутурҳо ва қутосҳо ҷой гирифтаанд.

Эхинококкози алвеолярӣ одатан дар байни ҳайвонҳои ваҳшӣ пайдо мешавад, баъзан дар байни рӯбоҳ, шағол, хорпушт ва дигар намуди ҳайвонҳои ваҳшӣ (асосан хояндаҳо) паҳн шудааст. Хӯҷаини охирон инчунин метавонанд сагҳо ва гурбаҳои хопагӣ низ бошанд.

Зоонозҳо гелминтозҳои хафноке мебошанд, ки барангезандаҳои онҳо ба одамон аз ҳайвонҳо гузашта боиси халалдоргардидани саломатӣ ва вайроншавии қобилияти кории одамон мегардад, ки ин проблеммаи муҳим дар соҳаи тандурустии ҷаҳонӣ гардидааст [1, 2, 4, 31, 34].

Эхинококкоз бемории паразитие мебошад, ки метавонад дар дилхоҳ узвро вайрон кунад, аммо дар аксари ҳолатҳо бештар ҷигар, шуш, ва майнаи сар таъсир мекунад. Барангезандаи эхинококкоз паразити паҳнкирм мебошад, ки асосан дар рӯдаи сагҳо, гургҳо ва рӯбоҳҳо ҷой гирифтаанд. Сагонҳое, ки аз эхинококк сироят шудаанд ҳамроҳи нақосат миқдори зиёди тухмҳо ва бандчаҳои болиғро ба берун ихроҷ мекунанд. Тухмҳои эхинококк ба чарогоҳҳо, ҷойҳои нигоҳубин ва нигоҳдошти ҳайвонот, замин, назди чашмаҳои оби умумие, ки аз онҳо ҳайвонҳо об мехӯранд меафтанд. Паразит ба воситаи хӯҷаинҳои мобайни (чорвои хурд, чорвои калони шохдор, аспҳо, харҳо, хукҳо ва дигар ҳайвонҳои гуногуни ваҳшӣ) инкишоф меёбад. Хӯҷаини мобайнӣ инчунин одамон низ шуда метавонанд [3, 5, 7,8].

Бемории эхинококкоз ҳам дар байни ҳайвонот ва ҳам дар байни одамон дар ҷаҳон паҳн шудааст, аммо дар мамлакатҳое, ки ба чорводорӣ машғуланд ва рушди ин соҳа назаррас аст бештар мушоҳида мегардад. Дар Русия эхинококкоз бо зудии паҳншавии муайян дар минтақаҳои Ставропол Краснодар, Тоҷикистон, Доғистон, вилояти Астрахан, Хабаровск Алтай, вилояти Омск ва дигар минтақаҳои дар он чорводорӣ рушдкунанда ҳамасола мушоҳида мегардад [11,13].

Тибқи маълумоти Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ (ТУТ) дар минтақаҳои эпидемикии баланд сатҳи сироятёбии одамон аз ин беморӣ метавонад 50 нафар дар 100 000 нафар аҳолӣ дар давоми як сол зиёд шавад ва дар баъзе ҳолатҳо дар баъзе ноҳияҳои Аргентина, Перу, Осиёи Марказӣ, Африқо ва Хитой сатҳи паҳншавӣ метавонад боз 5 - 10% баландтар шавад [28,30,33].

Нишондиҳандаҳои паҳншавии бемории эхинококкоз, ки дар мавзейҳои муйани забҳи чорво дар баъзе ноҳияҳои эндемикии Африкои Шимолӣ байни ҳайвонҳои хоҷагӣ дар 20%-и ҳайвонҳои забҳгардида дар як сол муайян гардидааст [36].

Тибқи маълумоти Хадамоти федералии назорат дар сатҳи ҳимояи ҳуқуқи истеъмолкунандагон ва некӯаҳволии одамон дар Федератсияи Русия зиёда аз 400 ҳолати бемории эхинококкоз ба қайд гирифта шудааст, ки аз ин 14,5% беморӣ ба кӯдакон рост меояд. Дар давоми 25 сол, аз солҳои 1995 то 2018, сатҳи бемории эхинококсоз зиёда се маротиба афзоиш ёфтааст (дар соли 2018 - 0,33 ба 100 ҳазор аҳолӣ). Аз ҳама пешсаф аз рӯи сатҳи паҳншавии ин беморӣ дар давоми якчан соли охир минтақаҳои Карачаево-Черкесс, Ямало-Ненец ва Чукотка буданд [12,13,15]. Новобаста аз мӯътадилшавӣ ва паст гардидани нишонаҳои ин беморӣ дар Карачаево-Черкесс аз соли 2013 ин минтақа дар Россия ҳамчун минтақаи хатарноки паҳншавии эхинококкоз боқӣ мемонад [17,18,19,20].

Инчунин новобаста аз муборизаи фаъол бо паразит ва ҳомилони он дар минтақаҳои Россия, омӯзиши муфассали вазъи эпидемиологӣ ва эпизоотологӣ барои беҳтар кардани назорати эпидемиологии ин минтақаҳо

чорабиниҳои махсусро талаб мекунад [21].

Эхинококози бисёркамерагии шуш ё алвеолококоз яке аз намуди бемориҳои вазнини паразитӣ ба шумор меравад, ки давомнокии дароз, мушкилӣ дар ташхис ва ҷароҳӣ дорад. Сарфи назар аз дастовардҳо дар таҳияи усулҳои нави ташхисӣ то имрӯз, аксарияти беморон барои муолиҷа аз минтақаҳои дурдаст ба марказҳои вилояту шаҳрҳо меоянд, ки на танҳо ба дер шудани муолиҷаи беморӣ, балки усулҳои ташхиси ултрасадои ва КТ-и ин беморӣ хусусиятҳои мушкили ба худ хос доранд [6,22].

Маълум шудааст, ки хӯҷаини охирон барои алвеолококоз ҳайвонҳои гӯштхур ё ёбоӣ мебошанд, ки ҳангоми истеъмоли гӯшти ҳайвонҳои сироатёфта махсусан ҷигари онҳо, ки дар он бештар тухми эхинококоз ва алвеолококоз ҷойгир шудаанд аз ин беморӣ сироят меёбанд [23, 31, 34].

Ин бемориҳо ба намуди бемориҳои гиҷавии гурӯҳи сестозҳо дохил шуда дар адабиёти ҷаҳонӣ номҳои эхинококкоз, алвеолококкоз, эхинококкози алвеолярӣ ва эхинококкози алвеолярӣ ба чашм мерасанд.

Сарфи назар аз он, ки эхинококкоз ва алвеолококкоз ба намуди бемории манбаи табиӣ дошта дохил шуда метавонад дар ҳама минтақаҳои ҷойи зисти адам ва ҳайвонот паҳн шавад. Аз рӯи сарчашмаҳои илмӣ дар кишварҳои Осиёи Марказӣ (озбекистон, Қирғизистон, шимолии Покистон) (Олмон, Фаронса ва Чин) [14,16,24,29], дар Федератсияи Россия - минтақаҳои Якутия, Сахалин, қисми Шарқи ва ғарбӣ Сибир, Шарқи дур, Урал, Тоториston ва вилоятҳои Калининград ва Перм. Дар як қатор минтақаҳои эндемикӣ ин беморӣ метавонад хусусияти эпидемияро гирад. Маълумоти охирини мониторинги дар Аврупо ва Осиё гузаронидашуда нишон доданд, ки паҳншавии беморӣ назар ба солҳои пешин ба таври назаррас баландтар шуда истодааст [27]. Тибқи маълумотҳои Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ, минтақаҳо эндемикӣ ҳисобида мешаванд, агар гирифтори беморӣ 0.03 - 1,2 нафар ба 100 ҳазор бошад [14].

Тибқи маълумотҳои пешниҳодкардаи Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ дар соли 2015 дар дунё эхинококкоз ҳамасола сабаби марги 19300 нафар, ва маюб гардидани тақрибан 871,000 нафар гардидааст. Хароҷоти солонае, ки эхинококкози кистагӣ барои табобати беморон ва талафот дар парвариши чорво талаб мекунад 3 миллиард доллярро дар ИМА ташкил медиҳад.

Бисёре аз муҳаққиқон дар 10-15 соли охир дар минтақаи Осиёи Марказӣ зиёдшавии сироятёбиро на танҳо аз ҷониби эхинококкоз балки аз тарафи алвеолококкоз маълумотҳои илмӣ пешниҳод мекунанд [16]. Ҷумҳурии Тоҷикистон аз пайдошавӣ ва паҳншавии ин беморӣ истисно нест. Ғайр аз он, дар давоми 15-20 соли охир таҳқиқотҳои экологӣ ва биологии эхинококкоз ва алвеолококкоз дар Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида нашудааст. Танҳо бештар маводҳо оиди роҳҳои ҷарроҳии эхинококкоз ва алвеолококкоз ба назар мерасанду халос. Дар бораи хусусиятҳои биоэкологии гардиши барангезандаи эхинококкоз ва алвеолококкоз байни ҳайвонот ва аҳолӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон умуман корҳои илмӣ-таҳқиқотӣ гузаронида нашудааст. Ҳамчунин таҳқиқоти нақши хояндаҳо, ҳайвоноти хоҷагӣ ва ваҳшӣ дар паҳншавии табиии алвеолококкоз дар қаламрави чарогоҳҳои минтақаҳои гуногуни Ҷумҳурии Тоҷикистон омӯхта нашудааст. Аз ин лиҳоз мавзӯи илми таҳқиқотии мазкур муҳимияти илмӣ доранд.

Ба ғайр аз ин оид ба мавҷудият, паҳншавӣ ва сарчашмаҳои ин бемории шадиди паразитӣ дар солҳои охир байни ҳайвонҳо ва аҳолӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон омӯхта шуда ва ба он баҳои илмӣ дода нашуданд.

Адабиёт

1. Арестова, С.В. Диагностика эхинококкоза у детей на современном этапе / С.В. Арестова, [и др.] // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2014. - Т. 4. - № 2. - С. 30-36.

2. Архипов, И.А. Зоопаразитозы, передаваемые человеку от собак и кошек / И.А. Архипов, Е.Н. Борзунов, В.И. Шайкин // Болезни мелких домашних животных: материалы IX

Междунар. вет. конгр. - М., 2001. - С. 230231.
3. Атаев, А.М. Экологическое районирование очагов гельминтозов животных и человека в РД / А.М. Атаев // Экологические проблемы Прикаспийского региона. - Махачкала, 2000. - С. 19-22.
4. Арестова, С.В. Диагностика эхинококкоза у детей на современном этапе / С.В. Арестова [и др.] // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2014. - Т. 4. - № 2. - С. 30-36.
5. Багаева, У.В. Эпизоотология и эпидемиология ларвального эхинококкоза в регионе Центрального Кавказа: автореф. дис. ... канд. биол. наук: 03.00.19 / Багаева, Ульяна Владимировна. - М., 2009. - 155 с.
6. Байрамгулова, Г.Р. Современный подход к профилактике паразитарных болезней / Г.Р. Байрамгулова [и др.] // Российский паразитологиче-ский журнал. - 2013. - № 1. - С. 73 - 75.
7. Байсиев, М.А. Природные очаги эхинококкоза диких животных в Карачаево-Черкесской Республике / М.А. Байсиев // Ветеринария Кубани. -№ 5. - 2005. - С. 33-36.
8. Беккиева, С.А. Активно функционирующие штаммы возбудителя эхинококкоза копытных животных в Кабардино-Балкарской Республике // С.А. Беккиева, Ю.А. Кумышева, С.Ш. Чилаев, М.М. Сарбашева / Известия высших учебных заведений. Северо - Кавказский регион: Естественные науки. - 2009. - № 2. - С. 84-86.
9. Белозёров, Е.С. Инвазионные болезни человека / Е.С. Белозёров // Алматы: Галым, 2005. - С. 3-8.
10. Бессонов, А.С. Эхинококкозы: биология возбудителя, эпизоотология, профилактика и борьба (по матер. XVIII междун. конф. по гидатидо-логии. Лиссабон, 2003) [Текст] / А.С. Бессонов // Ветеринария. - М., 2004. -№ 4. - С. 49-52.
11. Биттиров, А.М. Биоэкология опасных зоонозов паразитарной этиологии в Южных регионах России / А.М. Биттиров [и др.] // Ветеринария. - 2014. - № 6. - С. 33-35.
12. Болатчиев, К.Х. Эпидемиологическая ситуация по гидатидозному эхинококкозу в Карачаево-Черкесской Республике / К.Х. Болатчиев [и др.] // Профилактическая и клиническая медицина, 2016. - № 4. - С.37-41.
13. Болатчиев, К.Х. Эпидемиологические и эпизоотологические особенности гидатидозного эхинококкоза в Карачаево-Черкесской Республике / К.Х. Болатчиев [и др.] // Теория и практика борьбы с паразитарными болезнями: материалы докл. межд. науч. конф. (г. Москва, 15-17 мая 2019 г.) / ВНИИП - филиал ФГБНУ ФНЦ ВИЭВ РАН. -М., 2019. - Вып. 20. - С. 141-145.
14. ВОЗ. Центр СМИ. Эхинококкоз [Электронный ресурс].-Информационный бюллетень № 377. Март 2017.-Режим доступа: http: //www.who. int/mediacentre/factsheets/fs377/ru/.
15. Гузеева, Т.М. Состояние заболеваемости паразитарными болезнями в Российской Федерации и задачи в условиях реорганизации службы / Т.М. Гузеева // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. - 2008.
- № 1. - С. 3-11.
16. Кереев, Я.М. Эхинококкоз животных / Я.М. Кереев // РГКП Западно - Казахстанский аграрно - технический университет имени Жангир хана. - Орал: монография, 2010. - 192 с.
17. Попова, А.Ю. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2014 году: Государственный доклад. - М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзо-ра, 2015. - 206 с.
18. Попова, А.Ю. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2015 году: Государственный доклад. - М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзо-ра, 2016. - 200 с.
19. Попова, А.Ю. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения

в Российской Федерации в 2016 году: Государственный доклад. - М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзо-ра, 2017. - 220 с.
20. Попова, А.Ю. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2017 году: Государственный доклад. - М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзо-ра, 2018. - 268 с.
21. Самойловская, Н.А. Фауна паразитов у лосей в национальном парке «Лосиный остров» (г. Москва) и Костромской лосиной фермы (Костромская область) / Н.А. Самойловская // Российский паразитологический журнал. - 2011. - № 3. - С. 20-26.
22. Сергиев, В.П. Эхинококкоз цистный (однокамерный). Клиника, диагностика, лечение, профилактика: информационно-методическое пособие / В.П. Сергиев [и др.]. - М.: Институт медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е.И. Марциновского ММА им. И.М. Сеченова, 2008. - 36 с.
23. Тохаева, А.И. Экстенсивность и интенсивность инвазии эхинококкоза крупного рогатого скота в хозяйствах предгорных поселений Северного Кавказа / А.И. Тохаева [и др.] / / Всероссийская науч. -практ. конф. с международным участием «Научное обеспечение устойчивого развития АПК в Северо - Кавказском федеральном округе». - 2013. - Т. 2. - С. 617-619.
24. Junghanss, T. Clinical management of cystic echinococcosis: state of the art, problems, and perspectives / T. Junghanss [et al.] // Am. J. Trop. Med. Hyg. - 2008. - Vol. 79. - P. 301-311.
25. Martin-Hernando, M.P. Massive presence of Echinococcus granulosus (Cestoda, Taeniidae) cysts in a wild boar (Sus scrofa) from Spain / M.P. Martin-Hernando [et al.] // Parasitol. Res. - 2008. - Vol. 103. - P. 705-707.
26. Moro, P.L. Echinococcosis: a review / P.L. Moro, P.M. Schantz // International Journal of Infectious Diseases. - 2009. - Vol. 13. - P. 125-133.
27. О заболеваемости эхинококкозом и альвеококкозом в Российской Федерации : Письмо от 24.12.2013 г. № 01/14780-13-32 // Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека : [сайт]. – URL: https:// rospotrebnad zor.ru/ documents/ details.php? ELEMENT_ID=1097 (дата обращения: 19.06.2019).
28. Surveillance and management of Echinococcus multilocularis in a wildlife park / G. Umhang, J. Lahoreau, V. Hormaz [et al.] // International Journal for Parasitology. – 2016. – Vol. 65, № 3. – P. 245–250.
29.Ecology and life cycle patterns of echinococcus species / T. Romig, P. Deplazes, D. Jenkins [et al.] // Advances in parasitology. – 2017. – Vol. 95. – P. 213–314.
30. Eckert, J. Historical aspects of echinococcosis / J. Eckert, R. C. Thompson // Advances in parasitology. – 2017. – Vol. 95. – P. 1–64.
31. Hepatic alveolar echinococcosis / O. Detry, N. Meurisse, J. Delwaide [et al.] // Acta Chirurgica Belgica. – 2018. – Vol. 118, № 6. – P. 402–403.
32. Tateishi, R. Liver cancer: progress in diagnosis and treatments. Topics: V. Progress in diagnosis of liver cancer; 2. Current topics in computed tomography / R. Tateishi, K. Koike // Nihon Naika Gakkai zasshi. The Journal of the Japanese Society of Internal Medicine. – 2014. – Vol. 103, № 1. – P. 55–60.
33. Alveolar echinococcosis in Germany, 1992-2016. An update based on the newly established national AE database / J. Schmidberger [et al.] // Infection. – 2018. – Vol. 46, № 2. – P. 197–206.
34. Clinical epidemiology of human AE in Europe / D. A. Vuitton [et al.] // Veterinary Parasitology. – 2015. – Vol. 213, № 3. – P. 110–120.
35. Current status of diagnosis and treatment of hepatic echinococcosis / M. Mihmanli, U. O. Idiz, C. Kaya [et al.] // World journal of hepatology. – 2016. – Vol. 8, № 28. – P. 1169–1181.
36. Global Distribution of Alveolar and Cystic Echinococcosis / P. Deplazes, L. Rinaldi, C. A. Alvarez Rojas [et al.] // Advances in Parasitology. – 2017. – Vol. 95. – P. 315–493.

БИОЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ОССОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭХИНОКОККОЗА И АЛВЕОЛОКОКОЗА В РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИХ РЕГИОНОВ.

Разиков Ш.Ш.[1], Холбегов М.Ё.[1], Пирова Ш.[1]

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, экологии и распространения паразитов. Изучение строения и цикла развития паразитов в различных органах и тканях хозяина (человека и животного) имеют свои трудности.

Эхинококкоз у человека представляет собой разновидность паразитарного заболевания, вызываемого семейством альвеолярных червей Echinococcus. Известны две основные формы этого заболевания у человека кистозный эхинококкоз (гидатидоз) и альвеолярный эхинококкоз. Заражение человека происходит при проглатывании яиц паразита через пищу, зараженную почвой или в результате прямого контакта с паразитирующими животными-хозяевами.

Многие исследователи в последние 10-15 лет в Центрально-азиатском регионе приводят научные данные о росте зараженности не только эхинококкозом, но и альвеолококком. Республика Таджикистан не является исключением по возникновению и распространению этого заболевания. Кроме того, эколого-биологические исследования эхинококкоза и альвеолококкоза в Республике Таджикистан не проводились последние 15-20 лет. Исследования биоэкологических особенностей эхинококкоза и альвеолококкоза между животными и населением в Республике Таджикистан не проводились.

Изучение роли грызунов, сельскохозяйственных и диких животных в естественном распространении альвеолококкоза на пастбищах разных регионов Республики Таджикистан не изучалось. Поэтому тема данного исследования имеет научное значение.

Кроме того, наличие, распространенность и источники этого острого паразитарного заболевания в последние годы изучались среди животных и населения в Республике Таджикистан и не подвергались научной оценке.

Ключевые слова: ленточные черви, эхинококкоз, алвеолококоз, фауна, цикл развития и экология.

FAUNA, BIOLOGY AND ECOLOGY OF COCCIDIOSIS OF ANIMALS (EYMERIA) IN VARIOUS CONDITIONS OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN.

Razikov Sh. Sh.,[1]; Kholbegov M.Yo.,[1]; Pirova Sh.,[1]

Department of medical biology with basics of genetics (head of the department 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.

One of the most pressing issues in general parasitology is the study of fauna, biology, ecology and the distribution of parasites. The study of the structure and cycle of development of parasites in various organs and tissues of the host (human and animal) has its own difficulties.

Echinococcosis in humans is a parasitic disease caused by the Echinococcus family of alveolar worms. Two main forms of this disease in humans are known cystic echinococcosis (hydatidosis) and alveolar echinococcosis. Human infection occurs by ingestion of parasite eggs through food, contaminated soil, or through direct contact with parasitic host animals.

Many researchers in the last 10-15 years in the Central Asian region provide scientific data on the growth of infection not only with echinococcosis, but also with alveolococcus.

The Republic of Tajikistan is not an exception in terms of the emergence and spread of this disease. In addition, ecological and biological studies of echinococcosis and alveolococcosis in the Republic of Tajikistan have not been carried out for the last 15-20 years. Studies of the bioecological features of echinococcosis and alveolococcosis between animals and the population in the Republic of Tajikistan have not been conducted.

The study of the role of rodents, agricultural and wild animals in the natural distribution of alveolococcosis in pastures of different regions of the Republic of Tajikistan has not been studied. Therefore, the topic of this study is of scientific importance.

In addition, the presence, prevalence and sources of this acute parasitic disease have been studied among animals and the population in the Republic of Tajikistan in recent years and have not been scientifically evaluated.

Key words: tapeworms, echinococcosis, alveolococcosis, fauna, cycle of development and ecology.

Разиков Шомаҳмад Шерович *– профессори кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетика; Тел.* ***(+992)935-07-99-28.***

Разиков Шомахмад 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*

Kholbegov Mirzokhamdam Yorbegovich- *head of the department of medical biology with the basics of genetics. Tel. (+992) 934-26-81-10*

Пирова Шаҳодат Қувватовна *– унвонҷуи кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетика; Тел* ***(+992)888-80-14-43.***

Пирова Шаходат Кувватовна- *– соискатель кафедры медицинской биологии с основами генетики. Тел* ***(+992)888-80-14-43.***

Pirova Shahodat Kuvvatovna - *The applicant of the department of medical biology with the basics of genetics. Tel (+992) 888-80-14-43.*

ВОЖАЗОРИ РУСТАНИҲО ДАР «БУРҲОНИ ҚОТЕЪ»-И МУҲАММАДҲУСАЙНИБУРҲОН

Шокиров Ҳокимхон

Донишкадаи давлатии забонҳои Тоҷикистон ба номи С. Улуғзода,

Муҳиммият. Фарҳанги «Бурҳони Қотеъ» дар таърихи луғатофаринии мардуми тоҷику форс яке аз машҳуртарин фарҳангҳо буда, маводи зиёди лексикиро вобаста ба соҳаҳои гуногуни касбу ҳунар, варзиш, мавзеъҳои ҷуғрофӣ, номгӯи ҷирмҳои осмонӣ, сарватҳои табиӣ, тиббӣ ва ғайраро дар бар мегирад. Фарҳанги мазкур дар асоси қонунҳои инкишоф ва усулҳои асосии лексикографӣ, равиш ва тартиби сарчашмаҳои истифодашуда таҳия гардида, ҳамчун, асари этнолингвистӣ, мавзеъҳои ҷуғрофӣ, номгӯи ҷирмҳои осмонӣ, сарватҳои табиӣ, манбаи боъэтимоди луғавӣ дар таърихи адабиёти классикӣ ба шумор меравад. Муаллифи фарҳанги «Бурҳони қотеъ» Муҳаммадҳусайни Бурҳон соли 1652 ин фарҳангномаро дар шаҳри Ҳайдарободи Дакан таълиф намудааст. Имрӯз ин фарҳангнома дар кишвари мо дар 3 ҷилд бо алифбои кириллӣ нашр гаридааст, ки он миёни соҳибзабонон аз рӯзи таълиф шуданаш инҷониб яке аз мукаммалтарин фарҳангҳои тоҷикӣ-форсӣ шинохта шуда, дар саросари кишварҳои Ҳиндустон,

Осиёи Марказӣ ва Эрону Афғонистон мақбули хосу ом гардида, шуҳрати сазоворро касб намудааст.

Ин асари пуразриш дар заминаи таҷрибаи фарҳангнигории пешин иншо шудааст, ки он барои тозагӣ ва инкишофи забони адабии тоҷикӣ мусоидат мекунад.

Дар фарҳанги мазкур дар баробари дигар вожаю истилоҳот, истилоҳоти олами рустаниҳо –номи зироатҳои ғалладона, истилоҳоти соҳаи растанипарварӣ (дарахтони мевадору сояафкан, буттаҳо ва буттамеваҳо), номи зироатҳои полезӣ, гиёҳҳо (шифобахш, заҳрнок), игулҳо, алафҳои бегона ва хӯроки ҳайвонот шарҳ дода шудааст, ки дар имрӯз баъзеи онҳо дар чунин шакл корбурд намешаванд ва танҳо дар сарчашмаҳодарҷ гардиданд.

Бояд зикр намуд, ки дар илми забоншиносӣ лексикаи олами рустаниҳо дар асоси манбаъҳои қадим, ки махзани вожаю истилоҳоти мо мебошанд, хеле кам мавриди таҳқиққарордода шудаанд.

Аз ин лиҳоз мо истилоҳоти олами рустаниҳоро ба забони тоҷикӣдар асоси фарҳангномаи «Бурҳони Қотеъ» мавриди таҳқиқ ва баррасӣ қарор хоҳем дод. Мо тасмим гирифтем, ки дар мақолаи мазкур дар асоси маводи луғавии «Бурҳони Қотеъ» вожаҳо ва истилоҳоти олами растаниҳоро вобаста ба оилава хусусиятҳои табииашон, тарзи ташаккул ва таркиббандии онҳоба таври зер тасниф намоем:

1. Номгӯи зироатҳои ғалладона ва лӯбиёӣ. Дар ин фасл муаллиф вожаву истилоҳоти зироатҳои ғалладонагиро, аз қабили **азордам, дорбӯй, донча, дағир**дарҷ намудааст, ки қисми зиёди онҳо то имрӯз дар забони адабии меъёр истифода шуда, бархе аз ин истилоҳот дар лаҳҷаву шеваҳо то ҳанӯз корбурд мешаванд. Аз ҷумла, вожаи "**азордам"**дар фарҳангномаи мазкур ба чунин маъно омадааст: "**Азордам**номи ғаллаест, ки онро лубиё хонанд (Б.Қ. 1. 84). Вожаи зикргардида дар забони адабии тоҷик роиҷ набуда, дар фарҳангномаҳо ва дар байни мардум гунаи он лӯбиё мавриди корбаст қарор дорад. Вожаи дигаре, ки дар фарҳанги мазкур тафсир шудааст, "девгандум" мебошад. "**Девгандум** навъе аз гандум аст, ки ҳар ду дона дар як ғилоф мебошад; ва баъзе хӯшаи бузурги бедонаро гӯянд" (Б.Қ. 2-с.56).

Дағир ғаллаест, ки онро лӯбиё гӯянд; ва он сарду хушк аст ва обе, ки вайро пухта бошанд, ҳайз бironад. Гӯянд арабист. (Б.Қ. 2-с.11…

Жожумак лубиёро гӯянд – ва он тухме аст, ки ба арабӣ лиё хонанд. (Б.Қ. 2-с.117)

Хирқӣғаллаест шабеҳ ба карсана; онро дар Язд ва тавобеи Кирмон бипазанд ва бихӯранд ва орд низ созанд ва нон ҳам пазанд. (Б.Қ. 1. 386)..

Хушкафзор нахуд ва мош, адас ва амсоли онро гӯянд. (Б.қ. 1.394)

Вожаи мазкур дар "Фарҳанги забони тоҷикӣ" ва "Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ" дарҷ нагардидааст.

Хулар ғаллаест шабеҳ ба карсана ва онро дар Язд ва навоҳии Кирмон ва Луристон то сабз аст хом хӯранд ва ба хурди гов низ диҳанд. Говро фарбеҳ кунад. Ва чун расид ҳамчунон бипазанд ва бихӯранд ва гоҳе дар ошҳо ҳам кунанд ва осиё низ карда, орди онро нон пазанд ва хӯранд; ва навъе дигар аст саҳроӣ. Чун занон бихӯранд шири эшон биафзояд. **(Б.Қ.1.400).** Вожаи мазкур дар Фарҳангномаҳои муосир шарҳ дода нашудааст.

2. Номи дарахтон ва буттамеваҳо. Дар ин фасл муаллиф вожагони марбут ба дарахтон ва буттамеваҳо – дарахтони боровару сояафкан ва буттамеваҳоро, аз қабили сада, доршишаъон, оғолпашша, анҷир, анбарут, амруд, тут, анори Фарҳод ва ғайра. Аз ҷумла,вожаи доршишаъон чунин шарҳ дода шудааст: "доршишаъон– дарахте бошад ситабру хордор ва пӯсти он ба қирфа монад, лекин аз он гундатар ва сурхтар мешавад. Агар қадре аз он саҳқ кунанд ва бо сирко бисиришанд ва бар даҳон ниҳанд, дардро фурӯ нишонад. Ва агар аз чӯби он занон бар худ баргиранд, фарзанде, ки дар шикам мурда бошад биюфтад; ва сунбули ҳиндиро низ доршишаъон хонанд ва доршиъон ҳам гӯянд" (Б.Қ. 2-с.5).Вожаи мазкур дар фарангномаҳои имрӯз ва дар байни мардум дар чунин шакл роиҷ нест. Дар "Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ" танҳо ҳиссаи аввали

калима **“дор”**ба маънои дарахт омадааст, ки он ҳам дар байни мардум бо ин маъно корбурд намешавад (Ф.Тз.1.484).

Вожаи дигари ифодакунандаи номи дарахт дар фарҳанги мазкур оғолпашша мебошад, ки он чунин шарҳ дода шудааст: “Оғолпашша номи дарахтест бисёр бузург ва онро сада гӯянд. Ва бар он чизҳобувадмонанди харита, кипур аз пашша бошад ва онро пашшахона гӯянд. Ва он дарахтро ба арабӣ шаҷаратулбақ (Б. Қ. 1.56).Ин истилоҳ дар “Фарҳанги забони тоҷикӣ” ва “Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ” дарҷ нагардидааст ва дар байни мардум низ маъмул намебошад. Дар забони адабии ҳозираи тоҷик ва дар байни мардум истилоҳи **сада,** серистеъмол мебошад, ки номи дарахтро ифода мекунад.

Озоддарахт дарахтест, ки онро дар Гургон заҳри замин ва дар Форс дарахти токъ ва тӯғак мегӯянд. Ваҳанзал бор вамеваи он дарахтаст. Агарбаргионробаҳоимбихӯранд, бимиранд. Ваагарсарбад-он шӯянд, мӯисарродарозкунад. Вабаъзегӯяндозоддарахтдарахти ток аствахезуми он беҳтариниҳамаиҳезумҳост, чунонкиоташи он муддатебимонад (Б.1.50).

Амруд//Амрут – мевае бошад маъруф (Б.Қ.1.112). Вожаи мазкур дар “Фарҳанги тафсири забони тоҷикӣ” ба чунин маъно омадааст: .....

Номи дарахти анор дар маводи Фарҳанги мазкур дар шакли ибора истилоҳи анори Фарҳод оварда шуда, чунин шарҳ дода шудааст: “**Анори Фарҳод** – дарахти анорест, ки дар Бесутун воқеъ аст. Гӯянд чун Фарҳод аз шунидани фавти Ширин теша бар сари худ зад дастаи теша хунолуд гардид ва аз кӯҳ ба замин уфтод ва сари он бар замин нишаст. Ва чун он чӯби анор буд, ба қудрати илоҳӣ сабз шуд ва дарахти анор ба ҳам расид. Ва анори онро чун боз кунанд, андаруни он сӯхта ва хокистар бошад” (Б.Қ.1.113).

Ангур зайтунӣ – навъе аз ангури сиёҳ аст ва шабеҳ ба зайтун; табиати он гарму тар аст. (Б.Қ.1.122). Вожаи ангур дар забони адабии меъёр ва шеваю лаҳҷаҳои забони тоҷикӣ низ дар ҳамин шакл корбурд мешавад. Тибқи иттилои Ғ.Ҷӯраев дар шеваи ҷанубӣ вобаста ба ангур ва навъу намудҳои он вожаву таркибҳо ба вуҷуд омадааст, ки қисми зиёди онҳо унсурҳои умумхалқӣ бошанд, қисми дигар ба хазинаи лексикаи хоси ин шева тааллуқ доранд. Ба мисли ***чочи уштур*** (к-ҳ., Анатурушаки тоҷик), ***говангур*** (ш-к.), *гурдай гов,лал* (к-ҳ) (Шева ҷ.з.т.184).

Бояд зикр намуд, ки мардуми тоҷик аз қадим боз ба соҳаи боғдорӣ ва парвариши гулу буттаҳои гуногун машғул буда, ки ин боиси пайдоиши калимаву истилоҳҳои ин соҳа гардидааст. Забоншиноси тоҷик Ғ. Ҷӯраев оид ба корбурди вожаву истилоҳҳои марбут ба дарахтони мевадор ва бемева дар шеваи ҷанубии забони тоҷикӣ чунин қайд намудааст: “Шеваи ҷанубӣ дар ифодаи ҷинсҳои асосии дарахтони мевадор аз шеваҳои дигари тоҷикӣ қариб тафовуте надорад, чунки ин қабил дарахтон дар бештари маҳалҳои Осиё Миёна” парвариш меёбанд: зардолу. Себ, олу, шафтолу, ангур, биҳӣ ва ғайра. Баъзе аз инҳо дар ин ё он маҳалли тоҷикнишин кам рӯяд ҳам, мафҳумҳо барои мардуми он ҷоҳо бегона намебошад” (Шеваи ҷанубии забони тоҷикӣ. 182).

3. **Номгӯи гиёҳҳо.** Муаллиф вожаву истилоҳоти гиёҳҳоро вобаста ба хусусият, дараҷаи сарду гарм, тару хушк ва шифобахш буданашон шарҳ додааст, ки чунин хусусияти онҳоро дар маколаҳои алоҳида мавриди баррасӣ қарор хоҳем дод. Аз ҷумла, истилоҳҳое, ба монанди асплунҷ, испараг, арғиҷ, арҷолун, алотинӣ, бодрангбӯя, барғаст, башниз, балоҷ, парсаён, пиёзак, хирсгиёҳ, рӯнос, заҳргиё, дурас ва ғайра **т**афсир дода шудааст, ки қисми онҳо то имрӯз дар забони адабии меъёр истифода шуда, бархе аз ин истилоҳот дар лаҳҷаву шеваҳо то ҳанӯз корбурд мешаванд.

Вожаи “испараг”дар фарҳанги мазкур чунин шарҳ дода шудааст: “Испаранг – гиёҳест, зард, ки бад-он чизҳо ранг кунанд; ва баъзе гӯянд испараг барги зардчӯба аст; ва дарахти харбузаро низ гӯянд” (Б.Қ. 1. 88).

Истилоҳи мазкур дар “Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ” низ ба ҳамин маъно омада, чунин тафсир шудааст: “Испараг як навъ гиёҳи ёбоист, ки аз он ранги зард тайёр мекунанд” (Ф.Т.1.581). Бояд зикр намуд,

ки дар бархе аз лаҳҷаҳо вожаи зардчӯбамаъмул буда, ҳамин мафҳумро ифода мекунад. Вожаи "арғич" дар фарҳангнома ба маънои "гиёҳе, ки бар дарахт печад ва гоҳ бошад, ки дарахтро хушк кунад; ва онро ба арабӣ ашақа гӯянд"омадааст (Б.Қ.1 80). Дар "Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ"вожаи мазкур ба таври зайл дарҷ гардидааст: "Арғач/ /Арғич – номи гиёҳе, ки ба дарахт мепечад ва онро хушк мекунад, печак" (Ф.Т.1.78). Вожаи мазкур дар забони адабии ҳозираи тоҷик ва дар бархе аз лаҳҷаҳои он низ ба маънои печак ифода карда мешавад.

Бо дарназардошти он, ки мавод таҳлили хусусияти умумии луғавии олами рустаниҳоро ба забони тоҷикӣ дар фарҳанги "Бурҳони қотеъ" фаро гирифтааст, мо истилоҳҳои ҳар як навъи рустаниҳо, аз ҷумла, гиёҳҳоро дар алоҳидагӣ пурра нишон дода наметавонем.

4. Номи гулҳо. Дар асоси маводи фарҳанги мазкур дар ин фасл вожаву истилоҳоти марбут ба номи гулҳо, аз қабили бӯстонафрӯз, арвона, анҳафтино, авқаториюн, абӯалс, бобуна, озарбӯ, озарюн, обрун, бобуна, бунафша,хирӣ ва ғайра таҳлил гардидааст, ки қисми зиёди онҳо то имрӯз дар забони адабии меъёр истифода шуда, иддае аз ин истилоҳот дар ҳамон шакли қадимӣ дар лаҳҷаву шеваҳо то ҳанӯз корбурд мешаванд.Аз ҷумла,"бӯстонафрӯз", ки номи гул аст, муаллифи фарҳанг онро чунин шарҳ медиҳад: "бӯстонафрӯз гулест сурхранг ва бебӯй, ки онро тоҷи хурӯс ва гули Юсуф низ гӯянд" (Б.Қ. 1. 178).

Шарҳи вожаи мазкурдар "Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ" чунин омадааст: "Бӯстонафрӯз"як навъ гиёҳи ороишӣ, ки хӯшагули ҷорӯбакии мисли гули тоҷи хурӯс арғувониранг дорад, бахмалгул" (Ф.таф 1.262). Агар шарҳи фарҳангҳоро муқоиса намоем, вожаи мазкур дар ҳарду фарҳанг қариб якхел шарҳ дода шудааст. Вожаи мазкур дар бархе аз лаҳҷаву шеваҳо бо истилоҳи "тоҷи хурӯс" ифода меёбад.Вожаи дигаре, ки дар фарҳанги мазкур шарҳ дода шудааст, "арвона" мебошад. "Арвона номи гулест, ки онро хирии саҳроӣ гӯянд; чун қадре аз он бухур кунанд ҳар бӯи баде ва гандае, ки дар ҷое бошад бартараф гардад ва зоил шавад (Б.Қ. 1. 83).

Бояд зикр намуд, ки вожаи мазкур дар забони имрӯзаи тоҷик роиҷ нест ва дар "Фарҳанги забони тоҷик" (1969) ва "Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ" (2010) низ дарҷ нагардидааст.

Ҳамзамон, дар фарҳанги мазкур номгӯи гулҳое оварда шудааст, ки дар фарҳангномаҳо ва дар байни мардум имрӯз низ бо ҳамин ном маъмул мебошанд. Масъалан, "Бобуна гиёҳест маъруф, ки онро аққавон гӯянд. Бӯйидани он хоб оварад. Ваагар дар хона онробигустарандҷамъигазандагонбигрезанд" (Б.Қ. 1. 136). Вожаи мазкур дар "Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ" чунин шарҳ дода шудааст: "Бобуна – гиёҳи хушбӯе, ки баргҳои канори гулаш сафед ва мобайни он зардранг аст, дар баъзе ғизоҳо ва дар тиб истифода мешавад" (Ф.Т.З.1.217).

Агар шарҳи фарҳангҳоро муқоиса намоем, онҳо то ҳадде аз ҳам тафовут доранд. Муаллифи "Бурҳони қотеъ" зикр мекунад, ки агар бобунаро дар хона паҳн кунанд, газандагон бигирезанд. Аммо дар "Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ" дарҷ гардидааст, ки бобунаро дар баъзе ғизоҳо ва дар тиб истифода мебаранд.

Вожаи дигаре, ки дар фарҳанги мазкур шарҳ дода шудааст, хирӣ буда, он чунин оварда шудааст: "Хирӣ гулест ва анвои он бисёр аст: яке аз онҳо сиёҳранг мебошад ва онро хирии хатоӣ мегӯянд; ва дигаре бунафш аст ва онро хирии мирдинӣ ва ҳафтранг хонанд; ва навъе дигар сифед ва сурх аст ва он саҳроӣ мебошад ва онро хирии хиромӣ гӯянд ва як навъ зард аст ва онро хирии шерозӣ хонанд ва гули ҳамешабаҳор ҳамон аст, табиати он гарму хушк аст; ва хируро низ гуфтаанд, ки хубозӣ бошад. (Б.Қ. 1. 415). Ин вожаи дар "Фарҳанги забони тоҷикӣ"дар шакли хиру омада, чунин шарҳ дода шудааст: "Хиру – гули хайрӣ, гули шаббӯ" (Ф.З.Т.480).

5. Номгӯи зироатҳои полезӣ.Дар дар ин фасли фарҳанги мазкур вожаву истилоҳоти марбут ба зироатҳои полезӣ аз ҷумла, харбуз, харбузаи рӯбоҳ, харбузаи ҳиндӣ, хиёрзаҳ, хиёрзасипанд, кабар, бодаранг, шамлах/

/шамлағ, тарбуз, ҳиндувона ва хиёр. хардал, таратезак, ва ғайра таҳлил гардидааст, ки қисми зиёди онҳо то имрӯз дар забони адабии меъёр истифода шуда, иддае аз ин истилоҳот дар ҳамон шакли қадимӣ дар лаҳҷаву шеваҳо то ҳанӯз корбурд мешаванд. Аз ҷумла, Даббо кадуро гӯянд ва ба арабӣ ҳаръ хонанд. (Б.Қ. 2-с.10)

Истилоҳи дигаре, ки дар Фарҳангнома шарҳ дода шудааст ин бодранг мебошад.- Бодранг навъе аз хиёр бошад, ки хӯранд; ва турунҷро низ гӯянд ва он меваест, ки пӯсти онро мураббо созанд (Б.Қ. 139)

Харбуз- мухаффафи харбуза аст; ва ба маънии ҳиндувона ҳам омадааст; ва гиёҳе низ ҳаст монанди ушнон (Б.қ.382).Вожаи мазкур дар "Фарҳанги забони тоҷикӣ" чунин дарҷ гардидааст: "Харбуза – мевакалони ширину обдор" (Ф.З.Т.463).Вожаи мазкур дар забони адабии тоҷик ва дар шеваю лаҳҷаҳониз дар шакли харбуза корбурд мешавад.

Харбузаи рӯбоҳ – ҳанзалро гӯянд ва онро ба кирмонӣ харзаҳра мегӯянд; ва ба арабӣ алқам хонанд (Б.Қ. 382)

Харбузаи ҳиндӣ– ҳиндувонаро гӯянд; ва онро харбузаисиндӣ низ

гуфтаанд; ва ба арабӣ алқам баттихи зақо хонанд (Б.қ. 382).

Хиёрзаҳ–шӯшаи хиёрро гӯянд; ва он хиёре бошад дароз ва онро ба арабӣ шаорир хонанд (Б.Қ. 414). Бояд зикр намуд, ки дар "Фарҳанги забони тоҷикӣ"вожаи мазкур дарҷ нагардидааст, вале хиёр ҳамчун вожаи мустақил шарҳ дода шудааст: "Хиёр – бодиринг; як навъ бодиринг"(Ф.З.Т.476).

Хиёрзаҳсипанд– рустание бошад монанди кабар, аммо хор надорад; ва онро ба арабӣ қиссоулҳиммор ва қиссоулбаррӣ хонанд. (Б.Қ.1.414).

Бояд зикр намуд, ки мо аз фарҳангномаи «Бурҳони қотеъ» номгӯи зиёди лексикаи олами растаниҳоро таҳлилу баррасӣ намуда, ба хулосае омадем, ки мутолиаи чунин фарҳангномаҳо фонди луғавӣ ва дониши ҳар яки моро бою ғанӣ мегардонад. Зеро дар баробари чунин донишро дар бобати азхудкунии вожагони олами рустаниҳо гирифтан, ҳамзамон, кас метавонад, забони худро бо омӯхтану донистани вожаву истилоҳоти дигар соҳаҳо, аз ҷумла, варзиш, сохтмон ва меъморӣ, пизишкӣ, касбу ҳунар, мавзеъҳои ҷуғрофӣ, номгӯи ҷирмҳои осмонӣ, сарватҳои табиӣ, чорводорӣ, санъат ва ғайраҳо аз ин фарҳангнома баҳраманд шавад.Чунки номгӯи вожаю истилоҳоти олами рустаниҳо, ки дар фарҳангномаи «Бурҳони қотеъ» тафсир шудаанд, таркиби луғавии забони тоҷикиро ташкил медиҳанд ва дар рушду густариши минбаъдаи забонамон низ аҳаммияти хоса дошта, бахусус , дар илми тиб, дар бахши гиёҳдармонӣ як дастури илмию назариявӣ маҳсуб меёбад. Чунки аксари ин гиёҳу рустаниҳо бо хосияту манфиати пизишкиашон низ нишон дода шудаанду ҳар як номвожа дар шакли истилоҳ то имрӯз низ боқӣ мондааст, ки барои корбурд дар илми тиб низ судманд аст.

Адабиёт

1. Бурҳон, М. Бурҳони қотеъ/М. Бурҳон Ҷ. 1. – Душанбе: Адиб, 1993. – 416саҳ.
2. Фарҳанги забони тоҷикӣ. Ҷилди 1. –Советская Энциклопедия, Москва; 1969. –952 саҳ.
3. Фарҳанги забони тоҷикӣ. Ҷилди 2. –Советская Энциклопедия, Москва; 1969. –952саҳ.
4. Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ. – Душанбе: 2008. – Ҷ. 1. 949 саҳ.
5. Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ. – Душанбе: 2008. – Ҷ. 2. 945 саҳ.
6. Ғ. Ҷӯраев, Р.Л. Неменова. Шеваи ҷанубии забони тоҷикӣ. Ҷилди 1. Душанбе: 1980. – 307 саҳ.

СОКРОВИЩА ТЕРМИНОВ РАСТЕНИИ В "БУРХОНИ КОТЕ" МУХАММАДХУСАЙНА БУРХОН

Таджикский государственный институт языков имени С. Улугзаде

В статье рассматривается терминология, связанная с названиями растений. В том числе, наименования цветов, трав, деревьев, соевых и зерновых культур в толковом словаре "Бурхони коте" Мухаммадхусайна Бурхона.

Также в статье исследуются термины в сопостовлении с аналогами из других словарей и из современного таджикского литературного языка, в результате чего устанавливается, что некоторые из приведенных в вышеупомянутом словаре терминов и слов до сих пор используются в таджикском литературном языке и некоторых наших диалектах и говорах.

Данная статья дает возможность таджикскому читателю ознакомиться с ботанической терминологией на основе материалов одного из древнейших трактатов - “Бурхони коте”.

Ключевые слова: Бурхони коте, ромашка, фиалка, карагач, аргич, амарант, петушиний гребень, луковица, соевые зерна, деревья, кустарники.

THE ARTICLE DISCUSSES THE TERMINOLOGY OF PLANTS, INCLUDING THE NAMES OF FLOWERS, HERBS, TREES, SOY AND GRAIN NAMES IN THE EXPLANATORY DICTIONARY «BURHONIQOTE» BY MuhammadhusainBurhon.

Shokirov Hokimkhon
Tajik State Institute of Languages named after Sotim Ulughzoda

The article also examines the terms associated with the plant comparing them with other dictionaries of mdern Tajik literary language. As a result, it determines that some of these terms are still used in some of our dialects.

This article helps the Tajik reader to get acquainted with the terminology in the field of plants based on the dictionary <BurhoniQote>.

Key words: BurhoniQote, chamomile, violet, elm, argich, aramanth, onion, soy grains, trees, shrubs and ect.

Шокиров Ҳокимхон– муаллими калони кафедраи ДДСТДТ, унвончӯйи Донишкадаи давлатии забонҳои Тоҷикистон ба номи С. Улуғзода, тел.: **985 91 6100**

Шокиров Ҳокимхон – старший преподаватель кафедры ТГИИДТ, соискатель Таджикского Государственного института языковимени Сотима Улугзаде, тел.: **985 91 61 00**

Shokirov Hokimkhon – senior lecturer of the department of DGIIDT, applicant of the Tajik State Institute of Languages named after SotimUlughzoda, tel. 985 91 61 00

ҶАШНВОРА



ДУСНАЗАР САИДОВИЧИ МУҲТАРАМ,

Фаъолияти Шумо ба сифати як мутахассиси варзидае, ки фаъолияти касбиатонро ҳамчун омӯзгор ва олими сермаҳсул ба таълими фанни физика бахшидаед, қобили таваҷҷуҳ ва пайравии дигарон мебошед. Солҳои зиёд дар ДМТ ба таҳқиқи масоили мубрами ин соҳа машғул шуда бошед ҳам, аз соли 1984 тақдири худро бо Донишгоҳи тиббӣ пайваста, дар таълиму тарбияи мутахассисони ҷавони соҳаи тиб саҳми босазо гузоштаед.

Шумо солҳои зиёд вазифаи мудирии кафедраи физикаи тиббӣ бо асосҳои технологияи иттилоотиро (2000-2021) бошарафона иҷро намуда, тавассути талошҳои пайгиронаатон ба унвони баланди профессорӣ ва доктори илмҳои тиб сазовор гаштаед. Дар миёни аҳли кафедра ҳамчун шахси ҳалиму меҳрубон, омӯзгори серталабу ғамхор шинохта шуда, соҳиби эҳтироми самимӣ гаштаед. Рисолаҳои номзадӣ ва докториатон дар мавзуъҳои «Спектри дараҷаҳои устуворӣ ва дарозумрии полимерҳо» ва «Спектри дискретии хосиятҳои физикӣ ва табиати харобшавии полимерҳо» аз тарафи мутахассисони соҳа баҳои баланд гирифта, шахсияти Шуморо ҳамчун олими дақиқкор ва мутахассиси варзидаи соҳа ба доираҳои илмии кишвару хориҷи он шиносонд.

Шумо яке аз аввалинҳо шуда дар Донишгоҳи тиббӣ бо забони тоҷикӣ китоби «Физикаи тиббӣ»-ро аз чоп бароварда, бештар аз 200 мақолаи илмиатон оид ба масъалаҳои мубрами соҳа дар нашрияҳои гуногуни илмии ҷумҳурӣ ва берун аз он ба табъ расидаанд, ки ҳар кадоми онҳо дар кушодани гиреҳҳои нозуки сохаи физикаи ҳастаӣ нақши босазо гузоштаанд.

Ҳамчун ташкилотчии кордону соҳибтаҷриба, шумо дар солҳои гуногун вазифаҳои ҷонишини декан, муовини ректор оид ба тарбияро низ ба уҳда дошта, дар тарбияи маънпвиву касбӣ, худшиносиву ҷаҳонбинии донишҷӯёну муҳассилини Донишгоҳ нақши бориз гузоштаед.

Дусназар Саидовичи азиз, дар ин рӯзи фархунда, Шуморо бо ҷашни саиди мавлудатон муборакбод намуда, бароятон осмони софу беғубор, солимию тандурустӣ ва бахту иқболи баланду хушбахтиҳои бепоёнро орзу дорем.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣа малии "Авҷи Зуҳал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориро таманно доранд.



ХУРСАНД ЁДГОРОВНАИ МУҲТАРАМ,

Шумо ба сифати як мутахассиси фидоӣ дар марҳилаҳои камолоти касбиатон самтҳои омӯзгорӣ, илм ва табибиро муваффақона пеш бурда, дар ҳар кадоми он ба дастовардҳои назаррас ноил гаштаед. Боиси ифтихор аст, ки дар баробари табиби мушфиқу варзида ба камол расидан, тӯли солҳои зиёд тақдири худро бо Донишгоҳи тиббӣ пайваста, барои омода намудани мутахассисони олидараҷаи соҳаи тиб саҳми босазое гузоштаед.

Шумо фаъолиятро дар донишгоҳ аз вазифаи ассистентии кафедра (1976-2001) оғоз карда, то дараҷаи мудири кафедраи терапияи госпиталии № 2 (2004-12) ва профессории кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунӣ (аз соли 2012 инҷониб) сабзида расидаед, ки инро метавон самараи талошу кӯшишҳои доимӣ, кордонию масъулияти баландатон дар иҷрои вазифа ҳисобид. Дар миёни аҳли кафедра ҳамчун шахси ҳалиму меҳрубон ва мутахассиси кордону соҳибтаҷриба шинохта шуда, соҳиби эҳтироми самимӣ гаштаед. Зимни фаъолияти бенуқсон ба ҳайси декан оид ба таҷрибаи истеҳсолии донишгоҳ (2001-04) ва ноиби ректор оид ба корҳои муолиҷавӣ низ Шумо аз худ қобилияти баланди ташкилотчигӣ зоҳир намуда, дар таҳияи барномаҳои гуногуни давлатӣ оид ба рушди соҳаи тандурустӣ саҳми босазо гузоштаед.

Ҳамчун олими сермаҳсул фаъолияти илмии хешро ба таҳқиқи масъалаҳои пешгирӣ, ташхис ва табобати бемориҳои дарунӣ ва татбиқи технологияҳои самарабахши соҳаи тиб бахшида, оид ба мушкилоти ин соҳа бештар аз 250 таълифоти ба чоп расондаед. Тавассути кӯшишҳои доимиаатон дар мавзӯи «Зуҳуроти клиникию биохимиявии атеросклероз ҳангоми фишорбаландии систоликии калонсолон» рисолаи номзадӣ ва дар мавзӯи «Хусусиятҳои ҷараёни фишорбаландии систоликии калонсолон аз рӯи мушоҳидаи бардавом» рисолаи доктории худро бомуваффақият ҳимоя кардаед, ки ҳар кадом то имрӯз дар байни мутахассисони соҳа ҳамчун дастури муҳим эътибори калонро сазовор мебошанд

Хурсанд Ёдгоровнаи азиз, дар ин рӯзи фархунда, Шуморо бо ҷашни саид самимона муборакбод намуда, бароятон осмони беғубор, тандурустиву хушбахтиро орзу дорем.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣа малии "Авҷи Зуҳал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориро таманно доранд.



БАҲРОМУДДИН ИКРОМИ МУҲТАРАМ,

Метавон гуфт, ки Шумо умри азизи худро фидои тандурустии аҳли ҷомеа сохтаед ва бештар аз ин ифтихори онро дорем, ки тақдири худро тӯли солҳои зиёд ба Донишгоҳи тиббӣ пайваста, дар тарбияи ҳазорҳо нафар мутахассисони ҷавони соҳаи тиб саҳми босазои худро гузоштаед. Қобили қайд аст, ки Шумо фаъолияти худро баъди таҷрибаи ғанӣ андӯхтан дар муассисаҳои гуногуни тандурустии пойтахти мамлакат дар ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино аз ассистентии кафедраи дерматовенерология оғоз намуда, то ба дараҷаи дотсентӣ ва унвони баланди илмии доктори илмҳои тиб сабзида расидаед. Зимни иҷрои вазифаҳои масъулиятноки раиси Кумитаи иттифоқи касабаи донишҷӯёни ДДТТ (2007-13), сардори шуъбаи тайёр кардани кадрҳои илмӣ (2016-18), декани факултаҳои тибби профилактикӣ, фарматсевтӣ ва педиатрӣ (2018-22) ва директори Пажуҳишгоҳи тибби бунёдии донишгоҳ (аз моҳи сентябри соли 2022) аз худ маҳорати баланди кордонӣ ва ташкилотчигӣ зоҳир намуда, дар ташкили дурусти раванди таълиму тарбияи мутахассисони ҷавони тиб саҳми беназир гузоштаед.

Ҳамчун олими сермаҳсул муаллифи беш аз 100 таълифоти илмӣ, аз ҷумла, 5 монография, 3 китоби дарсӣ ва 15 дастури методӣ мебошед, ки ба масоили ташхису табобати аллергодерматозҳо, аҳамияти этиологии аллергенҳои мавзеӣ дар инкишофи бемории саглеси гармбодӣ, усулҳои самарабахши муолиҷаи саглес бо истифода аз иммуностимулятори «Тимоген» ва доруи зиддигистаминии «Кларитин», асосноккунии илмии фаъолияти Хадамоти дерматовенерологӣ дар ҶТ ва дурнамои рушди он ва ғайраҳо бахшида шудаанд. Ҳамчунин, таҳти роҳбарии бевоситаатон 3 нафар рисолаҳои номзадии худро ҳимоя намудаанд. Хизматҳои шабонарӯзии Шумо бо медали «Шафқат» (2022), Ҷоизаи давлатии ба номи Исмоили Сомонӣ дар байни олимони ҷавон (2007), унвонҳои Аълочии тандурустии ҶТ (2009), Аълочии маорифи ҶТ (2011) ва бисёр Ифтихорномаю мукофотҳои моливу пулӣ сазовор дониста шудаанд, ки ҳамаи инро метавон қадршиносии ҳаққонии фаъолияти бисёрсолаи бенуқсонатон ҳисобид.

Баҳромуддин Икроми азиз, Шуморо бо ҷашни зодрӯзатон табрику муборакбод намуда, бароятон осмони софу беғубор, тани дурусту хотири ҷамъ хушбахтию некномиҳои зиёд орзу менамоем.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ малии "Авҷи Зуҳал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориро таманно доранд.

ЁДБУД



Фозил Абдураҳмонов
(1930-2022)

22 - юми сентябри соли равон дили яке аз беҳтарин устодони ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, олими маъруф, узви ҳақиқии Академияи илмҳои педагогӣ ва иҷтимоии ФР, Аълочии маорифи СССР, Аълочии тандурустии СССР, Ходими хизматнишондодаи илм ва техникаи Ҷумҳурии Тоҷикистон, доктори илмҳои тиб, профессор Фозил Абдураҳмонович Абдураҳмонов аз тапидан боз монд.

Абдураҳмонов Фозил Абдураҳмонович 5 декабри соли 1930 дар шаҳри Конибодоми вилояти Суғди Ҷумҳурии Тоҷикистон таваллуд шудааст. Соли 1952 факултети муоличавии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Синоро хатм намуда, солҳои 1952-1955 дар аспирантураи Донишкадаи тиббии 2-юми ба номи И.В.-Сталин (ҳоло Донишгоҳи тиббии Москва ба номи Н.И. Пирогов) таҳсили худро идома додааст.

Солҳои 1955-1961 баҳайси ассистент ва солҳои 1961-1967 ҳамчун дотсент, аз соли 1968 то соли 2005 ҳамчун мудир дар кафедраи анатомияи эътидолии одами ДДТТ ваҳамзамон, ифои вазифа намудааст.

Профессор Фозил Абдураҳмонов дар мавзуи “Сохтори макро- ва микроскопии рагҳои хунгарди узвҳои ҷавфи шикам дар ҳолати муътадил, ноқисӣ ва таҷриба дар шароити водӣ ва баландкӯҳ ” тадқиқот бурдааст.

Устод муаллифи зиёда аз 200 асарҳои илмию методӣ, аз ҷумла монография, китобҳои дарсӣ ва дастурҳои таълимӣ мебошад. Профессор Фозил Абдураҳмонов барои хизматҳои шоистааш дар соҳаи маориф ва тандурустӣ сазовори мукофоти “Оли Сомон”, ордени Байрақи Сурхи Меҳнат, 7 медал ва Ифтихорномаи Раёсати Шӯрои Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон гардидааст.

Хотираи неки устод Фозил Абдураҳмонович, олими сермаҳсул, инсони шариф ва устоди сахтгиру ҳалим дар қалби ҳамкасбону шогирдон ва дӯстон абадан боқӣ хоҳад монд.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣа малии “Авҷи Зуҳал” Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориро таманно доранд.



ЗАРИФА ҚОСИМОВНА
(1938-2022)

20 сентябри соли ҷорӣ риштаи умри устоди варзидаи Донишгоҳ, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи тибби оилавии Донишгоҳ Умарова Зарифа Қосимовна канда шуд.

Аз байни мо шахсе рафт, ки беш аз 55 соли ҳаёти пурбаракати хешро ба рушду нумӯи тибби муосири тоҷик бахшидааст.

З.Қ.Умарова 4 январи соли 1938 дар шаҳри Тошкенти Ҷумҳурии озбекистон ба дунё омада, соли 1962 баъди хатми факултаи педиатрии ДДТТ чанд муддате ҳамчун сардухтури беморхонаи деҳотии ноҳияи Ҳисор фаъолият намудааст. Аз соли 1969 тақдирашро ба Донишгоҳи азизаш пайваста солҳои зиёд ба ҳайси ассистент (1969-82), дотсенти кафедраи бемориҳои кӯдаконаи №1 ва баъдтар ҳамчун профеесори кафедраи тибби оилавӣ (аз соли 2002) ба тарбияи мутахассисони ҷавони тиб машғул гаштааст. Соли 1999 дар мавзӯъҳои «Хусусиятҳои клиникию эпидемиологии аллергозҳои пӯсту роҳи нафас дар кӯдакон ва таъсири эмкунӣ ба зуҳуроти клиникии онҳо» рисолаи докториашро ҳимоя намудааст.

З.Қ.Умарова муаллифи зиёда аз 250 таълифоти илмӣ, 20 пешниҳоди навоварона ва 2 китоби дарсӣ мебошад. Устоди шодравон дар тарбияи як зумра мутахассисони ҷавони соҳа саҳми арзандаи хешро гузоштааст.

З.Қ.Умарова узви шӯрои олимони ДДТТ, шӯрои диссертатсионӣ оид ба бемориҳои кӯдакон буд.

Масъулиятшиносию кордонӣ, серталабӣ нисбат ба худу шогирдон, иҷрои саривақтии супоришҳои ба зиммааш буда З.Қ.Умароваро на танҳо дар байни аҳли устодону шогирдони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, балки берун аз он ҳам сазовори обрӯ ва иззату эҳтироми баланд гардонида буданд. Хизматҳои софдилонаи З.Қ. умарова бо унвони «Аълочии тандурустии Тоҷикистон» (1978), ва медали «Собиқадори меҳнат» (1982) қадрдонӣ гаштааст.

Хотираи неки устоди қадрдон, олими закӣ, табиби моҳир Зарифа ҚосимовнаУмарова дар дили шогирдону ҳамкорон абадӣ боқӣ хоҳад монд.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ малии "Авҷи Зуҳал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориро таманно доранд.



ҶАМОЛИДДИН АҲМАДОВ
(1947-2022)

Рӯзи 2 октябр қалби поку пур аз меҳру муҳаббати яке аз аз устодони варзидаи донишгоҳ, табиби мушфиқу ғамхор, устоди чанд насли табибони эҳёгари ҷумҳурӣ, Профессори фахрии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино Ҷамолиддин Аҳмадович Аҳмадов аз тапидан боз монд.

Устоди шодравон Ҷамолиддин Аҳмадович Аҳмадов Соли 1965 ба ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дохил шуда, баъди хатми он дар қатори дигар хатмкардаҳои фаъол ҳамчун ординатори клиникӣ ба кафедраи бемориҳои ҷарроҳӣ шомил гашт.

Баъди дар ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино таъсис ёфтани аввал курс ва баъдтар кафедраи анестезиология ва реаниматология Ҷамолиддин Аҳмадович аз соли 1978 инҷониб дар кафедраи мазкур аввал ба ҳайси ассистент ва аз соли 1997 чун дотсенти кафедра фаъолият намуда дар тарбияи мутахассисони ҷавони тиб саҳми босазо мегузорад. Соли 1997 роҳбарии кафедраи мазкурро ба уҳдаи он кас супориданд, ки тӯли 21 сол ин вазифаи пуршарафро сарбаландона иҷро намуд.

Бале, кору пайкор ва зиндагии паси сарнамудаи устоди гиромии мо, олими нуктасанҷ, омӯзгори варзида ва инсони комилу дилогоҳ, профессор Ҷамолиддин Аҳмадович Аҳмадов намунаи олии зиндагиномаи шахсиятҳоест, ки ҳар лаҳзаи умри азизи хешро ба нафъи халқу Ватан ва ободию созандагиҳои диёри хеш сарф менамоянд ва бо ин хислатҳои некашон дар дили ҳазорҳо нафар шиносу наздикон ва ихлосмандонашон то абад боқӣ мемонанд. Руҳатон шод, хонаи охирататон обод бод, устоди азизу гиромӣ! Ёди неки Шумо дар қалбҳои мо абадӣ боқи хоҳад монд!

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣа малии "Авҷи Зуҳал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориро таманно доранд.

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 15.11.2022 имзо шуд. Андозаи 60х84 $^{1}/_{16}$.
12 ҷузъи чопӣ. Адади нашр 100 нусха.