



САРДАБИР

д.и.т.

Мухаббатов Циёнхон Курбонович

Чонишини сардабир ва

мухаррири масъул

н.и.ф., дотсент

Юсуфов Абдулло Исмоилович

АВҶИ ЗУҲАЛ

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

Маҷаллаи илмӣ - амалӣ

Ҳар се моҳ чоп мешавад.

21-июни соли 2010 таъсис ёфтааст.

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

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

Нашри ҷорӣ: № 4 (45) 2021

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

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

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

ШҶҶҶҶ ТАҲРИРИЯ

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

СУРОҶАИ ТАҲРИРИЯ:

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

МТД "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

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

E-mail: avjizuh@tajmedun.tj

Сомона: www.avji-zuhal.tj



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Д.м.н.
Мухаббатов Джиёнхон Курбанович

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

AVÇI ZUHAL

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

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

Текущее издание:
№ 4 (45) 2021

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

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

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



МУНДАРИЧА

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

АКУШЕРИ ВА ГИНЕКОЛОГИ

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Раҷабзода Н.

Имкониятҳои пешгӯии
ҳомилагии инкишофнаёфта

8

Раҷабзода Н.

Возможности прогнози-
рования неразвивающейся
беременности

8

Rachabzoda N.

Possibilities for predicting
non-developing pregnancy

8

Саидова М.А.

Таъсири усулҳои индук-
сия ба равиш ва натиҷаи ва-
лодат дар занони ҳомилагии
мӯҳлатгузашта

14

Саидова М.А.

Влияние методов индук-
ции на течение и исхода ро-
дов у женщин с переносен-
ной беременностью

14

Saidova M.A.

Influence of induction
methods on the course and
outcome of labor in women
with post-term pregnancy

14

М.У. Юлдошева, Абдуллоева Р.А., М.У. Юлдошева.

Ҷанбаҳои тиббӣ-иҷти-
моии эндометрити музмин
дар занҳои дорои ихтило-
лҳои репродуктивӣ

18

М.У.Юлдошева, Абдуллоева Р.А., М.У.Юлдошева.

Медико - социальные ас-
пекты хронического эндо-
метрита у женщин с репро-
дуктивными нарушениями

18

M.U. Yuldosheva, Abdulloeva R.A., M.U. Yuldosheva.

Medical and social aspects of
cronic endometritis in women
with reproductive disorders

18

БЕҲДОШТ

ГИГИЕНА

HYGIENE

Норматова С.И., Одинаева Л.Э., Ҳасанов Ф.Ҷ., Максудова З.Я.

Ҳолати ҷараёни терморегу-
лятсияи кормандони касби
сохтмончӣ

23

Норматова С.И., Одинаева Л.Э., Ҳасанов Ф.Дж., Максудова З.Я.

Состояние процесса тер-
морегуляции работников
строительных профессий

23

Normatova S.I., Odinaeva L.E., Khasanov F.J., Maksudova Z.Y.

State of the thermoregulation
process for construction
workers

23

Нушервони Б.Х.

Баъзе хусусиятҳои ҳолати гармии бадани ронандагони воситаи нақлиёти му-
софирбар хангоми қор дар
шаҳрҳои бузург

26

Нушервони Б.Х..

Некоторые особенности
теплого состояния организ-
ма водителей пассажирского
автотранспорта при работе в
условиях жаркого климата

26

Нушервони Б.Х..

Some features of the thermal
state of the organism of
passenger transport drivers
when operating in a hot
climate

26

Шарипов С.Ф., Хайров Ҳ.С., Юсуфзода П.А.

Ҷанбаҳои тиббӣ беҳ-
дошти сифати зиндагии пи-
ронсолон дар Тоҷикистон

30

Шарипов С.Ф., Хайров Ҳ.С., Юсуфзода П.А.

Социально гигиенические
аспекты качества жизни по-
жилых людей республики
Таджикистан

30

Sharipov S.F., Khairov Kh.S., Yusufzoda P.A.

Social hygienic aspects of the
quality of life of the elderly in
the Republic of Tajikistan

30



ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ DERMATOVENEROLOGY

**Ахмедов А., Қосимов О.И.,
Саидзода Б.И.**

Аз таърихи омӯзиши бемориҳои зухравӣ ва рушди хадамоти дерматовенерологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон

35

**Ахмедов А., Касымов О.И.,
Саидзода Б.И.**

Кистории изученія венерических болезней и развития службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан

35

**Akhmedov A.A., Kasimov
O.I., Saidzoda B.I.**

Cystic studies of venereal diseases and development dermatovenerological care service in the Republic of Tajikistan

35

Гадоев М.А.

Ҳолати эпидемиологӣ во-баста ба сироятҳои бо роҳи алоқои чинӣ гузаранда ва сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давоми солҳои 2008-2017

44

Гадоев М.А.

Эпидемиологическая ситуация по инфекциям, передаваемым половым путем и туберкулезом в республике таджикистан за 2008 – 2017 гг

44

Gadoev M.A.

Epidemiological situation of sexually transmitted infection and tuberculosis in the Republic of Tajikistan for 2008 – 2017

44

**Исаева М.С., Ходжаева М.
Х., Мирзоева М.Т.**

Оиди масъалаи табобати табҳоли фарогир

50

**Исаева М.С., Ходжаева
М.Х., Мирзоева М.Т.**

К вопросу терапии опоясывающего герпеса

50

**Isaeva M.S., Khodzhaeva
M.Kh., Mirsoeva M.T.**

On the issue of herpes zoster therapy

50

ОНКОЛОГИЯ

ОНКОЛОГИЯ

ONCOLOGY

**Лизо Ромин, Марьям Ша-
риф, Сувито Мусави.**

Баррасии шиюъи (пахн-шавии) саратони сидия (гаду-ди шири)-и занон дар шифо-хонаи ҳавзавии Балх

54

**Лизо Ромин, Марьям
Шариф, Сувито Мусави.**

Изучение проблемы рас-пространения рака молочной железы женщин в областной больнице города Балха

54

**Lizo Romin, Maryam Sharif,
Suvito Musavy.**

Studying the problem of the distribution of breast cancer in women in the regional hospital of Balkh city

54

ПЕДИАТРИЯ

ПЕДИАТРИЯ

PEDIATRICS

**Абдуллаева Н.А., Қодирова М.Р.
Шабонов Р.З. Кароматов Ф.Х.**

Ҳолати системаи дилу ра-ғҳои хунгард ҳангоми пнев-монияи шадид дар кӯдакони синни барвақт

63

**Абдуллаева Н.А., Кадирова М.Р.
Шабонов Р.З. Кароматов Ф.Х.**

Состояние сердечно-сосу-дистой системы при пневмо-нии у детей раннего возрас-та

63

**Abdullaeva N.A., Kadirova M.R.
Shabonov R.Z. Karomatov F.H.**

The cardiovascular system in children with acute pneumonia

63

Бобоева Л.А., Қосимова П.В.

Принсипҳои муосири та-бобати алоими гипертензия артериалии кӯдакони гирифт-тори норасоии музмини гур-да

67

Бабаева Л.А., Касимова П.В.

Современные принципы лечения синдрома артери-альной гипертензии у детей с хронической почечной недо-статочностью

67

Babaeva L.A., Kasimova P.V.

Modern principles of treatment of arterial hypertension syndrome in children with chronic renal failure

67

**Қодиров А.Р., Рахматова Р.А.,
Фатхуллоев З.К., Набиев З.Н.**

Аналгезияи пасазчар-
роҳии перидуралӣ идора-
шавандаи кӯдакон

71

**Қодиров А.Р., Рахматова Р.А.,
Фатхуллоев З.К., Набиев З.Н.**

Послеоперационная управ-
ляемая передуральная аналъ-
гезия у детей

71

**Kodirov A.R., Rakhmatova R.A.,
Fatkhuloev Z.K., Nabiev Z.N.**

Postoperative controlled
peredural analgesia in children.
P.150-155

71

**Мухаммаднабиева Ф.А.,
Ходжаева Н.Н., Давлатова С.Н.**

Хусусиятҳои ғайривижай
масуният дар кӯдакони гириф-
тори васкулити геморрагӣ

75

**Мухаммаднабиева Ф.А.,
Ходжаева Н.Н., Давлатова С.Н.**

Особенности неспецифи-
ческого иммунитета при ге-
моррагического васкулита

75

**Muhammadnabieva F.A.,
Khodjaeva N.N., Davlatova S.N.**

Features of nonspecific
immunity in hemorrhhic
vasculitis

75

СТОМАТОЛОГИЯ

СТОМАТОЛОГИЯ

DENTISTRY

Ахмадзода М.А.

Масъалаҳои муҳими кари-
ес дар кӯдакон.

79

Ахмадзода М.А.

Важнейшие проблемы ка-
риеса у детей

79

Akhmadzoda M.A.

Caries in children, a problem
of our time

79

Бурхонов С.Б.

Чараҳои бемориҳои сто-
матолгӣ дар занҳои ҳомила
дар заминаи камхунии де-
фитситӣ

83

Бурхонов С.Б.

Течение стоматологичес-
ких заболеваний у беремен-
ных на фоне дефицитной ане-
мии

83

Burkhonov S.B.

Influence of iron deficiency
anemia and tongue in pregnant
women

83

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

Истифодаи аутоплазмаи
тромботситарӣ дар муо-
лиҷаи маҷмуии бемориҳои
пародонт

85

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

Применение тромбоци-
тарной аутоплазмы в комп-
лексном лечении заболева-
ний пародонта

85

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

Usage of platelets
autoplasm in a complex
treatment of the periodontal
diseases

85

УРОЛОГИЯ

УРОЛОГИЯ

UROLOGY

**Чумъев И.Н., Шамсиев Ч.А.,
Усмонов Б.Н.**

Самарабахшии натиҷаи
нефростомияи пунксионии
пустӣ дар беморон бо илла-
тёбии постреналии гурдаҳо
ҳангоми бемории санги пе-
шоб

92

**Чумъев И.Н., Шамсиев Ч.А.,
Усмонов Б.Н.**

Эффективности результа-
тов чрескожной пункцион-
ной нефростомии у больных
постренальным повреждени-
ем почки при мочекаменной
болезни

92

**Jumaev I.N., Shamsiev J.A. ,
Usmonov B.N.**

Effectiveness of contact
ureterolithotripsy in patients
with uresolution of single
kidney complicated with acute
postal injury

92

**ФАРМАКОЛОГИЯ**

**Урунова М.В., Нуралиев Ю.Н.,
Зубайдова Т.М.**

Дурнамо ва дар истеҳсолот чорӣ намудани растании шифобахши равгани эфиридоштаи кокутии гулмайда

98

**Чалилов Ҷ.Н.,
Гулмуродов И.С., Валиев А.Х.,
Шаропов Ф.С.**

Тахач - растании шифобахши қадима

102

ҶАРРОҲӢ

Набиев М.Х., Хидирзода М.Б.

Тактикаи ҷарроҳӣ ва амалиёти барқарорсозӣ ҳангоми сироятҳои некрози бифтаҳои нарм

110

А.Р.Сараев.

Муайян кардани нишондод барои поксозии лапароскопии барномавӣ ҳангоми перитонити паҳнғашта

116

Ф.М. Ҳамидов.

Бартариҳои техникаи претсизиони ва калонкунии оптикӣ ҳангоми ҷарроҳии чурраҳои қадқашак

120

ШАРҲИ АДАБИЁТ

**Қурбонов Ҷ.М., Мусоев Д.А.,
Қурбонов Ҷ.Ҷ., Солеҳов А.С.**

Нишонаҳо, таъхис ва таъбобати оризаҳои ҷарроҳии холестэктомияи лапароскопӣ ва усулҳои пешгирии онҳо

128

ФАРМАКОЛОГИЯ

**Урунова М.В., Нуралиев Ю.Н.,
Зубайдова Т.М.**

Перспективы и внедрения эфиромасличного растения - травы душицы мелкоцветковой в фармпроизводстве

98

**Джалилов Дж.Н.,
Гулмуродов И.С., Валиев А.Х.,
Шаропов Ф.С.**

Полынь горькая - древняя лекарственная растения

102

ХИРУРГИЯ

Набиев М.Х., Хидирзода М.Б.

Хирургическая тактика и восстановительные операции при некротизирующей инфекции мягких тканей

110

А.Р. Сараев.

Определение показаний для программированной лапароскопической санации при распространенном перитоните

116

Ф.М. Ҳамидов.

Преимущество прецизионной техники и оптического увеличения при оперативном лечении паховых грыж

120

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

**Қурбонов Ҷ.М., Мусоев Д.А.,
Қурбонов Ҷ.Ҷ., Салихов А.С.**

Клиника, диагностика и хирургическое лечение осложнений лапароскопической холецистэктомии и методы их профилактики

128

PHARMACOLOGY

**Urunova M.V., Nuraliev Yu.N.,
Zubaidova T.M.**

Prospects and introduction of an essential oil plant - small-flowered oregano herb in pharmaceutical production

98

**Jalilov J.N.,
Gulmurodov I.S., Valiev A.H.,
Sharopov F.S.**

Wormwood – the ancient medicinal plant

102

SURGERY

M.Kh. Nabiev. M.B. Hidirzoda

Surgical tactics and recovery operations at the necrotizing infection of soft tissues

110

A.R. Saraev.

Determination of indications for programmed laparoscopic sanitation in generalized peritonitis

116

F.M. Khamidov.

Advantage of precision technique and optical zoom in surgical treatment of inguinal hernia

120

LITERATURE REVIEW

**Qurbonov J.M., Musoev D.A.,
Qurbonov J.J., Salikhov A.S.**

Clinic, diagnostic and surgery treatment of complications of laparoscopic cholecystectomy and methods of their prevention

128

Солиев О.Ф. Накши усулҳои инноватсионӣ дар табобати бемории варикоз 133	Солиев О.Ф. Роль инновационных методов при лечении варикозной болезни 133	Soliev O.F. The role of innovative methods in the treatment of varicose veins 133
ҒАЙРИТИББӢ	НЕМЕДИЦИНСКИЕ	NON-MEDICAL
Г.Н. Азимова, М.Б. Устоев. Таснифи функционалии нейропептиди селанк дар рафтори сангпушти даштӣ 141	Г.Н.Азимова, М.Б. Устоев. Функциональное характеристика нейропептида селанка на поведение степной черепахи 141	G.N. Azimova, M.B. Ustoev. Functional characteristic of the neuropeptide of sealanka on the behavior steppe turtle 141
Гулов М.К. Омилҳои гомеостазии мубодилаи об дар даврҳои сабзиши картошка 145	Гулов М.К. Факторов гомеостаза обмена воды во время вегетации картофеля 145	Gulov M.K. Factors of the homeostasis of the exchange of water in growin period of the potato 145
Назаров Т.А. Вижагиҳои сохтории истилоҳоти дандонпизишкӣ дар забонҳои тоҷикӣ ва олмонӣ 150	Назаров Т.А. Структурные особенности в таджикском и немецком языках 150	Nazarov T.A. Structural features of dental terms in tajik and german languages 150
Расулов С.Н., Д.С. Шерматов. Омилҳои таъсиррасонанда ба лоиҳаи траекторияи инфиродӣ ва инкишофи касбии муаллими муосири физика 157	Расулов С.М., Шерматов Д.С. Влияющие факторы на проектирования индивидуальной траектории профессионального развития современного учителя физики 157	Rasulov S.N., Shermatov D.S. Influencing factors on the design of individual trajectory and professional development of the modern physics teacher 157
Расулов С.М. Калимаҳои иқтибосии арабӣ дар ашъори Нақибхон Туграли Ахрорӣ ва баъзе вижагиҳои онҳо 162	Расулов С.М. Арабских заимствованных слов в поэзии Накибхона Туграла Ахрорӣ 162	Rasulov S.M. Language features of substantive phrases in Nakibkhon Tugral's creativity 162
Юсупов А.И., Шодиматова М.К. Паҳлӯҳои лингвистии истилоҳ 165	Юсупов А.И., Шодиматова М.К. Лингвистические аспекты термина 165	Yusupov A.I., Shodimatova M.K. Linguistic aspects of the term 165
ҶАШНВОРА 172	ЮБИЛЕЙ 172	ANNIVERSARY 172
ЁДБУД 176	ПАМЯТЬ 176	MEMORY 176

АКУШЕРӢ ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

ИМКОНИЯТҲОИ ПЕШГУӢИ ҲОМИЛАГИИ ИНКИШОФНАӢФТА

Раҷабзода Н.

Кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 (мудирӣ кафедра, н.и.т., дотсент Абдуллоева Р.А.)-и
МДТ "ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино"

Муҳимият. Искоти ғайриихтиёрии ҳамл оризаи аз ҳама зиёд дучоршавандаи ҳомилагӣ мебошад, ки тақрибан дар нисфи занҳо вай ҳангоми аз ҳомила будани худ огоҳӣ ёфтани занҳо ба вучуд меояд [1,2]. Динамикаи пахншавии искоти ҳамл дар кишварҳои гуногун тамоюли ҳархела дорад. Чунончи, дар Тоҷикистон, дар 5 соли охир вай бемайлони кам мешавад, дар Финляндия дар солҳои 1998-2016 аз 112 то 83 ба 1 000 зани синну соли репродуктивӣ кам шудааст, аммо дар Норвегия баръакс, 4 маротиба зиёд шудааст [11,22,23]. Худ ба худ талаф ёфтани ҷанин аллақай ҳангоми ҳангоми ҳомилагии ташхисшуда аз 8-15% то 10-25% шудааст, аз онҳо 80-85% триместри якум рух медиҳанд, ҳиссаи талаф ёфтани ҷанин дар 12-22 -юм ҳафтаи ҳомилагӣ тақрибан 4%-ро ташкил медиҳад [22]. Вазни ҳолиси ҳомилагии инкишофнаёфта (ҲИ) тибқи маълумоти R.Linnasaarrietal. (2019) аз 30,3 то 38,8% ба баландшавӣ майл дорад [23]. ҲИ дар таснифи байналмилалӣ бемориҳо бознигари Ҳ Ҳамчун таваккуфи эмбрион (ҷанин) дар бачадон баррасшуда, дар адабиётҳои бознигари англисӣ таълифшуда (missedabortion) искоти руҳнавода ном буҷрада шудааст. Искоти карда шудааст, ки ба сабабҳои асосии ҲИ ихтилолҳои генетикӣ, гормоналӣ, имунӣ, анатомӣ ва сироятҳои узвҳои соҳаи репродуктивӣ дохил мешаванд [1,2,6,7,9].

Глинкина Ж.И. ва ҳаммуаллифон (2017), усулҳои молекулярӣ ташхисро истифода намуда, нишон дод, ки сабабҳои генетикӣ 61,3% мебошанд, онҳо бо анэмбриония/ё нуқсонҳои сершумори модарзодии инкишофи модарзодии нуқсонҳои модарзодии инкишоф (НМИ) аст, ки дар асосан дар натиҷаи триплоидии аутосомӣ ба амал меояд [4]. Дар байни ихтилолҳои аутоиммунӣ дар генези талафҳои барвакти ҷанин синдроми антифосфолипидӣ (САФ) асосӣ ба шумор

меравад, ки нисбат ба он 5%-и аҳоли аз популятсияи умумӣ антитела доранд. Дар ҳомилаҳо САФ-10 маротиба кам -0,5% ташхис мешавад, аммо вазни ҳолиси талафи ҷанин ҳангоми ин ин беморӣ (патология) 15%-ро ташкил медиҳад [2,7,14]. Барои ташхиси САФ зухуроти клиникӣ ва вучуд доштани антителаи антифосфолипидӣ (ААФ) зарур аст, ки антикоагулянти лупус (lupus anticoagulant), $\beta 2$ гликопротеин 1 ($\beta 2\text{GPI}$) ва кардиолипинро дар бар мегирад [5,8].

ААФ ба организми худӣ зан осеб мерасонад. Антигени муҳимме, ки ҳамчун ҳадаф барои ААФ шинохта мешавад, ин $\beta 2\text{GPI}$ мебошад, ки модификатсияи дисфункционалиро ба мисли кам шудани ифрозоти гонадотропини музмини одам (ГМО) ва инвазияи нуқсонии трофобластро ба вучуд меорад. ААФ мустақиман ба трофобластҳо таъсир расонида, ихтилоли инвазияи трофобластро ба амал меорад. Зухуроти махсуси ААФ тромбози варидӣ ва эмболия, инсултҳо, талафоти маъмулии барвакт ва дери ҳомилагӣ, таваллудкунии пеш аз муҳлат, таваккуфи инкишофи ҷанин, пре/эклампсия ба ҳисоб мераванд.

Барои ташхис кардани ААФ истифода кардани на кмтар аз як аломати клиникӣ вучуд доштани ААФ-и гардишкунанда зарур аст [2,8]. Меъёрҳои клиникӣ як ё якчанд ҳодисаҳои ногувори тромбози шарёнҳо, варидҳо (ба истиснои варидҳои сатҳӣ) ё капиллярҳо дар ҳудуди ҳама гуна узвҳо ё бофтаҳо дар бар мегиранд, ки онҳо тавассути муоина ё таҳқиқоти доплерӣ ё гистологӣ тасдиқ шудаанд. Ғайр аз ин, ААФ ҳангоми оризаҳои акушерӣ мустақил аст ва як ё якчанд талафи ғайриихтиёрии ҷанинро дар муҳлати гестатсия зиёда аз 10 ҳафта ё таваллудкунии пеш аз муҳлат то ҳафтаи 34-уми ҳомилагӣ дар заминаи пре/эклампсия ё норасоии вазнини плацентарӣ ё 3 ва аз



он бештари талафоти чанин то 10 ҳафтаи ҳомилагӣ бо этиологияи номаълумро ҳангоми истисно кардани ихтилолҳои анатомӣ, гормоналӣ, хромосомӣ дар бар мегирад.

Ташхис бо вучуд доштани ВА ё АКЛ ё $\beta 2\text{GPI}$, ки ду қарат ё бештар аз як маротиба дар фосилаи 12 ҳафта ва бештар рух додаанд, тасдиқ карда мешавад [8] Giakoumelou S. et al. (2016) муайян карданд, ки дар 5 изоли охириёда аз 600 сарчашма нашр шудааст, ки ба генези ҳомилаи инкишофнаёфта (ҲИ) бахшида, дар 44 адади онҳо проблемаи алоқамандии байни ҲИ ва сироят омӯхта шудаанд [19]. М. С. Рустамова (2014) чунин меҳисобад, ки нақши сироят дар генези ҲИ дар триместри якум асосан тавассути сирояти вирусӣ ба амал меоянд, ки вай ба ба эндометрия таъсир мерасонад ё ба он осеб мерасонад, ки дар натиҷаи ин протсесси инвазия вайрон шуда, трофобласт инкишоф меёбад [9].

Тағйиротҳои дағали анатомии бачадон маълуманд, вале ягон сабаби дар боло зикршудаи талафи чанин барои талафёбии тақрори чанин ё ҲИ хусусияти махсус надоранд [20]. Таҳлили адабиёти илмӣ муосир нишон медиҳад, ки маҳаки асосӣ ҳангоми талаф ёфтани чанин тромбофилия ва тағйиротҳои рағҳо ба ҳисоб мераванд, аҳамияти зухуроти клиникии онҳо аз исқотҳои тақрорӣ, таваллудкунии бармаҳал, пре/эклампсия ва таваққуфи инкишофи чанин иборат аст.

Тромбофилия ба сифати аломати умумӣ ҳангоми генези генетикӣ, иммунологӣ, илтиҳобӣ, гормоналии талафи чанин боиси тромбшавии шарёнҳои спиралӣ ва капиллярҳо ё инфаркт мешавад ва дар сеяки беморон ба назар мерасад. Аломати асосии клиникӣ тромбоз ба ҳисоб меравад, ки натиҷаи он исқоти ғайриихтиёрии ҳамл, таваллудкунии бармаҳал ва фавти дохилибатнии чанин аст. Тромбоз дар асоси таҳқиқоти гистологии плацента тасдиқ мешавад. Ғайр аз ин, дар плацента атерозии шадид, кам шудани миқдори пардаҳои синситиуми рағҳо, зиёд шудани миқдори гиреҳҳои syncytial ва артериопатияи инсидодӣ ба мушоҳида мерасад [1,2,5].

Ба сабабҳои серомили талафёбии чанин нигоҳ накарда, механизми патогенетикии асосӣ ба тромбофилия алоқаманд месозад, ки ба ба тавлиди тромбҳо майл дорад [3,4,5,6]. Тромбофилия ҳамчун натиҷаи интегралӣ доништа мешавад, ки доираи васеи бемориҳои гормоналӣ, илтиҳобӣ, гематологӣ, иммунологӣ ва ғайраро муттаҳид месозад. Омилҳои пешгӯйикунандаи ошкоркардашуда, ки барои пайдо шудани зухуроти рағҳо мусоидат мекунанд, дорои аҳамияти бузурги ташхисӣ ва табобатӣ мебошанд. Дар айни замон аз сабаби он ки сабаб ва патогенези тақрибан 50%-и то 22 ҳафта талаф ёфтани чанин номаълум боқӣ мемонад, ҷустуҷӯи онҳо проблемаи ҷиддӣ аст ва таҳқиқотҳои лаборатории дорои технологияи олиро талаб мекунанд.

Бо дар назардошти гуфтаҳои боло, пешгӯӣ кардани ҲИ барои табиби амалӣ баъзан вазифаи мураккаб ба ҳисоб меравад. Ҷустуҷӯи равишҳои нав ба таҳлили системавии вазъи саломатии занон, ислоҳи саривактӣ ва пешгӯӣ кардан, дар ниҳоят корсифати ҳаёти онро муайян мекунанд.

Дар айни замон олимони бодар назардошти симптомҳои умумӣ ва натиҷаҳои занҷири патогенетикӣ, ки натиҷаи он ихтилолҳои тромбофилий пешниҳод мекунанд, ки равишҳои пешбинӣ кардани ҲИ бештар карда шавад. Муносибатҳо бо чунин мавқеъ дар айни замон бо таҳқиқотҳои ҷуғона маҳдуд мешавад, аз ҷумла оид ба интиҳоби беморон, маркёрҳои пешгӯйикунӣ ба қадри кофӣ таҳқиқ нашудаанд.

Тавре ки дар боло қайд карда шуд, тромбофилияҳо дар нигоҳи надохтани аввалияи ҳомилагӣ мумкин аст, ки дар натиҷаи сабабҳои гуногун ба амал ояд [7, 8, 9, 15, 16]. Механизми гемостаз аз 2 звено иборат аст: рағӣ тромбоситарӣ (аввалия) ва коагулятсионӣ (дувумӣ). Ду намуди асосии тромбофилия дида мешавад, ки ба тағйиротҳои системаи лахтбандии хун алоқаманданд: гематогенӣ, ки ба тағйироти системаи лахтбандии хун ва ғайри гематогенӣ алоқаманд. Дар айни замон ба андешаи П.А. Кюрющенков [2016] розӣ шудан мумкин аст, ки аз верификатсияи тромбофилия

эхтиёт мекунад дар асоси муайян кардани мутатсияи тромбогении генҳои барои эксперсияи омилҳои V, II, метилтетрагидрофолат редуктаз ё ингибитори фаъолкунандаҳои плазминоген [7]. Онҳо тибқи маълумоти П.А. Мамота (2017), дар популятсия то 91,8% муайян карда шуд. Тромбофилияи ҳақиқӣ вучуд доштани ақаллан як аломати лабораторӣ (дефитсити АТ III, протеинҳои C ва S, резистентнокии омили V нисбат ба протеин фаъоли C, мутатсияи омили V) дар якҷоягӣ бо тромбоз ё талафи чанин [8]. Барои пешгӯӣ кардани ҲИ истифодаи маркерҳои молекулярӣ [3,8] тавсия карда мешавад. Аз ҷумла, муайян карда шуд, ки маркерҳои молекулярӣ тромбофилия, масалан, Д димер, дар 46,7% баланд аст: тромбин-анти-тромбин комплекс - дар 47,7% қобилияти агрегатсионии тромбоцитҳо дар 52,6% ҲИ-ро аз сар гузаронида, пре/эклампсия, ҷудошавии пешаз муҳлати пласентаи муътадил ҷойгиршуда, ҳалокати антенаталии чанин [14,15].

Бисёр олимон исбот кардаанд, ки алоқаи байни талафи чанин дар триместри II - III-и ҳомилагӣ бо тромбофилияи модарзодӣ дида мешавад, ки дар натиҷаи тромбоз дар хориони капиллярӣ ба вучуд меояд [13, 14]. Нишон дода шудааст, ки талафҳои ғайри-ихтиёрии талафи чанин дар триместри якуми ҳомилагӣ ба тромбофилия алоқамандӣ надорад. Аммо Вознюк В.П. бо ҳаммуаллифон (2018), ҳангоми таҳлил кардани 270 зани гирифтори ҲИ ҳангоми то 12 ҳафта будани муҳлати гестатсия, омехташавии ихтилолҳои коагулятсия дар дар 65% гиперкоагулятсия ва дар 74,5% патологияи звенои тромбоцитарӣ ташхис карда шуд [3].

Барои нигоҳ доштани таносуби байни ҳолати протромботикии хун аҳамияти калон дорад, ки барои ҳомилагии физиологӣ ва инкишофи пласента хос аст. Вайрон шудани таносуб метавонад, ки тромбози рағҳои бачадону пласентаро ба вучуд орад, ки ин боиси қатъ шудани инкишофи ҳомилагӣ мегардад [3, 18].

Роҳҳои марказии инкишофи ҲИ-ро бо илтиҳоб ё тромбоз алоқаманд медонанд, ки имконпазирии пешгӯӣ кардани онҳо дар

адабиётҳои илмии тиббӣ фаъолона баррасӣ карда мешавад [10,12]. То имрӯз ташхиси барвақт ва пешгӯии ҲИ дар ҷамъ овардани маълумотҳои анамнези ё истифодаи усулҳои кофии мураккаби лабораторӣ ва функционалии таҳқиқот асос ёфтаанд. Имрӯз таҳқиқотҳои арзи вуқардаанд, ки дар онҳо нишондиҳандаҳои аз тарафи умум қабулшудаи биохимиявӣ истифода мешаванд. Масалан Fang Jies бо ҳаммуаллифон (2018) таҳлили муҳтавои гамма - глутамилтротсферазҳо, лактедегидрогеназҳо, аденозиндезаминазҳо, фибриноген дар 795 зани дорои ҲИ ва 649 нафар бо ҳомилагии физиологӣ гузаронида шуд [18]. Нишон дода шудааст, ки ҳангоми ҲИ баланд шудани гамма - глутамилтрансфераз, аденозиндезаминаз, каме кам шудани фибриноген дида мешавад, сатҳи лактатдегидрогеназ каме кам шудааст. Муаллифон тавсия мекунанд, ки гурӯҳи хатар ҷудо ва профилактикаи ҲИ гузаронида ва яке аз нишондиҳандаҳои гамма-глутамилтрансфераз ё аденозиндезаминаз ё кам шудани фибриногенез истифода шавад [18]. Усулҳои зикршуда дорои технологияи олӣ ҳастан, дар ҳоле ки талаботи асосӣ, ки нисбат ба маркерҳо барои скрининги патологияҳои гуногун пешниҳод карда мешаванд - инҳо содагӣ, сарфакорӣ ва дастрасӣ мебошанд.

Тайи 10 соли охир дар бисёр соҳаҳои тиб барои муайян кардани маркерҳои пешгӯии оризаҳои гуногун таҳқиқотҳои гузаронида мешаванд, ки бо содагӣ ва дастрасиашон фарқ мекунанд [17,20,21]. Аз ҷама дастрас-тарин барои ин истифодаи параметрҳои таҳлили умумии хун мебошад [24, 25, 26]. Дар байни онҳо тромбоцитҳо, лимфоситҳо ва нейтрофилҳо махсус ба шумор мераванд. Тромбоцитҳо дар протсессии гемостаз, дар муҳофизат кардани бутунии рағҳо, назорати хунравӣ иштрок намуда, дар пайдо шудани оризаҳои тромбоэмболикӣ нақши муҳим доранд, дар инкишофи пласента, махсусан ремоделсозии шарёни ҳалзунӣ (спиралӣ) саҳм дорад [17]. Ҳангоми ҳомилагии физиологӣ тамоюл ба камшавии тромбоцитҳо дида мешавад, аммо ҳаҷми миёнаи онҳо хифз карда мешавад [8]. Дар тромбоцитҳои



ҳаҷми миёнашон баланд-гранулаҳои зиёд, онҳо бештар фаъоланд, агрегатсияи тромбоцитҳо ва тромбоцитҳо дар пласента баланд мебардоранд [17]. Пас, ҳаҷми миёнаи тромбоцитро метавон ҳамчун индикатори фаъолноқшавии тромбоцитҳо истифода намуд. Як гурӯҳи муҳаққиқон нишон додаанд, ки ҳангоми исқоти ҳамли ғайриихтиёрӣ фаъолноқшавии тромбоцитҳо ҳамчун индикатор истифода кардан мумкин аст. Як гурӯҳи муҳаққиқон нишон додаанд, ки ҳангоми исқоти ҳамли ғайриихтиёрӣ миқдори тромбоцитҳо кам, аммо ҳаҷми миёнаи тромбоцит зиёд мешавад, ки ин нишондиҳандаи баландшавии синтез ва фаъолноқшавии тромбоцитҳо мебошад ва қобилияти онҳо нисбат ба агрегатсия инъикос менамояд [17,20,21].

Бахшида ба истифодаи ҳаҷми миёнаи тромбоцит барои пешгӯӣ кардани талафи ҷанин то ҳафтаи 22-и ҳомилагӣ ҳамагӣ якчанд таҳқиқот ба назар мерасад. М. Erogluetal. (2013) муайян кардааст, ки снижение ҳаҷми миёнаи тромбоцити аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим ҳангоми ҲИдар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ ба $8,99 + 1,95$ баробар аст, ки ин нишондиҳанда дар он ҷо $9,66 + 1,64$ -ро ташкил дод ($p < 0,001$) [17].

Ҳангоми татбиқ намудани илтиҳоб озодашавии омилҳои агрегатсияи тромбоцитҳо ба амал меояд, ки онҳо нейтрофилия ва лимфоситопения ҳамроҳӣ мекунанд. Нақши компонентҳои хуни сафедро дар татбиқи илтиҳоб ба эътибор гирифта, аз муайян кардани лейкоцитҳо ва нейтрофилҳои қаламчаҳастадорҳо истифода мекунанд. Ҳамчун предиктори ТЭЛА истифодаи таносуби нейтрофилҳо бо лимфоситҳои хуни периферӣ, тромбоцитҳо нисбат ба лимфоситҳо ва лимфоситҳо ба моноцитҳо тавсия карда мешавад [15,16,17,]. Гуфтаҳои дар боло зикршуда аз имконпазирии истифодаи муносибати нейтрофилҳо ба лимфоситҳо, тромбоцитҳо

тҳо нисбат ба лимфоситҳо барои пешгӯӣ кардани ҲИ гувоҳӣ медиҳанд.

Маълум аст, ки пласентатсияи нуқсондор ба аксуламали системавии илтиҳобии организми модар оварда мерасонад. Муносибати тромбоцитҳо ба лимфоситҳо (PLR) ва муносибати нейтрофилҳо ба лимфоситҳо (NLR) дар адабиёти илмӣ ҳамчун нишондиҳандаи протсесси илтиҳобӣ шинохта мешавад [15,16]. Бори нахуст чунин як таҳқиқоти муфасссал ҳангоми ҲИ дар Туркия гузаронида шуд, дар ин ҷо таҳлили муқоисавии 40 зани ҳомилаи дорои ҲИ ва 40 зани ҳомилаи солим дар муҳлати гестатсияи аз 6 то 14 ҳафта гузаронида шудааст [17]. Аз тарафи муаллифони гемоглобин, гематокрит, муҳтавои тромбоцитҳо ва ҳаҷми миёнаи онҳо, доираи тақсимшавии тромбоцитҳо, ҳамчунин муносибати тромбоцитҳо ба лимфоситҳо, муносибати лимфоситҳои нейтрофилҳо ба ҳогузорӣ карда шудааст, ки параметрҳои таҳлили умумии хун барои муайян кардани илтиҳоб ё ишемия ба ҳисоб мераванд [15,16,17].

Таносуби лимфоситҳои нейтрофилӣ - ин муносибати миқдори мутлақӣ нейтрофилҳо нисбат ба миқдори мутлақӣ лимфоситҳо аст. Инро маркёри аксуламали иммунии организм ба барангезандаи беморӣ, аксуламал дар муқобили илтиҳоби системавӣ ба ҳисоб меравад. Таносуби лимфоситҳо нисбат ба тромбоцитҳо ҳангоми тромбоз ва илтиҳоб меафзояд [15,16]. Барои таҳлили пешакии ҲИ ифодаи доираи тақсимшавии тромбоцитҳо, таносуби тромбоцитҳо бо лимфоситҳо (PLR), таносуби лимфоситҳои нейтрофилиро истифода намудан мумкин аст.

Ҳамин тавр, таҳлили пажӯҳиши ҳомилагии инкишофнаёфта нишон медиҳад, ки муайян кардани таносуби тромбоцитҳо ба лимфоситҳо ва таносуби лимфоситҳо нисбат ба лейкоцитҳои нейтрофилӣ ба ҳисоб меравад? ки бо дастраксӣ ва содагии худ фарқ карда меистад.

Адабиёт

1. Арабаджан С.М. Коррекция тромбофилических состояний при репродуктивных неудачах. /С.М.Арабаджан, К.Ю.Сагамонова, О.С.Золотых, С.Н.Пивоварчик. //Росс. Кардиол. Журнал (дополнительный выпуск) 2019. №24. С.3. doi:10.15829/1560-4071-2019-s1

2. Айламазян, Э. К. Микробиота женщины и исходы беременности / Э. К. Айламазян, Е. В. Шипицына, А. М. Савичева // Журнал акушерства и женских болезней. - 2016. - Т. 65 - №4. - С. 6-14. doi:<https://doi.org/10.17816/JOWD6546-14>
3. Вознюк В.П., Бурнаева С.В., Вдовина Е.П., Янюта А.С. Патология гемостаза и невынашивание беременности. Здоровье женщины №10 (136). С. 64 - 67. 2018.
4. Глинкина Ж.И. Исследование хромосомной патологии в клетках неразвивающегося хориона методом высокопроизводительного секвенирования /Ж.И. Глинкина, М.А.Курцер, И.В.Будник //Доктор.Ру. - 2017. - №7 (136). - С.43-45
5. Демина Т.Н. Прегравидарная подготовка пациенток с привычным невынашиванием беременности в анамнезе и аутоиммунной формой тромбофилии. /Т.Н.Демина, Н.А.Фирсова //Медико-социальные проблемы семьи. Т.21, №2. 2016. С.5-11
6. Карпова И.А. Особенности изменений коагуляционного звена гемостаза на фоне медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности раннего срока /И.А.Карпова, В.А.Полякова, Н.В.Григорьева, А.В.Аксентьева, Р.Н.Багиров, В.А.Платицин, Е.В. Золотухин, Н.Н.Буслаева //Университетская медицина Урала. Тюмень. - 2016. - №4 (т.2). С.5-7
7. Кирющенко П. А. Тромбофилии в акушерстве: правда и вымысел /П. А. Кирющенко //StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. - 2016. - № 4 (33). - С. 41-47.
8. Момот А.П. Физиологическая беременность как модель несостоявшегося тромбоза. Акушерство и гинекология Санкт-петербург. 2017; (2):44-52
9. Рачабзода Н., Чўраев О.С., Абдуллоева Р.А., Кзакова У.Д. Сохтори гистологии трофобласт ва мўякчаҳои хорион ҳангоми бо роҳи медикаментозӣ хориҷ кардани ҳомилагии инкишофнаёфта //Маҷаллаи илмӣ-амалии Авчи Зухал.-2020.-№4.-С.5-10.
10. Рустамова М.С. Прегравидарная подготовка женщин с невынашиванием беременности при цитомегаловирусной инфекции. /М.С.Рустамова //Научн.- мед.ж. "Вестник Авиценны". - 2014. - №3.- С.55-6
11. Синякова А.А., Шипицына Е.В., Будиловская О.В., В.М.Болотских, А.М.Савичева Клинико-анамнестические и микробиологические предикторы невынашивания беременности //Журнал акушерства и женских болезней. - 2019. - Т.68. - №2. - С.59-70. doi: 10.17816/JOWD68259-70
12. Узакова У.Д., Тулаева Л.С. Эффективность медикаментозной эвакуации продуктов зачатия при неразвивающейся беременности. Труды научно-практической конференции с международным участием "Актуальные вопросы охраны репродуктивного здоровья населения" 27 апреля 2013 г. С.184-187
13. Al-Aghbary AAR, Almorish MAW, Jaffar DWM, Kahiry WMA. Platelet indices in evaluation of patients with recurrent pregnancy loss. Asian Pacific Journal of Reproduction, 2018;8:15-8.
14. Ayn?oglu O, Is?k H, Sahbaz A, Harma MI, Is?k M,?Kokturk F. Can Plateletcrit be a Marker for Recurrent Pregnancy Loss? Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis.?2016;22(5):447-52.?
15. Akin MN, Kasap B, Yuvaci HU, Turhan N. Association between platelet indices and first trimester miscarriage. Blood Coagul Fibrinolysis. 2016;27(5):526-30.
16. B?y?k ?, Aslan M.M., Keskin F. Association between platelet indices and missed abortion. J Surg Med. 2019;3(8):549-552 DOI: 10.28982/josam.530098
17. Cetin MS, Cetin E.H.O, Akdi A, Aras D, Topaloglu S, Temizhan A, Aydogdu S. Platelet distribution width and plateletcrit: novel biomarkers of ST elevation myocardial infarction in young patients. Kardiol Pol. 2017;75(10):1005-12. DOI: 10.5603/KP.a2017.0135.
18. Eroglu MCan mean platelet volume predict abortion? Eroglu M., Keskin U., Yildirim A., Saudi I.A., Gun I., Topuz S. Med.Glas (Zenica) 2013; 10:283-287
19. Fang J., Xie B., Yu J. Biochemical clinical factors associated with missed abortion independent of maternal age. Medicine (Baltimore). 2018. 97(50): e13573.

20. Giakoumelou S., Wheelhouse N., Cuschieri K., Entrican G., et al. The role of infection in miscarriage. //Hum.Reprod Update. 2016. Jan.22(1); 116-133. doi:https://doi.org/10.1093/humupd/dmv041
21. Kaplanoglu M, Yuce T, Bulbul M. Decreased mean platelet volume is associated with the developing stage of fetoplacental unit in spontaneous abortion. Int J Clin Exp Med. 2015;8(7):11301-6.
22. Kara PH, Ёнльер S. Are There any Predictive Values of Mean Platelet Volume (MPV) and MPV/Platelet Count Ratio in Patients with Spontaneous Abortion? Eurasian J Emerg Med. 2017;16:57-61
23. Larsen E.C., Christiansen O.B., Kolte A.M., Macklon N. New insights into mechanisms behind miscarriage. BMC Med. 2013; 11:154. Doi:10.1186/1741-7015 -11-154
24. Linnacaari R., Nelte N., Mentula M., Bloiggu M., Gissler M., Heikinheimo O., Ninimaki M. Trends in the incidence, rate and treatment of miscarriage - nationwide register - study in Finland, 1998 -2016. Human Reproduction, V.34. I.11. 2019. P.2120-2128
25. Uysal A, Ёncebiyik A, Ёаc?velioglu S, Gencer M, Gungor A, Cosar E. Is There Any Relationship Between Platelet Functions, Red Cell Distribution Width and Recurrent Pregnancy Loss? J Clin Anal Med. 2015;6(2):149-51.
26. Yang S., Chen.D., J. Wang, R.Qiao, Cui L. Coagulation status in Women with and missed abortion. Doi: 10.21203/rs.3.rs-171135/v.1
27. Yilmaz M, Delibas IB, Isaoglu U, Ingec M, Borekci B, Ulug P. Relationship between mean platelet volume and recurrent miscarriage: a preliminary study. Arch Med Sci. 2015;11(5).

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Н.Рачабзода

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино"

Представлен обзор литературы о роли дефектной плацентации в нарушении системы гемостаза. Показатель отношения тромбоцитов к лимфоцитам используется как показатель воспалительного процесса или нарушения гемостаза. Приведены доказательства использо-

вания данного показателя для прогнозирования невынашивания беременности в Турции при сроке беременности от 6 до 14 недель.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, прогнозирование, тромбоциты, лимфоциты, гемостаз, тромбофилия

POSSIBILITIES FOR PREDICTING NON-DEVELOPING PREGNANCY

N.Rachabzoda

Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 TSMU them Abualiibni Sino

A review of the literature on the role of defective placentation in impaired hemostasis is presented. The indicator of the ratio of platelets to lymphocytes is used as an indicator of the inflammatory process or impaired hemostasis. There is evidence for the

use of this indicator to predict miscarriage in Turkey at a gestational age of 6 to 14 weeks.

Key words: non-developing pregnancy, prognosis, platelets, lymphocytes, hemostasis, thrombophilia.

Рачабзода Ёазирабону - аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1, МДТ "ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино", тел. 992. 918 76 2772

Рачабзода Ёазирабону - аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1, ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", тел. 992. 918 76 2772

Rajabzoda Nazirabonu. - aspirant of Department of Obstetrics and Gynecology №1, TSMU them. Abuali Ibni Sino, tel., 992. 918 76 2772

ТАЪСИРИ УСУЛҲОИ ИНДУКСИЯ БА РАВИШ ВА НАТИҶАИ ВАЛОДАТ ДАР ЗАНОНИ ҲОМИЛАГИИ МҶҲЛАТГУЗАШТА

Саидова М.А.

Кафедраи акушерӣ ва гинекологии №2 МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Муҳиммият. Проблемаи ҳомиладории аз муҳлат гузашта ва валодатҳои таъхиркарда яке аз мушкилоти умдаи акушерӣ боқӣ мемонанд. Аксар вақт ҳомиладории аз муҳлат гузашта табқи маълумотҳои донишмандони ватанӣ ва хориҷӣ то 42 ҳафта аз 10 то 15% ва пас аз 42 ҳафтаи пурра -5-6% ро ташкил медиҳанд [1,7,10,13].

Ҳангоми ҳомиладории аз муҳлат гузашта миқдори оризаҳоро дар модарон ва чанин зиёд мекунад. Натиҷаҳои паҳншавии ХМГ макросомияро дар бар мегирад, ки дорои фаъолияти оризаноки валодаи, осеби валодат ва зиёд шудани миқдори амалиётҳои зоёндан аст [4, 6,9,11].

ХМГ барои чанин ва навзодон камее ҳатронок буда, ҳатари беморшавии перинаталӣ ва фавтро баланд месозад, ки пеш аз ҳама, ба ихтилолҳои хунгардиши бачадон – пласентарӣ алоқаманд аст. Дигар оризаҳо метавонанд, ки баланд шудани ҳатари ихтилол дар давраи бармаҳали неонаталӣ асфиксия рух медиҳад: пайдо шудани синдроми аспиратсияи меконӣ [4,5]. ХМГ нишондиҳандаи зиёд дучоршаванда барои индуксияи таваллуд ба ҳисоб меравад. Вобаста аз ин ҷустуҷӯи воситаҳои нисбатан оптималӣ барои ангиезиши валодат дар акушерӣ проблемаи актуалӣ мебошад [1,3,7,8,10]. Бояд зикр кард, ки усулҳои оптималии зоёнидан то имрӯз муайян карда нашудаанд, хусусиятҳои ҷараёни валодат вобаста аз усулҳои индуксия, таъсири я индуксия ба ҳолати модару чанин ва навзод омӯхта нашудааст.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши таъсири усулҳои индуксия ба натиҷаи валодат ҳангоми ХМГ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба таври проспективӣ 120 зани дорои ХМГ бо муҳлати зиёда аз 41-42 ҳафта буд, ки ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуданд (40 таваллудкунанда) вобаста аз усулҳои индуксия (гурӯҳи I бо истифодаи аз амниотомия, гурӯҳи II- бо истифодаи пай дар пайи простагландини E1

(мизопростол) ва амниотомия, гурӯҳи III – бо истифода аз инфузияи окситотсини).

Дар гурӯҳи назоратӣ занҳои дорои оғози худ ба худ валодат дар ҳамон муҳлати ҳомилагӣ дохил карда шуданд [30]. Ҳамаи занҳо дар табобати статсионарӣ қарор доштанд ва дар таваллудхонаи №2 шаҳри Душанбе таваллуд карданд. Мизопростол ба таври вагиналӣ дар сақфи ақби маҳбал ба андозаи 0,25 мг (1/8 ҳиссаи ҳабб) дар ҳар 6 соат то пайдо шудани шароит барои амиотомия ва ё фаъолияти ниҳии валодат таъйин карда шуд. Ҳар як ҳабб 200 мг аст.

Ҳангоми «ба қадри қофӣ болиғ набудан» (агар шароит бошад) ва болиғ будани гарданаки бачадон мо амиотомия гузаронидем, яъне кисаи чанин бо роҳи ҷарроҳӣ кушода шуд. Пас аз 6 соат давраи беобӣ (амиотомия) ва набудани самаранокӣ аз амиотомия индуксияи валодат тавассути окситотсин давом мекунад. Окситотсин мувофиқи схемаи қатравии дохиливаридӣ (5ED окситотсинро дар 500,0мл – 0,9%) маҳлули физиологии хлориди натрий ё 500,0 мл маҳлули лактати Рингер (ҳангоми ҷунин маҳлул кардани 1м ЕД дар 0,1 мл 1 м ЕД= (0,1 млх20 қатра)= 2қатра) мавҷуд буд.

Синну соли беморон аз 18 то 40 – сола буданд. Синну соли миёна дар гурӯҳи дорои таваллудкунии индуксионӣ -25,7 ±0,4 солро, дар гурӯҳи назоратӣ -24,7 ±0,5 сол ва (P<0,05)-ро ташкил дод. Анамнези соматикӣ тақрибан дар ҳамаи беморон бо бемориҳои экстрагениталӣ вазнин мешавад. Сохтори беморшавӣ дар ҳама гурӯҳҳои таҳқиқшуда тақрибан як хел буд ва бо популятсияи умумӣ муқоисашавандаанд. Басомад ва сохтори бемориҳои гинекологӣ дар байни беморони ҳарду гурӯҳ фарқияти назаррас надоштанд. Тағйироти патологӣ функционалӣ ва органикӣ дар анамнези танҳо 31 (21,9%)-и беморони гурӯҳи асосӣ ва 27 (25,2%)-и гурӯҳи назоратӣ ба мушоҳида расид. Бештар колпит, эрозияи гарданаки ба-



чадон ва бемориҳои илтиҳобии чинсӣ ба назар расид.

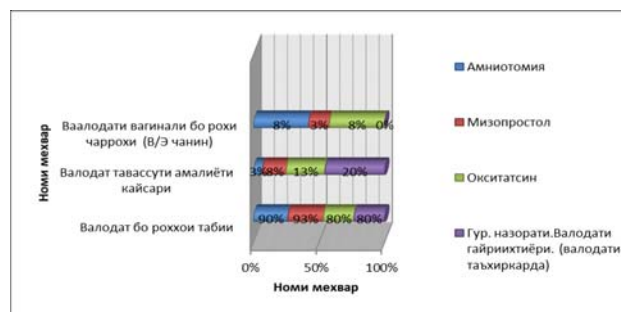
Натиҷаҳои таҳқиқот. Ҳангоми таҳлили қараёни ҳомилагии занҳои таҳқиқшаванда, вазнинии оризаҳои ҳомилагӣ, ба монанди токсикози барвакти ҳомилагӣ, пиелонефрити гестатсионӣ, камобӣ ва норасоии фетоплсентарӣ дар ҳамаи гурӯҳи монанд буданд. Давомнокии валодат вобаста аз усули индуксия, ҳолати гарданаки бачадон ва ғ. гуногун буд.

Ҳолати болиғии бачадон баъди ворид кардани препарат аз рӯи шкалаи Биноп ба ҳоғузурӣ карда мешавад. Дар зергурӯҳи II дар 100%-и занҳо гарданаки бачадон болиғ набуд, ки ин сабаби индуксияи мизопростол гашт, дар зергурӯҳи I бо амниотомия дар 27,5%-и занҳо гарданаки бачадон ба қадри зарурӣ болиғ набуд ва дар 2,5%- гарданки бачадон дида шуд, ки сабаби интиҳоб кардани индуксияи валодат дар ин гурӯҳ гашт. Истифодаи дозаи максималии мизопростол бар ҳар як зан дар гурӯҳи II 20 мг буд, ки ба таври касрӣ 0,25 мг дар ҳар як 6 соатро (1/8 ҳабб)-ро ташкил дод. Дар 20 (50,0%) зан бояд аз як дозаи дору (0,25мг) таъсири кофӣ ба мушоҳида расид, дар 10 (25,0%) зан таъсири баъди дозаи дуҷум (50мг) таъсир ба амал омад. Пас аз истифода кардани дозаи сеҷум (75 мг) таъсирбахшӣ дар 4 (10,0%) ба назар расид, дар 4 (10%) зан таъсири дору баъди дозаи чорум (100мг) ва дар 2 (5,0%) зан таъсири дору баъди дозаи панҷум (125 мг) ба қайд гирифта шуд. Зан ва чанини он бояд, ки дар давоми давраи индуксия (илқо) таҳти муоинаи чиддӣ қарор дошта бошад – назорати мониторинги ҳолати чанин дар тамоми давраи таваллудкунӣ гузаронида, маълумоти муаллифони дигар ба эътибор гирифта мешавад [1,3,5,10,13].

Ҳангоми омӯхтани хусусиятҳои қараён ва оқибатҳои таваллудкунӣ дар занҳое, ки дорои ҳомиладории муҳлатгузаштаанд, ҳангоми усулҳои гуногуни индуксия чунин оризаҳо ошкор карда шудаанд: дар гурӯҳи асосӣ тақрибан миқдори якхелаи камобӣ ва дар гурӯҳи назоратӣ (таваллудкунии таъхиркарда) миқдори камобӣ то 30% буд, дистресси чанин дар зергурӯҳи II (бо мизопростол) дар

5,0%, зергурӯҳи I (бо амниотомия) -8,0% ва дар зергурӯҳи III (бо окситатсин) -10,0%-ро ташкил дод, дар гурӯҳи назоратӣ, яъне дар беморони дорои валодати таъхир карда -17,0% буд. Норасоии фетоплсентарӣ дар занҳои таҳқиқшуда дао зергурӯҳҳои I ва II миқдоран якхел -10,0% ва 10,0% буд. Дар зергурӯҳи III -13,0% ва дар гурӯҳи назоратӣ ин ориза дар 23,0%-и занҳои таҳқиқшуда дида шуд. Фазаи тўлкашидаи фаёл дар гурӯҳи таҳқиқшуда дар зергурӯҳи I дар II (5,0%), дар зергурӯҳи II дар I (3,0%) дар зергурӯҳи III дар 7(18,0%) зан дида шуд ва дар гурӯҳи назоратӣ дар ягон нафар зан ошкор карда нашуд. Суст будани фаёлияти таваллудкунӣ танҳо дар зергурӯҳи I (дар 1-3,0%) ва зергурӯҳи III (дар 4-10,0%), дар зергурӯҳи II ва гурӯҳи назоратӣ ягон ҳолат ба қайд гирифта нашуд. Валодатҳои обструктивӣ дар зергурӯҳҳои I ва II дида нашуд, дар зергурӯҳи III бошад, (дар 1-3,0%) зан ва дар гурӯҳи назоратӣ дар 3(0,0%) зан ба қайд гирифта шуд.

Ҳангоми омӯхтани қараёни таваллудкунӣ дар занҳои таҳқиқшаванда аз рӯи суръат нишон дод, ки таваллудкуниҳои зуд дар зергурӯҳи I (бо амиотомия) дида шуд, дар ҷои дуҷум валодати занҳои гурӯҳи II (бо мисопроствол) меистад. Валодатҳои нисбатан тўлкашида дар занҳои зергурӯҳи III ва назоратӣ дида шуд. Мо натиҷаи валодатҳоро дар ҳамаи беморони ҳамаи гурӯҳҳои таҳқиқшуда омӯхтем.



Расми 14. Натиҷаи валодат дар занҳои дорои ҳомиладории аз муҳлат гузашта.

Расми мазкур нишон медиҳад, ки ба-сомади валодатҳо бо роҳи абдоминалӣ дар занҳои гурӯҳи асосӣ кам шуд. Миқдори амалиётҳои қайсарӣ дар ҳама зергурӯҳҳои гур-

ӯҳи асосӣ, дар маҷмӯъ 11 (9,0%)-ро ташкил дод, аз онҳо дар гурӯҳи I бо мизопростол 3(8,0%) дар гурӯҳи II бо амниотомия 1(3%), дар гурӯҳи III бо инфузияи оксидотсин 5(13%)-ро ташкил дод, ин гувоҳи он аст, ки дар гурӯҳи муқоисашаванда, яъне дар гурӯҳи назоратӣ 6(20%)-и валодат бо роҳи ҷарроҳӣ анҷом ёфтаанд. Таҳлили травматизми роҳҳои валодати занҳои таҳқиқшуда чунин натиҷа дод. Даридани роҳҳои валодат бештар -30,0% дар зергурӯҳи II (бо мизопростол) ва 20,0% дар гурӯҳи назоратӣ ба назар расид, дар гурӯҳҳои I ва бошад, тақрибан як хел -5,0% ва 8% буд. Баррасии натиҷаҳои таҳқиқот. Таҳлили клиникӣ ва натиҷаҳои валодат, ҳолати ҷанин ва навод нишон медиҳад, ки барои зоддан омода кардани ҳомила бо таъйин кардани тазриқи интравагиналии мизопростол ҳангоми ноболиғ будани гарданаки бачадон дар баштари занҳои ҳомила самаранок буд. Дар ин маврид таъкид бояд кард, ки болиғшавии ҳамзамону босуръати гарданаки бачадон ва дар муддати 2 соати наздиктарин дар 2/3 ҳиссаи ҳомилаҳо хеле муҳим аст [2,3,9,10,12]. Натиҷаҳои фаъолияти валодатро таҳлил намуда, мо таъсири манфии индуксия ба бачадон ва ҷанинро ошкор накардем, аммо кам шудани миқдори оризаҳои акушерӣ низ аз тарафи мо муайян карда нашуд, ки аз ин хусус муаллифони хориҷӣ низ суҳан гуфтаанд [1,5,4,10,13].

Ба андешаи муаллифони Alfirevic ва ҳаммуаллифони, истифода кардани мизопростол умуми хеле қулай аст, аммо хатари он низ мавҷуд мебошад, ки дозаҳои баланд метавонанд гиперстимулятсияи бачадонро ба вучуд биёранд ва ба ин восита барои бачадон ва модар оризаҳоеро ба вучуд биёрад. Аммо натиҷаи таҳқиқоти мо нишон дод, ки гиперстимулятсияи бачадон дар дозаҳои

касрии хурд бо истифодаи мизопростол дар ягон маврид ба қайд гирифта нашуд, ғайр аз ин, зарурати истифодаи инфузияи оксидотсин бо мақсади пурқувват кардани фаъолнокии бачадон кам мешавад, дар ҳомилахое, ки мизопростол истифода карда шу, қўтоҳ шудани давомнокии валодат ба назар расид [11]. Ҳамин тавр, таҳқиқоти мо исбот нашуд, ки валодатҳои индуксионӣ ба нишондиҳандаҳои беморшавии модару кўдак таъсири манфӣ намерасонад. Гарчанде нишондиҳандаи зиёд дучоршаванда барои гузаронидани индуксияи валодат ҳомилагии аз муҳлат гузашта ва ихтилолҳои антенаталӣ ҳолати ҷанин, тактикаи оқилона интихобшудаи индукси имконият медиҳад, ки дар бештари мавридҳо таваллудкунӣ бо роҳҳои табиӣ валодат, бидуни бад шудани натиҷа барои навод гузаронида шавад.

Хулоса, кам шудани давомнокии валодат аз идоракунии оқилонаи он вобаста аст. Интихоби оқилонаи усули индуксия барои кам шудани миқдори усулҳои ҷарроҳии таваллудкунӣ дар занҳои дорои ҳомилагии муҳлатгузашта мусоидат мекунад. Вазъияти роҳҳои валодат дар лаҳзаи оғози индуксия метавонад, ки самаранокӣ ангишти валодатро дар занҳои дорои ҳомилагии муҳлатгузашта муайян кунад. Амниотомия яке аз усулҳои самаранок, беҳатар ва сарфакоронаи ангишти валодат ба шумор меравад. Вай препаратҳои таъсираш олий барои тайёр кардани роҳҳои валодат ва ангишти дар занҳои дорои ҳомилагии муҳлатгузашта. Барои муайян кардани механизми таъсири мизопростол ба фаъолнокии бачадон бо назардошти хусусиятҳои фармакодинамика ва фармакокинетикӣ он ҳангоми усулҳои гуногуни воридсозӣ ба организм, таҳқиқотҳои минбаъдаи истифодаи дозаҳои гуногуни ин дору зарур аст.

Адабиёт

1. Абрамченко В.В. Активное ведение родов. - СПб: Спец Лит, 2003. - 668 с.
2. Абрамченко В.В. «Индукция родов и их регуляция простагландинами», /В.В.Абрамченко, Р.А.Абрамян, Л.Р.Абрамян// ЭЛБИ-СПб, С.Петербург, 2005
3. Баев О. Р., Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение / О. Р. Баев, В. П. Румянцева, Е. Н. Кан и др. //Акушерство и гинекология — 2012. — № 4/2. — С. 1-16.

4. Джумабаева Р.Ш, Факторы, влияющие на рождение крупных детей., Вестник кыргызско-Российского славянского университета. 2010. Т-10. №7.С.146-149.
5. Жабченко Т.Н., Современный взгляд на перенашивание и пролонгирование беременности. /Т.Н. Жабченко, А.Е. Ярменко, Т.Н. Коваленко.// журнал Здоровья «Украины». Акушерства-Огляд. 2014. С. 16-17.
6. Мамадалиева У. П. Повышение эффективности различных методов родовозбуждения // Мед.Журн. Узбекистана. № 2. 2002. С. 44–46.
7. Румянцева, В.П. Эффективность и исходы родовозбуждения при пролонгированной и переносенной беременности / В.П. Румянцева, О.Р. Баев // Акуш. и гин., 2011. “ № 6. “ С. 47-52.
8. Сеченева, Я.Г. Состояние шейки матки при переносенной беременности. Прогнозирование и исходы родов / Я.Г. Сеченева, Е.Н. Сангалова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. «Династия», 2007. “ Т. 6, № 6. “ С. 21-24.
9. Чернуха, Е.А. Родовой блок / Е.А. Чернуха // М.: Триада-Х. “ 2003. “ 710 с.
10. Чернуха, Е.А. Переносенная и пролангированная беременность: руков. Для врачей / Е.А. Чернуха // ГЕОТАР-Медиа, 2007. “ 208 с.
11. Alfrevic Z., Howarth G., Gaussman A. Oral misoprostol for induction of labour with a viable fetus // Cochrane Database Syst. Rev. 2000. (2). CD 001338 Related Artickles,Books,Linkout.
12. Bishop E. H. Pelvic scoring for elective induction of labor // Obst. Ginecol. 1964. Vol.24.№2.P.266–274.
13. Caughey A., Stotland N., Washington A. Who is at risk for prolonged and postterm pregnancy? // Am J Obstet Gynecol.- 2009.- Vol.200, №6. - P.683- 5. 145.

ВЛИЯНИЕ МЕТОДОВ ИНДУКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДА РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Саидова М.А.

ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

В данной статье приводятся результаты исследования влияния различных методов индукции на течение и исход родов при переносенной беременности.

Проспективное наблюдение за течением и исходом родов у 120 женщин с переносенной беременностью, которые были распределены на три группы (по 40 рожениц) в зависимости от метода индукции (Iгр. – с использованием амниотомии, IIгр. – с последовательным использованием простагландина E₁ (мизопростола) и амниотомии, IIIгр. – с применением инфузии окситоцина). Контрольную группу составляли женщины со спонтанным началом родовой деятельности в те же сроки беременности (30). Все женщины находились на стационарном

лечении и родоразрешились в городском родильном доме №2 г. Душанбе.

Течение и исход родов при применении различных методов индукции проходил без значимых осложнений. При использовании мизопростола не было выявлено гиперстимуляции матки. Следует отметить, что уменьшается также частота применения в последующем в родах утеротропных средств с целью стимуляции родовой деятельности. Вместе с тем необходимы дальнейшие исследования по применению различных доз мизопростола как очень удобной формы применения в акушерской практике.

Ключевые слова: Переносенная беременность, индукция родов, амниотомия, простагландин E₁, окситоцин, роды.



INFLUENCE OF INDUCTION METHODS ON THE COURSE AND OUTCOME OF LABOR IN WOMEN WITH POST-TERM PREGNANCY

Saidova M.A.

Department of Obstetrics and Gynecology №. 2, TSMU named after Abuali ibni Sino

This article presents the results of a study of the effect of various induction methods on the course and outcome of labor in post-term pregnancy.

Prospective observation of the course and outcome of labor in 120 women with post-term pregnancies, who were divided into three groups (40 women in labor), depending on the induction method (Igr. - using amniotomy, IIgr. - with the sequential use of prostaglandin E1 (misoprostol) and amniotomy, IIIgr. - with the use of oxytocin infusion). The control group consisted of women with spontaneous onset of labor at the same time of pregnancy (30). All women were hospitalized and delivered in the

city maternity hospital # 2 from 2014 to 2016.

The course and outcome of labor with the use of various methods of induction passed without significant complications. No uterine hyperstimulation was found with misoprostol. It should be noted that the frequency of subsequent use of uterotrophic agents in childbirth also decreases in order to stimulate labor. However, further researches on the use of different doses of misoprostol as a very convenient form of administration in obstetric practice are required.

Key words: Postterm pregnancy, induction of labor, amniotomy, prostaglandin E1, oxytocin.

Саидова Мастура Асоевна - аспиранти кафедраи акушерӣ ва гинекологии №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Сурога: Тоҷикистон, ш. Душанбе, х.. Рӯдакӣ 1/31, Тел. (992) 985 68 68 30, e-mail: mastura.saidova@mail.ru Тел. (992) 985 68 68 30, e-mail: mastura.saidova@mail.ru

Саидова Мастура Асоевна – аспирант кафедраи акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Адрес: Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки 1/31, Тел. (992) 985 68 68 30, e-mail: mastura.saidova@mail.ru

Saidova Mastura Asoevna - postgraduate student of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 2, TSMU named after Abualiibni Sino; Address: Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Ave. 1/31, Tel. (992) 985 68 68 30, e-mail: mastura.saidova@mail.ru

ЧАНБАҲОИ ТИББӢ-ИҚТИМОИИ ЭНДОМЕТРИТИ МУЗМИН ДАР ЗАНҲОИ ДОРОИ ИХТИЛОЛҲОИ РЕПРОДУКТИВӢ

Юлдошева М.У.¹, Абдуллоева Р.А.¹, Юлдошева М.У.²

1. Кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; 2. Кафедраи эндокринологияи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

Муҳиммият. Илтиҳоби музмини эндометрия яке аз проблемаҳои нисбатан муҳимтари гинекологияи муосир ба ҳисоб меравад [1]. Вай на танҳо аз басомади баланди проблемаи мазкур дар занҳои синну соли репродуктивӣ [3,5], балки аз аҳамияти осебҳои эндометрия ҳамчун сабаби вайроншудани функсияи ҳайзбинии номутаносибии эндокринии сиқти чанин, бенасли ва натиҷаҳои ғайри қаноатбахши технологияи ёрирасони репродуктивӣ, ҳамчунин паст

шудани сифати ҳаёти занон вобастагӣ дорад [1,6]. Тағйиротҳои сиклии эндометрия таҳти таъсири гормонҳо зухуроти меъёрӣ аст. Бар иловаи онҳо дар эндометрия протсессҳои гиперпластикӣ ва илтиҳобӣ ба амал меоянд [2].

Ҳангоми эндометрити музмин устувории (персистенсияи) тӯлонии сироят дар эндометрия, ҳатто бинобар набудани зухуроти возеҳи беморӣ, ба осеббинии дастгоҳи ретсептории эндометрия оварда мерасонад, ки



ин метавонад яке аз сабабҳои вайроншавии функсияи репродуктивии занҳо ҳангоми маҳфуз мондани функсияҳои гормоналии тухмдонҳо гардад [5,7]. Омӯзишҳои илмӣ солҳои охир гувоҳӣ медиҳанд, ки ҳангоми таҳқиқ кардани функсияҳои гормоналии тухмдонҳо дар занҳои гирифтори эндометрити музмин тағйироти фони гормоналӣ ба мушоҳида мерасад, ки бо норасоии фазаи лютеиновии сикли ҳайзбинӣ зоҳир мегардад.

Маълум аст, ки омилҳои хатари пайдошавии эндометрити музмин ҳама амалиётҳои ҷарроҳии инвазивӣ дар ҷавфи бачадон, оризаҳои сироятӣ-илтиҳобии пас аз валодат ва сиктҳо, контрацепсияи дохили бачадонӣ, сирояти маҳбал ва гарданаки бачадон, стенози гарданаки бачадон, деформатсияи ҷавфи бачадон ба шумор мераванд [5]. Музминшавии аввалияи протсессии патологӣ дар эндометрияи занҳои ихтилолҳои резистентнокии локалӣ (маҳдуд) [1] дар заминаи ҳолатҳои дувумии уrogenиталӣ пайдошуда низ истиснон инестанд. Ба воридсозии технологияи навин дар ташҳис ва ҷустуҷӯҳои усулҳои нави табобат нигоҳ накарда, басомади эндометрити музмин паст намешавад, ки ин зарурати ковишҳои равишҳои нави профилактика ва муайян кардани омилҳои хатарро талаб мекунад.

Мақсади таҳқиқот муайян кардани омилҳои муҳимми тиббӣ-ичтимоӣ дар ташаққули илтимузмини эндометрияи музмини занҳои дорои ихтилолҳои репродуктивӣ мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқот маълумоти анамнези 52 нафар зани дорои эндометрити музмин ва ихтилолҳои репродуктивӣ истифода гашт, ки гурӯҳи асосиро ташкил доданд. Дар гурӯҳи муқоисавӣ ё назоратӣ 44 нафар зани солими бидуни ихтилолҳои репродуктивӣ дохил карда шуд. Синну соли занон дар ҳарду гурӯҳ тақрибан як хел буда, $31 \pm 3,2$ солро ташкил дод. Аз таҳқиқот занҳои дорои бемориҳои вазнини соматикӣ ва аллергӣ, омилҳои эндокринии ихтилолҳои репродуктивӣ, бемориҳои системавӣ, аз ҷумла тромбофилияи модарзодӣ, синдроми антифосфолипидӣ,

бемориҳои шадиди илтиувҳои гениталия (чинсӣ) дар занҳо хориҷкарда шуданд.

Таҳқиқоти комплексӣ маълумотҳои анамнез, таҳқиқотҳои умумиклиникӣ, гинекологӣ ва усулҳои лабораториву инструменталиро дар бар гирифта буд. Дар ҳамаи беморон таҳқиқоти ултрасадоии узвҳои коси хурд гузаронида шуд. Муоинаи ғадуи ширӣ гузаронида шуд, функсияи тухмдонҳо тестҳои ташҳиси функционалӣ (чен кардани ҳарорати ректалӣ) мавриди истифода қарор дода шуд. Муайянкунии миқдории КОЕ/мл бо муайян кардани омилҳои патогеният бо усули бактериологӣ гузаронида шуд, ҳамчунин усули ПСР (аксуламали занҷирии полимеразӣ) ба қор бурда шуд. Ташҳиси эндометрити музмин бо маълумотҳои таҳқиқоти гистологии эндометрия, ки тавассути усули Пайпелә (биопсияи аспиратсионӣ) дар рӯзҳои 4-9 –уми сикли ҳайзбинӣ ба даст оварда шуда буд, таҳқиқ карда шуд.

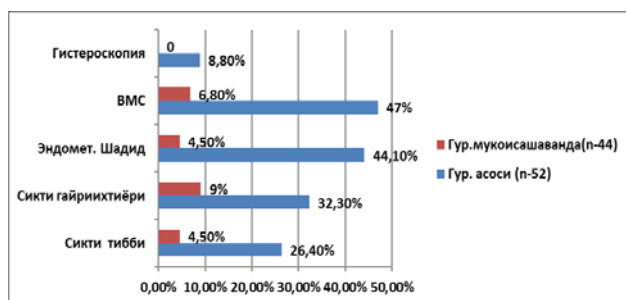
Дар таҳқиқот аз усулҳои омори математикӣ, STATISTICA 6.1 StatsoftInc, ИМА истифода карда шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Таҳлили маълумоти анамнези 52 нафар зани синну соли репродуктивии дорои эндометрити гузаронида шуд. Аз хусуси функсияҳои репродуктивӣ ҳамаи занҳо шикоят доштанд. Дар соҳтори ихтилолҳои репродуктивӣ бенаслии аввалия 18- (34,6%), бенаслии дувумӣ дар 12 (23%), сикти ҷанин да 22- (43%) нафр зани таҳқиқшуда ба қайд гирифта шуд.

Давомнокии илтиҳоби музмини эндометрия дар гурӯҳи дорои эндометрити музмин $3 \pm 0,4$ солро ташкил дод. Таҳлили маълумоти анамнез нишон дод, ки дар байни бемориҳои соматикӣ беморони дорои эндометрити музмин ва ихтилолҳои репродуктивӣ дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ бештар бемориҳои соматикӣ доштанд. Дар байни онҳо бемориҳои роҳи ҳозима дар 13- 25% зан ва дар гурӯҳи назоратӣ дар 8-18,1% нафар, бемориҳои узвҳои ЛОР (гӯшу гулӯ ва бинӣ) дар 19 (36,5%) нафар зан, дар гурӯҳи муқоисашаванда 5 (11,3%) нафар, бемориҳои системаи пешобхориҷкунӣ дар 20 (38,4%) зан ва дар гурӯҳи муқоисашаванда 11 (25%) зани таҳқиқшуда ба қайд гирифта шуд.

Дар сохтори бемориҳои гинекологӣ бештар салпингофорити музмин ба назар расид, басомади он иҷтисоӣ 24- (46,1 %) ҳолатро ташкил дод, миёмаи бачадон дар 5-(9,6%) ҳолат, аломатҳои ибтидоии аденомиоз дар 3-(5,7%), вайроншавии сикли ҳайзбинӣ дар 20-(38,4%) бемор ба мушоҳида расид. Маълумоти анамнези занҳои таҳқиқшуда дар диаграммаи №1 оварда шудааст.

Диаграммаи № 1. Маълумоти клиникӣ- анамнези беморони гирифтори эндометрити музмин



Ҳангоми таҳлил кардани анамнези акушерӣ дар гурӯҳи асосӣ дар 34 -(65,3%) зан таваллуд кардан ба қайд гирифта шуд. Дар байни онҳо дар 18- (26,4%) ҳолат исқоти тиббӣ аз хусуси ҳомилагии инкишофнаёфта дида шуд, дар 11 -(32,3%) зан ҳомилагӣ бо сикти ғайриихтиёрӣ ва дар гурӯҳи муқоисавӣ сикти тиббӣ дар 2 – (4,5%) зан ба мушоҳида расид, басомади сикти худ ба худӣ 4 (9%) ҳолатро ташкил дод. Оризаҳои пас аз валодат дар шакли эндометрити шадид дар 19- (44,1%) зан ва дар гурӯҳи муқоисавӣ ба 2-(4,5%) зан баробар буд ($p < 0,001$).

Ҳангоми пурсиш аз хусуси масоили При контрацепсияҳо дар байни беморони гурӯҳи асосӣ - 16 (47%) зан дар анамнези худ аз контрацепсияҳои дохилибачадонӣ, дар гурӯҳи муқоисавӣ 3 (6,8%) зан истифода кардаанд.

Контрацепсияҳои омехтаи монофазии оралӣ (даҳонӣ) аз рӯи нақшаи контрацептивӣ дар 5 (14,7%) зани гурӯҳи асосӣ истифода шудааст, муҳлати миёнаи истифодабарии $2,2 \pm 0,3$ солро ташкил дод. Мо қайд кардем, ки танҳо дар 4 (9,0%) зан аз гурӯҳи муқоисавӣ Контрацептивҳои омехтаи монофазии оралӣ мавриди истифода қарор дода шудааст. Манипулсияҳои тиббии инвазивӣ, ба монанди гузаронидани гистероско-

пия дар 3 (8,8%) зан, мавҷудияти ҳарошида- ни ташхисӣ дар 16 - (47%) бемор ба мушоҳида расид.

Дар гурӯҳи асосӣ (n=52) дар анамнези 34 зан сироятҳои бо роҳи ҷинсӣ интиқолёфта дида шуд. Дар байни барангезандаҳо бартарӣ доштанд: хламидиоз дар 6-17,6 % зан, трихомониаз дар 4 (11,7%), сирояти ситомегаловирусӣ дар 6 (17,6 %), микоплазмоз дар 3 (8,8%), уре-аплазмоз дар 2 (5,8%) зан, асцитсияи ВПГ (вируси герпеси оддӣ) бо сирояти ситомегаловирусӣ с ЦМВ дар 8 (23,5%) ба назар расид, дар занҳои гурӯҳи муқоисавӣ ин сироятҳо ба қайд гирифта нашуданд. Микроорганизмҳо дар асцитсия дар 8-(23,5%) зан бо сирояти кандидозӣ, уре-аплазмоз ба мушоҳида расиданд. Дар занҳои солим уре-аплазмоз дар 3 % ҳолат дида шуд. Аз рӯи ҳулосаи қолпоҳ- копияи ҳамаи сервизи музмин дар 27 (51,9%) зан ва дар 5 (9,6%) дисплазияи дараҷаи сабук дида шуд. Ин тағйироти гарданаки бачадон дар яқҷоягӣ бо вируси папилломаи одам ба назар расиданд. Таҳқиқоти қаблан анҷомдодашуда исбот кардаанд, ки дар занҳое, ки бори аввал сироятҳои урогениталӣ ошкор карда шудаанд, махсусан ҳангоми хламидиоз ва трихомоноз, дар 70 %-и ҳолатҳо ҳолатҳои дувумии иммунодефитситии типӣ ҳуҷайравӣ, дар 18 % тағйироти гуногуни статуси иммунӣ ошкор карда шуд [4]. Эндометрити музмин ҳамроҳ бо суст шудани муҳофизатии зид- дисироятӣ организмчараён мегирад, ки дар натиҷаи ҳолати дувумии иммуноде- фитситӣ ба амал меояд, дорои фаъолнокии махсуси супрессории Т-лимфоситҳо ва тағйироти звенои фагоситарии иммунитет аст [1]. Суст шудани резистентнокии орга- низм вобаста аз тағйироти системаи им- мунӣ барои персистенсияи агентҳои мик- робӣ мусоидат ва музминшавии протесси илтиҳоби ро дастгирӣ мекунад [1, 3].

Ҳулоса. Дар асоси натиҷаҳои ба даст овардашуда ҳулоса баровардан мумкин аст, ки омилҳои нисбатан муҳими хатари пай- дошавии эндометрити музмин бо ихтило- лҳои репродуктивӣ инҳо буданд: амалиётҳои ҷарроҳии инвазивии ҷавфи бачадон, ори-



заҳои сироятӣ- илтиҳобии пас аз валодат ва сиктҳо, бемориҳои сироятии қаблан аз саргузаронидашуда, ки бо роҳи алоқаи чинсӣ пайдо шудаанд (хламидиоз, трихомоноз,

вирусҳо), вобаста аз персистенсияи тӯлонии онҳо. Дар байни бемориҳои соматикӣ бемориҳои роҳи ҳозима, гурдаҳо, роҳҳои болоии нафаскашӣ бартарӣ доштанд.

Адабиёт

1. Данусевич П.Н. Частота встречаемости хронического эндометрита у женщин с различными вариантами репродуктивных нарушений /Журнал Клиническая медицина 2013, №4, С. 18-20.
2. Латышева В.Я., Яковец С.М. Медицинская реабилитация при основных гинекологических заболеваниях / учебно-методическое пособие 2020, 102 с.
3. Плясунова М.П., Хлыбова С.В. Хронический эндометрит как одна из актуальных проблем в современной гинекологии /Акушерство и гинекология. 2013, № 6. С. 123.
4. Сухих Г.Т., Шуршалина А.В. Хронический эндо-метрит. – М., 2010. – 45 с.
5. Толибова Г.Х., Траль Т.Г., Кулешов В.М. Контраверсионные вопросы диагностики заболеваний эндометрия / Журнал STATUSPRAESENS.ГИНЕКОЛОГИЯ. АКУШЕРСТВО. БЕСПЛОДНЫЙ БРАК, 2020, №6 (73), с. 96-99
6. Cicinelli E., DeZiegler D., et al. Poor reliability of vaginal and endocervical cultures for evaluating microbiology of endometrial cavity in women with chronic endometritis/ Gynecol. Obstet. Invest. 2017, Vol. 68 (2). P. 108–115.
7. Fatemi H.M., Popovic-Todorovic B., et al. In vitro fertilization pregnancy in a patient with proven chronic endometritis /FertilSteril. 2009. Apr. P. 9–11.c.

МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Юлдошева М.У.¹, Абдуллоева Р.А., Юлдошева М.У.²

1.Кафедра акушерства и гинекологии №1; 2.Кафедра эндокринологии
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

В статье представлены результаты анализов анамнестических данных 52 женщин с хроническим эндометритом и репродуктивными нарушениями. Всем пациентам проведено комплексное обследование. Постановка диагноза хронического эндометрита проведена по результатам гистологического исследования эндометрия. В основной группе (n=52) в структуре репродуктивных нарушений первичное бесплодие составило 18- (34,6%), вторичное бесплодие – у 12 (23%), невынашивание беременности у 22- (43%) исследуемых женщин. У пациенток с хроническим эндометритом среди соматической патологии преоблада-

ли заболевания желудочно-кишечного тракта, почек, верхних дыхательных путей. Выявлена высокая частота перенесенных урогенитальных инфекций, они встречались у 34 (65%) исследуемых женщин. Высокий процент женщин 19 (44,1%) с указанием на проведение выскабливания полости матки по поводу прервавшейся беременности. При расширенной кольпо-скопии хронический цервицит был выявлен у 27 (51,9%) женщин, а у 5 (9,6%) – дисплазия легкой степени.

Ключевые слова: медико-социальные аспекты, хронический эндометрит, репродуктивные нарушения.



MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF CRONIC ENDOMETRITIS IN WOMEN WITHREPRODUCTIVE DISORDERS

Yuldosheva M.U., Adulloeva R.A., Yuldosheva M.U.,

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

The article presents the results of analyzes of the anamnestic data of 52 women with chronic endometritis and reproductive disorders. All patients underwent a comprehensive examination. The diagnosis of chronic endometritis was carried of a histological examination of the study of the endometrium. In the main group(n-52), in the structure of reproductive disorders, primary infertility was 18- (34,6%), saecondary infertility-12 (23%), miscarriage in 22- (43%) women under study. In patients with chronic endometritis, diseases of

the gastrointestinal tract, kidneys and upper respiratory tract prevailed among somatic pathologies. Revealed a high frequency of postponed urogenital infections, they were found in 34(65%)women under study. A high percentage of acute endometritis due to a curettage of the uterine cavity due to an interrupted pregnancy 19 (44,1%). With extended colposcopy, cervicitis was defected in 27 (51,9%) women, and in 5 (9,6%)mild in dysplasia.

Keywords: medical and social aspects, chronic endometritis, reproductive disorders.

Юлдошева Манижа Умарчоновна, н.и.т., ассистенти кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1, МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. **Email:** manijau4888@mail.ru 985675625

Абдуллаева Рано Абдугаффаровна, н.и.т., дотсент, мудири кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1, МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. **Email:** dr.abdullayevarano@mail.ru 93 8836333

Юлдошева Муниса Умарчоновна ассистенти кафедраи эндокринологияи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

Юлдошева Манижа Умарчоновна, к.м.н., ассистент кафедраи акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»,. **Email:** manijau4888@mail.ru 985675625.

Абдуллаева Рано Абдугаффаровна, к.м.н., доцент, заведующий кафедраи акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» **Email:** dr.abdullayevarano@mail.ru 93 8836333

Юлдошева Муниса Умарчоновна, ассистент кафедраи эндокринологии ГОУ «ТГМУ имени Абуалиибни Сино», с.т.с. E mail: munisau2202@mail.ru989185665

Yuldosheva Manija Umarchonovna, assistant of Department of obstetrics and gynecology №1 GOU «Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino»,manijau4888@mail.ru 985675625

Abdullaeva Rano Abdugafarovna-c.m.s., associate professor, head of Department of obstetrics and gynecology №1 GOU «Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino»93 8836333

Yuldosheva Munisa Umarchonovna, assistant of Department of obstetrics and gynecology №1 GOU «Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino»,E mail:munisau2202@mail.ru989185665.



БЕҲДОШТ

ҲОЛАТИ ҶАРАЁНИ ТЕРМОРЕГУЛЯТСИЯИ КОРМАНДОНИ КАСБИ СОХТМОНЧӢ

Норматова С.И., Одинаева Л.Э., Ҳасанов Ф.Ҷ., Максудова З.Я.

Кафедраи беҳдошт ва экологияи (мудири кафедра н.и.т., дотсент Ф.Ҷ. Ҳасанов)

МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Муҳиммият. Истиқлолияти давлат бево-сита бо афзоиши иқтисодиёт ва аз ин рӯ бо сохтани корхонаҳои гуногуни саноатӣ, му-ассисаҳои давлатӣ ва маҷмааҳои манзилию коммуналӣ, ки аҳамияти бузурги хоҷагии халқ доранд, алоқаманд аст. Сохтмони ҳам биноҳои калонтарин ва ҳам хурд дар ҷумҳу-рӣ бо истифодаи техникаи муосири сохт-монӣ алоқаманд аст. Ғайр аз ин, шумораи зиёди мутахассисоне, ки ба ин таҷҳизот хид-мат мерасонанд ва дигар коргарони касбҳои гуногуни сохтмонӣ талаб карда мешаванд. Дар ҷараёни кори худ коргарони сохтмон метавонанд ба омилҳои гуногуни истеҳсолӣ дучор оянд, ки ба организм таъсири манфӣ мерасонад ва ин дар навбати худ метавонад боиси мушкилоти саломатӣ ва инчунин, баланд шудани сатҳи бемориҳои умумӣ ва касбӣ гардад [1]. Иқлими гарми субтропикии Тоҷикистон метавонад ба шиддатёбии сис-темаҳои гуногуни организми бинокорон мусоидат кунад, ки ин боиси шиддати ра-вандҳои терморегулятсияи бадани онҳо гашта ва ба ин васила ба суръатбахшии ин-кишофи хастагӣ, кам шудани қобилияти корӣ ва ҳосилнокии меҳнат оварда расонад [2]. Ин шароит зарурати омӯختан ва таҳияи чораҳои аз ҷиҳати илмӣ асоснокро оид ба пешгирии беморӣ дар байни коргарони сох-тмон талаб мекунад.

Мақсади омӯзиш таъсири омилҳои гуно-гуни истеҳсолот ба организми коргарон ва таҳияи минбаъдаи тадбирҳои аз ҷиҳати илмӣ асоснокшуда барои оптимизатсияи шароити меҳнат ва ҳифзи саломатии кор-гарони касбҳои сохтмонӣ мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Баҳодиҳии ҳолати терморегулясияи ҷисмонӣ бо роҳи чен кардани ҳарорати бадан, ҳарорати пӯст ва қатъиян ба назар гирифтани миқдори моеъи истеъмолкарда ва ҷудо намудани пе-

шоб дар давоми бастии корӣ муайян карда шуд. Тадқиқоти ҳисси гармӣ гузаронида шуд. Барои муайян кардани талафоти ваз-ни бадан ҳангоми бастии корӣ 105 нафар кор-гарон пеш аз оғози баст, пеш аз ҳӯроки нис-фирӯзӣ, пас аз ҳӯроки нисфирӯзӣ ва дар охи-ри рӯзи корӣ чор маротиба чен карда шу-данд.

Ҳолати терморегулясияи ҷисмонӣ бо роҳи чен кардани ҳарорати пӯст дар қисма-тҳои гуногуни организм дар як баст 4 ма-ротиба гузаронида шуд. Барои муайян кар-дани талафоти вазни бадан дар давоми бас-тии корӣ 105 нафар коргарон пеш аз оғози баст, пеш аз ҳӯроки нисфирӯзӣ, пас аз ҳӯро-ки нисфирӯзӣ ва дар охири рӯзи корӣ чор маротиба чен карда шуданд. Дар маҷмӯъ, зиёда аз 1200 ченкунии ҳарорати пӯст гуза-ронида шуд. Ҳарорати бадани бинокорон зиёда аз 340 маротиба бо термометри си-моб зерин бағал чен карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Мувозинати ҳароратии бадан асосан аз тер-морегулясияи ҷисмонӣ вобаста аст. Аммо интиқоли гармӣ ба муҳити атроф бо роҳҳои гуногун дар шароити муҳталифи метеоро-логӣ яқхела нест. Роҳи асосии интиқоли гармӣ аз организм ба муҳити атроф сатҳи пӯст ба шумор меравад. Талафи гармӣ аз ҷониби организм тавассути радиатсия, кон-вексия ва бухоршавӣ ба амал меояд. Ни-шондиҳандаҳои ҳолати ҳароратии организ-ми коргарон бевосита дар ҷои кор муайян карда шуданд. Муайян карда шуд, ки ҳаро-рати бадани бетончиён, кафшергарон ва васлгарон дар тобистон пеш аз оғози бастии корӣ ба ҳисоби миёна $36,3 \pm 0,1$ - $36,4 \pm 0,05$ ° С буда, дар охири баст ба $37,1 \pm 0,05$ - $37,2 \pm 0,008$ ° С баланд шуд. Ҳангоми кор дар фас-ли сармо дар аввали бастии корӣ ҳарорати бадани коргарони зеризаминӣ дар ҳудуди

$36,3 \pm 0,002$ - $36,5 \pm 0,015$ °C буд ва дар охири рӯзи корӣ он аз нишондоди аввала $0,2$ - $0,4$ °C зиёд шуд.

Ҳарорати ченшудаи миёнаи пӯст ҳангоми кор дар давраи гармӣ дар байни бинокорон ба ҳисоби миёна $31,1 \pm 0,2$ - $34,2 \pm 0,2$ °C буда, дар охири рӯзи корӣ ба $34,5 \pm 0,17$ - $35,1 \pm 0,28$ °C баланд шуд ва ҳангоми кор дар давраи хуноки сол он дар аввали бастӣ корӣ ба ҳисоби миёна $30,3 \pm 0,3$ - $31,2 \pm 0,3$ °C буд ва дар охири баст баъзе тамоюлҳои пастшавӣ ($29,8 \pm 0,5$ - $30,4 \pm 0,6$ °C) ҷой доштанд, ки ин каме хунук шудани организми бинокоронро ҳангоми кор дар фасли зимистон нишон медиҳад.

Вазни хоси талафоти гармӣ аз роҳҳои интиқоли гармӣ, шароити муҳити зист ва ҳолати равандҳои терморегуляторӣ дар организми инсон вобаста аст. Маълум аст, ки барои шароити мусоиди гармӣ (ҳарорати ҳаво ва девор 20 °C ва намии нисбӣ 50%) тақсимои зерини талафоти гармиро ба қайд мегиранд: гузаронидан ва конвексия - 30%, радиатсия - 45%, бухоршавӣ - 25%.

Аммо ин таносуби талафоти гармӣ вобаста ба шароити муҳити беруна дар ин ё он самт тағйир меёбад. Масалан, ҳарорати ҳавои беруна ва ҷисмҳои атроф ҳар қадар баланд бошад, талафи гармӣ тавассути гузаронидан, конвексия ва радиатсия камтар мешавад, талафоти гармӣ аз ҳисоби бухоршавӣ зиёдтар мешавад. Агар ҳарорати ҳаво ба ҳарорати пӯст баробар бошад, пас талафи гармӣ тавассути гузариш ва радиатсия ба амал намеояд, дар ин шароит тамоми гармӣ аз ҳисоби бухоршавӣ талаф мешавад. Агар ҳарорати ҳавои атроф аз ҳарорати пӯст зиёд бошад, пас охири на танҳо тавассути гузаронидан ва радиатсия гармиро аз даст медиҳад, балки дар асоси қонунҳои физикӣ аз муҳити атроф гармӣ мегирад. Дар ин шароит ягона роҳи баровардани гармӣ бухоршавӣ аст. Интиқоли гармӣ тавассути бухор-

шавӣ дар иқлими гарм дар терморегулятор ва алаҳусус ҳангоми иҷрои корҳои ҷисмонӣ мавқеи назаррасро ишғол мекунад.

Тавре ки маълум аст, ҳангоми таъсири ҳарорати баланди ҳаво (зиёда аз 33 °C) гармӣ аз ҷониби организми инсон тақрибан танҳо тавассути бухоршавии арақи сатҳи пӯст интиқол дода мешавад, ки васеъшавии рағҳои сатҳии хун мусоидат мекунад.

Ҳамин тариқ, бинокорон дар ҷараёни фаъолияти истеҳсолии худ ба шароити номусоиди микроиқлимӣ дучор меоянд, ки дараҷаҳои он ба мавсими сол вобаста аст. Ҳангоми кор дар иқлими гарм коргарони сохтмон дучори ҳаяҷонҳои назарраси гармӣ мешаванд, ки дар баланд шудани ҳарорати бадан зиёда аз 37 °C, ҳарорати пӯст то 33-36 °C, дар ҳамвор кардани топографияи ҳарорати пӯст ва афзоиши талафоти нафаси ифода меёбанд. Дар фасли зимистон, коргарон ба баъзе хунукшавии бадан дучор меоянд (хусусан дар соатҳои пеш аз оғози кор), ки дар паст шудани ҳарорати пӯст, хусусан дар қисматҳои кушодаи бадан, дар афзоиши фарқи байни ҳарорати пӯсти бадан ва дасту пой, дар пайдоиши ҳисси манфии гармӣ ифода меёбад. Омилҳои номусоиди истеҳсоли метавонанд ба саломатии коргарони сохтмон таъсири манфӣ расонанд. Ҳангоми кор дар фасли сармо шароити номусоидтарини микроиқлимӣ дар ҷойҳои қори бинокорон мушоҳида карда шуд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, васлгарон, кафшергарон ва бетончиён вобаста ба мавсими сол ба шароити номусоиди микроиқлимӣ дучор меоянд, ки ин ба шиддати равандҳои терморегуляторӣ дар организми бинокорон мусоидат мекунад. Ба масъалаҳои беҳтар намудани шароити меҳнати коргарони сохтмон ва алаҳусус, оптимизатсияи микроиқлимӣ, речаи нӯшокӣ, ташкили меҳнат ва истироҳат, гигиенаи шахсӣ ва хизматрасонии санитарии кормандони сохтмон диққати махсус бояд дод.

Адабиёт

1. Сулейманова Ф.А. Гигиеническая оценка условий труда работников при ремонте электролизных ванн /Ф.А. Сулейманова, А.Б.Бабаев, Ш.К. Махмадов // «Вклад медицинской науки в оздоровление семьи». Материалы 63-й годичный научно-практической конференции ТГМУ с международным участием. – Душанбе. -2015.- С.493-494



2. Бекназарова Г.М. Гигиеническая оценка условий труда в различных цехах алюминиевого производства и влияние вредных производственных факторов на слизистую оболочку верхних дыхательных путей //Г.М.Бекназарова / Журнал «Паёми Сино».- 2012.- №2.- С.142-145.

СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССА ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ РАБОТНИКОВ СТРОИТЕЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ

Норматова С.И., Одинаева Л.Э., Хасанов Ф.Дж., Максудова З.Я.
Кафедра гигиены и экологии (заведующий кафедрой к.м.н., доцент Ф.Дж. Хасанов)
ГОУ «ТГМУ им. Абӯалӣ ибни Сино»

Строительство крупных и небольших новостроек республики связано с использованием современной строительной техники и требует большого количества специалистов различных строительных профессий. Исследования показали, что строительные рабочие в зависимости от сезона года подвергаются влиянию дискомфортных микроклиматических условий, которые способствуют напряжению терморегуляторных

процессов в организме строителей. Неблагоприятные производственные факторы могут оказывать отрицательное влияние на состояние их здоровья. Самые неблагоприятные микроклиматические условия на рабочих местах строителей отмечались при работе в холодный период года.

Ключевые слова: дискомфортные микроклиматические условия, термо-регуляция, влагопотери, напряжение процессов терморегуляции.

STATE OF THE THERMOREGULATION PROCESS FOR CONSTRUCTION WORKERS

Normatova S.I., Odinaeva L.E., Khasanov F.J., Maksudova Z.Y.
Department of Hygiene and Ecology (Head of Department, Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor F.J. Hasanov) State educational institution TSMU after Avicenna

Construction of large and small new buildings of the republic is associated with the use of modern construction equipment and requires a large number of specialists in various construction professions. Studies have shown that construction workers, depending on the season of the year are exposed to the influence of uncomfortable microclimatic conditions, which contribute to the stress of

thermoregulatory processes in the body of builders. Unfavorable production factors can have a negative impact on their health. The most unfavorable microclimatic conditions at construction sites were observed when working in the cold season.

Keywords: uncomfortable microclimatic conditions, thermal regulation, moisture loss, stress of thermal regulation processes.

Норматова Сановбар Икромовна - номзади илмҳои тиб, муаллими калони кафедраи гигиена ва экологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Тел: +992 905130002

Одинаева Лола Эркенчановна - номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи гигиена ва экологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Тел: +992 917 55 65 75, E.mail: lodinayeva@list.ru

Хасанов Фарҳод Ҷавакович - н.и.т., дотсент, мудири кафедраи гигиена ва экология, ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Тел: +992 939 91 88 08

Максудова Зумрат Якубджановна - н.и.т., дотсенти кафедраи гигиена ва экология, ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Тел: +992 907 72 53 01, E.mail: zumratm@gmail.com

Норматова Сановбар Икромовна – к.м.н., старший преподаватель кафедры гигиены и экологии ГОУ «ТГМУ им. Абӯалӣ ибни Сино», Тел: +992 905130002



Одинаева Лола Эркенджановна - к.м.н., доцент кафедры гигиены и экологии ГОУ «ТГМУ им. Абӯалӣ ибни Сино», Тел: +992 917 55 65 75, E.mail: lodinayeva@list.ru

Хасанов Фарҳод Чавакович - к.м.н., доцент кафедры гигиены и экологии ГОУ «ТГМУ им. Абӯалӣ ибни Сино», Тел: +992 939 91 88 08

Максудова Зумрат Якубджановна - к.м.н., доцент кафедры гигиены и экологии ГОУ «ТГМУ им. Абӯалӣ ибни Сино», Тел: +992 907 72 53 01, E.mail: zumratm@gmail.com

Normatova Sanovbar Ikromovna - Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer of the Department of Hygiene and Ecology of the Tajik State Medical University after Avicenna, cell phone number: +992 905130002

Odinaeva Lola Erkenjanovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Hygiene and Ecology of the Tajik State Medical University after Avicenna, cell phone number: +992 917 55 65 75, E.mail: lodinayeva@list.ru

Khasanov Farhod Javakovich - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Hygiene and Ecology of the Tajik State Medical University after Avicenna, cell phone number: +992 939 91 88 08

Maksudova Zumrat Yakubjanovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Hygiene and Ecology of the Tajik State Medical University after Avicenna, cell phone number: +992 907 72 53 01, E.mail: zumratm@gmail.com

БАЪЗЕ ХУСУСИЯТҲОИ ХОСИ ҲОЛАТИ ГАРМИИ БАДАНИ РОНАНДАГОНИ ВОСИТАИ НАҚЛИЁТИ МУСОФИРБАР ҲАНГОМИ КОР ДАР ШАХРҲОИ БУЗУРГ

Нушеровони Б.Х.

Кафедраи беҳдошт ва экологияи МДТ ДДТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино,
Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе,

Муҳиммият. Ронандагони воситаи нақлиёти мусофирбар дар раванди фаъолияти меҳнатии худ вобаста ба мавсими сол ба таъсири номусоиди ҳарорат, омилҳои невропсихикӣ, физикӣ ва кимиёвӣ дучор мешаванд. Маълум аст, ки яке аз омилҳои асосии хавфи вайроншавии саломатии ронандагон шароити номусоиди меҳнат ва риоя накардани талаботи беҳдошти ҳангоми фаъолият дар шаҳрҳои калон ба ҳисоб меравад, ки боиси сатҳи зиёди чароҳатҳо, бемориҳои вобаста ба қору фаъолият ва ҳатто ҳатари ба амал омадани садамаҳои нақлиётӣ мегардад [1-3]. Микроклими ҷои кор барои некуаҳволии ронандагон ва иҷрои дурусти вазифаашон дар басти қорӣ, ки ба равандҳои танзими ҳарорати бадан таъсир мерасонад, хеле муҳим ҳисобида мешавад [4-6].

Фаъолияти муътадили чараёни танзими ҳарорат, қори системаи дилу рағҳо, эндокринӣ ва системаи марказии асаб асосан аз ҳарорати муҳити зист дар кабина вобаста аст. Изтиробии равандҳои мубодилаи гармӣ бо

таъсири ҳарорати баланди ҳаво дар ҷойҳои қорӣ ронандагони автобус ва троллейбус ҳангоми кор дар мавсими гарм алоқаманд аст, ки бо таъсири омилҳои дигари зараровари истеҳсолӣ ба организм шиддатноктар мегардад. Ҳарорат дар кабинаҳои автобусҳо дар давраи гармии сол дар баробари афзоиши ҳарорати ҳавои берун афзоиш ёфта, аз 5-10°C зиёдтар мешавад [7, 8]. Ин маводҳо нишон медиҳанд, ки ронандагони нақлиёти мусофирбар дар фаслҳои гармои сол дар микроклими аз ҳад гарм қор мекунанд.

Ҳамин тариқ, системаи мавҷудаи ҳавоивазкунӣ ва кондитсионерӣ наметавонанд микроклимро дар кабинаҳои автобусҳо ва троллейбусҳо ҳангоми кор дар мавсими гарм муътадил нигоҳдоранд, ки ин зарурати омӯзиши шароити қор ва вазъи саломатии ронандагонро тақозо намуда, қорқарди чораҳои самараноки пешгирикунандаро ба миён меорад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои хоси ҳолати гармии бадани ронанда-

гони наклиёти мусофирбар хангоми кор дар фазои гарм ва пешбиниву таҳияи чораҳо оид ба муътадилгардонии микроклими чойҳои корӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар корхонаҳои давлатии воҳиди коммуналии «Автобус-1», «Автобус-2», «Автобус-3» ва «Троллейбус»-и шаҳри Душанбе гузаронида шуд. Омӯзиши нишондиҳандаҳои микроклими чойҳои корӣ, ҳолати гармии бадани ронандагони наклиёти мусофирбар дар фаслҳои гуногуни сол дар раванди бастии корӣ дар шаҳри Душанбе сураат гирифт. Ҳамзамон, омӯзиши ҳарорат, намӣ ва суръати ҳаво дар кабинаи автобусҳо, ҳарорати бадан, ҳарорати миёнаи сатҳи пӯсти бадан ва эҳсоси гармии ронандагони наклиёти мусофирбар дар як баст 4 маротиба таҳқиқ карда шуд: пеш аз оғози бастии корӣ, пеш аз танаффуси нисфирузӣ, баъди танаффуси нисфирузӣ ва дар охири бастии корӣ.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Омӯзиши нишондиҳандаҳои микроклим (кабина) дар мавсими гарми сол хангоми ҳарорати ҳавои беруни баробар ба $37-48^{\circ}\text{C}$ будан гузаронида шуд. Натиҷаҳои омӯзиш нишон доданд, ки ҳарорати ҳаво дар кабинаҳои автобусҳо ва троллейбусҳо бо афзоиши ҳарорати ҳавои берун зиёд мешавад. Баландшавии аз ҳад зиёди ҳарорати ҳаво дар кабинаҳои наклиёти мусофирбардар нимаи дуҷуми бастии корӣ ба қайд гирифта шуд. Ҳарорати ҳаво дар чойҳои кори ронандагони автобусҳои ЛиАЗ ва троллейбусҳои ТИУ ба ҳисоби миёна то $45,8\pm 0,6-46,2\pm 0,7^{\circ}\text{C}$ баланд шуд.

Сатҳи намии нисбии ҳаво дар кабинаҳои автобусҳо ва троллейбусҳо барои бастии корӣ ба ҳисоби миёна $72,5\pm 0,9-74,3\pm 0,2\%$ -ро ташкил намуд, ки он аз бухоршавии арақ аз сатҳи бадани мусофирон вобастагӣ дорад. Суръати ҳаракати ҳаво дар кабинаҳои наклиёти мусофирбар дар раванди бастии корӣ ба $1,0\pm 0,08-0,64\pm 0,01$ м/с баробар буд. Яке аз нишондиҳандаҳои муҳиме, ки сатҳи доимии равандҳои мубодилавии бофтаҳо-ро таъмин мекунад, ҳарорати бадан ба ҳисоб меравад. Шартҳои зарурии нигоҳ доштани устувории ҳарорати бадани инсон дар ҳама гуна шароит ҳолате ҳисобида мешавад, ки дар он тавлиди гармӣ ва интиқоли гармӣ дар ҳолати мувозинат қарор дошта бошад.

Ҳамон тавре, ки аз ҷадвали 1 дида мешавад, дар мавсими гармо дар нимаи аввали бастии корӣ дар кабинаҳои автобусҳо ва троллейбусҳо болоравии ҳарорати бадан дар байни ронандагони автобусҳои тамгаи АКІА ба ҳисоби миёна $0,9^{\circ}\text{C}$ -ро ташкил намуд, аммо дар ронандагони автобусҳои тамгаи ISUSI то 1°C афзоиш намуд. Ҳарорати аз ҳад зиёди бадан асосан дар ронандагони автобусҳои кӯҳнаи ЛиАЗ мушоҳида шуд, ки ба ҳисоби миёна $1,2^{\circ}\text{C}$ -ро ташкил медиҳад. Айнан чунин нишондиҳанда дар байни ронандагони троллейбусҳои тамгаи ТИУ низ ба қайд гирифта шуд. Хангоми кор дар зимистон ҳарорати бадани ронандагони ҳама тамғаҳои автобусҳо ва троллейбусҳо дар доираи меъёри физиологӣ буд (Ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. -Ҳарорати бадани ронандагони автобус ва троллейбус хангоми кор дар мавсими гарм ва хунук.

Ронандагони автобус	Фасли сол	То оғози бастии корӣ	Пеш аз истироҳати нисфирузӣ	Пас аз истироҳати нисфирузӣ	Дар охири бастии корӣ	Критерияи Фридман
AKIA n=25	Замистон	$36,3\pm 0,32$	$36,5\pm 0,23$	$36,6\pm 0,42$	$36,7\pm 0,12$	$>0,05$
	Тобистон	$36,1\pm 0,22$	$36,7\pm 0,84$	$36,8\pm 0,94$	$37,0\pm 0,97$	$>0,05$
ISUSI n=18	Замистон	$36,4\pm 0,4$	$36,5\pm 0,5$	$36,6\pm 0,5$	$36,8\pm 0,6$	$>0,05$
	Тобистон	$36,0\pm 0,66$	$36,7\pm 0,67$	$36,9\pm 0,68$	$37,0\pm 0,68$	$>0,05$
ЛИАЗ n=12	Замистон	$36,2\pm 0,2$	$36,4\pm 0,3$	$36,3\pm 0,4$	$36,7\pm 0,5$	$>0,05$
	Тобистон	$36,0\pm 0,6$	$36,6\pm 0,8$	$37,0\pm 0,6$	$37,2\pm 0,7$	$>0,05$
Ронандагони троллейбус	Нимаи аввали бастии корӣ			Нимаи дуҷуми бастии корӣ		
ТИУ n=23	Замистон	$36,0\pm 0,6$	$36,5\pm 0,4$	ТИУ n=15	$36,3\pm 0,36$	$36,7\pm 0,4$
	Тобистон	$36,8\pm 0,44$	$37,1\pm 0,5$		$36,9\pm 0,93$	$37,2\pm 0,4$

Омӯзиши ҳарорати пӯст имкон медиҳад, ки дараҷаи таъсири ҳарорати муҳит ба бадани инсон муайян гардад. Маводҳои дар ҷадвали 2 овардашуда нишон медиҳанд, ки тағирёбии ҳарорати миёнаи сатҳи пӯсти бадани ронандагони нақлиёти мусофирбар дар тамоми басти корӣ, хусусан ҳангоми кор дар мавсими гарм мушоҳида шудааст. Дар байни ронандагони автобусҳои тамғаи АКІА баландшавии ҳарорати миёнаи пӯст ба ҳисоби миёна то $33.6 \pm 0.26^\circ\text{C}$ ба назар мерасад. Ҳамин

гуна тағйирот дар ҳарорати миёнаи сатҳи пӯсти бадани ронандагони автобусҳои нави ISUSI, новобаста ба фаъолияти кондитсионерҳодар кабинаи автобусҳо ба мушоҳида расид. Афзоиши ҳарорати миёнаи сатҳи пӯсти бадан дар ронандагони автобусҳои кухнаи нави ЛиАЗ мушоҳида карда шуд, ки ба ҳисоби миёна то $34 \pm 0.58^\circ\text{C}$ мерасад. Чунин афзоиши ҳарорати миёнаи сатҳи пӯсти бадан дар байни ронандагони троллейбусҳои тамғаи ТІУ низ ба қайд гирифта шуд (Ҷадвали 2).

Ҷадвали 2.- Ҳарорати миёнаи сатҳи пӯсти бадан дар ронандагони автобусҳои троллейбусҳо дар раванди басти корӣ дар фаслҳои гуногуни сол.

Ронандагони автобус	Фасли сол	То оғози басти корӣ	Пеш аз истироҳати нисфирӯзӣ	Пас аз истироҳати нисфирӯзӣ	Дар охири басти корӣ	Критерияи Фридман
АКІА n=25	Замистон	$29,7 \pm 0,22$	$30,4 \pm 0,27^{**}$	$30,7 \pm 0,41^{**}$	$30,9 \pm 0,19^{***}$	$<0,001$
	Тобистон	$31,8 \pm 0,45$	$32,9 \pm 0,61$	$33,2 \pm 0,37^*$	$33,6 \pm 0,26^{**}$	$<0,05$
ISUSI n=18	Замистон	$29,4 \pm 0,15$	$29,8 \pm 0,34$	$30,3 \pm 0,54$	$30,6 \pm 0,43^{**}$	$<0,05$
	Тобистон	$31,0 \pm 0,13$	$32,2 \pm 0,47^*$	$32,9 \pm 0,44^{***}$	$33,4 \pm 0,29^{***}$	$<0,001$
ЛИА3 n=12	Замистон	$28,2 \pm 0,54$	$29,6 \pm 0,31^*$	$30,0 \pm 0,36^*$	$30,4 \pm 0,51^*$	$<0,05$
	Тобистон	$32,1 \pm 0,45$	$33,5 \pm 0,65$	$34,1 \pm 0,49^*$	$34,4 \pm 0,58^{**}$	$<0,05$
Ронандагони троллейбус	Нимаи аввали басти корӣ			Нимаи дуюми басти корӣ		
ТІУ n=23	Замистон	$27,8 \pm 0,52$	$30,6 \pm 0,7^{***}$	ТІУ n=15	$30,2 \pm 0,21$	$29,8 \pm 0,36$
	Тобистон	$31,7 \pm 0,48$	$33,6 \pm 0,67^{**}$		$33,4 \pm 0,26$	$34,2 \pm 0,16^*$

Эзоҳ: * - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$; *** - $p < 0.001$ - аҳамияти статистикии фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои пеш аз басти корӣ (тибқи санҷиши Вилкоксона)

Қариб ҳамаи ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофирбар ҳангоми кор дар давраи тобистон, дар оғози басти корӣ эҳсоси гармии нисбатан қаноатбахш доштанд, аммо бо баланд шудани ҳарорати ҳаво дар ҷойҳои корӣ ронандагон дар раванди басти корӣ микроклими кабинаро “гарм” ва “хеле гарм” арзёбӣ намуданд. Ин нишондиҳанда дар байни ронандагони автобусҳои тамғаи ЛИА3 ва троллейбусҳои ТІУ бештар ба назар расид. Дар мавсими зимистон эҳсоси гармӣ дар тамоми басти корӣ ба 3 ва 3,3 балл баробар буд, ки онро муътадил арзёбӣ карданд.

Талафоти моеи бадан дар давраи сардиҳои сол дар байни ронандагони автобусҳои АКІА $912 \pm 31,4$ мл-ро ташкил дода, ҳангоми кор дар айёми гарм то $3143 \pm 71,7$ мл зиёд шуд. Ин нишондиҳанда дар байни ронандагони автобусҳои ISUSI дар зимистон ба $832 \pm 26,45$ мл ва дар тобистон $3067 \pm 84,5$ мл-ро дар як бастташкिल дод, ки аз фишори назаррас ба ҷараёни танзими ҳарорати бадани ронандагон ҳанго-

ми кор дар мавсими гармо шаҳодат медиҳад. Ҳангоми кор дар мавсими гармо дар байни ронандагони автобусҳои тамғаи ЛиАЗ низ талафоти назарраси моеи бадан мушоҳида шуд, ки ба ҳисоби миёна то $4130 \pm 96,3$ мл расид.

Хулоса. ронандагони воситаи нақлиёти мусофирбар дар ҷараёни фаъолияти истеҳсолии худ ҳангоми кор дар мавсими гармба шароити номусоиди микроклим дучор мешаванд. Бояд қайд кард, ки баландшавии ҳарорати ҳаво дар ҷои кор ($45.8 \pm 0.6^\circ\text{C}$ - $46.2 \pm 0.7^\circ\text{C}$) боиси болоравии ҳарорати бадан шуда, фишори зиёдатӣ ба организмҳои ронандагон мегардад. Ин ҳолат зарурати таҳияи чораҳои пешгирикунандаро барои муътадил нигоҳ доштани микроклими ҷойҳои кории ронандагон тақозо мекунад. Кор дар мавсими гармо насби кондитсионерҳои пурқувват, ташкили дурусти речаи қору истироҳат ва оқилона ба роҳ мондани речаи нушидани моеотро ҳангоми кор талаб мекунад.



Адабиёт

1. Прокопченко ЛВ, Шевкун ИГ. Оценка рабочей среды водителей различных типов автобусов. *Медицина труда и промышленная экология*. 2009;7:7-12.
2. Сарокин ГА, Шилов ВВ, Гребеньков СВ. Оценка профессионального обусловленного и непрофессионального рисков нарушения здоровья у водителей грузовых автомобилей. *Медицина труда и промышленная экология*. 2016;6:1-6.
3. Нушеровони Б.Х. Холати саломатии ронандагони воситаи нақлиёти мусофирбар ҳангоми фаъолият дар шароити шаҳрҳои калон /Б.Х., Нушеровони, А.Б. Бабаев// Авчи Зухал, № 3 2020. С. 116-119
4. Бурабаева АА. Состояние теплового обмена и теплового баланса буровщиков колонкового бурения скважин в тёплый период года при производственной деятельности в высокогорье. *Наука и новые технологии*. 2010;3:129-131.
5. Сувидова ТА., Олещенко АМ., Кислицына ВВ. Гигиеническая оценка условий труда и профессиональной заболеваемости работников автотранспортных предприятий. *Медицина труда и промышленная экология*. 2018;6:4-6.
6. Нушеровони Б.Х. Таъсири шароити меҳнат ба ҳолати саломатии ронандагони нақлиёти автомобили мусофиркаш. Авчи Зухал, №2 2020. С. 92-98
7. Афанасьева РФ., Бессонова НА., Бурмистрова ОВ. Производственный микроклимат. Итоги и перспективы исследований. *Медицина труда и промышленная экология*. 2013;6:30-35.
8. Жидебай ЖТ. Физиолого-гигиеническая характеристика труда автомобилистов. *Наука и новые технологии*. 2009;1-2:292-294.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕПЛОВОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА ВОДИТЕЛЕЙ ПАССАЖИРСКОГО АВТОТРАНСПОРТА ПРИ РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

Нушеровони Б.Х.

Кафедра гигиены и экологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Аннотация. В статье предоставлены исследование параметров микроклимата рабочих мест, тепловое состояние организма водителей пассажирского автотранспорта при работе в разные сезоны года в динамике рабочей смены в условиях жаркого климата города Душанбе. При этом проводились исследования температуры, влажности и скорости движения воздуха на рабочих местах водителей, температуры тела, сред-

невзвешенной температуры поверхности тела, количество общих влагопотерь и теплоощущения водителей пассажирского автотранспорта 4 раза за смену: до начала смены, перед обеденным перерывом, после обеденного перерыва и в конце рабочей смены.

Ключевые слова: Температура тела, кожа, температурный градиент, влагопотеря, теплоощущения.

SOME FEATURES OF THE THERMAL STATE OF THE ORGANISM OF PASSENGER TRANSPORT DRIVERS WHEN OPERATING IN A HOT CLIMATE

Nushervoni B.H.

Department of Hygiene and Ecology, Avicenna TSMU

Annotation. The article provides a study of the parameters of the microclimate of workplaces, the thermal state of the body of drivers of passenger vehicles during work in

different seasons of the year in the dynamics of the work shift in the hot climate of the city of Dushanbe. At the same time, the study of temperature, humidity and air speed at the

workplaces of drivers, body temperature, weighted average body surface temperature, the amount of total moisture loss and heat sensation of drivers of passenger vehicles was carried out 4 times per shift: before the start of the shift,

before lunch breaks, after lunch break and at end of the work shift.

Keywords: Body and skin temperature, temperature gradient, moisture loss, heat sensation, heart rate, blood pressure.

Нушеровони Билоли Халилиён, Ассистенти кафедраи беҳдошт ва экологияи ДДТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, х.иёбони. Рӯдакӣ, 139, Тел: (+992) 985020129, Email: nbilol@inbox.ru

Нушеровони Билоли Халилиён, ассистент кафедри гигиены и экологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Тел: (+992) 985020129, E-mail: nbilol@inbox.ru

Nushervoni Biloli Khaliliyon, assistant of the Department of Hygiene and Ecology, Avicenna TSMU, Phone: (+992) 985020129, E-mail: nbilol@inbox.ru

ҶАНБАҲОИ ТИББИЮ БЕҲДОШТИИ СИФАТИ ЗИНДАГИИ ПИРОНСОЛОН ДАР ТОҶИКИСТОН

Шарипов С.Ф.,¹ Хайров Ҳ.С.¹, Юсуфзода П.А.²

Кафедраи беҳдошти муҳити зист (мудирӣ кафедра д.и.т., Ҳ.С.Хайров), 2. Кафедраи НТЧ ва омори тиббӣ бо курси таърихи тибби МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

Муҳиммият. Дар аксари кишварҳои пешрафта мутахассисони соҳаи тандурустии ҷамъиятӣ афзоиши сохтори синну соли аҳолиро дар таносуби одамони калонсол қайд мекунанд [1,2]. Дар давраи муосири дигаргуниҳои сохторӣ ва иқтисодии ҷумҳурӣ, пиронсолон ба гурӯҳи осебпазири аҳоли табдил меёбанд, ки дар онҳо бад шудани вазъи саломатӣ, афзоиши маъҷубӣ ва паст шудани сифати зиндагӣ ба назар мерасад. Ҳамаи ин ҳолатҳои қайдшуда таҳияи чораҳои зарурӣ оид ба баланд бардоштани сифат ва дастрасии кӯмаки тиббию иҷтимоиро ба ин табақаи аҳоли талаб менамояд.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши сотсиологӣ вазъи саломатӣ ва сифати зиндагии пиронсолон дар Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқоти мазкур бо воситаи пурсишномаи махсус тартибдодашуда дар байни 340 нафар пиронсолони нафақагари синашон аз 60 то 74 сола гузаронида шуда буд. Аз байни пиронсолони пурсидашуда 236 нафар пиронсолони бекор буданд, ки синну соли миёнаи онҳо $72,1 \pm 7,2$ сол буд. 104 нафар пиронсолони нафақагир кор мекарданд, ки синну соли миёнаи онҳо назар ба пиронсолони бекор кам-

тар буд - $66,7 \pm 3,1$ сол буд. Барои омӯختани вазъи саломатӣ ва сифати зиндагии пиронсолон, пурсишномаи махсуси SF36, ки аз ҷониби ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ (ТУТ) тавсия шудааст, таҳия карда шуд, ки дар он зиёда аз 79 саволҳо будаанд [3, 4].

Натиҷаҳои ба даст овардашуда. Тибқи таснифи ТУТ, гурӯҳи синну солии пиронсолон чунин тақсим карда мешавад: аз 60 то 74 сола – солхӯрда, аз 75 то 89 - пиронсол, 90 сола ва калонтар - дарозумр. Давлат, ҳамчун двлаати ҷавон он вақт баҳисоб меравад, ки дар он ҳиссаи солхурдагони синашон аз 65 сола боло ба 4 % баробар бошад. Агар ҳиссаи пиронсолон ба 7% ё зиёдтар шавад давлат, ҳамчун давлати пиронсол баҳисоб меравад. (Ахбороти кумитаи экспертии ТУТ, 2009).

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба санаи 01.01.2015 сол ҳамагӣ 8,35 миллион аҳоли ба қайд гирифта шудааст, ки дар байни онҳо 425 952 нафар аҳоли синашон аз 60 боло аст. Пиронсолони синашон аз 60 то 74 сола аз байни ҳамаи гурӯҳи пиронсолӣ бештар мебошанд ва хусусиятҳои иҷтимоию демографӣ онҳо дар ҷадвали 1 оварда шудаанд.



Ҷадвали 1.- Хусусиятҳои иҷтимоӣ демографии сокинони Ҷумҳурии Тоҷикистон ба 01.01.2015 сол

Номгӯи нишондодҳо	Шумораи умумӣ	Шумораи мутлақ %
Шумораи умумии аҳоли	8 352 000	100%
Шумораи аҳолии синашон аз 60 сол боло	425 952	5,1%
Шумораи солхӯрдагони синашон 60-74 сола	317 100	3,8%
Шумораи пиронсолони синашон 75-89 солаи	99 100	2,14%
Шумораи дарозумрон синашон 90 солаи ва болотар	5400	0,06%

Аз наатиҷаҳои бадаст овардаи тадқиқот муаян карда шуд, ки 16% пиронсолони пурсидашуда бе маълумоти ибтидоӣ буданд, 43% маълумоти миёнаи махсус ва 12% пирсолони пурсидашуда маълумоти олии доштаанд.

Ҳангоми муқоисаи пиронсолони коргар ва пиронсолони бекор маълум шуд, ки аксарияти пиронсолони бекор (89%), ин пирсолони бе маълумоти миёнаи ва танҳо (4%) пиронсолони бекор маълумоти олии доштанд. Микдори пиронсолони коргар (66%) ташкил дод, ки аз байни онҳо дорои маълумоти олии танҳо 29% пиронсолон буданд.

Ислоҳоти сохтории гузаронидашудаи солҳои охир, оиди таъмин намудани аҳоли бо нафақаи иҷтимоӣ дар ҷумҳуриямон ба таври дуруст ба роҳ монда шудааст, ки аксарияти пиронсолон (98%) нафақаи худро мунтазам ва бе ягон мушкили аз шӯъбаҳои бонки давлатии амонатгузории “Амонат-бонк” мегиранд. Синну соли нафақаи пи-ронсоли дар ҷумҳурӣ, барои мардон 63 ва барои занон 58 сол муқарар карда шудааст.

Барои рӯзгузаронӣ пиронсолоне, ки даромади кофӣ надоранд, аз имтиёзҳои иҷтимоӣ, интиқоли пули хешовандон, кӯмакҳои башардӯстона, фурӯши ашёи хона ва маҳсулоти дар хона парваришёфта ва инчунин кам истеъмоли намудани ғизо-ро истифода мебаранд. Тақрибан дар 30% оилаҳои пиронсолон як ё ду аъзои оила дар муҳоҷирати меҳнати қарор доранд, ва ба оилаҳои маблағҳои пулӣ интиқол медиҳанд.

Сеяки пиронсолон (32%) бо ҳамсар, 18% - танҳо, 47% - бо ҳамсар ва фарзандон, 3% - бо фарзандон ҳамсар ва дигар хешовандон зиндагонӣ мекарданд.

Шумораи зиёди нафақахӯроне, ки истиқоматкунандагони шахр ҳастанд (22%) танҳо зиндагонӣ мекарданд, бо оилаи пурра танҳо 16% пирсолон зиндагӣ мекарданд. Дар деҳот бошад баръакс, дар 90% ҳолатҳо пиронсолон бо ҳамсар ва фарзандон зиндагонӣ мекарданд. Зиндагии танҳои дар байни 10% пиронсолон бақайд гирифта шудааст.

Тақрибан 10% пиронсолон даромади худро аз ҳадди ақали рӯзгор каме баландтар, 34% - дар сатҳи миёна, 66% - камтар аз ҳадди ақали рӯзгор арзёбӣ карданд. Вазъи молиявии пиронсолони шахр нисбат ба пиронсолони деҳот то андозае баландтар аст. Харочоти миёнаи хонаводаҳо дар деҳот, ки дар он шахси пиронсол зиндагонӣ мекунад 428 сомонӣ (тақрибан 40 доллари ИМА) -ро ташкил медиҳад. Ин хароҷот барои хариди ғизо, доруворӣ, табобат, хизматрасонии коммуналӣ ва хароҷоти таҳсили кӯдакон сарф шудааст. Хароҷоти аз ҳама калоне, ки мусоҳибон зикр кардаанд, ба маросими дафн, тӯйҳо ва ҳузури шахси бемор дар оилаҳои онҳо марбут аст. Барои таъмир ва нигоҳдории хона дар як соли охир пул сарф нашудааст.

Бештари хонаводаҳо ба ҳисоби миёна 8 сотик замин доранд (1 сотик = 10 метри мураббаъ), ки барои парвариши дарахтони мевадиханда (зардолу ва себ), парвариши сабзавот барои истеъмоли ва фуруши шахсӣ ё хӯроки чорво истифода мешаванд. Маҳсулотҳои ғалладонагӣ, гандум ва ярмаҳо ба андозаи камтар парвариш карда мешавад. Қариб 80% оилаҳо чорво ва / ё парранда доранд. Аксари онҳо маҳсулоти шириро барои истеъмоли шахсӣ ва каме онҳоро барои фуруш истеҳсол меку-нанд.

Харочоти миёнаи хонаводаҳои шаҳрҳо, ки дар онҳо пиронсолон зиндагонӣ мекунанд 524 сомонӣ (49 доллар) -ро ташкил додааст. Ин харочот барои хӯрок, доруворӣ, табобат ва хизматрасонии коммуналӣ масраф шудааст. Харочоти аҳама калоне, ки мусоҳибон қайд карданд, табобат, маросими дафн ва тӯйҳо буданд. Барои нақлиёти ҷамъиятӣ, таъмир ва нигоҳдории хона / манзил маблағ ночиз сарф шудааст.

Оид ба масъалаҳои фаъолияти касби таҳво мусоҳибоне, ки дар ягон ташкилот кор ва фаъолият доштанд посух доданд. Зиёда аз нисфи нафақахӯрони пурсидашуда (61%) чунин мешуморанд, ки кор ба саломатии онҳо таъсир намерасонад, 17% коргарон таъсири мусбати корро ба саломатии худ қайд карданд, 9% боварӣ доштанд, ки кор ба онҳо таъсири манфӣ мерасонад ва 13% ба ҷавоб додан мушкили кашиданд.

Ба гуфтаи 73% пурсидашудагон, сабаби асосии идома додани фаъолияти меҳнатӣ - нафақаи паст мебошад. Ҳамзамон, панҷаки пиронсолони пурсидашуда (19%) изофаи вақти холиро сабаби асосӣ номиданд. Тақрибан 8% пиронсолон гуфтаанд, ки кор карданро дӯст медоранд.

Ба соволҳои оиди рӯзи таҳво пиронсолони бекор ҷавоб додаанд. Дар деҳот, тақрибан дар аҳама оилаҳо пиронсолон хеле барвақт меҳезанд, баъзеи онҳо рӯзи худро бо намоз оғоз мекунанд. Пас аз намоз агар оила ҷорво дошта бошад пиронсолон барои нигоҳубини ҷорво мераванд.

Шомро пиронсолони деҳот дар хона бо оилаи худ дар гирди наберагон мегузаронанд, хӯроки шомро барвақт меҳӯранд ва хоб мераванд. Дар сурати мавҷуд будани барқ онҳо аз соати 19:00 то 20:00 телевизор тамошо мекунанд.

Дар шаҳрҳо зиндагии пиронсолон таҳво аст. Кори асосии пиронсолон тамошои телевизор аст, ки онҳо тамоми рӯз бо он машғуланд. Кори хонагӣ асосан субҳанҷом дода мешавад ва аксари пиронсолон баъд аз зӯҳр истироҳат мекунанд. Онҳо кам ба бозор мераванд, зеро аз се ду ҳиссаи ҳолатҳо харидхоро аъзои дигари

оила ё ҳамсоягонашон иҷро мекунанд.

Бештари пиронсолон, тақрибан 60% саломатии худро на он қадар хуб, 28% хуб ва 12% саломатии худро бад арзёбӣ карданд. Аз рӯи ин масъала, фарқи байни нафақахӯрони коргар ва бекор муайян карда шуд. Дар гурӯҳи одамони коргар бештар одамоне буданд, ки саломатии худро бад арзёбӣ карданд: на он қадар хуб - 63%, бад - 21% ва таҳво 16% посухи хуб доданд. Дар гурӯҳи пиронсолони коргар таҳво 6% вазъи саломатии худро бад арзёбӣ карданд, 37% вазъи саломатии онҳо бад буд, қисми назарраси пурсидашудагон - 57% саломатии худро хуб ҳисобиданд.

Ин арзёбӣ ба мавҷудияти бемориҳои музмини системаҳои нафаскашӣ, дилу рағҳо, мушакҳо ва рӯдаю меъда дар байни мусоҳибон асос ёфтааст. 13% пиронсолон қайд карданд, ки бемор нашудаанд. Дар байни нафақахӯроне, ки кор мекунанд, одамоне ҳастанд, ки бемор нестанд - 36% нисбат ба 13% одамони пиронсолони бекор.

Дай ҷои аввал дар байни пиронсолон бемориҳои системаҳои дилу рағ ва дар ҷои дуввум бемориҳои олҳҳои нафас бақайд гирифта мешавад. Дар ҷои сеюм бемориҳои системаи пешоб ва ҷои ҷорумро бемориҳои рӯдаю меъда ва системаи асаб тақсим карданд. Дар ҷои панҷум бемориҳои системаи устухон ва мушакҳо буданд. Сеяки пурсидашудагон (34%) бо як диагноз бемори доштанд, боқимонда аз ду то ҳафт беморӣ доранд.

Пиронсолон ба чунин табибон бештар муроҷиат кардаанд ва ба онҳо бештар ниёз доранд: терапевт (88%), табиби асаб (21%) ва уролог (20%). Табобати статсионариро 37% пурсидашудагон гирифтанд, 39% дар якҷанд сол як маротиба, 16% - 1-2 маротиба дар як сол, 2% - 3-4 маротиба дар як сол табобати статсионариро мегиранд. Пиронсолони коргар назар ба пиронсолони бекор камтар дар беморхона бистарӣ буданд, 43% дар беморхона тамоман табобат нагирифтанд, дар ҷанд сол як маротиба - 25%, соле 1-2 маротиба - 3%.

Сабабҳои асосии, ки пиронсолон дар



беморхонаҳо бистари шуда буданд, бемориҳои системаи нафас ва дилу рағҳо (61%), бемориҳои системаи асаб (23%) ва бемориҳои рӯдаю меъда (21%) мебошад.

Хулоса. Дар Тоҷикистон ҳиссаи шахсон аз 60-сола боло то 1 –уми январи соли 2015-ум 5,1%-ро ташкил медиҳад. Ислоҳоти сохторӣ, ки дар кишвар гузаронида шуданд, фаъолияти системаи нафақаро таъмин намуданд, ки бештари пиронсолон (98%) нафақаи худро сари вақт ва ба осонӣ мегиранд. Тақрибан 10% пиронсолон даромади худро аз ҳадди ақали зиндагӣ каме баландтар, 34% - дар сатҳи миёна, 66% - каме камтар аз ҳадди ақали рӯзгор арзёбӣ карданд. Харочоти аз ҳама калоне, ки пиронсолон зикр кардаанд, ба маросими дафн, тӯйҳо ва ҳузури шахси бемор дар оилаҳои онҳо марбут аст. Таҳқиқоти сотсиологии гузаронидашуда хусусиятҳои

умумии ҳолати субъективии саломатии пиронсолонро ошкор кард. Зиёда аз 60%-и пиронсолон саломатии худро на он қадар хуб, 12% вазъи саломатии худро бад ва танҳо 28% саломатии худро хуб арзёбӣ карданд. Бемориҳои системаи дилу рағ ва нафас бештар дар байни пиронсолон ба назар мерасиданд. Баъд аз ҳама бемориҳои системаи пешоб, ҷои ҷорумро бемориҳои рӯдаи меъда ва системаи асаб тақсим карданд. Дар ҷои панҷум бемориҳои системаи мушаку устухон буданд. Сеяки пурсидашудагон (34%) бо як ташхис бемори доштанд, боқимонда аз ду то ҳафт беморӣ доранд. Оқибатҳои пиршавии аҳоли дар ҷумҳурии метавонанд ба равандҳои марбут ба рушди иҷтимоии ҷомеа ва зарурати зиёд намудани хизматрасонии иҷтимоӣ ва тиббӣ ба ин тоифаи одамон таъсир расонанд.

Адабиёт.

1. Галецкая Р.А. Демографическое развитие России в первой четверти XXI века и задачи усиления социальной поддержки населения / Р.А. Галецкая // Проблемы прогнозирования. – 2011. – № 6. – С. 120-131.
2. Денлап Рели Э. Здоровье планеты. Социологическое исследование. / Р.Э. Денлап. – 1992. - №12. – 11-32.
3. Девятко И. Методы социологического исследования. / И. Девятко - М.: Книжный дом «Университет», 2002. – 296 с.
4. Кожевникова Н.И. Демографическое развитие России: современный вектор / Н.И. Кожевникова // Россия и современный мир. – 2012. – № 4. – С. 83-94.

СОЦИАЛЬНО ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Шарипов, С.Ф.¹ Хайров Х.С.,¹ Юсуфзода П.А.²

Кафедры гигиены окружающей среды, кафедры ОЗ и медицинская статистика с курсом история медицины ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”

В статье приведены данные проведенного социологического исследования социально-гигиенических аспектов качества жизни и состояния здоровья пожилых людей Республики Таджикистан. Были исследованы условия жизни, образ жизни, режим дня и трудовая деятельность пожилых людей Республики Таджикистан. Так же были проана-

лизированы расходы пожилых людей на покупку продуктов питания, лекарственных препаратов, лечение в стационаре и похороны.

Ключевые слова: пожилые люди, пенсионеры, питание, образ жизни, работающие пенсионеры, качество жизни, заболеваемость.

SOCIO-HYGIENIC ASPECTS OF THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PEOPLE OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

S.F. Sharipov, Kh.S. Khairov, Yusufzoda P.A.

Department of Environmental Hygiene SEI "Avicenna TSMU"

The article presents data from a sociological study of social and hygienic aspects of the quality of life and health status of elderly people in the Republic of Tajikistan. The living conditions, lifestyle, regime for and labor activity of elderly people of the Republic of

Tajikistan were investigated. We also analyzed the costs of older people for the purchase of food, medicines, hospital treatment and funeral.

Key words: elderly people, pensioners, food, lifestyle, working pensioners, quality of life, morbidity.

Шарипов Солеҳ Фаридунович, муаллими калони кафедраи беҳдошти муҳити зисти МДТ "ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино". E-mail: soleh.sharipov@gmail.com, Тел: 907 83 11 33

Хайров Хотамбек Сайфидинович, д.и.т., мудири кафедраи беҳдошти муҳити зисти ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. Тел: (+992) 900908118, E-mail: 18@tajmedun.tj

Юсуфзода Парвиз Абдулло, кафедраи НТЧ ва омори тиббӣ бо курси таърихи тибби МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Шарипов Солеҳ Фаридунович, старший преподаватель кафедры гигиены окружающей среды ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино". E-mail: soleh.sharipov@gmail.com, Тел: 907 83 11 33

Хайров Хотамбек Сайфидинович, д.м.н, заведующей кофедрой гигиены окружающей среды ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Тел: (+992) 900908118, E-mail: 18@tajmedun.tj

Юсуфзода Парвиз Абдулло, кафедра ООЗ и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Sharipov Soleh Faridunivich, senior lecture at the Enviromental health department SEI "Avecenna Tajik State Medical University". E-mail: soleh.sharipov@gmail.com, Tel: 907 83 11 33

Khayrov Hotambek Sayfidinovich, d.m.s., head of the department of environmental hygiene Avicenna TSMU. Тел: (+992) 900908118, E-mail: 18@tajmedun.tj

Yusufzoda Parviz Abdullo², Department of Public Health and Medical Statistics with a course in the history of medicine, SEI TSMU named after Abuali ibn Sino



ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

АЗ ТАЪРИХИ ОМУЪЗИШИ БЕМОРИҲОИ ЗУХРАВӢ ВА РУШДИ ХАДАМОТИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГӢ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Ахмедов А., 1Қосимов О.И., 2Саидзода Б.И. 3

1.МДТ “Донишқадаи тиббӣ - иҷтимоии Тоҷикистон”; 2. Кафедраи дерматовенерология бо курси косметологияи МДТ “Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”; 3. Кафедраи дерматовенерологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ».

Хадамоти дерматовенерологиро яке аз қадимтарин соҳаҳои тиб мешуморанд. Марҳилаи аввали рушди он ба зиёда аз 3000 сол пеш аз милод рост меояд. Хадамоти дерматовенерологӣ, ки вазифаи асосии он ташкили мубориза бар зидди паҳншавии бемориҳои зуҳравӣ ва сироятии пӯст мебошад, ба навъҳои аз ҷиҳати иҷтимоӣ аҳамиятноки ёрии тиббӣ тааллуқ дорад [1-6].

Бемориҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда, ки ба онҳо оташак, сӯзок, шанкри мулоим, лимфогрануломаи зуҳравӣ, донованоз ва трихомониаз дохил мегарданд, таваҷҷӯҳи табибон ва муҳаққиқонро ҳанӯз аз замонҳои қадим ба худ ҷалб карда буданд [2, 4, 5, 7-12]. Аз хусуси бемориҳои зуҳравӣ дар китоби муқаддаси Инҷил, асарҳои табиби барҷастаи Юнони қадим, файласуф Ҳиппократ (асрҳои 4 - 3 пеш аз милод), табиби руми қадим Гален (асри 1 милодӣ), олими барҷаста, табиб, файласуфи миёна Асрҳо Абӯалӣ ибни Сино (9-10 с.), асарҳои олими форс Ар-Розӣ (9 с.) ва дигарон ёдовар гаштаанд. Ҳангоми кофтукови Помпей бугҳои металлие ёфт шуданд, ки аз асри 1 гувоҳӣ медиҳанд ва аз рӯи онҳо тахмин кардан мумкин аст, ки дар Рум ҳанӯз дар ҳамаи замон як беморие маълум буд, ки нишонаҳояш ба сӯзок монанд буданд. Аллакай дар он айём, баъзе мушқилиҳои сӯзок (тангии пешоб) бо ҷунин бугҳо табобат карда мешуданд. Табобати варами мойдонҳо аз ҷониби Марселлус Эмпирикус (асри 4 -и мелодӣ) нишон дода шудааст. Тавсифи нишонаҳои сӯзокро дар осори Ар-Розӣ (асри 9), Ибни Сино (асри 9-10), Месуе (асри 10), намояндагони мактаби Салернӣ - Рочер ва Ланфранка (Рочер, асри 12, Ланфранка, асри 13) дарёфт кардан мумкин аст. Вилгелм Саликота дар

асри 13 захми узвҳои таносулро возеҳтар тавсиф кардааст. Guy de Chauliac дар асри 14 ва Валескус (Valescus, асри 16) нишонаҳои сӯзок ва интиқоли онро бо роҳи алоқаи ҷинсӣ муфассал тавсиф кардаанд. Дар соли 1162, устуқи Винчестер қабули меҳмононро ба ғоҳишахонаҳои Лондон ба заноне, ки “ягон бемории ба сӯзок монанд” доштанд, манъ кард. Подшоҳи ҳарду Ситилия Иохани I дар соли 1347 таъхиси профилактикии занони дар ғоҳишахонаҳо хизматгорро роҳандозӣ намуд [2, 3, 5-12].

Оташак (сифилис) дар охири асрҳои 15 ва ибтидои асри 16 шакли пандемияро гирифт. Ба гуфтаи муҳаққиқони зиёд, онро маллоҳони Христофор Колумб аз Амрико ба Аврупо овардаанд. Баъзе муаллифон боварӣ доранд, ки оташак дар Дунёи қадим вучуд дошт, аммо эътироф нашуда буд. Инчунин, тахмин вучуд дорад, ки оташак ба дигар кишварҳо аз қитъаи Африқо оварда шудааст.

Оташак бори аввал дар Испания ва Италия (соли 1494), дар Фаронса, Дания, Швейтсария, Нидерландия, Олмон - соли 1496, дар Англия - соли 1497, дар Лахистон - соли 1495 ба таври муфассал тавсиф карда шуда, аз он ҷойҳо ин беморӣ баъдтар ба Русия паҳн шуд [2, 3, 4, 7, 10, 11].

Табибони он давра Куманус (M. Cumanus, 1495), Бенедикт (A. Benedictus, 1510), де Виго (G. di Vigo, 1514), Гуттен (U. von Hutten, 1519), Фернел (J. Fernel, 1548) ва дигарон оташакро аз сӯзок ва захмиҳои оддии зуҳравӣ ба таври возеҳ фарқ мекарданд. Торелла (G. Torella, 1497) ба қариб зичшудаи сифиломаи ибтидоӣ ишора кардааст. Грунпек (J. Grunpeck, 1496) давраҳои ниҳонии оташакро тавсиф кардааст. Браса-

вола (А.М. Brasavola, 1551) gonorrhea veras. Syphilitica ва gonorrhea nonvera-ро фарқ мекард. Г.Фаллоптий (1564) байни gonorrhea gallica (оташак) ва gonorrhea pongallica (сӯзок) фарқ мегузошт. Вай инчунин, қайд кардааст, ки дар қисмати қадкашак “фасоде, ки Ҳиппократ аллақай медонист, ба бемории галикӣ хос нест, ки он омосҳоеро дар қадкашак ба вучуд меорад, ки ба пешиниён маълум набуданд”.

Аммо дере нагузашта сӯзокро оташаки (сифилиси) мураккаб мешуморидагӣ шуданд. Велла (Vella, 1508) боварӣ дошт, ки оташак ва дигар захмҳои зухравӣ аз як “сироят” ба вучуд меоянд, ки вобаста ба доираи фаъолиятшон дар баъзе одамон танҳо дар шакли осеби маҳдуд ва дар баъзеи дигар дар шакли бемориҳои умумӣ зоҳир мегарданд. Ин ба таълимоти унитарӣ асос гузошт, ки ҳамчун догмаи илмӣ тақрибан то аввали асри 19 боқӣ монд. Ба ин нуктаи назар А. Паре (асри 16) ва Параселс (1529), ки аввалин шуда оташаки модарзодро муфассал тавсиф намудаанд, пайравӣ карданд. Дейдиер (A. Deidier, 1723) чунин тахмин пешниҳод кард, ки “лоғарии зухравӣ” аз сабаби кирмҳои микроскопӣ ба вучуд омадааст. Ч. Аструк рисолаи “De morbis venereis libri sex” (1736) -ро нашр кард, ки дар он тамоми осори оид ба оташак, ки то он замон нашр шуда буданд, шарҳ дода шудааст. Вай пешниҳод кард, ки захри оташак дар бадан тавассути гардиши хун паҳн мешавад ва ҳамзамон, кӯшиш намуд, ки байни оташак ва сӯзок фарқ гузорад [3, 4, 6, 12-15].

Г. Ван Свутен (1758) клиникаи оташаки гирифташударо тавсиф кард ва Кокберн (W. Cockburn, 1713), Ф. Балфур (1767), Белл (B. Bell, 1793) ва Тод (J.C. Tode, 1794) чунин ҳисобиданд, ки оташак ва сӯзок бемориҳои гуногун мебошанд. Белл аввалин шуда як шанкри сахтро дар пешоброҳа тавсиф кард. Д. Гюнтер (1786) байни шанкрҳои мулоим ва сахтро ба таври возеҳ фарқ гузошт ва тахмин намуд, ки оташак ва сӯзок маҳсули як беморӣ мебошанд.

Сведиор (F.X. Swediaur, 1801) истилоҳи “бленорея” -ро ҷорӣ кард. Вай сӯзокро сирояткунанда намеҳисобид, зеро ба бовари

ӯ, он метавонад дар натиҷаи ворид кардани аммиак ба пешоброҳа ба вучуд ояд. Дар Олмон Аутенрит (J.H.F. Autenrieth, 1819), Риттер (Риттер, 1819), Эйзенманн (Eisenmann, 1830) ва дигарон фарқи байни оташак ва сӯзокро эътироф кардаанд, аммо сӯзокро як бемории конституционалӣ (“lues gonorrhoeica”) эътироф намуданд.

Мактаби физиологии Ф. Бруссе умуман мавҷудияти “захри зухравӣ” -ро рад кард. Сироят бо сӯзокро Карон (J.Ch.F. Caron, 1762), Деверги (M.G.A. Devergie, 1836), Рикорд (Ph. Ricord, 1838) ва дигарон рад карданд.

Ба онҳо Ролле (J.P. Rollet, 1860, 1861), Диде (P. Diday, 1858) ва Ернандес (J.F. Hernandez, 1812) муҳолифат карданд, ки дар 17 маҳкумшуда сӯзокро ба вучуд оварда, онҳоро дар зерӣ халтаи пешобии чирки беморони сӯзок нигоҳ доштанд ва ин озмоиши ғайри қобили қабул исбот кард, ки сӯзок ба одам сироят мекунад.

А. Нейсер, ки аввалин шуда дар соли 1879 дар ҷаҳон аввалин омили ангебандаи мушаххаси сӯзок - гонококкро кашф ва тавсиф кард, дар таълимоти бемориҳои зухравӣ саҳми калон гузошт ва Э. Бумм (1885) ҳосили тозаи гонококкро ҷудо кард. Танҳо пас аз ин сироятнокии сӯзок исбот карда шуд [2, 3, 5, 7, 10, 12].

Соли 1836 А. Донн трихомонасро ҳангоми вулвовагинит пайдо кард. Саймон (A. Simon, 1830, 1831) қайд кард, ки на ҳама захмҳои узвҳои таносул ҳатман ба “доғҳои конституционалӣ” оварда мерасонанд. Пас аз он исбот карда шуд, ки сабаби илтиҳоби захми узвҳои таносул, ба ғайр аз оташак, шанкр, лимфогрануломаи зухравӣ, донованоз, баъзан сӯзок ва трихомониаз буда метавонанд.

Дар таърихи рушди венерология 2 таълимот мавҷуд аст: унитаристҳо ва дуалистҳо. Муҳаққиқоне, ки оташакро ҳамчун зухуроти ҳама бемориҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда мешуморанд, унитарӣ буданд. Намояндаи барҷастаи ин фаҳмиш олими машҳури англис Гентер буд, ки соли 1767 бо роҳи ворид кардани маводи сироятӣ аз беморони гирифтори сӯзок ба пешоброҳаи



мард таҷриба гузаронид, ки пас аз муддате ихроҷ ва сипас шанкри сахт пайдо шуд. Дар ин ҳолати мушаххас, маълум гардид, ки ба иштибоҳи калон роҳ дода шудааст, зеро мавод аз як беморе гирифта шуда буд, ки дар як вақт гирифтори ҳам сӯзок ва ҳам оташак буд. Гарчанде ки доктринаи унитарӣ хато буд, он то ибтидои асри 20 ҳукмфармо гардид. Намояндаи барҷастаи таълимоти дуалистҳо венерологи фаронсавӣ Ф. Рикорд буд. Ӯ талқин мекард, ки оташак ва сӯзок бемориҳои гуногун ва мустақиланд. Дар давоми шаш сол ӯ сироятёбии оммавии маҳбусонро, ки ба марг маҳкум шуда буданд, гузаронд. Тақрибан 700 нафар бо оташак, 667 – бо сӯзок бемор шуданд ва ҳамин тариқ ӯ шуҳрати таърихӣ пайдо кард [2, 3, 4, 5, 6, 10, 12].

Венерологияи илмӣ дар Русия дар нимаи дуоми асри 19 ташаккул ёфтааст. В.М. Тарновский - профессори Академияи тиббӣ-ҷарроҳии Петербург аст. Маҳз ӯ, соли 1871, аввалин шуда сифилидологияро аз ҷараёни ҷарроҳӣ ба як фанни мустақили алоҳида ҷудо карда буд. Соли 1885 ӯ Ҷамъияти сифилидологӣ ва дерматологияи Русро ташкил кард, ки аввалин ҷамъияти илмӣ дерматовенерологҳо дар Аврупо буд [13, 14, 16-22].

Дар ҳудуди Осиёи Миёна пеш аз ҳамоҳанс шудан ба Русия (нимаи дуоми асри 19) ягон муассисаи табобатӣ ва фармасевтӣ, кормандони тиббӣ ва фармасевтӣ вучуд надоштанд [23-25]. Табобати беморон, аз ҷумла зухравӣ (ҳама шаклҳои оташак, сӯзок ва ғ.), дар дастҳои рӯҳониёни иртиҷоӣ, табибони сершумор, табибоне буд, ки маълумоти касбии тиббӣ надоштанд. Вазъияти бемориҳои аҳолии Осиёи Марказиро пеш аз ҳамоҳанс шуданаш ба Русия метавон танҳо бархе аз сарчашмаҳои адабии боқимонда баҳо дод. Ба онҳо навиштаҳои сайёҳони алоҳида ва мансабдорон, аз ҷумла табибоне, ки дар гузашта ба Осиёи Миёна (аморати Бухоро) сафар карда, ба мавҷудияти бемориҳои гуногуни ҷиддӣ таваҷҷӯҳ кардаанд, дохил мешаванд [23-25].

Ба гуфтаи Д.Н. Логофет (1911), дар аморати Бухоро сокинон бо табларза (вараҷа),

бемориҳои меъдаву рӯда, пендинка (лейшманиози пӯст), маҳав, чечак, ришта, гулоб, вабо, бемориҳои ҷашм, сил ва оташак сахт бемор буданд [5, 23-25]. Ба гуфтаи Л.Ф. Костенко (1880), пендинка дар вилояти Туркистон васеъ паҳн шуда буд. Паҳншавии ин ва дигар бемориҳои пӯст ва зухравӣ дар байни сокинон дар асарҳои А. Вомберг (1868), Л.Ф. Костенко (1871), Н. Ханников (1882), И. Яворский (1889) ва Д.Н. Логофета (1909, 1911) зикр гардидааст.

Аз хусуси сохтори бемориҳои ба қайд гирифташудаи аҳолии қаламрави имрӯзаи Тоҷикистон дар давраи пеш аз инқилоб аз рӯи баъзе маводе, ки аз беморхонаи бухорогии русӣ-туземии ноҳияи Хучанд (1910), ноҳияҳои Нов ва Хучанди уезди Хучанд (1909 - 1910) ба даст омадаанд, баҳо додан мумкин аст. Дар Бухоро ҳиссаи бемориҳои сироятӣ, аз ҷумла бемориҳои зухравӣ, дар гурӯҳи стационарӣ 43% ва амбулаторӣ 34% буд [23, 24, 25]. Ҳиссаи оташаки ибтидоӣ дар сохтори бемориҳои аҳолии Хучанд ва уезди Хучанд дар соли 1916, аз рӯи шумораи мурочиатҳо ба табибон ва фелдшерҳо, ба 100 ҳазор аҳоли 1,11%, оташаки такрорӣ - 0,13% ва оташак - 0,82% [23, 25].

Мувофиқи маълумоти Аверкиев (1905), дар сохтори беморшавии аҳолии Помир аз шумораи умумии беморони ба қайд гирифташуда беморони гирифтори бемориҳои пӯст 38,9%-ро ташкил медиҳанд. Оташак бемории маъмултарини сироятӣ дар Помир буда, ҳиссаи он дар сохтори умумии бемориҳои сироятӣ 31,9% -ро ташкил додааст [25].

Пас аз пайвастан ба Русия дар Осиёи Марказӣ баъзе муассисаҳои тиббӣ ва кормандони тиб пайдо шуданд, ки миқдор ва ҳаҷми кумакҳои онҳо хеле ночиз буданд. Дар ҳудуди Тоҷикистони кунунӣ дар шаҳри Хучанд танҳо як беморхонаи амбулаторӣ барои занону кӯдакони бумӣ мавҷуд буд, ки 29 сентябри соли 1886 кушода шуд. Беморони гирифтори оташак аз ҷониби табибони умумӣ ва фелдшерҳо табобат мегирифтанд. Дар байни 18640 нафар мизочони дар солҳои 1886 - 1893 ба қайд гирифташуда 5,7% беморони гирифтори оташак бу-

данд [26]. Аввалин муассисаи тиббӣ дар Аморати Бухоро беморхонаи русӣ -туземӣн ҳисобида мешавад, ки соли 1891 дар Бухоро кушода шуда буд ва дар он соли 1910 34 беморони гирифтори оташак (21 мард ва 13 зан) табобат мегирифтанд. Дар ҳамон сол, дар ин беморхона 2911 беморони зухравӣ ба таври амбулаторӣ қабул карда шудаанд [27].

Аз рузҳои аввали барпо гардидани Ҳокимияти Советӣ масъалаҳои муҳофизати саломатии аҳоли тадриҷан беҳтар шудан гирифтанд. Дар солҳои аввал, бинобар набудани кормандони тиббии маҳаллӣ, ёрии тиббӣ ба аҳоли аз ҷониби табибони ҳарбии қисмҳои Артиши Сурх, ки дар минтақаҳои мухталиф ҷойгир буданд, расонида мешуд.

Дар сохтори бемориҳои аҳоли ҳиссаи баландро бемориҳои меъдаву рӯда ва пӯст, асосан хоришак, экзема ва бемориҳои замбӯрӯғӣ, вараҷа ва трахома ишғол мекунанд. Таносуби бемории сил ва оташак, асосан шаклҳои модарзодии он, назаррас буд [3, 25, 26]. Тибқи маълумот дар бораи талабот ба ёрии тиббӣ, дар байни ҳама бемориҳо, бемориҳои пӯст дар ҷои аввал меистанд, шумораи бештари онҳо беморони гирифтори бемориҳои замбӯрӯғӣ, асосан фавус, лейшманиоз, пӯст, пиодерма буданд [3, 25, 26].

Аз рӯи ҳисоботи Комиссариати халқии тандурустии ҶШС Тоҷикистон солҳои 1925-1926 паҳншавии оташак дар байни аҳоли 3,1%-ро ташкил меод, дар баъзе минтақаҳо боз ҳам зиёдтар буд.

Аввалин муассисаи тиббии шаҳрвандии Ҷумҳурии Мухтори Шӯравии Сотсиалистии Тоҷикистон амбулаторияи амрози чашм буд, ки моҳи феввали соли 1925 дар Душанбе кушода шуд. Дар ҳамон сол он ба беморхонаи шаҳрӣ табдил дода шуд. Дар моҳи июни соли 1925, шумораи катҳо дар беморхона аз 8 ба 33 афзоиш ёфт, ки нӯҳ нафари онҳо барои табобати беморони терапевтӣ ва зухравӣ пешбинӣ шуда буданд [25].

Аввалин муассисаи дерматовенерологӣ дар ҷумҳурӣ соли 1926 дар шаҳри Душанбе, аз замони таъсиси аввалин клиникаи венерологӣ дар ҳайати амбулаторияи шаҳрӣ ба

кор шурӯъ кард. Бо қарори Шӯрои Комиссарони Халқии Ҷумҳурии Автономии Шӯравии Сотсиалистии Тоҷикистон аз 21.12.1927, протоколи №14, дар Душанбе як диспансери дерматовенерологӣ кушода шуд, ки соли 1928 ба диспансери пӯсту венерологии шаҳрӣ табдил дода шуд. Ин аввалин муассисаи махсусгардонидашудаи тиббии ҷумҳурӣ буд.

Дар соли 1929 дар ҳудуди ҷумҳурӣ аллакай 9 муассисаи дерматовенерологӣ фаъолият мекарданд: як диспансери пӯст ва 8 клиникаи пӯст дар чанд шаҳр (Хучанд, Конибодом, Уротеппа, Кӯлоб ва ғайра).

Солҳои 1930 бо рушди назарраси ҳадамоти нигоҳубини дерматовенерологӣ тавсиф мегардад. Соли 1931 диспансери пӯсту зухравии шаҳри Душанбе ба диспансери ҷумҳуриявии пӯсту зухравӣ табдил ёфт. Дар вилояти Суғд (Ленинобод) дерматовенерологҳо аз соли 1928 кор мекунанд. Дар шаҳри Хучанд соли 1931 шӯъбаи серологӣ ва соли 1932 - клиникаи пӯсту венерологӣ кушода шуд. Дар Конибодом, Истаравшан, Исфара, Панҷакент ва дар як қатор ноҳияҳои дигар утокҳои пӯсту зухравӣ, нуқтаҳо ва шӯъбаҳо кушода шуданд [3, 26, 27, 29]. Дар вилояти Хатлон (вилоятҳои Кӯлоб ва Қўрғонтеппа муттаҳид карда шуда буданд), утокҳои махсуси дерматовенерологӣ ташкил карда шуданд. Соли 1930 дар шаҳри Кӯлоб дармонгоҳи пӯст ва зухравӣ кушода шуд. Дар ВМКБ, дар заминаи Поликлиникаи вилоятӣ шаҳри Хоруғ, соли 1938 бори аввал кабинети пӯстшинос кушода шуд.

То соли 1940 дар ҷумҳурӣ 22 муассисаи нигоҳубини пӯст, аз ҷумла 3 диспансер (дар шаҳрҳои Душанбе, Хучанд ва Кӯлоб) ва 18 клиникаи нигоҳубини пӯст дар марказҳои вилоятҳо: Қўрғонтеппа, Ҳисор, Шаҳринав, Ромит, Кўктош, Мўминобод, Арал, Шахртуз, Панҷ, Фарм, Ҷиргатол, Панҷакент, Ашт, Мастҷох, Исфара, Пролетар, Захматобод (Айнии ҳозира) ва дар шаҳри Хоруғ фаъолият доштанд. Дар ин солҳо мутахассисони баландпояи пӯсту зухравӣ, лаборантҳо ва ҳамшираҳои шафқат тайёр карда шуданд [2, 3, 6, 27-30].



Аввалин шӯъбаи статсионарии диспансери пӯсти доруворӣ бо 26 кат соли 1933 дар Хучанд, сипас соли 1935 бо 20 кат дар Душанбе кушода шуд. Охири соли 1935 дар Душанбе беморхонаи бемориҳои занбӯруғии дорои 50 кат кушода шуд. Пеш аз огози Ҷанги Бузурги Ватанӣ дар ҷумҳурии шабакаи тараққикардаи муассисаҳои дерматовенерологӣ: 31 муассисаи махсусгардонидашудаи дорои 174 кат дар шаҳру вилоятҳо мавҷуд буд; то охири соли 1945 шумораи катҳои муассисаҳои дерматовенерологӣ ҷумҳурии ба 240 адад расонида шуд. Минбаъд иқтидори катҳои шӯъбаҳои дерматовенерологӣ ҷумҳурии афзоиш ёфта, дар миёнаҳои солҳои 80-ум 1740 катро ташкил дод, ки ин дар шароити беморхона таъбибат гирифтани беморонро пурра таъмин намуд. Дар аввали солҳои 90 -ум, бинобар хеле кам шудани шумораи беморони гирифтори бемориҳои узвҳои таносул ва пӯст, шумораи катҳои дерматологӣ дар ҷумҳурии то 1167 кат кам карда шуд [3, 25-30].

Таъминоти ҷумҳурии бо кадрҳои тиббии дорои ихтисоси олий ва миёна хеле афзуд. Охири соли 1939 дар пойтахти ҷумҳурии донишқадаи тиббӣ, баъдтар омӯзишгоҳи тиббӣ таъсис дода шуд, ки он дурнамои таъмини ҷумҳуриро бо табибон ва ҳамшираҳои шафқат барои оянда беҳтар намуд. Дар солҳои ҷанг, кушодани шабакаи беморхонаҳои эвакуатсионӣ на танҳо ба қисман маҳдуд кардани шабакаи тиббӣ, ки барои расонидани ҳадамоти тиббӣ ба аҳолии осоишта пешбинӣ шуда буд, мусоидат накард, балки баръакс, афзоиши муайяни онҳоро ҳамроҳӣ кард. Аммо, аллакай дар соли 1943, эвакуатсияшудагон ба ҷумҳуриҳои озодшуда баргаштанд ва шумораи кормандони тиббӣ, пеш аз ҳама табибон, коҳиш ёфтанд [25]. Аввалин хатмҳои духтурони Донишқадаи тиббии Сталинобод, ки солҳои 1943-45 сурат гирифтанд, ба кам шудани шумораи духтурон таъсир нарасонд, зеро қисми зиёди хатмкунандагон ба фронт рафтанд. Дар натиҷа, то соли 1945, вақте ки дар солҳои ҷанг афзоиши муайяни шабакаи муассисаҳои тиббӣ ба даст омад, шумораи духтурон ва ҳамшираҳои шафқат на танҳо зиёд

нашуд, балки баръакс кам шуд [25, 28, 30].

Дар давраи баъдичангӣ ва солҳои 50-60 хидмати дерматовенерологӣ Тоҷикистон боз ҳам рушд кард. Дар аксари шаҳру ноҳияҳо шӯъбаҳо, утокҳо ва диспансерҳои дорои беморхонаҳои калон ташкил карда шуданд [2, 3, 6, 27, 29]. Соли 1958 дар шаҳри Кургонтёппа диспансери дерматовенерологӣ кушода шуд. Сохтори диспансерҳои минтақавӣ аз амбулатория (онҳо беморонро қабул мекарданд) ва шӯъбаи статсионарӣ иборат буданд. Илова бар ин, дар заминаи диспансер лаборатория ва шӯъбаи физиотерапия кор мекарданд. Баъдтар дар тамоми ноҳияҳо ва шаҳрҳои вилояти Хатлон шӯъбаҳои дерматовенерологӣ кушода шуданд [3, 6, 27, 28]. Соли 1955 дар шаҳри Хоруғ дар заминаи шӯъбаи бемориҳои сироятӣ беморхонаи вилоятӣ ду шӯъбаи бемориҳои пӯст кушода шуд. Соли 1966 дар шаҳри Хоруғ Диспансери минтақавӣ бемориҳои пӯст ва зухравӣ кушода шуд. Баъдтар дар тамоми минтақа утокҳои дерматологӣ кушода шуданд ва дар заминаи диспансер лаборатория ташкил карда шуд [3, 27, 29, 30]. Дар ноҳияҳои тобеи ҷумҳурии аввал утокҳои дерматовенерологӣ, сипас шӯъбаҳои пӯст кушода шуданд. Дар шаҳри Турсунзода (Регар) соли 1948 беморхонаи дерматовенерологӣ, соли 1949 дар шаҳри Вахдат (собиқ Орҷоникидзеобод) ва дар соли 1951 дар Ҳисор шӯъбаҳои дерматологӣ дертар дар дигар ноҳияҳо ва шаҳрҳо - клиникаҳои дерматологи кушода шуданд. дар асоси Беморхонаи марказии минтақавӣ [3, 6, 21, 27].

Дар шаҳри Душанбе, пойтахти Ҷумҳурии Тоҷикистон, соли 1970 як диспансери дерматовенерологӣ шаҳрӣ (ДДВШ) кушода шуд, ки шӯъбаи поликлиникӣ ва беморхонаи венерологиро дар бар мегирифт, ки аз 100 кат иборат буд. ДДВШ-и Душанбе ба аҳолии пойтахти ҷумҳурии ва минтақаҳои атрофи он хизмат мерасонд [27]. Миёнаи солҳои 70-ум дар ҷумҳурии 61 муассисаи дерматовенерологӣ, аз ҷумла 18 диспансер, 9 шӯъба ва 34 уток фаъолият мекарданд. Таъминоти кат бо ҳар 10 000 аҳоли 5 нафарро ташкил дод (ки нисбат ба ҳисоби миёнаи СССР 2 маротиба зиёдтар аст). Дар ҳада-

мот 143 табиби дерматовенеролог ва 25 духтури лаборатория кор мекарданд [3, 25-30].

Охири солҳои 80-ум, пас аз васеъ шудани баъзе диспансерҳои дерматовенерологӣ, 56 муассиса, аз ҷумла 16 диспансер, 9 шӯба ва 31 хучра ба аҳолии ҷумҳурии ёрии махсус мерасониданд. Дар таркиби онҳо лабораторияҳои серологӣ, 20 клиникаи ташхисӣ ва 6 бактериологӣ фаъолият мекарданд [3, 25-30]. Барои таълим додани донишҷӯён ва тайёр кардани мутахассисон дар заминаи Беморхонаи ҷумҳуриявӣ (баъдтар БКШ №1), соли 1941 кафедраи бемориҳои пӯст ва зухравии Донишкадаи давлатии тиббии Тоҷикистон таъсис дода шуд.

Ба омӯзиши ибтидоии тахассусӣ ва такмили ихтисоси табибони дерматовенеролог дар Тоҷикистон дар охири солҳои 40 -уми асри XX шуруъ намуданд. То охири солҳои 50-ум дерматовенерологҳои ҷумҳурии барои омӯзиши ихтисос ва такмили ихтисос ба дигар шахрҳои собиқ Иттиҳоди Шӯравӣ сафар мекарданд [3, 14, 25, 27]. Омӯзиши ибтидоӣ ва такмили ихтисоси табибони дерматовенеролог аз ибтидои солҳои 60-ум дар кафедраи бемориҳои пӯст ва венерологии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» гузаронида мешавад. Дар ибтидои солҳои 70-ум дар заминаи Диспансери ҷумҳуриявии пӯсту венерологӣ барои тайёр кардани дерматовенерологҳо ихтисоси яксола (интернатура) ташкил карда шуд. Соли 1986 дар факултаи такмили ихтисоси табибони МДТ «Донишкадаи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» дар заминаи диспансери ҷумҳуриявии дерматовенерологӣ курси дерматовенерология кушода шуд [3, 25-30]. Кушодани пойгоҳҳои таълимӣ барои мутахассисон ба афзоиши назарраси шумораи табибони дерматовенерологӣ дар ҷумҳурии мусоидат намуд. Дар натиҷа, агар шумораи дерматовенерологҳо дар соли 1945 дар ҷумҳурии 20 нафар бошад, пас дар охири солҳои 80-ум он ба 182 нафар расид. Дерматовенерологҳои ҷумҳурии дар солҳои Шӯравӣ 2 рисолаи докторӣ ва 14 рисолаи номзадӣ ҳимоя карданд [3, 21, 23, 25-30]. Даҳаи аввали Истиклолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки ба солҳои 90-

уми асри XX рост омад, бо афзоиши назарраси бемориҳои БРАҶГ ва бемориҳои сироятии пӯст (хоришак, пиодерма, бемориҳои занбурӯғӣ) характернок буд. Ба ин омилҳои зиёде мусоидат карданд, пеш аз ҳама ҷанги шаҳрвандӣ, ки боиси бӯҳрони тӯлонии иқтисодӣ, муҳочирати васеи аҳоли ҳам дар дохил ва ҳам берун аз ҷумҳурии гардид, ки ба афзоиши бекорӣ, нашъамандӣ ва танфурӯшӣ мусоидат намуд. Бад шудани нишондиҳандаҳои саломатии аҳоли зери таъсири ду омил рух дод: якбора паст шудани вазъи иҷтимоию иқтисодии аксари аҳолии кишвар ва бад шудани ташкили хизматрасонии тиббӣ ба аҳоли, аз ҷумла хадамоти нигоҳубини дерматовенерологӣ, ки ба ин пеш аз ҳама, якбора кам шудани маблағгузорӣ ба соҳаи тандурустӣ сабаб гардид.

Дар ҳуди солҳои аввали истиқлолият, бинобар вазъи номусоиди эпидемиологӣ вобаста ба ВНМО / СПИД, қарорҳои Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон барои пешгирии паҳншавии ВНМО / СПИД, чанд санади стратегӣ, аз ҷумла Барномаи миллии пешгирӣ ва назорати ВНМО / СПИД дар Ҷумҳурии Тоҷикистон “ ба тасвиб расиданд. Бо мақсади амалӣ намудани қарорҳои Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон бо фармони № 97 аз 14 март соли 2003 оид ба муоина ва табобати беморони СБРАҶГ ва идоракунии синдроми онҳо қарор қабул намуд. Дар якҷоягӣ бо Хазионаи глобалӣ, бо дастгирии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли, дар солҳои 2000-ум дар саросари кишвар зиёда аз 450 нафар кормандони тиб оид ба пешбурди синдроми беморони СБРАҶГ омӯзонидани шуда, дар 45 шахру ноҳияҳои мамлакат барои муҳочирони меҳнатӣ ва шахсони гурӯҳи хатарзои ВНМО / СПИД утокҳои боварӣ кушода шуданд. Мутаассифона, то имрӯз хадамоти дерматовенерологии ҷумҳурии ташхиси ВИЧ / СПИД-ро бо усули ПЦР (реаксияи занҷираи полимеразӣ) муқаррар накардааст.

Дар Донишкадаи такмили ихтисоси кормандони тиббии Тоҷикистон (ДТИКТТ),



ки соли 1993 дар Душанбе таъсис ёфтааст, кафедраи дерматовенерология кушода шуд, ки ба бехтар шудани сатҳу сифати тайёр кардани мутахассисон ва такмили ихтисоси кормандони тиббии муассисаҳои дерматовенерологии ҷумҳурӣ мусоидат намуд. Дар соли 2015 дар кафедра курси косметологӣ кушода шуд, ки имкон дод омӯзиши табибон ва ҳамшираҳои шафқатро ба роҳ монад. [3, 21, 23, 25-30]. Дар тӯли солҳои истиқлолият зиёда аз 140 нафар мутахассисони ҷавон тайёр карда шуданд. Холо дар ҷумҳурӣ 245 нафар дерматовенерологҳо кор мекунанд, ки ин 80,8 фоизи барои вохидҳои кории мавҷуда заруриятро ташкил медиҳад. Дар хадамот 6 доктори илмҳои тиб ва беш аз 40 номзоди илмҳои тиб кор мекунанд, ки дар муқоиса ба давраи шӯравӣ 3 ва 2 маротиба зиёд аст. 220 нафар (89,7%) табибон категорияи тахассусӣ доранд, ки аз онҳо 79 (32,2%) оӣ, 89 (36,3%) яқум ва 52 (21,2%) дуюманд. 25 духтур аз сабаби нокифоя будани собиқаи корӣ (то 7 сол) категория надоранд. Ба 25 табиб нишони фахрии

«Аълоҷии тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» супорида шудааст. Охири солҳои 90-ум муассисаҳои дерматовенерологии ҷумҳурӣ ба марказҳои бемориҳои пӯст ва зухравӣ табдили ном карданд. Холо дар ҷумҳурӣ 57 муассисаҳои дерматовенерологӣ мавҷуданд: МҶКБДВ, МШКБДВ ш. Душанбе, ГҚБҚБ дар Душанбе, 3 Марказҳои вилоятии БДВ, 14 марказҳои пӯсту венерологӣ, 13 шӯъбаҳои дерматовенерикӣ ва 24 беморхонаҳои бемориҳои пӯст. Дар ҳамаи муассисаҳо 885 кат (690 катҳои беморхонавӣ ва 195 кати рӯзона) амал мекарданд.

Ҳамин тавр, ташаккул ва рушду инкишофи хадамоти ёрии дерматовенерологӣ дар ҷумҳурӣ аз замони Шӯравӣ оғоз ёфтааст. Пас аз суқути якуяқбораи ин давлати абарқудрат бошад, дар солҳои аввали ба даст овардани истиқлолияти давлатӣ, хадамоти дерматовенерологии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба барқароршавӣ оғоз карда, потенциали инсонӣ ва илмӣ худро тавассути қорӣ намудани технологияҳои муосири инноватсионӣ рушду тараққӣ дод.

Адабиёт

1. Голдсмит ЛА, Кац СИ, Джилкрест БА, Паллер ЭС. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 томах. Москва, РФ: Панфилова; 2018. 1072 с.
2. Зоиров ПТ, Саидзода БИ. Венерология: учебное пособие. Душанбе, РТ: издательство ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; 2019. 245 с.
3. Киямов ФА. Организация и развитие дерматовенерологической службы в Таджикистане. Здравоохранение Таджикистана. 1974;3:17-25.
4. Притуло ОА, Винцерская ГА, Прохоров ДВ, Олисова ОЮ, Лепехова А.А. Дерматология и венерология: учебное пособие. Москва, РФ: ИНФРА-М; 2021. 204 с.
5. Гусаков НИ, Мавров ГИ. История венерологии (сообщение 2) венерология в России в XVIII-XIX веках. Дерматология та венерология. 2009;2(45):61-76.
6. Киямов ФА. Эпидемиология сифилиса и организация его профилактики в Таджикистане: учебное пособие. Душанбе, РТ: Ирфон; 2004. 74 с.
7. Мавров ГИ. История венерологии (сообщение 3) венерология в России и СССР в XX веке. Дерматология та венерология. 2009;3(45):83-101.
8. Нуралиев Ю. Медицина эпохи Авиценны: монография. Душанбе, РТ: Ирфон; 1981. 245 с.
9. Кубанова АА, Мартынов АА, Власова АВ. Вековой опыт отечественной дерматовенерологии. Этапы развития кожно-венерологической помощи населению (часть II). Вестн. дерматологии и венерологии. 2018;1(94):14-26.
10. Скрипкин ЮК, Бутов ЮС, Иванов ОЛ. (ред) Дерматовенерология: национальное руководство. Москва, РФ: ГЭОТАР-Медиа; 2013. 1015с.
11. Кисина ВИ, Забирова КИ, Гушина АЕ. (ред) Ведение больных инфекциями, передаваемыми половым путем. Москва, РФ: ГЭОТАР-Медиа; 2017. 256 с.



12. Шапошников ОК. Венерические болезни: Руководство для врачей. Москва, РФ: МЕДИЦИНА; 1991. 544 с.
13. Красносельских ТВ, Соколовский ЕВ. Программа профилактики инфекций, передаваемых половым путём в субпопуляциях повышенного поведенческого риска заражения. Вестник дерматологии и венерологии. 2017;2:12-19.
14. Скрипкин ЮК, Бутов ЮС, Иванов ОЛ. (ред) Дерматовенерология. Национальное руководство. Москва, РФ: ГЭОТАР-Медиа; 2017. 896 с.
15. Соколовский ЕВ, Михеев ГН, Красносельских ТВ и др. Дерматовенерология: учебник. СПб, РФ: Спец Лит; 2017. 687 с.
16. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. 22-е издание. Москва, РФ: Видаль Рус; 2016. 1240 с.
17. Колесник М. Проблемы и перспективы оказания дерматовенерологической помощи в Украине. Украинский медицинский журнал. 2013;1(91):18-23.
18. Кубанов АА, Богданова ЕВ. Организация и результаты оказания медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» в Российской Федерации, итоги 2018 года. Вестник дерматологии и венерологии. 2019;4(95):8-23.
19. Одинец АВ. Проблемы дерматовенерологии Северо - Кавказского Федерального округа. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2016;3:21-32.
20. Кубанова АА, Мелехина ЛЕ, Кубанов АА. Основные задачи развития дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации на период до 2024 года. Результаты деятельности медицинских организаций по оказанию дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации в 2017 году. Вестник дерматологии и венерологии. 2018;5(94):9-25.
21. Волкославская ВН. Некоторые стороны деятельности дерматовенерологических учреждений Украины за период 2000–2016 гг. Дерматология та венерология. 2017; 3(77): 97-100.
22. Буренкова СП. Сборник штатных нормативов и типовых штатов учреждений здравоохранения. Москва, РФ: МЕДИЦИНА; 1986. 704 с.
23. Ахмедов А, Ахмедова МА, Маслова УВ, Ахмедов ФА. Обобщение опыта здравоохранения в различных административных регионах Бухарского эмирата и его влияние на состояние здоровья населения этого периода. Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2017;2:87-93.
24. Ахмедов А, Ахмедова МА, Маслова УВ, Ахмедов ФА. Особенности развития здравоохранения Таджикистана в период присоединения Средней Азии к царской России (до 1917). Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2016;2:61-73.
25. Таджиев ЯТ. Здравоохранение Таджикистана: монография. Душанбе, РТ: Издательство «Ирфон»; 1974. 240 с.
26. Таджиев ЯТ. Материалы к истории здравоохранения Таджикистана (Ленинабадская область). Здравоохранение Таджикистана. 1984;2(191):76-80.
27. Киямов ФА. К истории развития кожно-венерологической службы Таджикистана. Здравоохранение Таджикистана. 1985;2:75-79.
28. Таджиев ЯТ, Тхостова ВТ. О пионерах здравоохранения южной группы районов Таджикистана. Здравоохранение Таджикистана. 1985;1(196):58-62.
29. Киямов ФА. Некоторые итоги и перспективы дерматовенерологической помощи населению Таджикской ССР. Здравоохранение Таджикистана. 1972;2:48-51.
30. Мирзобеков ММ. История развития здравоохранения Советского Памира. Здравоохранение Таджикистана. 1974;3(119):5-9.



К ИСТОРИИ ИЗУЧЕНИЯ ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ И РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.

1АХМЕДОВ А., 2КАСЫМОВ О.И., 3САИДЗОДА Б.И.

1 НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана». 2 Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан». 3 Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

В обзоре литературы рассматриваются история изучения венерических болезней в мире и развитие службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан. О венерических и кожных заболеваниях упоминается в Библии, в работах выдающихся древних ученых Гиппократ, Гален, в произведениях персидских ученых и мыслителей Ар-Рази, Авиценны и др. Показано, что служба дерматовенерологической помощи является одной из древнейших отраслей

медицины и берет свое начало с 3000 лет до н. э. Эта служба относится к социально значимым разделам медицины.

Проведенное исследование показало, что развитие дерматовенерологической службы в Республике Таджикистан началось с первых лет Советского периода и продолжается после обретения независимости.

Ключевые слова: инфекции, передаваемые половым путем, история, служба дерматовенерологии, развитие.

CYSTIC STUDIES OF VENEREAL DISEASES AND DEVELOPMENT DERMATOVENEROLOGICAL CARE SERVICE IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

1Akhmedov A.A., 2Kasimov O.I., 3Saidzoda B.I.,

1 NEI "Medical and Social Institute of Tajikistan". 2 Department of Dermatovenerology with the course of cosmetology of SEI "Institute of Postgraduate Education in the Field of Health Care of the Republic of Tajikistan". 3 Department of Dermatovenerology of SEI "Avicenna Tajik State Medical University"

The literature review examines the history of the study of venereal diseases and in the world and the development of the dermatovenerological care service in the Republic Tajikistan. Venereal and skin diseases are mentioned in the Bible, in the works of the outstanding ancient scientists Hippocrates, Galen, in the works Persian scientists and thinkers Ar-Razi, Avicenna, etc. It is shown that the service dermatovenerological care is one of the oldest

branches of medicine and it originates from 3000 years BC. This service belongs to the socially significant sections of medicine.

The conducted research showed that the service in the Republic of Tajikistan began with the first The Soviet period and after independence.

Key words: dermatovenerological, sexually transmitted infections, reproductive health.

Ахмедов Аламхон - узви вобастаи АМИ ҚТ, проректори МФТ "Донишқадаи тиббӣ - иҷтимоии Тоҷикистон", д.и.т., профессор. E-mail: alamkhon 010251@gmail.com.

Қасимов Олимҷон Исмаилович – профессори кафедраи дерматовенерология бо курси косметологияи МДТ Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон", д.и.т., E-mail: o.kasimov@hotmail.com.

Саидзода Баҳромуддин Икром, дотсенти кафедраи дерматовенерологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», н.и.т., ORCID: 0000-0003-2497-6035, SPIN-код: 6668-0483, E-mail: saidov bahromuddin@mail.ru. Тел.: (+992) 985154545,



Ахмедов Аламхон – член корр. НАН РТ, проректор по науке НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», д.м.н., профессор. E-mail: alamkhon010251@gmail.com

Касымов Олимджон Исмаилович – профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», д.м.н. E-mail: o.kasymov@hotmail.com.

Саидзода Бахромуддин Икром, доцент кафедры дерматовенерологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», к.м.н. ORCID: 0000-0003-2497-6035, SPIN-код: 6668-0483, E-mail: saidov_bahromuddin@mail.ru. Тел.: (+992) 985154545,

Akhmedov Alamkhon, Corresponding member of the National Academy of Sciences of the Republic of Tajikistan, Vice-rector for science of NEI “Medical and Social Institute of Tajikistan”, Dushanbe, Republic of Tajikistan, Doctor of Medical Sciences, Professor. E-mail: alamkhon010251@gmail.com

Kasymov Olim Ismoilovich, Professor Department of Dermatovenereology with the course of cosmetology of SEI “Institute of Postgraduate Education in the Field of Health Care of the Republic of Tajikistan”, Doctor of Medical Sciences, E-mail: o.kasymov@hotmail.com.

Saidzoda Bahromuddin Ikrom, Dotsant of the Dermatovenereology Department of SEI “Avicenna Tajik State Medical University», Dushanbe, Republic of Tajikistan, Candidate of Medical Sciences, ORCID: 0000-0003-2497-6035, SPIN-код: 6668-0483, E-mail: saidov_bahromuddin@mail.ru

ҲОЛАТИ ЭПИДЕМИОЛОГӢ ВОБАСТА БА СИРОЯТҲОИ БО РОҲИ АЛОҚАИ ЧИНСӢ ГУЗАРАНДА ВА СИЛ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН ДАР ДАВОМИ СОЛҲОИ 2008-2017

Гадоев М.А.

Кафедраи дерматовенерологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Мубрамият. Сиёсати Хукумати Тоҷикистон дар соҳаи тандурустӣ ба ҳифзи саломатии аҳоли равона карда шуда, ҳифзи некуаҳволии санитарияу эпидемиологӣ яке аз самтҳои муҳимми ин соҳа ба шумор меравад. Шохисҳои сифати ёрии тиббӣ нишондиҳандаҳои саломатӣ ва сатҳи фавти аҳоли бо сабабҳои гуногун алоқаманд мебошанд. Нишондиҳандаҳои тандурустӣ аз шумораи кофии мутахассисони баландихтисос ва истифодаи технологияҳои муосири тиббӣ вобастагӣ дорад.

Солҳои охир дар ҷумҳурӣ бо мақсади татбиқи усулҳои ҳозиразамони таҳлили сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда (СБРАҶГ) технологияҳои нави тиббӣ қорӣ карда шуданд. Ин имкон дод, ки сироятҳои номбурда сари вақт ошкор карда, ҳамзамон оризаҳои ба онҳо алоқаманд дӯхӯш дода, табобати мувофиқ гузаронида шавад. [1, 4, 5].

Яке аз бемориҳои муҳим инх сироятҳои бороҳи алоқаи чинсӣ гузаранда маҳсуб меёбанд, ки ба саломатии аҳоли таъсири манфӣ расонда, боиси вайрон шудани функцияи репродуктивӣ, безурриётӣ мешаванд

ва дар навбати худ оқибатҳои ҷиддии тиббӣ ва равонӣ дошта, дар тибби муосир ҳамчун мушкилоти муҳим боқӣ мемонанд [1, 2, 4, 5].

Аз рӯи маълумоти ҶУТ, ҳар сол миллионҳо нафар мардону занон гирифтори СБРАҶГ мешаванд. Аз 357 миллион ҳолат ба ҳар сари аҳоли оташак (6 миллион), сӯзок (78 миллион), хламидиоз (131 миллион) ва трихомониаз (142 миллион) рост меояд [2, 7, 8].

ҶУТ барномаҳои глобалиро оид ба меъёрҳо ва стандартҳои табобат ва пешгирии СБРАҶГ бо мақсади коҳиш додани ин беморӣ, тақвияти системаи назорат ва мониторинги эпидемиологӣ таҳия мекунад [2, 5, 9, 10].

Дар иҷлосияи 69-уми Ассамблеяи умумиҷаҳонии тандурустӣ стратегияи глобалии бахши тандурустӣ оид ба рафъи СБРАҶГ барои солҳои 2016-2020 тасдиқ шуда буд. Ҳадафи ин стратегия “... таъмини тарзи ҳаёти солим ва пешбурди некуаҳволӣ барои ҳама синну сол” мебошад (хуҷҷати WHA69 / 2016 / REC / 1).



Маълумотҳое, ки дар мақола оварда шудаанд, муқоисаи моҳияти арзёбии беморшавӣ ва моҳияти беморшавии ба қайд гирифташудаи силро дар Федератсияи Россия ва Ҷумҳурии Тоҷикистон дар бар мегиранд.

Дар Россия вазъи эпидемиявии бемории сил бо тамоюли беҳтаршавӣ мӯътадил гашт, ки динамикаи нишондиҳандаҳои асосии бемории сил аз он шаҳодат медиҳад. Дар тӯли 10 сол (аз соли 2008 то 2017) нишондиҳандаҳои асосии асосии бемории сил коҳиш ёфтанд: гирифтории сил - аз 85,1 то 48,3 ба 100 ҳазор аҳоли (43,2%); гирифтории сил дар кӯдакони 0-14 сола - аз 15,3 то 9,7 ба 100 ҳазор кӯдак (36,6%); Ҳавт аз бемории сил - аз 17,9 то 6,5 ба 100 ҳазор аҳоли (63,7%) [1, 3].

Дар оянда бараванди эпидемикӣ-эпидемияи инкишофёбандаи сирояти ВНМО, СБРАҶГ таъсири манфӣ расонда, боиси афзоиши бемории сил мегардад.

Дар айни замон, зарур аст, ки сифати муоинаҳои даврии гурӯҳҳои хавфи баланд оид ба бемории сил беҳтар карда шавад, инчунин имкони азнавтаскилдихии ҳадамоти зиддисилӣ вобаста ба кам шудани гирифтории ба бемории сил баррасӣ карда

шавад.

СБРАҶГ ва сил ба саломатӣ ва муносибатҳои оилавӣ таъсири манфӣ мерасонанд ва инчунин, сарфи зиёди хароҷотро ба бор меоранд [3, 4, 6, 8, 9]. Дар шароити муосир мушкилоти СБРАҶГ ва сил ниҳоят муҳим амаҳсуб меёбанд.

Ҳадафи ин тадқиқот омӯзиши сатҳи гирифтории ба бемориҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда ва сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давоми солҳои 2008 - 2017 ва арзёбии вазъи эпидемиологии ҷумҳурӣ мебошад.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Таҳлили сатҳу динамикаи гирифтории ба бемориҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда ва сил мувофиқи маълумотҳои ҳуҷҷатҳои расмӣ оморӣ ва ҳисоботи Маркази оморӣ давлатӣ, ки бо фармони директори Оморӣ давлатӣ назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, аз 11.11. 2013 № 54, тасдиқ шудааст, гузаронида шуд.

Натиҷаҳо. Таҳлили мушоҳидаҳои оморӣ бемориҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда ва сил (шакли №9) дар вилоятҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон аз соли 2008 то 2017 гузаронида шуд. (Ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. Паҳншавии СБРАҶГ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз соли 2008 то 2017

№ п/п	Бемориҳо	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1	Оташак	6,4	7,0	5,4	3,5	3,2	4,5	4,1	3,9	3,7	4,6
2	Сирояти гонококкӣ	9,1	8,7	8,2	7,0	6,1	5,4	4,3	4,9	4,4	4,3
3	Трихомониаз	32,6	29,3	23,5	19,0	15,0	8,8	7,5	5,3	4,4	4,6
4	Сирояти хламидиявӣ	2,5	2,6	4,5	4,7	3,8	3,1	3,2	2,8	1,6	2,2
5	Дигар СБРАҶГ	3,7	6,9	6,1	1,6	2,4	0,8	7,0	1,8	1,8	2,3
	Ҳамагӣ	54,3	55,1	47,7	35,8	30,5	22,6	26,1	18,7	15,9	18,0

Эзоҳ: Нишондиҳандаи интенсивии беморӣ ба 100 ҳазор аҳоли.

Тавре ки аз ҷадвали 1 дида мешавад, гирифтории ба бемориҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда дар ҷумҳурӣ дар соли 2017 нисбат ба соли 2008 се маротиба кам шудааст. Бемории оташак бошад, дар соли 2017 4,6 муқобили 6,4 дар соли 2008-ро ташкил дода, 1,4 маротиба паст гаштааст. Бемориҳои трихомониаз (7,1 маротиба) ва сирояти гонококкӣ (2,1 маротиба) ба таври назаррас коҳиш ёфтаанд. Бояд қайд кард, ки сирояти хламидиявӣ дар ин давра амалан тағйир наёфтааст. Бо вучуди он ки дар

Ҷумҳурии Тоҷикистон коҳиши гирифтории ба СБРАҶГ идома дорад, ин ҳолат ба воқеияти мавҷуда чандон мувофиқат намекунад, зеро аксари беморон дар муассисаҳои тиббии ғайридавлатӣ таъбибат мегиранд, ки дар онҳо низоми бақайдгирӣ ва ҳисоботдихӣ оид ба ин беморӣ риоя карда намешавад. Дар заминаи коҳишёбии бемории сил дар ҷумҳурӣ дар баъзе минтақаҳо тамоюли болоравӣ ба мушоҳида расид. Минтақаҳои аз ҳама осебпазири ҷумҳурӣ дар ҷадвали 2 оварда шудаанд.



Чадвали 2. Паҳншавии бемории оташак дар минтақаҳои нисбатан осебпазири Ҷумҳурии Тоҷикистон аз соли 2008 то 2017

№ п/п	Минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1	ш. Душанбе	11,3	14,0	6,7	5,7	6,6	11,2	12,4	11,8	8,8	9,7
2	НТМ	8,1	9,0	6,1	4,8	3,3	4,5	2,8	3,0	2,3	2,8
3	Вилояти Суғд	4,0	6,4	6,2	2,7	3,0	5,7	4,8	4,3	4,3	7,2
4	Вилояти Хатлон	6,3	4,8	4,2	3,0	2,5	2,1	2,2	2,2	2,9	2,7
5	ВМКБ	1,4	2,3	1,9	1,4	0,5	1,4	4,2	1,8	1,8	0,5
	Дар ҷумҳурӣ	6,4	7,0	5,4	3,5	3,2	4,5	4,1	3,9	3,7	4,6

Эзоҳ: Нишондиҳандаи интенсивии беморӣ ба 100 ҳазор аҳоли.

Омӯзиши беморӣ аз рӯи минтақаҳо нишон дод, ки дар шаҳри Душанбе каме пастшавии беморӣ мушоҳида шудааст: 11,3 - 2008, 9,7 - 2017, яъне 1,1 маротиба. Пастшавии назаррас дар ноҳияҳои тобеи марказ, ВМКБ ва вилояти Хатлон мутаносибан ба андозаи 2,9, 2,8 ва 2,3 ба қайд гирифта шуд. Ва танҳо дар вилояти Суғд нишондиҳандаи интенсивӣ ба таври назаррас 1,8 маротиба афзудааст (4,0 дар соли 2008 нисбат ба 7,2

дар соли 2017).

Сатҳи сирояти гонококкӣ дар ҷумҳурӣ дар соли 2017 дар муқоиса 4,3 муқобили 9,1 дар соли 2008 ба 100 ҳазор аҳоли буд. Сарфи назар аз паст шудани сатҳи беморӣ дар минтақаҳои ҷумҳурӣ, нишондиҳандаҳои гирифтӣ аз сатҳи миёнаи омории ҷумҳурӣ баландтар буд. Динамикаи паҳншавии сирояти гонококкӣ дар чадвали 3 оварда шудааст.

Чадвали 3. Паҳншавии сирояти гонококкӣ дар минтақаҳои нисбатан осебпазири Ҷумҳурии Тоҷикистон аз соли 2008 то 2017.

№ п/п	Минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1	г. Душанбе	27,2	22,6	21,9	16,8	9,7	9,0	7,8	14,7	15,6	13,1
2	НТМ	7,6	8,0	6,7	6,4	4,8	4,7	3,3	3,3	2,8	3,4
3	Вилояти Суғд	6,3	8,7	7,6	5,4	5,2	6,4	5,9	5,3	3,7	4,1
4	Вилояти Хатлон	8,0	5,9	6,4	6,1	6,9	4,3	3,1	3,3	3,2	3,1
5	ВМКБ	3,7	4,5	3,4	5,8	1,9	1,4	0,9	0,5	1,4	1,4
	Дар ҷумҳурӣ	9,1	8,7	8,2	7,0	6,1	5,4	4,3	4,9	4,4	4,3

Эзоҳ: Нишондиҳандаи интенсивии беморӣ ба 100 ҳазор аҳоли.

Тавре ки аз чадвал дида мешавад, гирифтӣ ба сирояти гонококкӣ 2,1 маротиба кам шудааст. Сатҳи беморӣ дар ВМКБ

ва вилояти Хатлон мутаносибан тақрибан якхела-2,6 ва 2,6 ва дар ноҳияҳои тобеи марказ бошад, боз ба андозаи каме пасттар -

Чадвали 4. Паҳншавии трихомониаз аз рӯи минтақаҳо аз соли 2008 то 2017

№ п/п	Минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1	г. Душанбе	21,5	19,6	13,1	5,1	6,7	7,5	18,2	17,1	12,4	15,2
2	НТМ	65,6	54,3	31,3	21,8	13,5	10,7	5,0	3,6	2,8	3,5
3	Вилояти Суғд	40,9	39,5	38,6	34,2	30,1	10,4	8,4	4,8	5,3	4,9
4	Вилояти Хатлон	8,0	7,7	7,9	8,3	5,2	6,0	4,5	3,4	2,3	2,2
5	ВМКБ	32,5	29,1	33,0	29,4	21,0	22,3	19,7	9,2	10,5	7,2
	Дар ҷумҳурӣ	32,6	29,3	23,5	19,0	15,0	8,8	7,5	5,3	4,4	4,6

Эзоҳ: Нишондиҳандаи интенсивии беморӣ ба 100 ҳазор аҳоли.

2,2 коҳиш ёфтааст. Дар вилояти Суғд ин беморӣ ҳамагӣ ба андозаи 1,5 маротиба коҳиш ёфтааст.

Дар сохтори бемориҳои СБРАҶГ трихомониаз ҷои аввалро ишғол мекунад. Динамикаи гирифтории трихомониаз дар ҷумҳурӣ аз соли 2008 то 2017 ба ҳар 100 ҳазор аҳоли 7,1 баробар кам шуд. Динамикаи сирояти трихомониаз аз рӯи минтақаҳо дар ҷадвали 4 нишон дода шудааст.

Коҳиши назарраси суръати интенсивии трихомониаз дар НТМ (19 маротиба) ба қайд гирифта шуд. Пастшавии нисбатан

камтаринисатҳи беморӣ дар шаҳри Душанбе (1,4 маротиба) ва фарқияти ночиз (4,5 муқобили 3,3) дар ВМКБ ва вилояти Хатлон мушоҳида шудааст.

Гирифтормаҷмаъ ба сирояти хламидиявӣ дар соли 2017 ба ҳар 100 ҳазор аҳоли 2,2 нафарро ташкил дод, зеро нишондиҳандаҳои интенсивии гирифтормаҷмаъ дар давраи тадқиқшуда дар ҷумҳурӣ амалан тағйир наёфтааст. Динамикаи гирифтормаҷмаъ ба сирояти хламидиявӣ дар минтақаҳои ҷумҳурӣ дар ҷадвали 5 оварда шудааст.

Ҷадвали 5. Паҳншавии сирояти хламидиявӣ дар минтақаҳои нисбатан осебпазири Ҷумҳурии Тоҷикистон аз соли 2008 то 2017

№ п/п	Минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1	г. Душанбе	2,5	2,6	13,2	12,7	10,4	3,5	8,7	14,3	4,07	9,3
2	НТМ	-	-	4,7	5,8	4,7	5,01	4,3	1,3	0,9	0,7
3	Вилояти Суғд	-	-	3,02	2,7	2,5	1,3	1,7	0,7	0,7	2,09
4	Вилояти Хатлон	-	-	3,09	3,1	2,6	3,07	2,2	2,6	2,4	1,5
5	ВМКБ	-	-	6,8	8,7	5,2	6,1	3,7	2,8	2,2	0,9
Дар ҷумҳурӣ		2,5	2,6	4,5	4,7	3,8	3,1	3,2	2,8	1,6	2,2

Эзоҳ: Сатҳи интенсивии беморӣ ба 100 ҳазор аҳоли.

Чӣ ҳеле ки маълумотҳои ҷадвали 5 нишон медиҳанд, дар ҷумҳурӣ бемории хламидиоз бетағйир боқӣ монда, (2,5 муқобили 2,2) дар шаҳри Душанбе 3,7 маротиба афзоиш ёфтааст. Дар ҷумҳурӣ коҳиши гирифтормаҷмаъ ба СБРАҶГ мушоҳида гашта, айни замон дар як қатор минтақаҳо афзоиши ин бемориҳо ба қайд гирифта шуд. Васеъ гардидани шабакаи муассисаҳои тиббии давлатӣ ва ғайридавлатӣ, ки ба беморони гирифтормаҷмаъ ба СБРАҶГ бе сабту баҳисобгирии ҳолатҳои

рухдода кумак мерасонанд, имкон намедиҳад, ки дар бораи муътадилшавии воқея ё беҳбудии эпидемиологӣ дар ҷумҳурӣ ҳарф занем.

Сатҳи бемории сил дар соли 2017 ба 100 ҳазор аҳоли 59,2 нафарро ташкил дод, зеро нишондиҳандаи интенсивии беморӣ дар давраи тадқиқшуда дар ҷумҳурӣ ба коҳиш ёбӣ таъҷил дорад. Динамикаи гирифтормаҷмаъ сил дар минтақаҳои ҷумҳурӣ дар ҷадвали 6 оварда шудааст.

Ҷадвали 6. Паҳншавии бемории сил дар минтақаҳои нисбатан осебпазири Ҷумҳурии Тоҷикистон аз соли 2008 то 2017

№ п/п	Минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1	г. Душанбе	83,5	85,3	79,3	61,8	58,1	60,5	57,9	59,4	63,5	63,4
2	НТМ	77,9	72,3	68,4	67,1	63,7	60,7	57,6	59,3	59,2	62,2
3	Вилояти Суғд	51,9	46,9	48,2	48,8	45,2	43,0	39,1	40,1	39,2	34,4
4	Вилояти Хатлон	107,2	100,7	103,0	103,7	88,6	81,4	74,0	71,9	71,3	66,0
5	ВМКБ	106,2	104,2	126,7	105,6	103,2	115,6	111,6	112,6	125,2	115,4
Дар ҷумҳурӣ		83,8	78,7	78,5	77,0	69,4	65,7	60,8	60,4	60,6	59,2

Тавре ки аз маълумотҳои ҷадвали 6 маълум мегардад, бо вучуди он, ки дар Ҷумҳу-

рии Тоҷикистон коҳиши бемории сил идоме меёбад, ҳолати мазкур ба воқеият муво-

фиқат намекунад. Дар заминаи коҳишёбии бемории сил дар ҷумҳурӣ (83,8 муқобили 59,2), тамоюли болоравӣ дар баъзе минтақаҳо (ВМКБ 1,08 маротиба) ба мушоҳида расид. Дар Тоҷикистон давраи ба эътидол омадани вазъи эпидемиявӣ оид ба бемории сил бо тамоюли беҳтаршавии вазъ фаро расидааст, ки динамикаи нишондиҳандаҳои асосии бемории сил аз ин шаҳодат медиҳад. Дар тӯли 10 сол (аз соли 2008 то 2017) нишондиҳандаҳои асосии асосии бемории сил коҳиш ёфтанд, аз ҷумла, гирифтешавӣ ба сил - аз 83,8 то 59,2 ба 100 ҳазор аҳоли паст гашт. Дар айни замон, зиёд кардани шумораи шахсони муоинашаванда чандон муҳим нест, балки беҳтар намудани сифати муоинаҳои даври гурӯҳҳои дорои хатари баланд ба бемории сил, инчунин, имкони азнавташкилдихии хадамоти зидди силӣ дар робита бо коҳишёбии беморӣ ниҳоят муҳим аст.

Барномаҳои коҳишёбии бемории силро дар ҳар як субъект бо назардошти вазъи им-

рӯзаи эпидемӣ ва сатҳи ташкили ошкорсозии бемории сил пешгӯӣ кардан лозим аст. Ҳамзамон, кумаки самараноки зиддисилиро барои шахсони мубталои СБРАҶГ/ ВНМО амалӣ намудан ба мақсад мувофиқ мебошад.

Хулоса. Мувофиқи маълумоти омӯрӣ дар ин давра коҳиши гирифтешавӣ ба СБРАҶГ ва сил ба назар мерасад, ки ин ба воқеияти мавҷуда мувофиқат намекунад. Натиҷаҳои таҳлил аз ноустувории вазъи эпидемиологии СБРАҶГ ва сил дар баъзе минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон шаҳодат медиҳанд. Минтақаҳои аз ҳама осебпазир шаҳри Душанбе, вилояти Суғд ва ВМКБ мебошанд. Фаъолияти муассисаҳои тиббии ғайридавлатӣ ва табибони ба таври хусусӣ фаъолият доштародар самти ошкорсозӣ ва бақайдгирии беморони гирифтешавӣ ба СБРАҶГ ва сил ҷиҳати беҳтар намудани чораҳои пешгирикунанда ва табobati пурраи беморон бо мақсади хифзи саломатии репродуктивии аҳоли таҳти назорати доимӣ қарор додан лозим аст.

Адабиёт

1. Бобоходжаева, М.О. Некоторые особенности распространения ИППП/ВИЧ в современных социально-экономических условиях/ М.О. Бобоходжаева, А.А. Ахмедов, М.К. Касимова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2015. - № 2. – С. 25-29.
2. Кубанова, А.А., Динамика изменений интенсивных показателей заболеваемости инфекций, передаваемым половым путем, в оценке эпидемиологического процесса и состояния здоровья населения Российской Федерации за 2006-2016 годы / А.А. Кубанова, А.А. Кубанов, Л.Е. Мелехина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2018. - № 1. Том. 94. – С. 27-37.
3. Нечаева О.Б. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в России / О.Б. Нечаева // Туберкулез и болезни легких. – 2018. - № 96(8). – С. 15-24.
4. Петрова, А.Н. Заболеваемость смешанными урогенитальными инфекциями в республике Саха (Якутия) за 2015-2017 гг. / А.Н. Петрова, Л.И. Петрова // MEDICUS. – 2019. - № 5. – С. 18-21.
5. Потеев, Н.Н. Современные проблемы по организации выявления и регистрации гонококковой инфекции в Москве / Н.Н. Потеев, и соавт. // Клиническая дерматология и венерология. – 2019. - № 6. Том. 18. – С. 668-674.
6. Саидзода, Б.И. Хусусиятҳои ҳоси клиникаи уретритҳои ғайригонококкӣ дар мардҳо / Б.И. Саидзода // Авчи Зухал. – 2019. - №4. – С. 148-151.
7. Саидзода, Б.И. Беморшавӣ аз сироятҳои бо роҳи алоқии чинсӣ гузаранда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон / Б.И. Саидзода // Авчи Зухал. – 2020. - №2. – С. 25-30.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2015. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services; October 2016.



9. Davies B., Turner K.M.E., Frolund M. et al. Risk of reproductive complications following chlamydia testing: a population-based retrospective cohort study in Denmark // Lancet Infectious Diseases, The, 2016, vol. 16, no. 9, p. 1057-1064.

10. El Kettani A, Mahianй G, Abu-Raddad L, Smolak A, Rowley J, Nagelkerke N, et al. Trends in Adult Chlamydia and Gonorrhea Prevalence, Incidence and Urethral Discharge Case Reporting in Morocco over 1995-2015 – Estimates Using the Spectrum-Sexually Transmitted Infection Model. Sex Transm Dis. 2017. September; 44 (9): 557-64. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000647.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ИНФЕКЦИЯМ, ПЕРЕДАВАЕМЫМ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН ЗА 2008 – 2017 ГГ.

Гадоев М.А.

Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Цель исследования. Изучить показатели заболеваемости инфекциями передаваемым половым путём и туберкулёз в Республике Таджикистан за 2008 – 2017 гг. и оценивать эпидемиологическую ситуацию республики.

Материал и методы. Динамики заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем осуществлялся на основании данных государственной статистической отчетности, утвержденных Приказом директора Госстатистики при Президента Республики Таджикистан, от 11.11. 2013 год № 54: форма №9.

Результаты. Из анализа форма №9, выявили, что заболеваемость ИППП и туберкулез по республике в 2017 год по сравнению с 2008 год снизилось в 3 и 1,08 раза. Что касается сифилиса то заболеваемость в 2017 г. составило 4,6 против 6,4 в 2008 г., т. е. снизилась в 1,4 раза. Значительно снизилась заболеваемость трихомониазом (7,1 раза), и гонококковая инфекция (2,1 раза). Следует отметить, что хламидийная инфекция за

этот период практический не изменилась. На фоне снижения заболеваемости туберкулезом по республике (83,8 против 59,2) в отдельных территориях отмечалась тенденция к росту (ГБАО в 1,08 раза). Снижение заболеваемости ИППП и туберкулез по республике не соответствует действительности, так как многие больные лечатся в негосударственных медицинских учреждениях, который не ведется система учета и отчетности по данной инфекции.

Заключение. Результаты свидетельствуют о нестабильности эпидемиологической ситуации в республике. Выявили наиболее неблагополучные регионы. Необходимо контролировать деятельность негосударственных медицинских учреждений по выявлению и учету больных с ИППП и туберкулез для совершенствования мер профилактики и полноценного лечения.

Ключевые слова: инфекции, передаваемые половым путем, туберкулез, репродуктивное здоровье, показатели заболеваемости.

EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION AND TUBERCULOSIS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN FOR 2008 – 2017.

Gadoev M.A.

Department of dermatovenereology GOU «Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino».

Aim. To analyze the indicators of the incidence of sexually transmitted infections and tuberculosis in the Republic of Tajikistan from 2008 to 2017.

Material and methods. The dynamics of the incidence of sexually transmitted infections was carried out on the basis of state statistical

reporting data approved by the Order of the Director of State Statistics under the President of the Republic of Tajikistan, dated 11.11. 2013, No. 54: form No. 9.

Results. From the analysis of form No. 9, it was revealed that the incidence of STIs in the republic in 2017 decreased by 3 times compared to 2008. As for syphilis, the incidence in 2017 was 4.6 against 6.4 in 2008, i.e. it decreased by 1.4 times. The incidence of trichomoniasis has significantly decreased (7.1 times), and gonococcal infection (2.1 times). It should be noted that chlamydia infection has practically not changed during this period. The decrease in the incidence of STIs in the republic does not

correspond to reality, since many patients are treated in non-state medical institutions, which does not maintain a system of accounting and reporting on this infection.

Conclusion. The results indicate the instability of the epidemiological situation in the republic. We have identified the most disadvantaged regions. It is necessary to monitor the activities of non-state medical institutions to identify and register patients with STIs in order to improve prevention measures and full-fledged treatment.

Key words: sexually transmitted infections, tuberculosis, reproductive health, morbidity rates.

Гадоев М.А. - унвонҷӯи кафедраи дерматовенерологияи Муассисаи давлатии таълимии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», тел. +992 907731024;

Гадоев М. А. – соискатель кафедры дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», тел. +992 907731024;

Gadoev M.A.- Applicant of the Department dermatovenereology, GOU «Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino». тел. +992 907731024;

ОИДИ МАСЪАЛАИ ТАБОБАТИ ТАБХОЛИ ФАРОГИР

М.С. Исаева¹, М.Х. Ходжаева², М.Т. Мирзоева³

1.Кафедраи дерматовенерологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”. 2.Кафедраи физиологияи патологиии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”. 3. Ассотсиатсияи дерматовенеролог ва косметологҳои ҶТ.

Муҳиммӣ. Дар даҳсолаи охир дар байни сироятҳои навошкоршуда бо исботи муштақилияти нозологӣ ва этиологӣ аз ҳама бештар герпесвирусо муҳим мебошанд. Маълум аст, ки тақрибан 90% аҳолии Замин бо герпесвирусо сироят шудаанд [1, 2].

Яке аз бештар герпесвирусои паҳншуда табҳоли фарогир (ТФ) мебошад, ки бо алоимияи умумии сироятӣ, ҳосилшавии дончаҳои маҳдуд ва паҳншуда, осебҳои системаи асаб зоҳир мегардад. Аксар вақт бо осебҳои дигар системаҳо ва узвҳо [3].

Ангезандаи ТФ – virus varicela Zoster (VVZ) мансуб ба оилаи Herpes viridae аст. Сироят бо VVZ дар бисёр ҳолатҳо дар синни кӯдакӣ мешавад ва бо аломатҳои зоҳирии чечак мегузарад. Баъди сиҳатшавии клиникии кӯдак ангезанда аз организм хориҷ намешавад, он дар ганглияҳои ҳароммағз ва инчунин гиреҳҳои асабҳои мағзи сар мемонад.

Табҳоли фарогир дар натиҷаи азнавфаъолшавии VVZ дар заминаи ноустувории иммунологӣ бештар дар шахсони гурӯҳҳои калонсол ба назар мерасад [4]. Аз ин бармеояд, ки хусусияти асосии патогении ТФ бемории пешгузаронидаи чечак мебошад. Маълум аст, ки ТФ маркери ҳолати норасоии масуният мебошад, ва метавонад сабаби мавти шахс аз норасоии масуният гардад. Ин дерматозро ҳангоми раванди вазнинишондиҳандаи ВНМО, инчунин нишондиҳандаи чараёнҳои онкологӣ ҳисобидан мумкин аст. Дар 40% беморони гирифтори ТФ масъалаи ҳалнашавандаи дарди музмин мемонад. Дар солҳои охир маълумотҳо оиди инкишофи ангиити серебрялӣ бо гемипарези контрлатералӣ, полирадикулопатия ва васкулопатия дастрас шудаанд [5]. Вобаста аз гуфтаҳои дар боло зикршуда, дар табобати ин дерматоз мушкилоти



муайян вучуд дорад. Ин бо пайдоиши штам-
мҳои вирусҳои тобовар ба муолиҷаи анъа-
навӣ вобаста аст.

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар гардонидани
табобати табҳоли фарогир бо истифода аз
“Валосикловир” дар якҷоягӣ бо индуктори
интерферони “Тилорон”.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар зери
назорат 90 беморони дорои ТФ қарор дош-
танд. Вобаста аз усулҳои табобат беморон
ба ду гурӯҳ ҷудо шудаанд.

Гурӯҳи якумро 45 нафар беморон бо ТФ,
ки дар табобат “Валосикловир” якҷоягӣ бо
индуктори интерферони “Тилорон” гирифт-
таанд, ташкил намуд. “Валосикловир” бо
вояи 1000мг 3 маротиба дар як рӯз дар муд-
дати 7-10 рӯз вобаста аз шакли клинӣ бем-
орӣ, “Тилорон” бо вояи 250 мг/шабонарӯз
дар муддати 2 ҳафта таъин намудаанд.

Аз теъдоди 45 беморони ҳамин гурӯҳ
мрдҳо 26 (57,8%) нафар, занҳо 19 (42,2%)
нафарро ташкил намудаанд. Дар 29 (64,4%)
нафари онҳо шакли эритроцитозо-велику-
лӯзии ТФ, дар 9 (20%) нафар – шакли гемор-
рагӣ, дар 7 (15,6%) нафар – шакли буллӯзӣ
ташхис гардид. Ҷузъан ҳамаи беморон ма-
лҳами “Асикловир” якҷоягӣ бо ШУБ (шу-
оъгирии ултрабунафш) дар муолиҷа қабул
кардаанд. Давомнокии беморӣ 6-10 рӯзро
дар бар гирифт.

Гурӯҳи дуюмро (гурӯҳи муқоисавӣ) 45
беморони гирифтори ТФ, ки дар муолиҷа
“Асикловир” якҷоягӣ бо витамини гурӯҳи
В ва аналгетик қабул кардаанд, ташкил до-
даанд. Ҷузъан малҳами “Асикловир” гирифт-

таанд. Теъдоди мрдҳо 26 (57,8%) ва занҳо
19 (42,2%) нафарро дар бар гирифт. Аз 45
нафар беморони гирифтори ТФ дар 28
(62,2%) шакли эритематозо-везикулӯзӣ, дар
10 (22,2%) – геморрагӣ, дар 7 (15,6%) – шак-
ли буллӯзӣ ташхис гардид. Давомнокии бе-
морӣ 6-10 рӯзро дар бар гирифт.

Асикловир дар вояи 200 мг 5 маротиба
дар як рӯз дар давоми 3-4 ҳафта вобаста аз
шакли клинӣ беморӣ таъин намудаанд.-
Самаранокии муолиҷа дар ҳар ду гурӯҳ аз
рӯи нишондодҳои зерин арзёбӣ мегардад:

- Сихатшавии клинӣ (пурра барҳам
хӯрдани доначаҳо).
- Беҳбудии назаррас (барҳам хӯрдани
доначаҳо, мавҷуд будани эритемаи суст бе
варамнокӣ).
- Набудани самараи муолиҷа (бе зуху-
ротҳои айёни табобат).

Муолиҷа дар ҳолати сихатшавии кли-
нӣ ё беҳбудии назаррас самаранок ҳисо-
бида шуд. Маводҳои доругӣ дар ҳамаи бе-
морон хуб таҳаммул карда шудаанд, таъси-
рҳои манфӣ мушоҳида нашудаанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии он. На-
тиҷаҳои таҳқиқот нишон додаанд, ки дар бе-
морони гурӯҳи якум баъди даври муолиҷа
бо “Валосикловир” бо якҷоягӣ бо индукто-
ри интерферони “Тилорон” дар рӯзи даҳу-
ми табобат ягон ҳолати набудани самараи
клинӣ қайд нашудааст. Ҳамин тавр, си-
хатшавии клинӣ дар 40 (88,9%) нафари
беморон, беҳбудии назаррас дар 5 (11,1%),
набудани самаранокии муолиҷа 0 (чадва-
ли1).

**Ҷадвали 1. Муолиҷаи беморони гирифтори ТФ бо “Валосикловир” якҷоягӣ бо индуктори
интерферони “Тилорон”**

Шакли клинӣ ТФ	Шумораи беморон	Сихатшавии клинӣ	Беҳбудии назаррас	Муолиҷаи бесамар
Эритематозо-везикулӯзӣ	29 (64,4%)	29 (64,4%)	-	-
Геморрагӣ	9 (20%)	7 (15,6%)	2 (4,4%)	-
Буллӯзӣ	7 (15,6%)	4 (8,9%)	3 (6,7%)	-
Ҳамагӣ	45 (100%)	40 (88,9%)	5 (11,1%)	0

Неврология баъди табҳоли фарогир дар
70% беморон баъди даври муолиҷаи карда-
шуда, дар 30% беморон баъди 1-12 ҳафта
баъди ба охир расидани табобат мегузашт.

Дар гурӯҳи дуюм (гурӯҳи муқоисавӣ) дар

хотимаи даври табобат сихатшавии кли-
нӣ дар 37 (82,2%) беморон, беҳбудии на-
заррас дар 7 (15,6%), набудани самаранокии
табобат дар 1 (2,2%) мушоҳида гардид (ҷад-
вали 2).

Чадвали 2. Муолиҷаи беморони гирифтори ТФ бо “Асикловир” бе индуктори интерферони “Тилорон”

Шакли клиникии ТФ	Шумораи беморон	Сихатшавии клиникӣ	Бехбудии назаррас	Муолиҷаи бесамар
Эритематозо-везикулёзӣ	28 (62,2%)	28 (62,2%)	-	-
Геморрагӣ	10 (22,2%)	5 (11,1%)	5 (11,1%)	-
Буллёзӣ	7 (15,6%)	4 (8,9%)	2 (4,5%)	1 (2,2%)
Ҳамагӣ	45 (100%)	37 (88,2%)	7 (15,6%)	1 (2,2%)

Неврологияи баъди табҳоли фарогир дар 60% беморони ин гурӯҳ дар давоми 2-3 моҳ, дар 40%- то 6 моҳ ва зиёд нигоҳ дошта мешуд.

Хулосаҳо.

1. Усули табобати беморони гирифтори ТФ бо “Валосикловир” бо якҷоягӣ бо индуктори интерферони “Тилорон” самаранок буда, он тавсия барои истифодаи васеи

онро имкон медиҳад.

2. Усули муолиҷаи беморони гирифтори ТФ бо “Асикловир” пастсамаранок ҳисобида мумкин аст, давомнокӣ ва басомади истеъмоли маводҳо ба беморон норухатӣ меорад, неврологияи баъди табҳоли фарогир бардавом (3-6 моҳ) буда, сифати ҳаёти беморонро бад мегардонад.

Адабиёт

1. Гомберг М.А. Опоясывающий герпес как дерматологическая проблема. / М.А. Гомберг // Вестник дерматологии и венерологии. - 2017, - №5. С. 18-21.
2. Herpes Zoster. Family, history and psychological stress – Case control study / A. Lasserea [et al.] // Journal of clinical Virology. – 2017. - №. 55, №2, -p.153 – 157.
3. Исаева М.С. Распространенность, особенности клинического течения Herpes Zoster в условиях жаркого климата. / М.С. Исаева, М.Т. Мирзоева // Science, Technology and Higher Education. – Westwood, Canada. 2014 p. 293-298.
4. Волкова Л.И. Постгерпетическая невралгия: клиника, лечения, профилактика / Л.И. Волкова // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2017 – Т.107. №2 – С. 76-78.
5. Деконенко Е.П. Формы неврологических нарушений при варицелла – зостерной инфекции / Е.П. Деконенко // Материалы 9 Всероссийского съезда неврологов. – Ярославль, 2006. – С.569.

К ВОПРОСУ ТЕРАПИИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА

Исаева М.С¹., Ходжаева² М.Х., Мирзоева М.Т³.

1.Кафедра дерматовенерологии ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”. 2. Кафедра патологической физиологии ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”.3. Ассоциация дерматовенерологов и косметологов РТ.

Авторы подробно обсуждают вопросы терапии опоясывающего герпеса, анализ результатов которых показал эффективность метода лечения больных “Валосикловиром” в комбинации с индуктором интерферона “Тилорон”. В статье рассмот-

рены клинические формы опоясывающего герпеса, даны критерии оценки эффективности терапии в обследуемых группах больных.

Ключевые слова: опоясывающий герпес, лечение.



ON THE ISSUE OF HERPES ZOSTER THERAPY

Isaeva M.S., Khodzhaeva M.Kh., Mirsoeva M.T.

Authors discuss the clinical forms of Herpes zoster and provides criteria for evaluating the effectiveness of therapy in the examined groups of patients. The authors discuss in detail the issues of Herpes zoster therapy, the result of

analyses showed the effectiveness the method of treating patients with “Valacyclovir” in combination with interferon inducer “Teloron”.

Key words: Herpes zoster, treatment.

Исоева Мавҷуда Сирочидиновна – д.и.т., профессори кафедраи дерматовенерологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”. Тел.: 907 80 92 60

М.Х. Ходжаева - Кафедраи физиологияи патологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, н.и.т.

М.Т. Мирзоева - Ассоциатсияи дерматовенерологҳо ва косметологҳои ҚТ, нб.и.т.

Исаева Мавдҷуда Сиродҷидиновна – д.м.н., профессор, кафедраи дерматовенерологияи ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”. Телефон: 907 80 92 60

М.Х. Ходжаева - Кафедра патологической физиологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”, к.м.н.

М.Т. Мирзоева - Ассоциатсия дерматовенерологов и косметологов РТ, к.м.н.

Isaeva Mavdzhuda Sirodzhidinovna – doctor of Medical Sciences, professor of the Department of dermatovenereology of Avicenna Tajik State Medical University. Ph.: 907 80 92 60

M.Kh. Khojaeva - Department of Physiology and Pathology, TSMU named after Abuali ibn Sino.

M.T. Mirzoeva - Association of Dermatovenereologists and Cosmetologists of the Republic of Tatarstan.

ОНКОЛОГИЯ

БАРРАСИИ ШУҶӢИ (ПАҲНШАВИИ) САРАТОНИ СИДИЯ (ҒАДУДИ ШИРӢ)-И ЗАНОН ДАР ШИФОХОНАИ ҲАВЗАВИИ БАЛХ

Доктар Лизо Ромин¹, Марям Шарифӣ², Сувиго Мусавӣ³.

1.Баҳши акушерӣ ва гинекологии Донишқадаи тиббии Муассисаи таҳсилоти олии хусусии “Тоҷ”. 2.Баҳши гистологияи Донишқадаи тиббии Муассисаи таҳсилот олии хусусии “Тоҷ”. 3.Баҳши физикаи Донишқадаи тиббии Муассисаи таҳсилоти олии хусусии “Тоҷ”.

Ҳадаф. Дар саросари ҷаҳон, ниёз ошкоро ба ҳифз омор саратон вучуд дорад, ки баҳши асосии ҳар барномаи мантиқии контроли саратон, барномарезии муҳофизатҳои сиҳӣ, таҳқиқоти иллатҳои шинохтӣ, виқояи аввалия ва сонавияро ташкил медиҳад, ки ба нафъи афрод ва ҷомеа аст. Кори ҳозир фақат гузориш аз шиҷӯи саратони сидия дар департаменти онкологияи шифохона ҳавзаи Абӯалӣ Сино, Мазори Шарифи Афғонистон аст.

Равиш кор. Таҳқиқот дар замони яксола аз ҷуни соли 2020 ило ҷуни соли 2021 департаменти онкологияи шифохона ҳавзаи Абӯалӣ Синои Балх воқеъ дар шаҳри Мазори Шариф шимол Афғонистон анҷом гардид. Бад-ин манзур ба теъдод 66 тан маризон аз вилоятҳои шимолӣ (Форёб, Сари Пул, Ҷузҷон, Балх, Самангон, бағлон) ба марказ ташхисия (департаменти онкология) муҷриба намуда буданд. Дар назд занон бо истифода аз метудҳои ташхисии монанди муоиноти физикӣ, ултрасадо, **Fine Needle Aspiration, Core needle biopsy, CT-Scan ва Brest MRI** анвоҷи муҳталифи саратони сидия ташхис намуда ва додаҳо шомилӣ иттилооти марбут ба ҷинсият, синну сол, қад, вазни бадан, вазъият шугӯӣ, вазъият тааххул, вазъият иқтисодӣ, авомил хатар, ташхис ва баъдан тахт тдовӣ қарор гирифтаанд.

Ёфтаҳо: Аз 66 мавриди муҷрибанамада ба шифохонаи ҳавзаи Балх 56 маврид саратон сидияи навъ ductal сабт шудааст, 3 мавриди саратони сидияи навъи лубудор ташхис гардида ва 3 маврид кутлаи сидия буд, ки ташхис дар ин марказ қатъӣ нашуда ва 4 маврид митостотик дар дигар қисматҳои бадан, монанди уқадоти лимфови, рия (шуш), устухон ва кабид вучуд дошт.

Натиҷа. Теъдоди тамоми маризон бо мадорик ва аснод тақмилшуда 66 тан буд. 64

бемори шифохонаи ҳавзаи Абӯалӣ Сино зан ва 2 мавриди дигар мард буданд. Бештар маризон дар маҳдудии сини 60-30 -сол бо қад 145-160 сантиметр ва вазни 70-40 килограмм ва 60 бемор хонуми хона бо вазъият иқтисодии поин (заиф) ва 4 бемори дигар муаллим бо вазъият иқтисодии табиӣ буданд.

Муқаддима. Саратон сидия, шоеътарин саратон дар знон аввалин иллати марғи ношӣ аз саратон дар занони 40 - 44 сола мебошад. Ин бадҳимӣ, 33%-и саратонҳои занонро ташкил медиҳад. Мсӯл 19%-и марғҳои вобаста ба саратон аст. Солони 180 ҳазор зан муҷтало ба ин саратон дар Америка ташхис дода мешаванд. Ин мизон ба таври тақрибӣ солони 2% дар дунё афзоиш меёбад. Ба тавре ки дар даҳаҳои 70, эҳтимол ибтилои як зани Америкоии ба саратони сидия 1/13 нафар, дар даҳаҳои 80 бошад, 1/11 нафар ва дар соли 1996 вай 1/8 нафар будааст. Эҳтимол бурузи саратони сидия дар Инглистон, як 1/12 зан, дар Австралия 1/13 зан ва дар кишварҳои Осиёи камтар аз ин миқдор аст. Омори ҷаҳонӣ ҳақ аз афзоиш мизони бурузи саратони сидия ва афзоиши сареътари он дар кишварҳои дар ҳол рушд мебошад, ки то кунун аз мизон поини саратони сидия бархӯрдор будаанд. Дар ҳоли ҳозир, ҳудуди як сеюми қулли саратонҳои занонро саратони сидия ташкил медиҳад(2). Шӯйӯи саратони сидия дар кишварҳои Осиёи поинтар аз кишварҳои дар ҳоли рушд аст, аммо дар ин кишварҳо низ рӯ ба афзоиш аст. Саратон, аз ҷумла бемориҳои музмин ва ғайри воғир аст, ки ба о гуруҳи васе аз бемориҳо шомил мешавад. Ин беморӣ ҳамчун соир бемориҳои музмин, дар ҳар фард, гуруҳи синӣ ва ҳар ниҷоде руҳ медиҳад ва ба унвони як муъзили (мушкили) умдаи сиҳӣ ва таъсиргузор бар саломати



чомае махсуб мешавад (3). Шоеътарин саратони иллоти марги ношӣ аз саратон дар байни занон дар аксарият манотиқи ҷаҳон (ба ҷуз ҷануби Африқо) саратони пистон мебошад. (4). Дармон дар бештар кишварҳо, монанди Афғонистон ҳанӯз кодир ба ташхиси саратон дар бисёре аз шахрҳо ва рус-тоҳо нест, ҳатто як маркази фаъол барои ташхиси саратон дар шифохонаи давлатӣ ва хусусӣ вучуд надорад. Дар январи 2020, як баҳши онкология дар шифохонаи ҳавзавии Абӯалӣ Сино, Мазори Шариф, Афғонистон фаъол шуд. Дар соли ҷорӣ мавориди мухталифи саратон дар ин Марказ сабт шудааст(6).

Дуктур Муҳаммад Салим Тавано мутахассиси ҷарроҳии садрӣ ба ВВС гуфта, омӯрҳо нишон медиҳанд, ки 5% -и занони ҷаҳон ба ин бемории саратони сидия мубтало ҳастанд. Ба гуфтаи ӯ, ин омор дар кишварҳои пешрафта ва рӯ ба инкишоф ба 1 то 3 % коҳиш меёбд. Ба асоси тозатарин омили эълоншуда аз сӯи идораи эҳсоии Афғонистон, ҷамъият Афғонистон ба 27.5 миллион нафар мерасад, ки ин маҷмӯа 13.4 миллион нафар зан ҳастанд, бинобар ин метавон тахмин зад, ки дасти кам 134 ҳазор зан дар Афғонистон ба ин беморӣ мубтало ҳастанд(13).

Доктор Маъруф Сомеъ мутахассиси валодӣ- нисоӣ низ гуфта, ки саратони сидия дар Афғонистон пас аз марги модарон дар ҳангоми вилодат, болотарин мизони маргумири занонро сабаб мешавад. Аммо доктор Сомеъ ба ин бовар аст, ки мизони воқеаҳои саратон дар Афғонистон нисбат ба соир кишварҳои ҷаҳон камтар аст. Ӯ издивоҷ дар сини поин ва ширдҳии модарон ба фарзандонашонро далели ин мавзӯ медонад, зеро модар шудан дар сини боло ва шир надодан ба фарзанд аз авомили эҳтимолии бемории саратони пистон аст.

Доктор Наҷиб Наимӣ, масъули назорат ва арзёбии баҳши хусуси Вазорати сиҳати омма низ мегӯяд, ки дар Афғонистон бештар беморон саратонӣ барои мудово ва ҳатто ташхис ба хориҷ аз кишвар, ба хусус ба Покистон, Туркия ва Эрон мераванд ва ба ин далел омили дақиқ аз ҳамчу беморон вучуд надорад.

Саратони пистон аз роҳҳои мухталиф ташхис мешавад. Ташхис эҳтимоли он қоросонӣ аст аммо ташхис дақиқ он нисбат ба имконот ва озмоишоти дақиқ дорад.

Мудовои саратони пистон ба се шакл анҷом мешавад: ҷарроҳӣ, химиядармонӣ (аз тариқ дору) ва партавдармонӣ (аз тариқ ашаъ).

Доктор Наимӣ мегӯяд: «Ҷарроҳӣ ва химиядармонӣ дар Афғонистон анҷом мешавад, аммо ин мудово ноқис аст ва мо маҷбурем беморро барои партавдармонӣ ба хориҷ бифиришем».

Дар саросари ҷаҳон, саратон яке аз муҳимтарин далоили марг аст. Саратони сидия шоеътарин саратон дар миён занон дар саросари ҷаҳон аст ва 25% аз кулли саратони ташхисшуда дар занонро ташкил медиҳад. Дар сурати ташхиси зуд ҳангоми саратони сидия метавонад дар дараҷаи аввал бо истифода аз ҷарроҳӣ, радиотерапия ва систематик дармон шавад(9).

Фарзия таҳқиқ. • Ба назар мерасад факр, ҷанг, шеваи зиндагӣ, авомил ҷенетик, нӯшидан алкул, саигарет кашидан, издивоҷ дерҳангом, тасмими адами ширдҳӣ сабаби ба вучуд омадани саратони сидия таъсир ба сазое дорад. • Фикр мешавад адами таваҷҷуҳ ва адами огоҳӣ ба авомили бавучудоваранда ва адами тадовӣ дар эҷоди саратони сидия як робитаи маънӣдор дорад.

Омилҳои сабабӣ: • Авомил ҷуғрофӣ: консари сидия бештар дар мамлики ғарбӣ ба вуқӯъ пайваста вадар ҳудуди 3 – 5%-и маргумирро ташкил дода, аммо дар Ҷопон нодир мебошад. Ин тумур дар мамлики ба инкишоф 1 -3 дарсад воқеоти маргумирро дар бар мегирад. Хатари иҷоди бемории саратони сидия ба таври қобил таваҷҷуҳе дар Америка ва Аврупо бештар аз Осиё ва Африқо аст. Мизони бурузи маргумир дар Иёлоти мухталидаи Америка 5 баробар бештар аз Ҷопон аст. • Синну сол: корсинумои сидия дар сини камтар аз 20 сол бениҳоят нодир буда, баъд аз он тадриҷан зиёд шуда, 90- солагӣ 20% хонумҳо масоиб ба корсинумои сидия мешаванд. • Ҷинс: камтар аз 0.5%-и воқеот корсинумои сидия назди мардҳо дида мешавад. • Омилҳои ҷини-

тик: корсинумои сидия назди хонумҳое, ки таърихчаи фомилиии маразро доранд, бештар дида мешавад. Мутолиоти чинитик нишон додааст, ки абнормилити болои курумузум 17, ки боиси интиқоли мараз мешавад, назди камтар аз 10 дарсади хонумҳои масоб кориснумои сидия дида шудааст.

- Омил зиндагӣ ва генетикӣ дар Афғонистон: теъдод аз шеваҳои зиндагӣ ва авомили генетикӣ боиси афзоиши хатари ибтило ба саратони пистон мешавад ва нишон дода шудааст, ки ин маворид боиси афзоиш хатар саратон пистон дар занони афгон мешавад. Масъулон таъкид мекунам, ки сигарет кашидан, нӯшидан машруботи алкулӣ, издивоҷ дерхӯнгом ва тасмим ба адами ширдхӣ аз ҷумлаи авомиле аст, ки хатари ибтило ба саратон пистон дар занонро афзоиш медиҳад. Аз назари маданӣ, 95% аз занони сабтшуда умдатан мутааххил ва чанд ҳамсар ҳастанд ва беш аз 85%-и онҳо заноне ҳастанд, ки дар таърихи гузаштаи худ ҷарроҳӣ кардаанд. Мо ҳамчунин 3 бемор дорем, ки дар собикаи гузаштаи худ сигаретӣ ҳастанд (Dr Haji Mohammad Bigzada).
- Фактурҳои ғизой: чун консари сидия бештар хонумҳои мамолики пешрафтаре масоб месозад, лизо мумкин аст фктурҳои ғизой дар бавучуд овардани он нақш дошта бошанд. Чунончи мулоҳиза шудааст, ки аҳзи беш аз ҳадди асидҳои шахмӣ машбуъ (комил) ва алкул дар воқеоти консарҳои сидия нақш дошта, магар Vitamin C нақши муҳофизатиро дорад.
- Факторҳои эндокринӣ: консари сидия назди хонумҳои беавлод (бефарзанд) бештар маъмул буда, дархоле, ки шир додани тифл аз тариқи сидия воқеоти онро кам менамояд. Доштани як тифл ба сурати муқаддам, ба хусус, вақте ки бо Menarche муаххар ва Menopause муқаддам ҳамроҳ бошад, нақши муҳофизатӣ дорад. Бояд тазакур дод, ки консарии сидияи хонумҳои ҷоқ баъд аз Menopause бештар таъсис менамояд ва ин ба далеле аст, ки хурмуҳои стероидӣ дар шҳми узвият ба Estradiol табдил гардида, ки ин дар охир воқеоти консарро издиёд мебахшад.
- Radiation: касоне, ки дар синини нашъунамои сидия мувоҷеҳ ба ташъшуъ мешаванд, баъд аз 10 сол хата-

ри ба вучуд омадани корсинумои сидия наздашон зиёд мешавад.

- Наҷод / қавмият: бештарин мизони саратони сидия дар занон аз наҷоди Аврупоӣ аст, ки умдатан ба иллати бурузи саратонҳо Estrogen Receptor масоб аст.

Патогенез ва патологияи саратони сидия. Саратон сидия монанди соир саратонҳо иллати консари сидия ношинохта боқӣ мондааст, бо он ҳам се омили муассир дар байни мавориди ғавқ аз аҳамияти хос бархурдоранд. Тағйироти чинитик, таъсироти хурмунӣ, авомили муҳитӣ (7). Консари сидия дар эпители тамоми қисматҳои қанотҳои сидия ба шумули эпители қанотҳои бузургӣ ширӣ назди қанотҳои кӯчак, ки маншаи худро аз лубули сидия мегиранд, ба вучуд меояд. Саратони сидия дар маҷмӯъ ду навъанд : 1-муҳочим; 2-ғайри муҳочим.

1- μ - Муҳочим: a-Invasive ductal carcinoma, b- Invasive lobular carcinoma, c-medullary carcinoma, d- Colloid carcinoma, e-Tubular carcinoma, f- other Types; **2. • а й р - муҳочим:** Lobular carcinoma insitu (LCIS), Ductal carcinoma insitu (DCIS) (7).

Консари сидия метавонад аз навъи Insitu (ҷо ба ҷо) ва ё Invasive (муҳочим) бошад, аз назар дараҷаи тафқиқии худ ба се дараҷа тақсим мешавад. 1. Well differentiated-2. Moderately differentiated-3. Poorly differentiated. Аз ҷумла корсинумои сидия маъмултарини он Ductal carcinoma буда, ҳол он ки Lobular carcinoma дар ҳудуди 15% воқеот корсинумои сидияро ташкил медиҳад, аммо баъзан мумкин аст ҳарду шакли он ба таври микс дида шаванд(1). Анвои нодири корсинумои сидия, ки аксаран инзори беҳтар доранд, иборат анд аз:

- Colloid carcinoma, ки ҳуҷароти он Mucin-и фаровон тавлид мекунамд.

- Medullary carcinoma, ки дорои ҳуҷароти бузург бо шитҳои саҳт буда ва бо аксуламли лимфосити дозих, мутарофиқ мебошанд.

- Tubular carcinoma, ки як навъ корсинумои қанотӣ буда, ва бештар назди хонумҳои ҷавон ба вучуд меояд(1).

Интишор корсиномаи сидия. Корсиномаи сидия метавонад ба яке аз ашқоли зайл



интишор намоё. 1. Мавзей: бад-ин тариқ тумур аз назар часомат бузург гардида, ва сохтмонҳои мучовири худро, монанд чилд (пӯст), азалот (мушакҳо), садрия (қафаси сина) ва ҳатто чидор садуро ишғол менамояд. 2. Интишор аз тариқ лимфавӣ: тумури сидия аз ин тариқ аввалан уқадоти лимфавии axillari ва занҷири уқадоти лимфавӣ Internal mammaryро масоб месозад. Тумурҳое, ки дар сулси халафии сидия мавқеият доранд, зиёдтар эҳтимол меравад, ки уқадоти лимфавӣ Internal mammaryро интишор намоёнд. Масоб шудани уқадоти лимфавӣ чихати таъйини дараҷаи пешрафт муҳимм буда, чунончи дар воқеоти пешрафтаи уқадоти лимфави фавқ алтиркува (болои охӯрак) ҳатто уқадоти лимфавии тарафи муқобил масоб хоҳанд шуд. 3. Интишор аз тариқи хун: аз ин тариқ тумур метавонад ба системи скелити монанди фуқароти қатанӣ, фахз, фуқароти садри, азлоъ ва чумчума метостоз бидиҳад ва дар натиҷа боиси Osteolyse навоҳӣ мутазаққира мешавад. Ҳамчунон мумкин аст дар кабад, риятон ва

димоғ низ аз тариқи дамавӣ митостоз бидиҳад ва баъзан мумкин аст дар фақлкулияҳо ва тухмдонҳо низ митосоз ба вучуд ояд.

Лавҳаи саририи корсинуми сидия

Консари сидия дар ҳар қисмати сидия ба шумули занаби абтии (думи аксиллари) он ба вучуд омада метавонад, аммо бештарини воқеоти он дар мураббаи улвии ваҳшии (болои латералии) сидия ба вучуд меояд. 1. Cancer-en –cuirasse; 2. Намои пӯст норинҷӣ (Peaud orange) 3. Fungating mass 4. Узаймои муаххар бозу 5. Лмфоангисаркома.

Тасниф клиникӣ консарҳои сидия.

Замоне, ки консари сидия тасбит мегардад, бехтар аст чихат таъйини дараҷаи он ба яке аз тариқаҳои қабулшуда дараҷабандӣ гардад. Дар ин ҷо таъйини дараҷаи консари сидия ба системаи TNM нишон дода шуда аст.

Муфидтарин системаи табақабандӣ аз назари сарирӣ: саратони сидия бар асоси баёни охираҳои ER ва охираи PR ва ё охираи 2 (HER2) (8).

50-65% масоб мешавад	Human Epidermal Receptor Negative2	Estrogen Receptor positive
10-20% масоб мешавад.	Estrogen Receptor positive or negative	Human Epidermal Receptor positive2
10-20% масоб мешавад	Human Epidermal Receptor 2 Negative	ER ,PR negative

Инзори (хатарҳои) консарҳои сидия.

Агарчи бехтарин раҳнамо чихати таъйини инзори консарҳои сидия часомати тумур ва масобияти уқадоти лимфавӣ ҳастанд, аммо баъзан ба мулоҳиза расидааст, ки як тумури бузург дар сидия маҳдуд монда ва марижа барои чандин даҳа зинда мемонад. Дар ҳоле, ки мумкин аст як тумури кӯчак дар вақт ташхис ғайр қобил илоҷ бошад. Аз ин рӯ, инзори як консари сидия марбути муддат замони ба вучуд омадани он набуда, балки марбут ба қобилият таҳҷум ва қудрати митостоз он мебошад.

Тадовии консарҳои сидия. Иборат аз тадовии ҷарроҳӣ бо ё бидуни радиотеропи, радиотеропӣ ва тадовии системик аст, ки шомили хурмунутеропӣ ва кимиётотеропӣ мебошад.

Морфология: Консари сидия тарафи чап-ро бештар аз тарафи чап масоб месозад дар

худуди 4%-и марижони дорои тумури ибтидоии дутарафа бо офоти мутаволӣ дар як сидиянд. Вуқӯёт саратони сидия аз назари аномумӣ қарори зайл аст. Рубъи улвии ваҳшӣ (ҷоракҳои болои латералии) 50%, қисмати марказӣ 20%, рубъ сифлии (поёнии) ваҳшӣ 10%, рубъ дохилии ва улвӣ 10%, рубъи дохилии сифлии 10%.

Diagnosis

1. History and physical examination
2. Bilateral mammogram

3. Biopsy : any distinct mass should be considered for biopsy, even if the mammogram are negative

The standard method of diagnosis for palpable lesion is:

- Core-needle biopsy
- Ultrasound-guided needle biopsy
- Stereotactic core-needle biopsy under mammographic localization

- Needle localization under mammography, followed by surgical excision
- MRI-guided biopsy

4. Laboratory studies

- Complete blood count, liver function test, and alkaline phosphatase level can be considered depending upon the history and physical

- Routine use of breast cancer markers such as CA 27:29 & CA15:3 is not recommended

5. Pathology and special studies

- Histology and diagnosis (invasive vs. In situ)

- Pathologic grade of the tumor
- Tumor involvement of the margin
- Tumor size
- Lymphovascular invasion

6. Estrogen receptor/progesterone receptor (ER/SR) status should be done in all tumor(both invasive & noninvasive)

7. HER-2/neu-testing (as per ASCO/CAP Guideline 2013)

8. Indicates of proliferation (e.g, mitotic index, Ki-67, or S phase) can be helpful.

9. Radiographic studies are performed on the basis of the finding of the history and physical examination, diagnostic breast imaging and blood tests. Appropriate imaging studies such as CT scan, ultrasound, MRI, or CT/PET scan can be considered as per the clinical indications. They are not routinely recommended for all patients.

10. Breast MRI may be helpful in determining the extent of disease and to facilitate surgical planning in the following patients

- Those with heterogeneous and extremely dense mammographic tissue
- Those with newly diagnosed invasive lobular carcinoma
- Those with axillary nodal metastasis with unknown primary
- Those who are candidates for neoadjuvant chemotherapy and as part of monitoring response to neoadjuvant therapy.

PATHOLOGY (ПАТОЛОГИЯ)

Infiltrating or invasive ductal cancer is the most common breast cancer histologic type and comprises 70% to 80% of all cases.

Pathologic classification of breast cancer
Ductal : Intraductal (in situ), invasive with predominant intraductal component, invasive NOS, Comedo, inflammatory, Medullary with lymphocytic infiltrate, Mucinous (colloid), Papillary, Scirrhus, Tubular other
Other : Undifferentiated
Lobular : in situ, invasive with predominant in situ component, Invasive
Nipple : Paget Disease NOS , Paget disease with intraductal carcinoma, Paget disease with invasive ductal carcinoma
Other type (not typical breast cancer) : Phyllodes tumor, Angiosarcoma, primary lymphoma

Дар бахши онкологияи шифохонаи ҳавзавии Абуалӣ Синоӣ Мазори Шариф, аз июни соли 2020 ило июни соли 2021, 66 маврид саратони пистон сабт шудааст. 64 маврид зан ва 2 мавриди дигар мард буданд. Занони афгон дар синин болотар дар муқоиса бо занони соир кишварҳо ҳузур доштаанд. Далели аслии бурузи ин авохир факр, ҷанг ва адами иттилоъ аз саратони пистон дар ин кишвар аст. Бештар занони ташхис дода шуда дар маҳдуда синни 30-60 сол ҳастанд ва марҳалаи саратон дар бисёре аз ма-

ворид мушаххас нест, зеро дар шифохонаа ҳавзаи Балх ҳеҷ момографӣ, сӣ ти аскун, амор ой ё дастгоҳ модерни дигаре вучуд надорад то битавонад саратони пистонро дар як кишвар ташхис диҳад (Dr Haji Mohammad Bigzada).

Шиносии зудҳангом тавассути момографӣ. Тест тавассути момографӣ коҳиш марғумири ношӣ аз саратонро дар занон байн 40 то 70 сол нишон додааст. Дар мавориде, ки анҷумани саратоншиносони кишварҳои дигар тавсия мекунам, ки занон 40



то 44 -сола бояд интихоби тест момогарофӣи солона анҷом диҳанд ва занони 45 то 54- сола бояд солона момогарофӣ анҷом диҳанд, ҳанӯз ҳеҷ дастгоҳи момогарофӣ на танҳо дар шифохонаи ҳавзавии Абӯалӣ Сино, балки дар шифохонаҳои шаҳр низ вучуд надорад. Ин муоиноти маъмул рӯй занони афғон анҷом намешавад. Бинобарин, саратони сидия дар синин боло ва дараҷаи болотар ташхис дода мешавад (Dr. Haji Mohammad Bigzada)

Сунугарофӣ, CT-Scan, MRI ва аскун устухон. Сунугарофӣ як усули мукамал ва муфид барои момогарофӣ дар арзёбии куталаҳои пистон аст. Барои тамоюз байни зойиоти салим ва ҳабис сунугарофӣи мутадовили дорои ҳассосият ва вежагии 97% 61% ба танҳой аст. Дар шифохона ҳавзаи Абӯалӣ Сино дар ғаёб момогарофӣ, сунугрофӣ ҳанӯз барои маризон дар шифохона эҷод мешавад.

CT-Scan –и сидия як абзори ташхиси нисбатан ҷадид дар Мазори Шарифи Афғонистон аст. Ct-Scan як тести маъмул барои саратони пистон дар саросари ҷаҳон нест, аммо дар ғаёб тест момогарофӣ дар шифохонаи ҳавзаи Абӯалӣ Сино, Мазори Шариф доктор аз CT-Scan барои дараҷабандии саратони пистон истифода мекунад. Ҳамчунин CT Scan дар шифохонаи ҳавзаи Абӯалӣ Сино вучуд надорад, аммо онҳо метавонанд CT-Scanро дар шифохонаҳо ва клиникҳои хусусӣ пайдо кунанд. Дар ҳоле, ки нишон дода шудааст, тасвирбардори резонанси миқнотисии пистон – MRI аз ҳассосияти болотари нисбат ба момогарофӣ бархӯрдор аст, вежагии MRI-и пистон камтар аст, ки метавонад мунҷар ба мусбати козиб ва дар натиҷа биопсии бештар шавад. Беморон бояд бо диққат барои аскрининги изофӣ бо MRI-и пистон интиҳоб шаванд. Дар шифохонаи Абӯалӣ Сино низ маризон бо хатари боло барои ташхис ба маркази ташхиси MRI ирсол мешаванд (Dr Haji Mohammad Bigzada). Беморони мубтало ба зойиот пурхатар мумкин аст воҷид шароит мутолиот виқоя аз саратон пистон бошанд. Томуксифон ва ролуксифон ду адвияи маврид таъйид FDA барои виқоя аз саратон пистон дар

шароит пурхатар ҳастанд. Дар шифохонаи Абӯалӣ Сино барои бемори бо risks боло докторон аз таркиботи Docetaxel + Carboplatin ё Docetaxel + Doxorubicin ё Docetaxel + Epirubicin истифода мекунанд (Dr Haji Mohammad Bigzada).

Тадовӣ: Дар сурати имкон, беморони саратони пистон бояд тавассути тими ҷандриштай тахти тдовӣ қарор гиранд. Ҷарроҳӣ дар аслитарин тдовии саратони сидия боқӣ мондааст, шимутеропӣ, радиотеропӣ ва тдовӣ тавассути хурмун ба унвони тдовии кумакӣ. Авомили ҷадидтар, монанди дармон ҳадафманд низ бахше аз таслиҳоти стратегияҳои тдовӣ аст. Мақомоти Вазорат сикати омма таъкид карданд, ки заноне, ки тавонои пардохт ҳазинаҳои дармонӣ ба хориҷ аз кишварро надоранд, ба далели набуди имконоти сикӣи лозим, дар кишвар ҷон худро аз даст медиҳанд.

Бо ин вучуд 66 бемор дар як сол дар шифохонаи ҳавзаи Абӯалӣ Сино сабт шудаанд ва ҳама беморон бо таваҷҷуҳ ба собиқа, муоинаи физикӣ, вазъият умумӣ, муоинаи тақмили тахти дармон қарор гирифтаанд.

Ҷарроҳӣ: Таъи 5 сол , теъдод ҷарроҳон умуми дар Афғонистон андаке афзоиш ёфтааст. Аммо дар кулл кишвар фақат ду бахш саратон вучуд дорад. Дар шифохонаи ҳавзавии Абӯалӣ Сино 15 бемор бо муваффақият аз соли 2020 бо ислоҳи мостэктомии родикол (MRM) тахти амали ҷарроҳӣ қарор гирифтанд. Пас аз амал, ин 15 бемор тақрибан панҷ сол мутаволӣ аз хурмундармонӣ истифода мекунанд (Dr. Haji Mohammad Bigzada)).

Шимитеропия: Нишон дода шудааст, ки шимидармонӣ боиси беҳбудии бақо дар занони мубтало ба саратони сидия дар шароит кӯмакӣ мешавад, аммо як нигаронии умда барои бемор ин аст, ки мумкин аст системаи муофияти бадани онҳо бо химиядармонӣ ба хатар биафтад. Ҳеҷ ашаъе (шӯёе) барои занони мубтало ба саратони пистон дар Афғонистон вучуд надорад. Антрасиклинҳо бештарин корбурди зидди саратон барои саратони пистонро доранд ва шифохонаи ҳавзавии Абӯалӣ Сино, ки докторон аз антрасиклин FAC (5 -флоротсин,

эпирубитсин, сиклофосфамид) ва FАC (5 - флоротсин, одрёмоисин, сиклофосфамид) истифода мекунамд (Dr. Haji Mohammad Bigzada).

Равиш кор: Ин мутолиа дар замони як-сола аз чуни соли 2020 ило чуни соли 2021 дар дипортаменти (кафедраи) шифохонаи ҳавзавии Абуалӣ Синоӣ Балхӣ воқеъ дар шаҳри Мазори Шариф, шимоли Афғонистон анҷом гардид. Бад-ин манзур ба теъдо-ди 66 тан маризон аз вилоятҳои шимолӣ (Форёб, Сари пул, Ҷузҷон, Балх, Самангон, Бағлон) ба маркази ташхисия (дипортамен-ти онкология) муроҷиа намуда буданд. Дар назди занон бо истифода аз методҳои таш-хисии монанди муоиноти физикӣ, FNA, Core needle biopsy, CT-Scan ва Brest MRI анвои мухталифи саратони сидия ташхис намуда ва додаҳо шомили иттилооти мар-бут ба чинсият, синн, қад, вазни бадан, вазъ-ият шуғлӣ, вазъият тааххул (оиладорӣ), вазъ-ият иқтисодӣ, авомил хатар ташхис додан. Ва баъд тахт тадовӣ қарор гирифтаанд.

Ёфтаҳо: Аз 66 мавриди муроҷианамуда ба шифохонаи ҳавзавии Абуалӣ Синоӣ Балх дар 56 маврид саратони сидияи навъ ductal сабт шудааст, дар 3 маврид саратон сидия навъ лубулор ташхис гардида ва дар 3 мав-рид куталаи сидия буд, ки ташхис дар ин марказ қатъӣ нашуда ва 4 маврид метосто-тик дар дигар қисматҳои бадан, монанди уқадоти лимфавӣ, рия, устухон ва кабид ву-чуд дошт.

Муноқиша: Ҳарчанд Афғонистон яке аз кишварҳост, ки мизони камтаре дар буру-зи саратони сидия нисбат ба бақия кишва-рҳои дунё дорад. Издивоҷ дар синини поин ва ширдиҳии моридон ба фарзандоншонро далели мавзӯи коҳиши саратони сидия дар байни занон афғон медонанд. Синини боло ва шир надодани фарзанд аз авомили эҳти-молии бемории саратони сидия аст. Тибқи омили арқоми сикҳати омма дар 31.10.2019 солона беш аз 3500 тан ба саратони сидия

мубтало мешавнд беш аз 1700 тан ҷон ме-диханд.

Ба асоси тозатарин омили эълумшуда аз сӯи эҳсоияи (омор) Афғонистон, ҷамъияти Афғонистон ба 27.5 миллион нафар ме-расад, ки аз ин маҷмӯъ 13.4 миллион нафар зан ҳастанд. Бинобар ин метавон тахмин зад, ки дасти кам 134 ҳазор зан дар Афғонистон ба ин беморӣ дучор ҳастанд. Баррасии сарато-ни сидия дар 66 маврид, ки аз вилоятҳои шимол дар шифохонаи ҳавзавии Абуалӣ Синоӣ Балхӣ муроҷиа намуда буд, ба сара-тони сидия тасбит гардидаст. Аз ҷумла, аз 66 маврид дар 64 маврид зан ва дар 2 мав-рид мард будааст. Аз ҷумла дар 66 маврид зан ва мард 56 маврид саратон сидияи навъ ductal сабт шудааст, дар 3 маврид саратони сидияи навъ лубулор ташхис гардида ва дар 3 маврид куталаи сидия буд, ки ташхис дар ин марказ қатъӣ нашуда ва дар 4 маврид метостотик дар дигар қисматҳои бадан, монанди уқадоти лимфавӣ, рия, устухон ва кабид вуҷуд дошт. Бештари маризон дар маҳдудаи синни 60-30 сол бо қад 145-160 сантиметр ва вазни 70-40 килограмм ва 60 бемор хонуми хона бо вазъият иқтисоди поин (заиф) ва 4 бемори дигар муаллим бо вазъият иқтисодии табиӣ буданд.

Авомили ҷенетик, ҳомилағӣ дар синини боло, менопауза баъд аз 55- солағӣ в асо-бқай ибтило ба саратонҳои дигар, монанди эндометрия ва тухмдон аз ҷумлаи факту-рҳои хатар дар саратони сидия ба шумор меоянд. Агар саратони сидия зуд ташхис дода шавад, беш аз 90%-и мубталоён тадовӣ мешаванд.

Мутолиае, ки дар Техрон дар хусуси му-қоисаи куталаи ҳабиси сидия ва насҷи салим анҷом шуд, бештарин маврид бо 77.4% навъи Ductal Invasive carcinoma ва баъд аз он навъи Invasive Tabular 6.6% ва навъи Insitu Ductal ва Mucinous Carcinoma бо 4.7% ва соир анвоъ ҳар қадом камтар аз 1% маворид ба худ ихтисос доданд.

Адабиёт

1. توانا ، محمد سليم (۱۳۹۶). جراحی صدری و قلبی و عایی چاب دوم انتشارات عازم کابل افغانستان. ص ۶۴
2. حمید صالی نیا و همکارش مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار دور ۲۲ شماره ۱ فروردین ماه ۱۳۹۴

3. فاطمه سادات عسگریان و همکارانش بررسی اپیدمیولوژیک سرطان پستان و توزیع سنی بیماران در یک ده ساله فصلنامه بیماری های پستان ایران ، سال نهم ، شماره اول ، بهار ۱۳۹۵ .
4. پرویز معروضی و همکاران مقایسه بار سرطان پستان در زنان ایرانی با حوزه مدیریتانه شرقی و پیش بینی با روش هموار سازی نمایی .کومش – جلد ۲۳ ، شماره ۱ (پیاپی ۸۱) ، زمستان ۱۳۹۹ .
5. طاهره مختاریان بررسی سرطان پستان در دوران بارداری فسانامه آزمایشگاه و تشخیص – بهار ۱۳۹۶ شماره ۵ .
6. همکار ، امین الله (۱۳۹۵) . پتالوژی جهازات ، چاپ چهارم ، انتشارات عازم کابل افغانستان صص ۱۱۴.۱۱۵
7. کومار آوینی ، عباس آبولک ، استر جان سی (2018) آسیب شناسی پایه اختصاصی رابینز ، امین رضوانی همدانی ، معصومه صفایی ، سمانه سالاروند تینا علی نیا مترجمان (1396)، نوبت دوم ، سال 1397 خورشیدی ، انتشارات میرماه تهران ، صص ۵۶۷.۵۶۶.۵۶۵
8. Abu Ali Sina Regional Hospital , Oncology Department, Dr Haji Mohammad Bigzada
9. The Bethesda Handbook of Clinical Oncology Jame Abraham/James L.Gulley 5th Edition, Breast Cancer Chapter 12 pages: 182,187,188,189,190,191
10. Walter and Miller's textbook of Radiotherapy Radiation physics Therapy and Oncology 8th Edition
- 11.IASC thoracic Oncology Second Edition Harvey I. Pass, David Ball, Giorgio V. Scagliotti.
- 12.GaniyopeyemiAbdulrahmanJnr.otherEpidemiology of breast cancer in Europe and Africa .journal of cancer Epidemiology volume 2012, Article ID915610,5 pages dio: 10. 1155/2012/915610.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН В ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЕ ГОРОДА БАЛХА

Д-р Лизо Ромин¹, Марьям Шариф², Сувито Мусави³.

1. Кафедра акушерства и гинекологии ВЧМОУ «Тодж». 2. Кафедра гистологии ВЧМОУ «Тодж». 3. Кафедра физики ВЧМОУ «Тодж».

В данной статье анализируются истории болезни 66 больных, которые находились в областной больнице города Балха. По половой принадлежности исследуемые были женщинами (64 человека) и мужчинами (2). Возраст больных колебался от 30 до 60 лет, рост больных составлял 145-160 сантиметров, весот 70 до 40 килограммов. 60 больных являлись домохозяйками и имели низкое экономическое состояние, 4 больных были учите-

лями и имели среднеэкономическое состояние. Результаты исследования показали, что болевшие раком молочной железы афганские женщины, которые были зарегистрированы в Диагностическом центре, в основном страдали от рака молочной железы инвазивного протокового типа ductal invasive (60 случаев).

Ключевые слова: Рассмотрение, рак молочной железы, областная больница города Балх, диагностический центр.

STUDYING THE PROBLEM OF THE DISTRIBUTION OF BREAST CANCER IN WOMEN IN THE REGIONAL HOSPITAL OF BALKH CITY

Dr. Lizo Romin¹, Maryam Sharif², Suvito Musavy³.

- 1.Department of Obstetrics and Gynecology of the Higher Private Medical Educational Institution "Toj". 2. Department of Histology of HPMEI "Toj". 3. Department of Physics of HPMEI "Toj".

This article analyzes the hospital chart of 66 patients who were in the regional hospital in the city of Balkh. By gender, the subjects were women (64 people) and men (2). The age of the patients ranged from 30 to 60 years, the height

of the patients was 145-160 centimeters and the weight was from 70 to 40 kilograms. 60 patients were housewives and had a low economic condition, 4 patients were teachers and had an average economic condition. The results of the



study showed that Afghan women with breast cancer, who were registered at the Diagnostic Center, mainly suffered from ductal invasive

breast cancer (60 cases).

Key words: study, breast cancer, Balkh regional hospital, diagnostic center.

Лизо РоминI- Кафедраи акушерӣ ва гинекологии Донишқадаи тиббии Муассисаи таҳсилоти олии хусусии “Тоҷ”

Марям Шарифӣ - Бахши гистологияи Донишқадаи тиббии Муассисаи таҳсилоти олии хусусии “Тоҷ”.

Сувино Мусавӣ - Бахши гистологияи Донишқадаи тиббии Муассисаи таҳсилоти олии хусусии “Тоҷ”.

Лизо РоминI- Кафедра акушерства и гинекологии ВЧМОУ «Тодж».

Марям Шарифи - Кафедра гистологии Медицинского факультета Частного учреждения высшего образования “Тодж”.

Сувино Мусави - Кафедра гистологии Медицинского факультета Частного учреждения высшего образования “Тодж”.

Lizo RominI- Department of Obstetrics and Gynecology of the Higher Private Medical Educational Institution “Toj”.

Maryam Sharifi - Department of Histology, Faculty of Medicine, Private Institution of Higher Education “Toj”.

Suvito Mousavi - Department of Histology, Faculty of Medicine, Private Institution of Higher Education “Toj”.



ПЕДИАТРИЯ

ҲОЛАТИ СИСТЕМАИ ДИЛУ РАҒҶОИ ХУНГАРД ҲАНГОМИ ПНЕВМОНИЯИ ШАДИД ДАР КӮДАКОНИ СИННИ БАРВАҚТ

Абдуллаева Н. А., Қодирова М.Р., Шабонов Р.З., Кароматов Ф.Х.

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. Шуъбаи эҳё ва “неанотология” МДМТ –и Истиқлол

Мухимият. Бемориҳои узвҳои нафаскашӣ дар тӯли солҳои зиёд дар бемориҳои кӯдакон бартарӣ доранд ва ба сатҳи беморшавӣ, фавти кӯдакон, музмин гаштани протесси бронху шушҳо таъсир мерасонад, ки ин мавзӯи мазкурро хеле актуалӣ мегардонад. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бемориҳои узвҳои нафаскашӣ, аз ҷумла пневмония, яке аз сабабҳои асосии беморшавии зиёд дар байни кӯдакон, махсусан кӯдакони синну соли барвақт, ба ҳисоб меравад. Пневмонияи шадид дар сохтори бемориҳои системаи нафаскашӣ дар кӯдакон ҷойи намоёнро ишғол мекунад ва яққоя бо тағйиротҳои гуногуни узвҳои дарунӣ, махсусан системаи дилу рағҳо ҷараён дорад. Онҳо метавонанд, ки ҷиддӣ набошанд, ё баръакс муҳим бошанд, ки ин ташҳиси манзараи клиникаро душвор месозад. Дар байни проблемаҳои кардиологияи муосир ҷойи асосиро муҳимият ва мураккабии норасоии дил ишғол мекунад. Омӯзиши оризаҳои нисбатан зиёд дучоршавандаи пневмония дар кӯдакон тағйирот дар системаи дилу рағҳо ба ҳисоб меравад. Омӯзиши норасоии дил дар синну соли барвақти кӯдакӣ таваҷҷуҳи махсуси клинисистҳоро ҷалб мекунад, ки сабаби ин душвории ташҳис, фарқ накардани аломатҳои хоси ихтилоли гардиши хун экстракардиалӣ мебошад. Меъёрҳои клиникӣ қаблан таҳияшудаи ташҳиси норасоии дил барои ошкор намудани ихтилолҳои гардиши хун дар кӯдакони синну соли барвақт на ҳамеша объективӣ аст. Ҳамаи ин муҳимияти мавзӯи мазкурро муайян мекунад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоинаи мо 30 кӯдаки аз 6 - моҳа то 3- сола бо ташҳиси пневмония шадид қарор дошт. гузаронидем. Писарҳо 18 (60%), духтарҳо – 12 (40%) буданд. Ҳамаи кӯдакон дар МДМТ «Истиқлол» дар шуъбаи пулмонология, дар давраи солҳои 2020-2021 табобат гирифт-

танд. Дар баробари усулҳои таҳқиқоти умумиклиникӣ усулҳои таҳқиқоти рентгенологӣ, биохимиявӣ, ЭКГ, капнографӣ, бактериологӣ, серологӣ ва иммунологии хун гузаронида шуд. Натиҷаҳои ҳосилшуда бо усулҳои омори тавсифӣ коркард ва эътимоднокии фарқиятҳо бо меъёри Студент муайян карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Таҳлили комплекси кӯдакон хусусиятҳои махсуси ҷараёни бемориро муайян кард. Дар ҳамаи кӯдакон сироятҳои шадиди респиратории вирусӣ (СШРВ) ва бемориҳои илтиҳобии узвҳои нафаскашӣ ба қайд гирифта шуд. Ҷараёни пневмония дар кӯдакон дар 24 (80%) ҳолат вазнин ва дар 6 (20%) ҳолат ниҳоят вазнин буд, ки ин аз ҳолати нохуби заминавӣ ва вучуд доштани бемориҳои ҳамроҳшуда вобаста аст. Такрибан дар ҳамаи кӯдакони дорои пневмонияи шадид ин ё он тағйироти узвҳои дарунӣ, махсусан системаи дилу рағҳо пайдо шуда буд. Бояд қайд кард, ки дар бештари кӯдакон онҳо, махсусан дар марҳалаҳои аввали беморӣ хусусияти функционалӣ доштанд, тағйиротҳои дағал кам ба назар расид. Шикоятҳои асосии модари кӯдаки синну соли барвақт инҳо буданд: беҳолӣ 12(40%), бад шудани иштиҳо 21 (70%), нооромӣ 24(80%), акротсианоз 9 (30%).

Аломатҳои клиникӣ бо нафастангӣ 127(90%), сулфа 24(80%), баланд шудани ҳарорати бадан 30 (100%), схир-хирҳои хушк ва намнок 28(91%), тахикардия 30(100%), васеъ шудани сарҳади дил 21(70%) зоҳир мешаванд.

Ба тағйироти функционалӣ тахикардия 21(70%), кунд шудани лаҳни дил 12(40%), аксенти ночиз 6 (20%), хеле кам таҷзия шудани лаҳни II дар болои шарёни шуш 3 (10%), шавшуви нарми систоликӣ дар қулла ё асоси дил 15 (50%) ва тағйироти сатҳи ФШ (фи-

шори шарёнӣ) 9 (30%) буданд, ки ба натиҷаҳои таҳқиқоти муаллифони дигар мувофиқат мекунад.

Асоси тағйироти системаи дилу рағхоро ҳангоми пневмонияи шадид активатсияи системаи симпатoadреналӣ дар мутаммарказшавии гардиши хун ташкил медиҳад. Аз ин хусус дар ҳамаи беморон пайдо шудани тахикардия гувоҳӣ медиҳад, басомади кашишхӯрии дил ҳамеша аз нафастангӣ бештар аст.

Вай ҳангоми муътадил будани ҳарорати бадан мушоҳида шуд ва ҳангоми гипертермия афзуд, дар фазаи в торпидии шок ба брадикардия иваз шуд. Аломати дигари активатсияи системаи симпатoadреналӣ ва мутаммарказшавии гардиши хун ҳангоми пневмонияи шадиди вазнинияш миёна ва вазнин камее баланд шудани ФШ (дар 9 (30%) бемор ба назар расид.

Дар 3 (10%) кӯдаки дорои пневмония шадид гоҳ-гоҳ ихтилолҳои рағҳо дар намуни ҳолатҳои беҳушӣ, коллаптоидӣ ё шок ба назар расид. Онҳо дар шакли беҳушии кӯтоҳмуддат, ҳолати сопорӣ, беҳолии шадид, сустӣ, гипотонияи шарёнӣ, тахикардия, гоҳ брадикардия мушоҳида шуданд. Ҳолати шок, ки дар 9 (30%) кӯдак дида шуд, дорои чараёни фазаӣ буд. Фазаи якум бо нороми, тахикардия, ФШ муътадил ё камее баланд, фазаи торпидӣ бо қарахтӣ, кам шудани тахикардия то ҳадди брадикардия ва гипотонияи шарёнӣ буд.

Ба ихтилолҳои рағҳо ихтилолҳои микроциркуляториро низ дохил кардан мумкин аст. Онҳо дар ҳамаи беморон дида мешуданд, вале дар ҳолатҳои вазнин назаррас буданд ва дар шакли рангпаридагӣ, мармарӣ шудани пӯст, ғафс шудани хун ва гиперкоагулятсия ва сард шудани андомҳо зохир мегардад. Барои ин атсидози шадид, афзудани гузаронандагии бофтаҳо, ғафс шудани хун ва гиперкоагулятсия мусоидат карданд.

Хуни сероксиген дар 21 (70%) кӯдаки дорои пневмонияи шадид муътадил (70 – 80 мм сут. сим.) буд. Танҳо дар кӯдакони синну соли барвақт пневмонияи васеъ дида шуд, Ра02 аксар вақт то 50 – 60 мм сут. сим. Паст

шудааст. Маълум аст, ки пайдо шудани лонаи пневмония дар шушҳо ва қатъ шудани воридшавии ҳаво ба алвеолаҳои осебдида, манъ шудани маҷрои хун барои шунтгузории хуни беоксиген садди роҳ мешавад.

Дар 12 (40%) кӯдаки дорои пневмонияи вазнину шадид гипертензияи шарёнӣ пайдо шуд, ки дар заминаи гипоксия ва кам шудани маҷрои рағҳо боиси сарбории иловагӣ дар қисмҳои рости дил гашт. Барои ҳамин ҳамдар онҳо пайдо шудани дили шадиди шушӣ ба қайд гирифта шуд: варам ё варамидагии рӯй, омос, варам кардани варидҳои гардан, гепатомегалия (то 3,0 - 2,5 - 2,0 см калон шудани чигар), активизатсияи қисмҳои рости дил мувофиқи маълумоти ЭКГ.

Дар ЭКГ дар кӯдакони дорои пневмонияи шадид дар баробари тахикардияи синусӣ дар ҳамаи беморон камее паст шудани волтажи дандонаҳо (дар 15(50%), блокадаи қуъии пойчаи рости Гиса дар 12 (40%), дароз шудани фосилаи PQ то 0,19 – 0,21 сония (дар 6) ва QT дар 0,05 сония ва бештар аз меъёр (дар 3), активизатсияи пешдили рост 18 (60%) ва меъдачаи рост дар 9 (30%) кӯдак, ихтилолҳои протсессҳои реполяризатсия (камамплитуа, изоэлектрикӣ ё дандонаҳои манфии Т дуршавиҳои стандартӣ ва синатгии чап, хеле кам дар дандонаҳои нӯгтез, баландамплитудай Т, ҳамчун аломати гипоксия).

Норасоии энергодинамикии дил бо зухуроти пеш аз муҳлати лаҳни II дар фонокардиограмма ва ихтилоли протсессҳои реполяризатсия дар ЭКГ дида шуд. Дар 3 кӯдаки дорои пневмонияи шадид дар баробари плеврити экссудативӣ пайдо шудани экссудат дар ковокии перикард тибқи маълумоти ЭКГ, ЭхоКГ ва рентгенографияи узвҳои қафаси сина ба назар расид.

Дар 18 (60%) кӯдаки дорои пневмонияи шадид гиперкоагулятсия ва кам шудани фаъолнокии фибринолиз дида шуд. Дар 6 (20%) кӯдак ДВС – синдром пайдо шуд, махсусан ҳангоми суперинфексия, ки асосан бо тағйироти муътадили гемокоагулятсионӣ, гоҳ бо гипоккоагулятсия рух медиҳад. Дар 1 кӯдак ҳангоми ҳамроҳ шудани сирояти



шадиди респиратории вирусӣ синдроми гемолитикӣ-уремикӣ пайдо шуд.

Мубодилаи электролитӣ (сатҳи Na ва K) ва Ht дар аксари бештари кӯдакони дорои пневмонияи шадид дар меъёр боқӣ монд. Бештар паст шудани диурез, баъзан то анурия дида шуд, ки сабабаш зиёд шудани маҳсулоти гормони антидиуретикӣ дар давоми рӯзҳои 3 – 5 –уми беморӣ буд. Бо бештар шудани ҳолати бемор, диурез пуркувват шуд, секретсияи алдостерон баланд гашт, ки барои нигоҳ доштани ин механизм мусоидат кард. Бо шарофати ин механизм ҳангоми дорои пневмонияи шадид ҳаҷми хуни гардишкунанда асосан дар ҳолати меъёр

боқӣ монд. Танҳо дар ҳолатҳои вазнин, маҳсусан ҳангоми якҷоя шудани дегидрататсияи хориҷиҳуҷайравӣ бо гипергидрататсияи дохилиҳуҷайравӣ, ҳаҷми хуни гардишкунанда кам мешавад, ки ба муолича зарурат дорад.

Хулоса, ҳангоми пневмонияи шадид дар системаи дилу рағҳо дар кӯдакон тағйироти назаррас рух медиҳад, ки дорои хусусияти компенсаторӣ ва мақсадноки нигоҳдории гомеостаз аст. Коҳиш ёфтани механизмҳои компенсаторӣ метавонад, ки боиси оқибатҳои нисбатан ҷиддитар гарданд, барои ҳамин ҳам ислоҳи онҳо вазифаи муҳим шуда мемонад.

Адабиёт

1. Белоконов Н.А. Болезни сердца и сосудов у детей: Руководство для врачей / Н.А.Белоконов, М.Б.Кубергер // В 2 томах, Т.2. – М.: Медицина, 1987 г. – 480 с.
2. Осокина Г.Г., Абдулатипова И.В., Корсунский А.А. Структура заболеваемости и смертности у детей первого года жизни // Физиология и патология сердечно-сосудистой системы у детей первого года жизни / Под редакцией М.А. Школьниковой, Л.А. Кравцовой. — М.: ИД «Медпрактика», 2002. — С. 146-160.
3. Прахов, А.В. Функциональное состояние сердца у новорожденных детей с различными вариантами сочетанной перинатальной патологии / А.В. Прахов, Ж. В. Альбицкая, Ю.Д. Гиршович // Детские болезни сердца и сосудов. 2004. -№ 3. - С. 60-63.
4. Практическая пульмонология детского возраста: справочник под ред. В.К. Таточенко. – М., 2000.- 268 с
5. Таточенко В.К. Пневмония у детей: научное издание /В.К Таточенко // Справочник педиатра: науч. - прак. журнал. - 2006. - № 7. – С. 5-29.
6. Daele, J. Humoral immunodeficiency in recurrent upper respiratory tract infections. Some basis, clinical and therapeutic features / J. Daele, A.F. Zicot // Acta Otorhinolaryngol. Belg. - 2000. №3. - P.373.
- Zipes, D.P. Cardiac electrophysiology. From cell bedside / D.P. Zipes // Elsevier. 2009.- P.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Абдуллаева Н.А., Кадирова М.Р.Шабонов Р.З. Кароматов Ф.Х.

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Отделение реанимации и неонатологии ГУ КЗ Истиклол.

Цель исследования. Изучить состояние сердечно-сосудистой системы у детей с острой пневмонией.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы истории болезни 30 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет с различными формами острой пневмонии.

Мальчиков было 18 (60%), девочек – 12(40%).

Результаты. К функциональным изменениям относились тахикардия, приглушение тонов сердца, незначительный акцент, реже и расщепление II тона над лёгочной артерией, мягкий систолический шум на верхуш-

ке или основании сердца и изменение уровня АД. Основу изменений сердечно-сосудистой системы при острой пневмонии составили активизация симпатoadренальной системы и централизация кровообращения.

Заключение.

При острой пневмонии в сердечно-сосудистой системе у детей развиваются значи-

тельные изменения, имеющие компенсаторный характер и направленные на сохранение гомеостаза. Истощение компенсаторных механизмов может привести к более грубым последствиям.

Ключевые слова: сердечно-сосудистая система, острая пневмония, функциональные изменения, дети раннего возраста.

THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN CHILDREN WITH ACUTE PNEUMONIA

Abdullaeva N. A., Kadirova M.R., Shabonov R.Z., Karomatov F.H.

Department of propaedeutics of children diseases at the SEA ATSMU

Hospital department of resuscitation and neonatology NI CH ISTIKLOL.

Aim. To study the cardiovascular system in children with acute pneumonia

Material and methods of research. We analyzed case histories of 30 children aged from 6 months to 3 years with various forms of acute pneumonia. There were 18 (60%) boys, 12 (40%) girls.

Results. Functional changes included tachycardia, muffling of heart sounds, slight accent, less often and splitting of II tone over the pulmonary artery, soft systolic murmur at the apex or base of the heart, and changes in

blood pressure. The basis of changes in the cardiovascular system in acute pneumonia was the activation of the sympathoadrenal system and the centralization of blood circulation.

Conclusion. In acute pneumonia in the cardiovascular system, children develop significant changes that are compensatory in nature and are aimed at maintaining homeostasis. The depletion of compensatory mechanisms can lead to rougher consequences.

Key words: cardiovascular system, pneumonia, functional changes.

Абдуллаева Н. – н.и.т., дотсенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. E.mail: nargis0027@gmail.com, тел: 918 61-00-27

Қодирова М.Р. – кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

Шабонов Р.З. – Шуъбаи “модар ва кӯдак МД «МТ–и «Истиқлол»

Кароматов Ф.Х. – кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

Абдуллаева Н. – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней ГОУ Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: nargis0027@gmail.com, тел: 91861-00-27

Қодирова М.Р. – кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино

Шабонов Р.З. – Отделение “матери и ребенка” ГУ «ОК «Истиклол»

Кароматов Ф.Х. – кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино

Abdullaeva N. - MD., Associate Professor, Department of propaedeutics of children diseases SEI Avicenna TSMU.

Kadirova M.R. - Department of propaedeutics of childhood diseases of the State Educational Institution of the Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino

Shabonov R.Z. - Department of “mother and child” State Institution “OK” Istiklol “

Karomatov F.Kh. - Department of propaedeutics of childhood diseases of the State Educational Institution of the Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino



ПРИНЦИПҲОИ МУОСИРИ ТАБОБАТИ АЛОИМИ ГИПЕРТЕНЗИЯИ АРТЕРИАЛИИ КЎДАКОНИ ГИРИФТОРИ НОРАСОИИ МУЗМИНИ ГУРДА

Бобоева Л.А., Қосимова П.В.

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

Муҳиммият. Гипертензияи шараёнӣ (ГШ) миёни калонсолон яке аз алоимҳои паҳншуда буда, муддати тӯлонӣ дар синну соли бачагӣ кам дучоршаванда ба ҳисоб мерафт, вале таҳқиқотҳои муосири скринингӣ исбот намуданд, ки дар 1-3% бачагон [1,9] афзоиши гипертензияи шараёнӣ (ГШ) ба назар мерасад. Дар қисми зиёди бачагон сабаби баландшавии ГШ бемориҳои гурда ба ҳисоб мераванд, ки дар танзими ҳаҷми моеи ғайрихучайравӣ ва маҳсулоти медиа-торҳои вазоактивӣ нақши ҳалкунанда доранд [1,2]. Зери мафҳуми ГШ дар бачагон ҳолати баландшавии устувори ФШ-и зиёда аз 95 персентил барои ҷинс ва синну соли мушаххаси бачагон дар назар дошта мешавад. Ҳама гуна патологияи гурдаҳо бо баландшавии ФШ сурат мегирад ва ин ҳолат ГШ-и нефрогенӣ [1,7] ном дорад. Ду навъи гипертензияи нефрогенӣ - гипертонияи вазореналӣ (аз сабаби тангшавии шараёнҳои гурда дар 30% беморон ба назар мерасад) ва гипертонияи паренхиматозӣ (аз сабаби мавҷудияти ҳама гуна бемориҳои гурда дар 70% беморон) мавҷуд аст [10]. ГШ яке аз синдромҳои асосии нефрологӣ мебошад, ки метавонад дар ҳама гуна давраи бемориҳои гурда пайдо шавад. ГШ-и дараҷаҳои зоҳиршавиашон гуногун аксар вақт дар шахсони дорои бемориҳои музмини гурда (БМГ) ба назар мерасад [2,3]. Мувофиқи маълумотҳои муосир робитаи байни бемории гурдаҳо ва ГШ-ро дар шакли муҳити носолим тасаввур кардан мумкин аст, ки дар ин ҳолат гурдаҳо якбора ҳам сабаби инкишофи ГШ ва ҳам узви дар мавқеи ҳадаф қарордошта ба ҳисоб мераванд. Исбот шудааст, ки ГШ на танҳо ба гурдаҳо осеб мерасонад, балки инкишофи норасоии гурдахоро якбора метезонад ва дар ин ҳолат новобаста аз хусусияти патологияи пештараи гурдаҳо басомади мавҷудияти ГШ 85-90% -ро ташкил медиҳад [3,7]. Паҳншавии ГШ миёни бачагон муво-

фиқи маълумотҳои муаллифони гуногун 1 то 18% -ро ташкил медиҳад [6,8]. Як гурӯҳ муаллифон бар ин ақидаанд, ки дар 55% бачагон сабаби ГН (ФШ диастоли -120 мм сут. сим.) пиелонефрит ба ҳисоб меравад, ки дар натиҷаи рефлюкси ғайриинсидодии пешобдону пешоброҳаю ҳавзак, инчунин пиелонефрити дуҷумбораи обструктивӣ, поликистоз ва аномалияи рағҳои гурда, осеби окклюзионӣ ва стенозикии шараёни гурдаҳо, синдроми Фанкони ва ғ. ба амал омадааст [6,10]. Вобаста ба таҳқиқотҳои интихобӣ ба ҳулосае омадан мумкин аст, ки ба гипертензияи симптоматикӣ гурдавӣ 35,5-80% -и тамоми ҳолатҳои гипертензивии бачагон рост меояд [2,5,7]. Далели мазкур имкон медиҳад, ки ГШ проблемаи муҳими педиатрӣ ҳисобида шавад, ки ин тақмили ташхисот ва табобати бемории мазкурро талаб менамояд. Гипертензия ҳангоми патологияи гурдаҳо аз бисёр ҷиҳат ба ихтилоли экскретсияи натрий ва об, гум кардани қобилияти артериолаҳои гурдавӣ ва канорӣ ба ауторегулятсия, яъне бо инкишофи қобилият надоштан дар ҷавоб ба зиёд шудани ҳаҷми моеи экстратселлюлярӣ ва зиёд шудани кашишхӯрии дил аз ҳисоби таъсири симпатонӣ вобаста аст. Омилҳои асосии ба ГШ мусоидаткунанда дисфунксияи эндотелиалии дар натиҷаи ихтилоли муътадили девори рағҳо ва коҳишёбии ҳосилшавии субстансияҳои вазодилатсияшуда ба амалоянда, инчунин синдроми метаболӣ мебошанд [1,7]. Дар 80—90 % беморон сабаби пайдоиши ГШ ҳаҷми зиёди моеи ғайрихучайравӣ ба ҳисоб меравад. Он дар 10—20% бачагон аз бисёр ҷиҳат ба афзоиши муковимати канорӣ рағҳо ва зиёдшавии дараҷаи ренин вобаста аст [3,10]. Чораҳои табобатӣ ҳангоми фишори систолии зиёда аз 140 мм сут. сим. ва диастолии — 90 мм сут. сим. оварда шудаанд [1,4,7]. Аҳамияти иҷтимоии БМГ дар афзоиши паҳншавии он ва

маъюбии барвактии беморон зоҳир мегардад. Бартараф намудани чунин падидаи манфӣ танҳо тавассути ташхисоти муосирӣ бемориҳои гурда, таъйиноти барвактии табобати нефропротективӣ ва патогенетикӣ, чорабиниҳои гуногун ва самараноки профилактикӣ имконпазир аст [3].

Мақсади таҳқиқот. Баҳодиҳии самаранокии табобати синдроми гипертензияи шараёнӣ дар кӯдакони гирифтори бемориҳои музмини гурда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар пойгоҳи шуъбаи нефрологияи бачагона ва шуъбаи гемодиализи МД «Маҷмааи тиббии Истиқлол» гузаронида шуд. 50 нафар бачагони гирифтори бемории норасоии музмини гурда (БМГ)-и синну солашон аз 1,5 то 17 –сола мавриди таҳқиқ қарор дода шуданд. Шумораи писарбачагон (76%; n=38) нисбат ба духтарон (24%; n =12) зиёд буд. Бо ҳамаи беморон таҳқиқоти пурраи клиникӣ - анамнестикӣ, лабораторӣ ва рентгенологӣ, ЭКГ, сканери ултрасадоӣ, урографияи экскреторӣ (аз рӯйи нишондод), мувофиқи нишондоди қатъӣ - ангиографияи гурдаҳо, машварати офталмолог ва профили фишори шараёнӣ гузаронида шуданд. Фишори шараёнӣ бо истифодаи манжетҳои синнусолӣ дар шараёни бозу дар ҳолати нишаста пас аз танаффуси 15-дақиқагӣ санҷида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Одатан рақамҳои фишори шараёнии муътадил аз калонсолон фарқ мекунад ва новобаста ба вариантҳои фардӣ бо сабаби хусусиятҳои анатомӣ-физиологӣ, фаъолияти системаи дилу рағҳо нишондодҳои нисбатан паст доранд. Асбоби электронии мавҷуда имкон дод, ки санҷиши чандинкарата ҳатто дар ҳолати хоб гузаронида шавад, ки бо назардошти зуд-зуд баландшавии ФШ дар бачагони характери эмотсионалидошта хеле муҳим аст. Барои муайян намудани нишондодҳои ҳақиқии ФШ бо имконияти дар ҳолати оромии пурраи рӯхӣ ва ҷисмонӣ санҷиши мунтазам гузаронида шуд. Ба чунин хусусиятҳои ФШ аҳамият дода шуд:

§ Дар кӯдакони синни то 2-сола ФШ-и зиёда аз 112 мм сут. сим. баланд ҳисобида шуд;

§ Дар кӯдакони синни 3–5 –сола ФШ аз 116 мм сут. сим. баланд ҳисобида шуд;

§ Дар кӯдакони 6–9 –сола ГШ ҳангоми баландшавии чандинкаратаи ФШ 122 мм сут. сим. ташхисот гузаронида шуд;

§ Барои бачагони 10–12 –сола ФШ 126 мм сут. сим. ва зиёда аз он дараҷаи баланд ҳисобида шуд;

§ Барои бачагони аз 13–15-сола боло гипертензия дар ҳолати 135 мм сут. сим. ба қайд гирифта шуд;

Барои бачагони 16–18-сола меъёрҳои ФШ мисли беморони категорияи калонсол муайян карда шуд. Ҳангоми ба таври устувор нигоҳ дошта шудани рақами фишор дар ҳадди 142–149 мм сут. сим. ва зиёда аз он барои ГШ ташхисот гузаронида шуд.

Таҳлили далелҳои бадастомада шаҳодат медиҳанд, ки омилҳои асосии хатари инкишофи НМГ дар бачагони муоинашуда аз инҳо иборатанд: – модарзодӣ 18% (n=9), ирсӣ 20% (n= 10) ва дар вақти ҳаёт пайдошуда - 62 % (n= 31) бемориҳои гурда. Ҳангоми ҷамъоварии анамнез ошкор гардид, ки дар аксари беморони муоинашуда гипертензия бе ягон аломат ҷараён мегирифт. Дар баъзе мавридҳо бачагон аз дарди сар ва қайқунӣ шикоят мекарданд, ки ин ҳолат муддати аз якчанд ҳафта/моҳҳо то якчанд сол, ба ҳисоби миёна 1,5-2 сол давом мекард. Пас аз ин бачагонро дарди сар, беҳолӣ, нороҳат мекард. Дарсазхудкунии бачагон дар мактаб суст мегашт. Қайқунӣ зуд-зуд, одатан ҳангоми сардари ба амал меомад. Ҳангоми мавҷуд набудани дарккунии саривақтӣ ва табобати зарурӣ беморӣ босуръат инкишоф ёфта, миокард осеб меёфт, ки ин ба инкишофи норасоии фаъолияти дилу рағҳо, энцефалопатияи ҳолатҳои коматозӣ ва рағкашӣ оварда мерасонид. Басомади ГШ ҳангоми БМГ-и дараҷаи I - 22 % (n=11), ҳангоми НМГ-и дараҷаи II - 42 % (n=21), ҳангоми БМГ-и дараҷаи III - 76,0 % (n=38), ҳангоми БМГ-и дараҷаи IV - 66 % (n=33)-ро ташкил дод. ГШ дар писарбачагон (65,8 %) нисбат ба духтарбачагон (50 %) бештар мушоҳида карда шуд. Вазнинии ГШ аз дараҷаҳои БМГ ва синну соли беморон вобаста набуда, сабаби он бемории асосӣ ва ҳу-



сусиятҳои фардии танзими ФШ ба ҳисоб меравад.

Мақсади коррексияи ГШ бартараф намудани осебҳои узвӣ, аз ҷумла, коҳишдиҳии инкишофи нефропатия барои таъмини муътадилгардонии устувори ФШ дар ҳадди миёна ё аз муътадил пасттар мебошад, на ин ки дараҷаи аз муътадил баланд, чи тавре ки пештар чунин ақида мавҷуд буд.

Ҳангоми интихоби терапияи зиддигипертензивӣ ҳамин дар назар дошта мешуд, ки аломатҳои ГШ муддати тӯлонӣ инчониб бозпас баландшавии ФШ-ро ислоҳ карда, бевосита дар ҳолати гипертензияи шадиди инкишофёбанда дараҷаи баландшавии ФШ-ро бартараф менамояд. Дар чунин ҳолат якбора муътадилшавии фишор ҳангоми гипертензияи зоҳиршуда хатари пайдоиши оризаҳои дилу рағҳо ва мавзеи серебралӣ, ки ба гипоперфузия вобаста аст, ба вуҷуд меорад. Коҳишёбии аввалаи фишор нисбат ба натиҷаи ниҳой 30% аз бехатар ҳисобида мешуд. Табобати таъҷилии ГШ-ро бо назардошти имконияти ҳалалёбии абсорбсияи онҳо дар узвҳои ҳозима аз ворид намудани препаратҳо ба таври парентералӣ оғоз мекарданд. Ҳангоми таъмини назорати пурраи ФШ бо мақсади пешгирии хатари гипотензия ва воягузории боз ҳам одии препаратҳо терапияи зиддигипертензивии пероралӣ истифода мекарданд.

Ҳангоми таҳқиқоти ГШ бо ёрии гемодиализ ва парҳези дорои маҳдудияти намаку моеъ дар марҳилаи 1-уми НМГ 32 %, дар марҳилаи 2-юми НМГ 56 %, дар марҳилаи 3-юми НМГ 52 % ва то 72 % ҳангоми НМГ-и терминалӣ (42% бо ёрии гемодиализ ва парҳези дорои маҳдудияти намаку моеъ,

38% бошад, ба таври медикаментозӣ) бартараф карда шуданд. Барои табобати ГШ-и беморони то давраи диализӣ дар 94% ҳолат ингибиторҳои ФАМ (АПФ) (ферментҳои ангиотензинмубаддалкунанда) ва диуретикҳо (28%) истифода карда шуданд. Беморон дар чараёни гемодиализ b1-адренблокаторҳои селективӣ (56%) ва ингибиторҳои ФАМ (44%) қабул мекарданд. Бо 64% беморон монотерапия гузаронида шуд.

Натиҷаҳои ЭКГ нишон медиҳанд, ки дар беморони гирифтори ГШ новобаста аз марҳилаҳои НМГ (78%) басомади баланди гипертрофияи меъдачаи чап (ГМЧ) ба қайд гирифта шудааст. Дар беморони ГШ надошта дар марҳилаи тодиализии НМГ ГМЧ хеле кам ба назар мерасид: дар марҳилаи 1-уми НМГ ошкор карда нашуд, дар марҳилаи 2-юми НМГ дар 12% беморон, дар марҳилаи 3-юми НМГ дар 60 % беморон ошкор гардид. Дар марҳилаи терминалии НМГ басомади ГМЧ ба ҳамон дараҷае расид, ки дар беморони гирифтори ГШ 80 % мушоҳида карда мешуд.

Хулосаҳо. Табобати ГШ бояд хусусияти нақшавӣ дошта, мунтазам чараён гирад, ки аз он аз бисёр чихат ба солимӣ (зиндамонӣ) ва сифати ҳаёти беморон вобастагӣ дорад. Бо баробари инкишофи НМГ басомади ГШ низ афзоиш меёбад. Дар давраҳои барвақтӣ басомади ГШ аз этиологияи НМГ вобастагӣ дошт. Барои бартараф намудани ГШ аксар вақт ингибиторҳои ФАМ истифода карда мешавад. Табобати мазкур барои бартараф намудани ГШ дар аксари беморони гирифтори НМГ имкон намедихад. ГШ дар ҳама марҳилаҳои НМГ омили хатари ГМЧ ба ҳисоб меравад.

Адабиёт

1. Preston R.A., Singer I., Epstein M. Renal parenchymal hypertension: Current concept of pathogenesis and management. Arch Intern Med. 1996;156:602-11.
2. Ритц Е. Артериальная гипертония при заболеваниях почек. Современная нефрология. М., 1997; 103—14.
3. Locatelli F., Carbarns I., Maschio G. et al. Long-term progression of chronic renal insufficiency in the AIPRI Extension Study // Kidney Intern. 1997; 52 (Suppl. 63): S63—S66.
4. Feld L.G. , Waz W.R. Treatment of Hypertension In- Pediatric Nephrology, Eds T.M. Barratt, E.D. Avner, W.E. Harmon, 4-th edition Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore 1999,1031-1049.

5. Swinford R.D., Ingelfinger J.R. Evaluation of hypertension in childhood diseases In Pediatric Nephrology Eds: .M. Barratt, E.D. Avner, W.E. Harmon, 4-th edition Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore 1999, 1007-1030.
6. Bomlla-Fehx M A., Yetman R J , Portman R J Epidemiology of hypertension. In: Pediatric Nephrology, Eds. T M Barratt, E D Avner, W E Harmon, 4-th edition. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore 1999, 959-986.
7. Длин В.В., Игнатова М.С. Артериальная гипертензия ренального генеза у детей и подростков. Патогенез, диагностика и лечение. М.: Оверлей.- 2004;124.
8. Awazu M. Epidemiology of hypertension. Pediatric nephrology. E.D. Avner, W.E. Harmon, P. Niaudet, N. Yoshikawa (eds). Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg. - 2009; 1459-1484.
9. Brewer E.D. Evaluation of Hypertension in Childhood Diseases. In Pediatric nephrology. E.D. Avner, W.E. Harmon, P. Niaudet, N. Yoshikawa (eds). Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg. - 2009; 2: 1521-1540.
10. Савенкова Н.Д. Нефрогенная артериальная гипертензия у детей и подростков: причины, классификация, диагностика. Российский вестник перинатологии и педиатрии.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Бабаева Л.А., Касимова П.В.

В статье рассмотрены основные принципы лечения синдрома АГ у детей с ХПН. Полученные результаты указывают, что тяжесть АГ была обусловлена характером основного заболевания и индивидуальными особенностями регуляции АД. Для лечения АГ у додиализных больных в 94% случаев использовали ингибиторы АПФ и диуретики (28%). Больные на гемодиализе получали селективные b1-адреноблокаторы (56%) и ингибиторы АПФ (44%). Монотерапия

проводилась 64% больным. У больных с АГ отмечалась высокая частота ГЛЖ независимо от стадии ХПН (78%). Установлено, что по мере прогрессирования ХПН частота АГ нарастает. На ранних стадиях частота АГ зависит от этиологии ХПН. АГ является фактором развития ГЛЖ на всех стадиях ХПН.

Ключевые слова: дети, артериальная гипертензия, хроническая почечная недостаточность, лечение.

MODERN PRINCIPLES OF TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION SYNDROME IN CHILDREN WITH CHRONIC RENAL FAILURE

Babaeva L.A., Kasymova P.V.

The article discusses the basic principles of treatment of AH syndrome in children with CRF. The obtained results indicate that the severity of hypertension was due to the nature of the underlying disease and the individual characteristics of the regulation of blood pressure. For the treatment of hypertension in predialysis patients, ACE inhibitors and diuretics (28%) were used in 94% of cases. Patients on hemodialysis received selective b1-blockers (56%) and ACE inhibitors (44%).

Monotherapy was performed in 64% of patients. In patients with hypertension, there was a high frequency of LVH, regardless of the stage of CRF (78%). It has been established that as CRF progresses, the frequency of AH increases. In the early stages, the frequency of hypertension depends on the etiology of CRF. AH is a factor in the development of LVH at all stages of CRF.

Key words: children, arterial hypertension, chronic renal failure, treatment.



Бабаева Л.А. - н.и.т., мудири кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакон, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, тел.: 446003624.

Қаюмова П.В. - кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакон, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»,

Бабаева Л.А. - к.м.н., заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, тел.: 446003624.

Қаюмова П.В. - кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Babaeva L.A. - Candidate of Sciences, head of the department of propaedeutics of children diseases, SEI «ATSMU», E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, tel.: 446003624.

Kayumova P.V. - department of propaedeutics of children diseases, SEI «ATSMU»

АНАЛГЕЗИЯИ ПАСАЗЧАРРОҲИИ ПЕРИДУРАЛИИ ИДОРАШАВАНДАИ КҶДАКОН

Қодиров А.Р., Раҳматова Р.А., Фатхуллоев З.К., Набиев З.Н.

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

Муҳимият. Яке аз мушкилоти муҳими анестезиологияи муосир ислоҳи саривақтӣ, профилактика ва муолиҷаи дард мебошад. Бо вучуди он, ки бисёр масъалаҳои бедардкунӣ интраҷарроҳӣ (то ҷарроҳӣ) то андозае ҳалли ҳудро ёфта бошанд ҳам, проблемаи профилактика ва табобати синдроми дарди давраи пасазҷарроҳӣ то ҳол масъалаи муҳим боқи мемонад ва такмили минбаъдаи онро талаб менамояд [1, 2, 4]. Аз ҳамин сабаб дар тибби муосир масъалаҳои дард ва коррексияи он ҳангоми патологияи ҷарроҳӣ таҳқиқоти бисёрҷанбаро талаб менамоянд [3].

Қорӣ намудани технологияи нав ва такмили даҳолати ҷарроҳӣ ҳамчун масъалаҳои муҳими пасазҷарроҳӣ боқӣ мемонад ва диққати олимони ба худ ҷалб менамояд [1, 4, 5]. Таҳқиқотҳои сершумор ва мушоҳидаҳои клиникӣ ҳангоми даҳолати ҷарроҳӣ ва реабилитатсияи он, махсусан дар беморони дорои инкишофи хатари оризаҳои зоҳиршуда коррексия ва мониторинги синдроми дардро дар давраи пасазҷарроҳӣ тақозо менамояд ва ин имкон медиҳад, ки сифати ҳаёти беморон беҳтар гардида муҳлати бистарӣ дар беморхонаҳо коҳиш дода шавад. Анестезияи перидуралӣ яке аз усулҳои самараноки мубориза бо дарди давраи пасазҷарроҳӣ ва пасазосебӣ мебошад. Истифодаи усули мазкур дар давраи пасазҷарроҳӣ,

махсусан дар таҷрибаи амалиётҳои бачагона микдори оризаҳои системаи нафаскашӣ, тамоюли гиперкоагулятсияи пасазҷарроҳӣ ва микдори оризаҳои тромботикиро коҳиш медиҳад, дар баробари ҳамин аналгезияи нисбатан самараноки пасазҷарроҳиро таъмин намуда, муҳлати бистаригардии беморонро дар шӯбаи терапияи интенсивӣ коҳиш медиҳад. Дар баробари ҳамин ба тарви дарднок ворид намудани анестетики мавзӣ ба фазои перидуралӣ ҳолати функционалии хунгардишро аз ҳисоби деинерватсияи симпатикӣ давомнок хеле тағйир медиҳад, ки он бо ҳолати инҳисори симпатикӣ, коҳишёбии фишори шараёнӣ (ФС) ва камшавии БЗД (басомади зарбаи дил) ҷараён мегирад, ки дар аксар ҳолатҳо коррексияи медикаментозиро талаб менамояд.

Мақсади таҳқиқот. Баҳодихии таъсирбахшӣ ба параметрҳои асосии гемодинамикаи бедардкунӣ пасазҷарроҳии анестезияи перидуралӣ давомнок бо усули инфузияи доимии анестетики мавзӣ дар муқоиса бо усули дардноки воридкунӣ анестетики мавзӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар шӯбаи анестезиология ва реаниматология дар давраи солҳои 2015 - 2019 ба кӯдакони синни 2 то 15-сола 245 маротиба анестезияи перидуралӣ гузаронида шуд, ки ин аз микдори умумии бачагони анестезияшуда 36,97% -ро

ташкил медиҳад. Бо мақсади ҳалли масъалаҳои дарпешистода дар давраи пасазчарроҳии вобаста ба чарроҳии чурра, ногузароҳии рӯда ва газаки куррӯда бо 100 нафар беморон таҳқиқот гузаронида шуд, ки ин 5,4%-ро ташкил медиҳад. Чарроҳиҳо бо гурӯҳи таҳқиқотӣ зери анестезияи перидуралӣ (АП) анҷом дода шуданд. Пунксия ва катетеризатсияи фазои перидуралӣ мутобиқи методикаи стандартӣ дар дараҷаи L 1- L2 гузаронида шуданд. Бо истифодаи маҷмӯи асбобҳои ширкати «Portex» G 18 ба роҳ монда шуда, беморон вобаста ба усули истифодаи АП дар давраи барвақтии пасазчарроҳӣ ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд.

Бо бачагони гурӯҳи якум фавран пас аз ба шуъбаи реаниматсия воридшавии бемор анестезияи перидуралии давомнок бо усули инфузияи доимӣ (ИД) бо истифодаи маҳлули 2%-и лидокаин бо вояи 8,5-9,0 мг/кг/соат (дозатор ДШВ-01 «Утес» Россия) – 40 гузаронида шуд. Дар гурӯҳи дуюм бошад, лидокаин ба фазои перидуралӣ ба таври болюсӣ бо вояи 8,5-9,0 мг/кг баъди 120-150 дақиқа пас аз анҷоми чарроҳӣ ворид карда шуд. Беморон баъд аз 2,0-2,30 соати чарроҳӣ муоина карда шуданд. Параметрҳои асосии гемодинамика муайян карда шуданд (асбоби «Кентавр», Микролюкс, Россия): басомади зарбаи дил (БЗД), систолӣ (ФШС), диастолӣ (ФШД) ва фишори шараёнии миёна (ФШМ). Ҳаҷми зарба (ХЗ) бо усули А. Востриков, Г.Г. Иванов [3], фишори шараёнии шуш (ФШШ) бо усули Шишмарев Ю.Н. [4] ҳисоб карда шуд. Ҳаҷми дақиқагии хунгардиш (ХДХ), индекси дил (ИД), индекси зарбаи меъдаҷаҳои чап ва рост дил (ИЗКМЧ, ИЗКМР), муқовимати умумии шуш (МУШ) мувофиқи формулаи маъмулии Бобкова В.И. [1] муайян карда шуд. Сифати бедардкунӣ аз рӯйи ҷадвали баҳодихии шифохӣ (ҶБШ) гузаронида шуд: мавҷуд набудани дард - 0 ҳол, дарди сусти - 1 ҳол, муътадил - 2 ҳол, дарди шадид - 3 ҳол ва ғайритоқатпазир - 4 ҳол [2]. Таҳқиқот бо фосилаи 5 дақиқагӣ дар давоми 45 дақиқа гузаронида шуд. Пас аз таҳқиқоти гузаронидашуда амалиёти бедардкунӣ бачагон бо усули инфузияи доимии анестетики мавзей муддати 23 ша-

бонарӯз ба роҳ монда шуд. Маълумотиҳои бадастомада бо усули омори вариатсионӣ бо истифодаи меъёрҳои Стъудент муайян карда шуданд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Дар гурӯҳи бачагоне, ки анестезия бо истифодаи инфузияи доимии маҳлули 2 %-и лидокаин бо вояи нишондодашуда гузаронида шуда буд, нишондодҳои муътадили гемодинамика мушоҳида карда шуд. Дар ин ҷараён амплитудайи лаппиши параметрҳои омӯхташаванда барои ҳар як бемор аз ҳади миёна зиёдро ташкил наметод. Аҳамияти миёнаи параметрҳои омӯхташаванда дар гурӯҳи инфузияи доимӣ чунин нишондодҳоро ташкил медод: ФШМ $81,6 \pm 4,5\%$ мм ст.сим., ХЗ – $38,6 \pm 6,1\%$ мл, ИД- $1,62 \pm 0,4$ л/дақ/м², БЗД- $74,8 \pm 6,1$ зарба/дақ, НУЗД (ОПСС)- $1783,54 \pm 212$ дин.с.см⁵, ДЛА- $12,06 \pm 1,11$ мм сут.сим., ИЗКМР – $0,567 \pm 0,022$ ва ИЗКМЧ – $3,52 \pm 0,21$ кг/м². Индекси фаъолнокии симпатикӣ дар зергурӯҳи мазкур ба миқдори $9,1 \pm 1,3\%$ ба афзоиш майл дошт. Дар гурӯҳи дуюм бештар тағйироти параметрҳои марказӣ ва канорӣ мушоҳида карда шуданд, ки ин дар муқоиса нисбат ба дараҷаи аввала пас аз истифодаи инфузияи дардноки анестетики мавзей зиёдшавиро нишон медиҳад: ФШМ ба $12,6 \pm 6,2\%$ ($p < 0,05$), УО ба $10,3 \pm 5,2\%$ ($p < 0,05$), ИД ба $9,5 \pm 0,4\%$ ($p < 0,05$), БЗД ба $4,4 \pm 0,5\%$ ($p < 0,05$), НУЗД ба $14,6 \pm 2,4\%$, ДЛА ба $15,5 \pm 2,3\%$ ($p < 0,05$), ИЗКМР ба $16,7 \pm 2,4\%$ ($p < 0,01$), ИЗКМЧ ба $10,6 \pm 0,67\%$ ($p < 0,05$). Вале дар 11 (27,5%) беморон ҳангоми гузаронидани бедардкунӣ дар муқоиса бо гурӯҳи асосӣ гипотония бо коҳишёбии ФШС, УО, ИД, НУЗД ва афзоиши БЗД мутаносибан ба $4,5 \pm 0,7\%$, $6,3 \pm 0,8\%$, $7,1 \pm 0,8\%$, $8,2 \pm 0,9\%$ ва $5,9 \pm 0,5\%$ инкишоф ёфт. Дар ин ҳолат зарурати гузаронидани инфузияи ёрирасон ба миён омад. Тағйиротҳои баамаломадаи параметрҳои асосии гемодинамика дар натиҷаи десипатизатсияи регионарӣ ва тағйиротҳои компенсатории гемодинамикаи марказӣ ва микроциркулятсияи болотар аз мавзеи инҳисори симпатикӣ ба амал омадаанд.

Дар 29 нафар беморон, ки ин миқдор 72,5%-ро ташкил медиҳад, ҳангоми гузаро-



нидани инфузияи дарднок бо маҳлули 2%-и анестетики лидокаин тамоюл ба муътадилшавии фаъолнокии симпатикӣ ва парасимпатикӣ мушоҳида карда шуд. Индекси фаъолнокии симпатикӣ дар зергурӯҳи инфузияи доимии маҳлули анестетик дар фазои перидуралӣ дар муқоиса бо маълумотҳои аввала, бо муътадилгардии қисматҳои симпатикӣ ва парасимпатикии системаи асаб ба миқдори $4,1 \pm 0,4$ % тамоюл ба афзоиш дошт. Баҳодиҳӣ ба самаранокии бедардкунии барвақтии пасазҷарроҳӣ дар муқоиса бо усули дарднок сифати баланди анестезияи эпидуралӣ ва инфузияи доимиро нишон дод. Ҷадвали баҳодиҳии шифохӣ дар оғози таҳқиқот мутаносибан чунин аст: $0,4 \pm 0,1$ зидди $1,9 \pm 0,3$ ҳол ($p < 0,01$); ФШС мутаносибан $84,4 \pm 4,6$ зидди $95,6 \pm 5,6$ мм ст. сим. БЗД мутаносибан $72,8 \pm 5,6$ зидди $81,2 \pm 6,7$ зарба/дак. Афзалиятҳои анестезияи эпидуралӣ давомнокии инфузияи доимии анестезияи мавзӣ инҳо буданд: 1) дар давоми тамоми

давраи пасазҷарроҳӣ бедардкунӣ катъ наметардад; 2) вучуд надоштани гипертензия дар натиҷаи бозгашти сенсорӣ ва симпатикӣ, ки пас аз воридкунии анестетики мавзӣ мушоҳида карда мешавад; 3) мавҷуд набудани гипотонияи ятрогенӣ, ки ба инҳисори симпатикӣ ҳангоми воридкунии дардноки анестетики мавзӣ алоқаманд аст; 4) истифодаи усули мазкур бо мақсади бедардкунии пасазҷарроҳӣ талабот нисбат ба аналгетикҳои афъюниро коҳиш медиҳад; 5) инҳисори мотарӣ ба назар намерасад, мутаносибан баъди ҷарроҳӣ имконияти фаъолнокии барвақтии бемор ба амал меояд; 6) ин усул барои кормандони тиббӣ мувофиқ аст.

Хулоса. Истифодаи инфузияи доимии анестетики мавзӣ ба фазои перидуралӣ барои беҳтар намудани ҷараёни инҳисори симпатикӣ имкон дода, барои амалӣ намудани бедардкунии самараноки пасазҷарроҳӣ бо реаксияҳои минималии гемодинамикӣ мусоидат менамояд.

Адабиёт

1. Достиев Л.Р. Изучение методов эффективности обезболивания в послеоперационном периоде / Л.Р.Достиев, Н.Т. Турсунов, Д.А. Шамсиев // Вестник таджикского национального университета. - 2015. - №4. - С.209-213.
2. Овечкин А.М. Послеоперационная боль: состояние проблемы и современные тенденции послеоперационного обезболивания / А.М. Овечкин // Регионарная анестезия и лечение острой боли. - 2015. - №2. - С. 29-39.
3. Fletcher D. Chronic postsurgical pain in Europe: An observational study / D. Fletcher, U.M. Stammer, E. Pogatzki-Zahn // Eur. J. Anaesthesiol. - 2015. - Vol. 32(10). - P. 725-734.
4. Kampe S. The Influence of Type of Anesthesia, Preoperative Pain, and Preoperative Health Status on Chronic Pain Six Months After Thoracotomy-A Prospective Cohort Study / S. Kampe, B. Geismann, G. Weinreich // Pain Med. - 2016. Vol. 63. - P. 368-374.
5. Correll D. Chronic postoperative pain: recent findings in understanding and management / D. Correll // F1000Research. - 2017. Vol. 6. P.1054-1059.
6. Yang C Pre-emptive epidural analgesia improves post-operative pain and immune function in patients undergoing thoracotomy / C Yang, H Chang, T. Zhang // ANZ. J. Surg. - 2015. – Vol 85(6). - P. 472-477.
7. Kalappa S. Dexmedetomidine as an Adjuvant to Pre-Emptive Caudal Epidural Ropivacaine for Lumbosacral Spine Surgeries / S. Kalappa, R.B. Sridhara, S. Kumaraswamy // J. Clin. Diagn Res. - 2016. - Vol 10 (1). - P. 83-88.



ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ УПРАВЛЯЕМАЯ ПЕРИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ У ДЕТЕЙ

Кодиров А.Р., Рахматова Р.А., Фатхуллов З.К., Набиев З.Н.

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

В статье рассматривается одна из наиболее важных проблем современной анестезиологии - своевременная коррекция, профилактика и лечение боли. И если многие вопросы интраоперационного обезболивания в значительной мере решены, то проблемы профилактики и лечения болевого синдрома в послеоперационном периоде еще остаются дискуссионными и требуют дальней-

шего совершенствования. В связи с этим вопросы боли и её коррекции при хирургической патологии занимают одно из лидирующих мест в современной медицине и являются предметом всестороннего исследования. Анализируется и оценивается влияние на основные параметры гемодинамики послеоперационного обезболивания продленной перидуральной анестезией методом

POSTOPERATIVE CONTROLLED PEREDURAL ANALGESIA IN CHILDREN

Kodirov A.R., Rakhmatova R.A., Fatkhullov Z.K., Nabiev Z.N.

State Institution "Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery"

Summary. The article deals with one of the most important problems of modern anesthesiology - timely correction, prevention and treatment of pain. And if many issues of intraoperative anesthesia have been largely resolved, then the problems of prevention and treatment of pain in the postoperative period are still debatable and require further improvement. In this regard, the issues of pain and its correction in surgical pathology occupies one of the leading

places in modern medicine and is the subject of a comprehensive study. The influence on the main parameters of hemodynamics of postoperative anesthesia with prolonged peridural anesthesia by the method of constant infusion of a local anesthetic is analyzed and evaluated in comparison with the method of bolus administration of a local anesthetic.

Keywords. timely correction, prevention, pain syndrome, hemodynamics, infusion.

Кодиров А.Р. – унвонҷӯи МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакон». E-mail: fayzullohoja24@gmail.com

Раҳматова Р.А. - МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакон».

Фатхуллов З.К. - МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакон».

Набиев З.Н. - МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакон».

Кодиров А.Р. - соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии». E-mail: fayzullohoja24@gmail.com

Рахматова Р.А. - ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии».

Фатхуллов З.К. - ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии».

Набиев З.Н. - ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии».

Kodirov A.R. - Applicant of the SI "Republican Scientific-Clinical Centre of Pediatrics and Children's Surgery".

Rahmatova R.A. - SI "Republican Scientific-Clinical Centre of Pediatrics and Children's Surgery".

Fatkhullov Z.K. - SI "Republican Scientific-Clinical Centre of Pediatrics and Children's Surgery".

Nabiev Z.N. - SI "Republican Scientific-Clinical Centre of Pediatrics and Children's Surgery".

ХУСУСИЯТҲОИ ҒАЙРИВИЖАИ МАСУНИЯТ ДАР КӮДАКОНИ ГИРИФТОРИ ВАСКУЛИТИ ГЕМОРРАГӢ

Муҳаммаднабиева Ф.А., Ходжаева Н.Н., Давлатова С.Н.

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

Муҳиммият. Васкулити геморрагӣ (ВГ) яке аз бемориҳои системавии хун буда, касоси онро осеби масунию илтиҳобии ҳалқаи микросиркуляторӣ ташкил медиҳад. Шаклҳои клиникаи беморӣ вобаста ба мавзӯҳои осебҳои захролудшавии мӯйрағҳои аъзо ва системҳои организм метавонанд, ки гуногун бошанд [1,4,8].

Тибқи маълумоти муосир дар таъмини амалкарди муносиби системаи масунӣ нақши асосӣ ба омӯзиши ретсепторҳои ҳуҷайраҳои масунӣ ҳангоми беморҳои хун мансуб мегардад [2]. Арзёбии динамикаи нишондиҳандаҳои клиникӣ масуниятшиносӣ дар кӯдакони гирифтори васкулити геморрагӣ на танҳо аҳамияти ташхисӣ, балки аҳамияти пешгирии низ дорад, чунки он имконият медиҳад, ки методҳои муносиб ва мувофиқи ташхис, табобат ва пешгирии беморӣ ва беҳтар кардани сифати ҳаёти ин гурӯҳи беморон имконпазир гардад.

Мақсад. Омӯхтани нишонаҳои масуниятӣ ғайривижайи чараёни ВГ дар кӯдакон.

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Бо мақсади ҳаллу фасли масъалаҳои дар матраҳгардида таҳқиқоти маҷмӯии 73 нафар кӯдакони бемори гирифтори ВГ синну соли 3-14-сола.

Беморони гирифтори дорои ВГ 73 нафар буданд, ки аз рӯйи шаклҳои раванди патологӣ ба 4 гурӯҳ тақсим карда шуда буданд: гурӯҳи 1-ум аз 11 нафар беморони дорои шакли пӯстии беморӣ иборат буд; гурӯҳи 2-юм аз 14 бемори дорои шакли пӯстӣ-буғумии беморӣ иборат буд; ба гурӯҳи 3-юм 25 нафар кӯдаки гирифтори шакли пӯстӣ - абдоминалӣ; дар гурӯҳи 4-ум 23 нафар кӯдаки гирифтори шакли гурдавии беморӣ дохил карда шуда буданд. Тадқиқоти ҳамаҷонибаи клиникӣ дар бар гирифта шуд ва муоинаи омӯзиши вазъи иммунӣ тавасути ферментҳои иммуноинсулӣ.

Ҳангоми шакли пӯстии ВГ дар 100%-и ҳолатҳо беморӣ аз дончаҳои геморрагӣ оғоз меёбад. Бештар аз ҳама дончаҳои ге-

моррагӣ ва ё папулэзӣ (серпайса) – петихиалӣ (нукта-нукта) – и сурхи равшан ё дончаҳои папулэзӣ – петихиалӣ баъзан бо зухуроти уртикарӣ, асосан дар андомҳои поёни дар маҳалли сатҳи қатқунӣ дар ҳолати мутаносиб ба назар мерасиданд.

Дар кӯдакони гирифтори шакли пӯстӣ-буғумии беморӣ дар баробари зухуроти пӯстӣ аломати буғумӣ дар шакли полиартритҳои ба таври мутаносиб кӯчанда, маъмулан дар буғумҳои калон ба назар расид, ки онро дарди гуногундараҷа аз дарди кӯтоҳмуддати устухонҳо, то дарди шадиди беҳаракаткунандаи бемор ҳамроҳӣ мекард. Аксаран, буғумҳои соку попанча дар 34,4%, буғумҳои зону - 6,2% ва 3,8% буғумҳои соиду байни сарпанчаи даст осеб دیدанд. Дар 8% - шакли буғумӣ бо вараҳои ангионевротикӣ ҳамроҳ буд.



Расми 1. Кӯдаки 10 сола гирифтори васкулити геморрагӣ (намуди пӯсту-буғумӣ).

Зухуроти асосии клиникаи шакли абдоминалии беморӣ - дардҳои ҳамламонанди шикам буданд, зухуроти диспептикӣ дар шакли коҳишбӣ ва ё набудани иштиҳо дар 91%-и ҳолатҳо дида шуд, дар 74%-и беморон қайқунӣ ва дар 22% -и кӯдакон тағйирёбии қазои ҳоҷат ба мушоҳида расид. Аз 11 беморе, ки дар онҳо қайқунӣ дида мешуд, дар 6 нафари онҳо қайқунӣ бисёрқарата, дар 5 нафар бо хун омехта буд. Тағйирёбии фазла дар шакли қабзият, диарея (исҳол) (дар 16 нафар кӯдак), хунравӣ аз рӯдаҳо дар 12%-и беморон ба назар расид.

Дар шакли гурдавии беморӣ зухуроти нефрити капилляротоксикӣ дар 53%-и ҳолатҳо дар шакли аломати маҳдуди пешоб, дар 20%-и беморон дар шакли аломати нефритикӣ ва дар 17%-и ҳолатҳо бо синдроми нефротикӣ зоҳир шуданд. Шакли гурдавии ВГ маъмулан, бо аломати дигар ҳамроҳ мешуд: дар 9,4%-и кӯдакон бо аломати бугумӣ, дар 56,8% бо аломатҳои абдоминалӣ ва бугумӣ. Тағйирот дар таҳлили пешоб дорои гематурия буд: ҳадди ақал (то 20 эритроцитҳо дидашаванда), муътадил (аз 20 то 50 дидашаванда), возеҳ (аз 51 то 100 ва бештар дидашаванда). Дар ҳамаи беморон гематурия бо протеинурияи на чандон зиёд ҳамроҳ буд.

Барои масунияти ғайривижа таҳқиқоти фагоситоз ва шохиси фагоситариҳои нейтрофилҳои хуни канорӣ дар 73 нафар беморони гирифтори ВГ роҳандозӣ гардид. Нишондиҳандаҳои

миёнаи фаъолнокии фагоситарӣ ва шохиси фагоситариҳои нейтрофилҳо дар кӯдакони дорои ВГ дар чадвали 1 оварда шудааст.

Дар беморони гурӯҳҳои якум ва дуюм, дар муқоиса аз беморони гурӯҳи назоратӣ, нишондиҳандаҳои миёнаи фагоситоз ва шохиси фагоситариҳои нейтрофилҳо фарқи чиддӣ надошт ($p > 0,05$). Нишондиҳандаҳои фаъолнокии фагоситоз ва шохиси фагоситариҳои нейтрофилҳо дар беморони гурӯҳҳои 3 ва 4 аз ҳамин гуна нишондиҳандаи гурӯҳи назоратӣ ($p < 0,001$) хеле пойинтар буданд. Ин нишонаи коҳишёбии қобиляти бактерисидии гранулоситҳо дар кӯдакони гирифтори чараёни музмини ВГ мебошад.

Нишондиҳандаҳои миёнаи фаъолнокии фагоситарӣ ва шохиси фагоситарӣ дар кӯдакони гирифтори ВГ дар чадвали зикр оварда шудааст.

Нишондиҳандаҳои масунияти ғайривижа дар кӯдакони гирифтори ВГ

Гурӯҳи беморон	Фаъолнокии фагоситарӣ (%)	Шохиси фагоситарӣ (м/с)
Назоратӣ (n=30)	67,8±1,9	5,7±0,2
I гр. (шакли пӯстӣ) (n=11)	74,0±0,3 $p_1 > 0,05$	5,5±0,1 $p_4 > 0,05$
II гр. (шакли бугумӣ) (n=14)	70,4±0,3 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	5,8±0,2 $p_4 > 0,05$ $p_2 > 0,05$
III гр. (абдоминалӣ) (n=25)	66,5±0,3 $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,001$ $p_3 > 0,05$	4,5±0,1 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,001$
IV гр. (шакли гурдавӣ) (n=23)	53,8±1,7 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$ $p_4 > 0,05$	4,1±0,1 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$ $p_4 > 0,05$
p	<0,001	<0,001

Эзоҳ: дар ин ҷо ва дар ҷадвалҳои минбаъда: p – қимати омории фарқияти нишондиҳандаҳои ҳангоми муқоисаи бисёрқаратаи ҳамаи гурӯҳҳо (аз рӯйи *H*-меъёри Крускал-Уоллис ANOVA); p_1 – ифодаи қимати омории нишондиҳандаҳои дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳои дар гурӯҳи якум; p_2 – ифодаи қимати омории фарқияти нишондиҳандаҳои дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳои дар гурӯҳи дуюм; p_3 – ифодаи қимати омории нишондиҳандаҳои дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳои дар гурӯҳи сеюм; p_4 – аз рӯйи *U*-меъёри Манн-Уитни).

Рақамҳои ба даст овардашуда нишон медиҳанд, ки дар беморони гирифтори ВГ коҳишёбии фаъолнокии фагоситарӣ ба назар мерасад, ҳамзамон тестҳои ангиизиши он аз коҳиш ёфтани вокуниши лейкоцитҳо ба ин ангиизиши гувоҳӣ медиҳанд, ки ин ба инқирози захираи фагоситоз ишора мекунад.

Ҳамин тавр, дар беморони гирифтори ВГ ихтилолҳои ғайривижаи ҳалқаҳои гуморалӣ ва ҳуҷайравии масуният ба назар расид. Ин аз он гувоҳӣ медиҳад, ки дар беморон номувозинатии масунӣ ташаққул меёбад, ки он ҳангоми чараёни музмин гирифтани раванд дар заминаи муолиҷаи асосӣ пурра ҳамтароз намешавад, ки ба андешаи мо, дар та-



бобати маҷмӯи ин гурӯҳи беморон мувофиқи мақсад будани истифодаи иммунокорректорҳоро асоснок месозад.

Ҳамин тавр, дар беморони гирифтори ВГ ихтилоли ҳалқаҳои ғайривижа масуният дида шуд. Ин аз он шаҳодат медиҳад, ки дар ин гурӯҳи беморон номутаносибии масунӣ

дар ҳалқаҳои ғайривижа ва вижаи масуният ба мушоҳида расида, ҳангоми муолиҷаи патогенетикӣ комилан ҳамтароз намешавад ки ин, эҳтимолан, дар табобати маҷмӯи ин намуди диатезҳои геморрагӣ истифода кардани доруҳои дорои таъсири иммунокорректориро асоснок менамояд.

Адабиёт

1. Gaskill, N, Recurrent adult Henoch- Schonlein purpura/ N. Gaskill, B. Guido// Rheumatol. Online J. – 2016. – V. 22. -№8 163-169.
2. Gaskill Guo, Y.N. The relationship between children kidney diseases and adult ESRD — an epidemiological investigation of 700 cases/ Y.N. Guo, Z. Wang, J. Lu// Ren. Fail. — 2013. — V. 35. № 10. — P. 1353–1357.
3. Hematology: Basic Principles and Practice, 7th ed. / R. Hoffman, E. J. Benz, L. E. Silberstein et al. - Philadelphia, PA: Elsevier, 2017. – 2408 pp
4. Interet de la transfusion de facteur XIII dans les formes hyperalgiques du purpura rhumatoide de l'enfant / D. Djeddi [et al.]// Arch. Pediatr.- 2003.-V. 10.-№11.-P. 1009.
5. Kamth, V. MYHA – related disorder, a problem May-Haggling anomaly case series/ V.Kamth, Gnanasekaran K.K// Hematol Oncol. – 2016. – V. 9. №4. – P. 137-140.
6. Kawasaki, Y. Henoch-Schönlein purpura nephritis in childhood: pathogenesis, prognostic factors and treatment/ Y. Kawasaki, A. Ono, S. Ohara// Fukushima J. Med. Sci. — 2013. — V.59, №1. — P. 15–26.
7. Second J., Velter C., Calis S., et al. Clinicopathologic analysis of atypical hand, foot, and mouth disease in adult patients. // J.Am.Acad.Dermatol., 2017. - 76(4). – P.722-729.
8. Tandon M., Gupta A., Singh P., Subathra GN. Unilateral hemorrhagic maculopathy: An uncommon manifestation of hand, foot, and mouth disease. // Indian. J.Ophthalmol., 2016. - 64(10). – P.772-774.

ОСОБЕННОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА

Мухаммаднабиева Ф.А., Ходжаева Н.Н., Давлатова С.Н.

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

Цель. Изучить особенности неспецифического иммунитета у детей с геморрагическим васкулитом

Материалы и методы. В данном исследовании детей с ГВ было 73, которые были распределены на 4 группы по форме патологического процесса: 1-я группа состояла из 11 больных с кожной формой заболевания; 2-я группа состояла из 14 больных с кожно-суставной формой; в 3-ю группу вошли 25 ребёнка с кожно-абдоминальной формой; в 4-ю группу вошли 23 ребёнка с почечной формой заболевания. Комплексное исследование включало в себя тщательное общеклиническое обследование, изучение иммунного статуса методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты. У больных первой и второй группы, по сравнению с пациентами контрольной группы, средние показатели фагоцитоза и фагоцитарного индекса нейтрофилов существенно не отличались ($p>0,05$). Показатели фагоцитарной активности и фагоцитарного индекса у больных третьей и четвёртой группы были значительно ниже по сравнению с аналогичными показателями в контрольной группе ($p<0,001$). Это говорит о снижении бактерицидной способности гранулоцитов у детей с хроническим течением ГВ.

Заключение. Полученные данные показывают, что у больных ГВ имеет место снижение фагоцитарной активности, одновременно тесты ее стимуляции свидетельствуют о снижении



ответа лейкоцитов на эту стимуляцию, что указывает на истощение резервов фагоцитоза.

Ключевые слова: геморрагический васку-

лит, фагоцитарный индекс, нефротический синдром, макуло-папулезная сыпь, геморрагическая сыпь.

FEATURES OF NONSPECIFIC IMMUNITY IN HEMORRHAGIC VASCULITIS

Muhammadnabieva F.A., Khodjaeva N.N., Davlatova S.N.

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

Purpose. To Study The features of nonspecific immunity in children hemorrhagic vasculitis.

Materials and methods. In this study of children with hemorrhagic vasculitis were who were divided into 4 groups according to the form of the pathological process the 1st group consisted of 11 patients with the skin form of the disease; group 2 consisted of 14 patients with skin-articular form; the 3rd group included 23 children with abdominal skin; the 4th group included 25 children with renal form of the disease. The data obtained show that in patients with hepatitis hemorrhagic vasculitis there is a decrease in phagocytes activity, while tests of its stimulation indicate a decrease in the response of leukocytes, which indicates the depletion of phagocytosis reserves. A comprehensive study included a thorough general clinical examination, the study of the

immune status by the method of enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA).

Results. In patients of the first and second groups, compared with patients in the control groups were significantly a ($p>0,05$). The indices of phagocytic activity and phagocytic index in patients of the third and fourth groups were significantly lower than those in the control group ($p<0,001$). This indicates a decrease in the bactericidal capacity of granulocytes in children with chronic hemorrhagic vasculitis.

Conclusions. The data obtained show that in patients with hemorrhagic vasculitis this it has a decrease in phagocytic activity, while a response tests site of stimulation decrease in the of leukocyte to this stimulation a decrease its response of indicate stimulation which indicates the depletion of reserves of phagocytosis.

Key words: hemorrhagic vasculitis, phagocyte index, nephritic syndrome, maculopapular, hemorrhagic rash.

Хоҷаева Некзан Назарбековна - н.и.т., ассистенти кафедраи бемориҳои кудакони №2 МТД «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» khodjaevanikzan@gmail.ru

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

Давлатова Сохира Назировна - н.и.т., досенти кафедраи бемориҳои кудакони №2 МТД «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»; sokhira@mail.ru

Ходжаева Некзан Назарбековна к.м.н., ассистент кафедры детских болезней №2, «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; khodjaevanikzan@gmail.ru

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

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

Khodjaeva Nekzan Nazarbekovna - Candidate of medical Sciences, assistant of the Department of children diseases №2 State educational institution «Tajik State University named after Abuali ibni Sino»; khodjaevanikzan@gmail.ru

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

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



СТОМАТОЛОГИЯ

МАСЪАЛАҲОИ МУҲИММИ КАРИЕС ДАР КӮДАКОН

Аҳмадзода М. А.

МДТ “Коллеҷи тиббии Ҷумҳуриявӣ” декани факултетҳои “Кори табобатии дандон” ва “Кори дандонсозӣ”

Муҳиммият. Кариеси дандонҳо дар кӯдакон яке аз масъалаи муҳим на танҳо дар стоматология, балки умуман дар соҳаи тандурустӣ буда, бинобар сабаби паҳншавии зиёди он ва сатҳи пасти чорабиниҳои гузаронидашаванда муҳим боқӣ мемонад. Осеби кариеси дандонҳо ҳанӯз аз айёми кӯдакӣ оғоз гардида, дар ин синну соли кӯдакон 40% ташкил медиҳад, дар байни кӯдакони 6 сола аз 25% то 85 ғоиз, агар кӯдакон ба синни 12 сола расанд, дараҷаи вайроншавии дандонҳои доимии онҳо аз 0,5 ба 3,5 афзоиш меёбад.

Масъалаи асосии стоматологияи кӯдакона дар байни ҳамаи гуруҳҳои синну соли кӯдакона паҳншавӣ ва тамоюли намоёни болоравиро дорад. Дар давоми солҳои охир аз рӯи маълумоти ТУТ нишондиҳандаҳои осеби кариеси дандонҳо дар байни кӯдакон дар бисёр кишварҳо ба ғоизи ниҳоят баланд 80-98 % мерасад. Як қатор таҳқиқотҳои гузаронидашудаи эпидемиологӣ нишон медиҳад, ки нишондиҳандаҳои афзоиши кариес дар байни кӯдакони, ба ғайри наврасон дар сатҳи баланди нишондиҳандаи аз 3 то 5,5 баробар аст. Кариеси дандонҳо ба вазъи сиёсӣ, чи аз омилҳои дохилӣ ва чи омилҳои берунӣ вобастагӣ дорад.

Қайд намудан лозим аст, ки яке аз омилҳои асосии ҷунин осебёбӣ ва паҳншавии зиёди кариеси дандонҳоро дар солҳои охир аз тағйир ёфтани хусусияти ғизо ва сатҳи зиндагӣ ва дар навбати худ аз муҳити гирду атроф бояд ҳисобид.

Инчунин омили асосии кариесӣ, ки дар оянда ба инкишофи вазъи паталогӣ ва дар охир ба беморӣ сабаб мешавад: зичӣ ва ҷамъшавии зиёди дандонҳо, хуруҷи барвақти онҳо, таъирёбии хусусияти миқдори луобӣ даҳон-часпак, миқдори ками минералҳо ва секретсияи махсус дар оби даҳон, эҳтимолияти зиёди намудҳо ва гуногунии аномалияи системаи ҷоғу дандон, то сатҳи муайян паст гардидани констратсияи Са ва F

дар эмайл, миқдори ками фтор дар оби ошомиданӣ, гигиенаи нокифояи пасти ковокии даҳон, майл ба инкишофи (налёт) •убори мулоими дандон арзёбӣ мегардад.

Ҳадафи таҳқиқот. Омӯзиши паҳншавии кариеси дандонҳо дар байни кӯдакони шаҳри Душанбе.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар базаи Муассисаи давлатии “Пажӯҳишгоҳи илмӣ клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй гузаронида шудааст. Ба таҳқиқот 148 нафар кӯдакон фаро гирифта шуданд, дар синни аз 6 то 15 сола, ки аз онҳо писарон 85 (57,4%) ташкил доданд. Дар рафти коркартаҳои махсуси ТУТ истифода шуданд, ки дар он тамоми маълумотҳо аз ҷумла (чинс, синну сол, ҷойи истиқомат), инчунин маълумоти клиникӣ: баҳодиҳии ҳолати ковокии даҳон, луопардаи ковокии даҳон, ҳолати пародонт, диққати махсус ба ҳолати вайроншавии дандонҳои осебӣ, ки зарурият ба табобат доштанд, аномалияи ҷоғу рӯй дода шудааст. Дар раванди коркард пешгуии инкишофи кариеси дандонҳо дар кӯдаконтариқи усули П.А. Леуса (1992) истифода шуда, сатҳи ёрии стоматологӣ УСП бо методи П.А. Леуса (1987) баҳогузорӣ карда шуд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Дар давраи аввали тадқиқот бо мақсади баҳодиҳии вазъи ҳақиқии кор аз ҷониби мо паҳншавии кариес ва шиддатёбӣ дар байни кӯдакони синну соли гуногун, гурӯҳи хурдсоли 6 сола, гурӯҳи миёнаи 12 сола ва наврасони 15 сола баҳогузорӣ карда шуд (ҷадвали 1).

Қайд намудан зарур аст, ки дар раванди гузаронидани тадқиқот диққати махсус ба гуруҳи асосии кӯдакони 12 сола дода шуд, ки дараҷаи гирфторшавии кариеси дандонҳои ин синну сол ба сатҳи шиддатёбии кариеси дандонҳои дигараҳолии гуруҳҳои синну солӣ, ба таснифоти Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ мувофиқат мекунад.

Аз чониби мо дар раванди гузаронида-ни тадқиқот, хусусияти паҳншавии кариес ва шиддатёбии осеби дандонҳо, (индекси

КПУ), ҳисоби нишондиҳандаи миёна (%М), ҳатогии стандартӣ (+м) муайян карда шуд,

Ҷадвали 1.-Хусусиятҳои паҳншавӣ ва шиддатнокии кариес дар кӯдакони синнусоли гуногуни шаҳри Душанбе n =148

Синну сол	Паҳншавии кариеси дандонҳо (%)	КПУ	Соҳтори шохиси “КПУ”		
Гурӯҳи хурди 6- солаҳо	19,54±3,75	0,26±1,2	0,15±0,02	0,1±0,02	–
Гурӯҳи синну соли миёнаи 12- солаҳо	79,25±3,19	2,73±1,44	1,34±0,14	0,89±0,09	0,01±0,01
Наврасони 15- сола	85,21±3,1	4,04±2,08	1,57±0,13	2,15±0,15	0,12±0,01

Таҳлили гузарнидашуда паҳншави ва шиддатёбии кариеси дандонҳои доимӣ дар кӯдакон нишон дод, ки вобаста ба синну сол болоравии шиддатёбии кариеси дандонҳои доимӣ ба қайд гирифта мешавад. Агар дар кӯдакони гурӯҳи синну соли хурд, нишондиҳандаи паҳншавии кариес (19,54±3,75%) бошад, пас дар наврасон зиёда аз 4,3 маротиба (85, 21±3,1%) ташқил намуд (ҷад 1).

Қайд намудан зарур аст, ки дар кӯдакони синну соли миёна нишондиҳандаи миёнаи шиддатёбии кариеси дандонҳои доимӣ ба (2, 73±1,44%) нишондиҳанда баробар аст. Аммо аз синну соли миёна сар карда дар индекси КПУ компоненти “К ” ба қайд гирифта мешавад, ки чунин динамика аз он шаҳодат медиҳад, ки вобаста ба синну сол тамоюли болоравӣ ба назар мерасад, тавре дар наврасон -4,04± 2,08 яъне 2 маротиба зиёд, дар муқоиса бо кӯдакони синну соли миёна муайян гардид. Тасвири яхела бо дигар компонентҳои индекси “П” (пломба) агар дар кӯдакони 6 сола 0,1± 0,02 ташқил дод бошад, пас бо болоравии синну сол нишондиҳандаи мазқур ҳамин тавр тамоюли мунтазами болоравиро дошта, мутаносибан 1,15± 0,15 ташқил намуд. Дар натиҷа дар байни наврасон компоненти “П” бартарӣ дошта ба 2,15± 0,15 баробар аст, дар ҳоле, ки компоненти “К”- 1,57± 0,13, яъне 1,3 маротиба камтар мебошад.

Аммо, қайд кардан зарур аст, ки дар баробари паҳншавии баланди кариес инчунин дар байни кӯдакон афзоиши бемории бофтаҳои пародонт низ ба қайд гирифта мешавад.

Гурӯҳи мазқури беморӣ, инчунин фарқияти синну солб дорад, дар байни кӯдакони 6 солабақайдгирии мунтазам (52,33%) ташқил менамояд. Дар кӯдакони гуруҳи синну соли миёна илтиҳоби бофтаҳои пародонт бештар аз 2/3 муайян гардида (81,48%) ташқил дод. Дар ҳар як панҷ кӯдак (19,72%)—гуруҳи синну соли мазқур хавфи зиёд ба беморӣ ҷой дорад. Хусусияти шиддатёбии осеби бофтаҳои(пародонт) мулоими гирди дандон дар гуруҳи кӯдакон синну соли миёна аз 1,56 зиёд ошқор нагардид. Тавре қайд карда шуд, бо зиёдшавии синну сол бақайдгирии нишондиҳандаҳои паҳншавии пародонт дар наврасон нишондиҳандаи (86,2%) ташқил дод. Эҳтимолияти хавфи бемор шудан – (13,2%) боқӣ мемонад. Дар ҳоле ки тамоюли болоравии бемории пародонт то 1,74 боқӣ мемонад.

Зимни гузаронидани таҳлил дараҷаи вазнини ҷараён патологӣ аз 2/3 беморон (66,31%) кӯдакон, гурӯҳи синну соли миёна дараҷаи сабуки бемори мубталлашавии паренхимаи пародонт муайян гардид, дар ин гуруҳи мазқури кӯдакон бояд омӯзиши қоидаҳои беҳдошти кӯвокии даҳон ташқил карда шавад. Дар кӯдакон (16,01%) дараҷаи вазнини гирифтравии илтиҳоби бофтаҳои мулоим(пародонт) ба қайд гирифта шуда, ин гуруҳи кӯдакон ба ташқил ва гузаронидани гигиенаи касбии кӯвокии даҳон эҳтиёҷ доранд. Ҳамин тавр дар наврасон, нишондиҳандаҳои таҳлилгардида–(мутаносибан 64,2 ва 17,4 %) ташқил дод.

Паҳншавии кариес новобаста аз синну соли кӯдакон муқаррароти муайянеро до-



рад, дар байни кӯдакони ширмак синну соли барвақт нишондиҳанда бояд аз 11,07+2,7 то 56, 61+4,0 боло набошад ва дар кӯдакони аз 6 сола калон нишондиҳанда ба 92,32 + 1,8 баробар мебошад. Муайян карда шуд, ки нишондиҳандаи баланди паҳншавии кариеси дандонҳо дар кӯдакони 7-10 сола, эҳтимолияти сабаби давраи ивазшавии газиш бошад. Таҳлили гузаронидашуда фарқияти дақиқи омории нишондиҳандаи паҳншавии кариеси дандонҳои кӯдаконро муайян накард.

Аз ҷониби мо нишон дода шудааст, ки гузаронидани таҳлили муқоисавии нишондиҳандаи паҳншавии кариес вобаста ба ҷинси кӯдакон, нишондиҳандаи паҳншавӣ ва шиддатёбии кариеси дандонҳо бештар дар писарбачагон муайян мегардад. Бо болоравии синну сол маълум мегардад, ки ин омил дар духтарбачагон суғраён меёбад.

Дар раванди таҳлил қайд гардид, ки сабаби зиёд шудани нишондиҳандаи «к» дар аксар мавридҳо пайдо шудани омилҳои қаблан ба қайд гирифтанишудаи деминерализацияи дандонҳо, ки чун қоида, дар канори сатҳи тамоси дандонҳо мебошад, пештар дар онҳо пломба гузошта шуда буд, сабаби

зиёд гардидани санги дандонҳо (налёт) гардидааст, ба фикри мо сабаби ин мунтазам нагузаронидани чорабиниҳои беҳдоштӣ мебошад. Сабаб дигар дар бисёр ҳолатҳо мушкилиҳои муайян вобаста ба таҳлили барвақтии осеби кариесии сатҳи ампроксималии дандонҳо мебошад.

Қайд намудан зарур аст, ки хусусияти таҳлилҳои усулҳои анъанавии табобати пушиши кариеси дандонҳо дар минтақаи мазкураз оризаҳои техникаи бо сабаби муносибати манфии ба воситаҳои техникаи дар стоматология истифодашаванда, инчунин хусусиятҳои физиологии ҷисми кӯдак: мондашавии таъҷилӣ, нокифоягии ҳаҷми зиёди ковокии даҳон, обравии зиёд ва дар охир хусусияти системаи автономии асаби кӯдак зиёд будани рефлексӣ қайқунӣ мебошад.

Ҳамин тавр, вобаста ба синну сол шиддатёбии кариеси дандонҳои доимӣ ба қайд гирифта мешавд. Сабаби зиёди нишондиҳандаҳои паҳншавии кариеси дандонҳо дар кӯдакони 7-10 сола ивазшавиҳои газиш мебошад. Паҳншавӣ ва шиддатёбии кариеси дандонҳо бештар дар писарбачагон ва вобаста ба синну сол дар духтарбачагон афзоиш меёбад.

АДАБИЁТ

1. Исмагилов О.Р., Шулаев А.В., Старцева Е.Ю., Ахметова Г.М., Березин К.А. Стоматологическая заболеваемость детей школьного возраста // Проблемы стоматологии 2019, том 15, № 4, стр. 140-148
2. Кисельникова Л.П., Бояркина Е.С., Зуева Т.Е. Динамика поражаемости кариесом временных и постоянных зубов у детей в возрасте 3-13 лет г. Москвы // Стоматология детского возраста и профилактика. 2015. Т. XIV. № 3(54). С. 3-7.
3. Левчук Л.В., Бородулина Т.В., Санникова Н.Е., Крылова Л.В. Минеральный обмен и состояние здоровья детей уральского региона // Выпуск № 3-4, 2019. Вестник Уральского государственного медицинского университета С.70-72
4. Лихорад, Е. В. Заболеваемость кариесом зубов, уровень витамина D и особенности питания у детей с нарушением белкового обмена // Современная стоматология. – 2017. – № 4. – С. 75-77
5. Мамрешева С. Р. Анализ значений интенсивности и заболеваемости кариесом детей в возрасте от 6 до 11 лет в г. Нальчик // Международный научно-исследовательский журнал. — 2016. — № 12 (54) Часть 5. — С. 108—110.
6. Нуоров, Д.И., Ашуров, Г.Г. Скорость восстановления поверхностного слоя эмали в зависимости от интенсивности кариеса зубов и общего состояния организма/Д.И., Нуоров, Г.Г. Ашуров, //Вестник Таджикского национального университета. Серия естественных наук. 2015 (1-3):243-246



7. Подобедова Ю.А., Венатовская Н.В. Предупреждение кариеса и болезней пародонта у детей в процессе ортодонтического лечения // Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150) 2019. Том 9. № 3С.136-139
8. Саидова/Н.Б. Распространенность/кариеса/зубов/у/детей,/ проживающих сельских/районах/республики/Узбекиста//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований № 12, 2015. С.1616-1620
9. Сыдыков, А. М. Эпидемиологическая оценка стоматологической заболеваемости в южных регионах Кыргызской Республики// Молодой ученый. 2015. № 16 (96).
10. Терехова Т.Н. [и др.].Распространенность и интенсивность кариеса незрелых постоянных зубов у детей и подростков, относящихся к разным группам здоровья// БГМУ в авангарде медицинской науки и практики: сб. рецензир. науч. работ. – Минск, 2017. – Вып. 7. – С. 106-109.

ВАЖНЕЙШИЕ ПРОБЛЕМЫ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ

Ахмадзода Мансур Ахмад

Государственный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Цель. Изучить распространенность кариеса зубов среди детей г. Душанбе

Материалы методы исследования. Исследования были проведены на базе ГУ НИИ Стоматологии и челюстно лицевой хирургии. Были обследованы 148 детей, в возрасте от 6 до 15 лет, из них 85 (57,4%) составили мальчики. В процессе работы были использованы специальные карты ВОЗ.

Результаты и их обсуждение.Проведя анализ установлено, что возрастом регистрируется нарастание интенсивности кариеса постоянных зубов. Так у детей младшей возрастной группы, показатель распространённости кариеса составил (19,54±3,75%), тогда как у подростков был больше чем в 4,3 раза и (85,21±3,1%). У детей средней возрастной группы, показатель средней интенсивности кариеса постоянных зубов был равен 2,73±1,44. Однако с возрастом выявляется выраженная тен-

денция к росту, так у подростков - 4,04±2,08, что больше чем в 2 раза, по сравнению с детьми средней возрастной группы. Идентичная картина регистрируется и с другим компонентом индекса «П» (пломба) – так если у 6 летних детей от составлял всего 0,1±0,02, то с увлечением возраста данный показатель также имел выраженную тенденцию к росту и составил 2,15±0,15. Следовательно, среди у подростков преобладает компонент «П» и он равен – 2,15±0,15, тогда как а компонент «К» – 1,57±0,13, что в 1,3 раза меньше.

Выводы.С возрастом регистрируется нарастание интенсивности кариеса постоянных зубов. Причиной высокого показателя распространенности кариеса зубов у детей 7-10 лет, является смена прикуса. Распространённости и интенсивности кариеса зубов чаще выявляется у мальчиков, с возрастом отмечается нарастание у девочек.

Caries in children, a problem of our time

Akhmadzoda M.A.

State Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery (Director - Ph.D. - Kosimov M.M.)

Target. To study the prevalence of dental caries among children in Dushanbe

Materials research methods. The studies were carried out on the basis of the State Research Institute of Dentistry and Maxillofacial

Surgery. We examined 148 children, aged from 6 to 15 years, of which 85 (57.4%) were boys. During the work, special WHO maps were used.

Results and its discussion. After analyzing, it was found that with age, an increase in the intensity



of caries of permanent teeth is recorded. So in children of the younger age group, the prevalence of caries was $(19.54 \pm 3.75\%)$, while in adolescents it was more than 4.3 times and $(85.21 \pm 3.1\%)$. In children of the middle age group, the average intensity of caries in permanent teeth was 2.73 ± 1.44 . However, with age, a pronounced tendency to growth is revealed, so in adolescents - 4.04 ± 2.08 , which is more than 2 times, compared with children of the middle age group. However, with age, a pronounced tendency to growth is revealed, so in adolescents - 4.04 ± 2.08 , which is more than 2 times, compared with children of the middle age group. An identical picture is recorded with another component of the index

“P” (filling) - so if in 6 year old children from was only 0.1 ± 0.02 , then with the enthusiasm of age, this indicator also had a pronounced tendency to growth and amounted to 2.15 ± 0.15 . Consequently, among adolescents, the component “P” predominates and it is equal to $- 2.15 \pm 0.15$, while the component “K” is 1.57 ± 0.13 , which is 1.3 times less.

Conclusions. With age, an increase in the intensity of caries in permanent teeth is recorded. The reason for the high prevalence of dental caries in children 7-10 years old is a change in bite. The prevalence and intensity of dental caries is more often detected in boys, with age there is an increase in girls.

Аҳмадзода М. А. – Паҷӯҳишигоҳи давлатии илмӣ-таҳқиқотии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй, тел. 987 62 99 72.

Аҳмадзода М.А.- Государственный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Akhmadzoda M.A. - State Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery.

ЌАРАЁНИ БЕМОРИҲОИ СТОМАТОЛОГӢ ДАР ЗАНҲОИ ҲОМИЛА ДАР ЗАМИНАИ КАМХУНИИ ДЕФИТСИТӢ

Бурхонов С.Б.

МД МҶИК стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй, ш. Душанбе

Мухимият. Баҳамтаъсиррасонии бемориҳои ҳамроҳшуда, ҳамчунин тандурустии умумӣ ва ҷараёни ҳомилагӣ наметавонанд, ки ҳолат ва солимии стоматологӣ зани ҳомиларо вазнин насозанд. Баъзе проблемаҳои ҷойдоранд, ки ба мавқеи беморон дар соҳаи иҷтимоӣ-иқтисодии хоҷагии халқ алоқаманданд, онҳо наметавонанд, ки номаълум гузаранд ва ба сифати ҳаёти зани ҳомиладар таъсир нарасонанд. Дар давраи соли 2000-ум нишондиҳандаи беморшавии занҳои ҳомила ба камхунӣ зиёда аз 6 маротиба зиёд шуд [1; 2], тамоюли афзоиши бемориҳои гурдаҳо ва системаи дилу рағҳо ба мушоҳида расид, микдори ҳомилаҳои мабтало ба токсикозҳои дер то 1/3 маротиба афзудааст [3; 4].

Ҳамаи ин ба нишондиҳандаҳои гирифтورشавии ҳомилаҳо ба бемориҳои стоматологӣ таъсири муҳим расонидаанд. Осебҳои карозии дандонҳо, бемории пародонт

ва пардаи луобии ковокии даҳон проблемаи ҷиддии иҷтимоӣ гаштаанд ва дар сохтори бемориҳои стоматологӣ аҳоли мавқеи муҳимро ишғол мекунанд, наметавонанд, ки ба нишондиҳандаҳои бемориҳои перинаталӣ ва фавтият тасири ҷиддӣ расонанд [5].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши вобастагии солимии стоматологӣ занҳои ҳомила дар заминаи камхунӣ дефитсити оҳан.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти мазкур дар заминаи пойгоҳи МД МҶИК стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй, ш. Душанбе гузаронида шудааст. Таҳти муоинаи мо 180 зани ҳомилаи аз 18 то 42-сола қарор дошт. Занҳои таҳқиқшуда ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Асос барои ба гурӯҳҳо ҷудо кардани беморон натиҷаҳои гемограммаҳо буданд.

Гурӯҳи 1: 150 (83,3%) зан, ҳомилагии онҳо дар заминаи камхунӣ дефитсити оҳан сатҳи $Hb < 104$ г/л буд, (дараҷаи сабук) дар

ҳама ҳолатҳо дараҷаи гестатсия аз 37 ҳафта боло буд, синну соли таҳқиқшудагон $25,38 \pm 3,25$ солро ташкил дод;

Гурӯҳи 2: 30 (16,6%) зан, ки ҳомилагии онҳо бидкни камхунӣ чараён дошт, муҳлати гестатсия дар ҳудуди 38—41 ҳафта, синну сол дар ҳудуди $26,31 \pm 3,45$ сол қарор доштанд.

Асоси таҳхис ва таснифи кариеси дандонҳоро протоколои мувофиқати беморон «Кариеси дандонҳо» (2006) ва Таснифи байналмилалӣ бемориҳо дар асоси ТББ-10 (рамзҳои K02.0-K02.3) ташкил доданд. Паҳншавӣ ва шиддатнокии кариеси дандонҳо тибқи усулҳои маъмулӣ (ТУТ, 2005) баҳогузори карда шуданд. Шиддатнокии кариес бо ёрии шохиси КПУз муайян карда шуд.

Натиҷаҳо. Мувоҷиати занҳои ҳомила барои гирифтани ёрии стоматологӣ вобаста аз синну сол ва муҳлати гестатсия таҳлил карда шуд, муқаррар гардид, ки асосан 65 (36,1%) зан аз 20-25 –сола, 22,2% то 20-сола буданд, миқдори занҳои ҳомилаи 35-сола ва аз он калонтар аз 10 то 5,5%-ро ташкил дод.

Бо афзудани муҳлати гестатсия, мувоҷиаткунӣ барои ёрии стоматологӣ кам мешавад. Занҳои ҳомилаи то 20-сола ва асосан аввалин бор ҳомилашудаҳо дар 54,8%-и ҳолатҳо дар триместри аввали ҳомилагӣ барои ёрии стоматологӣ мувоҷиат намудаанд. Дар гурӯҳҳои синнусолии боқимонда беморони барои ёрии стоматологӣ мувоҷиат намуда аз 39,6% (30-35 -сола) то 47,7% (25-30-сола) буданд. Дар триместри дуюм дар муқоиса аз-якум, миқдори шахсони барои ёрии стоматологӣ мувоҷиат намуда дар байни ҳомилаҳои 20-сола 2,2 маротиба ва то 30-сола то 1,5 маротиба кам шудааст. Дар триместри сеюм миқдори ба мутахассисон мувоҷиаткардагон аз 5% зиёд набуд.

Ба андешаи мо, ошкор сохтани шиддатнокии фаъолии кариес, ки ибто зиёд шудани муҳлати ҳомилагӣ меафзояд, метавонад, ки барои кандани дандонҳо мувоҷиат намояд. Ҳаллу фасли ин масъала зарурати ҷудо кардани маркерҳои пешгӯйикуниро ба вуҷуд меоварад, ки онҳо дар протсессии чараёни ҳомилагӣ бо чараёни ноҳуби бемориҳои

стоматологӣ ҳамроҳ мешаванд. Омили маъруф он ба ҳисоб меравад, ки ба маркерҳои пешгӯйикунанда муҳити атроф, омилҳои рафтор ё биологиро дохил кардан мумкин аст. аз дараҷаи ҷалб шудани маркерҳои пешгӯйикунанда, натиҷаи табобати гузаронидашуда вобастагӣ дорад. Дар байни занҳои ҳомила, ки дар давоми се сол (солҳои 2014-2016) барои гирифтани ёрии стоматологӣ аз хусуси кариеси дандонҳо мувоҷиат кардаанд, 84,2%-ро ташкил дод.

Баҳодиҳӣ ба паҳншавии кариеси дандонҳо, дар миёни 292 хани ҳомила дар се сол (солҳои 2014-2016) аз ҳисоби ба 100 нафар гузаронида шуд. Натиҷаҳои ба даст овардашуда аз паҳншавии васеи кариес дар байни занҳои ҳомила гувоҳӣ медиҳанд ва нишондиҳанда аз 93,6% - соли 2014 то 97,9% дар соли 2016 –ро ташкил медиҳад. Ҳамин тартиб, ҳар як зани ҳомилаи дуюм мувоҷиат ба кариес аст.

Дар соли 2014 дар занҳои ҳомилаи синну соли 20-сола кариес назар ба соли 2016 зиёдтар (мутаносибан 96,8% ва 92,5%) ба мушоҳида расид. Дар дигар гурӯҳҳои синнусолӣ низ дар соли 2016 занҳои дорони камхунӣ назар ба солҳои 2014 ва 2015 хеле камтар гирифтори кариес шудаанд. Бо калон шудани синну сол (30-сола ва калонтар) миқдори кариес дар ҳама солҳои таҳлилшуда баланд (97,4% -2014, 99,4% – 2015 ва 99,8% – 2016) буд.

Дар динамикаи муоина нишондиҳандаи шохиси КПУ гурӯҳҳои таҳлилшуда майл ба камшавӣ дошт. Чунончи, дар солҳои 2014 - 2015 шиддатнокии кариес мутаносибан $10,36 \pm 0,25$ ва $10,43 \pm 0,28$ -ро ташкил дод, дар соли 2016 кам шуда, ба $9,97 \pm 0,33$ ($p < 0,05$) расид. Тамоюли муайян кардашудаи кам шудани ҷамъшавандаҳои шохиси КПУ ба тамоюли позитивии шохиси КПУ дар ҳомилаҳое ба мушоҳида расид, ки синну соли онҳо аз 25 то 35-сола буд. Дар дигар гурӯҳҳои синнусолӣ низ нишондиҳандаи КПУ дар чараёни мониторинг ба таври омӯрӣ фарқ накард ($p > 0,05$).

Таҳлили гирифтотаравӣ ба бемории кариеси дандонҳо тибқи шохиси КПУз дорони фарқияти боъътимоди инкишоф буд



($P < 0,05$) аз $0,24 \pm 0,02$ – с. 2014 то $0,34 \pm 0,01$ – с. 2016, ҳамин гунна тамоюлдар шохиси КПУп низ дида шуд $0,19 \pm 0,05$ – с. 2014 ва $0,33 \pm 0,02$ – с. 2016. Нишондиҳандаҳои ретсидив ва зухуроти дувумии кариес бо назардошти ба як зани ҳомила фарқияти боэтимоди байни солҳо 2014 ($0,26 \pm 0,04$), 2016 ($0,31 \pm 0,03$) ба мушоҳида расид.

Динамикаи муоинаи занҳои ҳомила аз тарафи стоматолог дар муҳлати аз 12 то 20 ҳафтаи гестатсия фарқияти назаррас нашошт – $38,3\%$ - $41,1\%$ ($p < 0,001$). Муоинаи динамикии сесолаи занҳои ҳомила (солҳои 2014-2016) аз тарафи стоматолог баъди ҳафтаи 20-ум хеле кам шудааст - аз $29,3\%$ дар соли 2014 то $22,5\%$ дар соли 2016 ($p < 0,001$).

Аз сабаби барвақт ба қайд гирифтани беморон нишондиҳандаҳои гирифторшавӣ ба кариес майл ба афзоиш дорад. Яке аз сабабҳои ин далел, ба андешаи мо, он аст, ки зиёда аз чоряки занон ($25,6\%$) барои муоинаи аввалин дар ҳафтаи 20-уми пас аз гестатсия муроҷиат кардаанд. Ин далелро низ истисно кардан лозим нест, ки як қисми осебҳои кариозӣ дар занҳо ҳангоми муоинаи аввалин дар замони ҳамин ҳомилагӣ пайдо шудаанд. Таҳлили ниёз доштани занҳои ҳомила ба хизматрасониҳои стоматологӣ нисбат ба як зан нишон дод, ки дар солҳои 2014 – 2016 тақрибан тағйир наёфтааст. Чунинчи, нишондиҳандаи кариеси ба табобат ниёздошта нисбат ба як зан дар соли 2014 – $3,03 \pm 0,02$, 2016 - $3,33 \pm 0,05$ буд. Чузъи дигари КПУ, миқдори дандонҳои кандашуда ба як зан аст, ки ин низ чандон фарқ нашошт – соли 2014 - $0,49 \pm 0,044$, - 2016 - $0,43 \pm 0,044$.

Аз рӯйи вазнинии камхунии генезаш камбудии оҳан занҳоро ба гурӯҳҳо ҷудо накардем.

Таҳлил нишон дод, ки шиддатнокии кариес бо назардошти триместри ҳомилагӣ тақрибан фарқ намекунад. Аз кариеси шиддатнокияш паст ҳар як зани ҳомилаи 4-ум ($25,1\%$) озор медид, бо зиёд шудани муҳлати ҳомилагӣ басомади ин шиддатнокӣ то ($14,4\%$) паст мешавад. Кариеси шиддатнокияш паст дар зиёда аз нисфи занҳои ҳоилаи таҳқиқшуда дида шуд. Дар триместри

дуум афзудани миқдори беморони гирифтори кариеси дандонҳо тобаландшавӣ то 2/3 ($62,5\%$) ба назар расид.

Бояд қайд кард, ки дар триместри III дар муқоиса аз триместрҳои I ва II миқдори занҳои ҳоилаи дорой шиддатнокии баланди кариес то $30,4\%$, зиёд шуд. ба андешаи мо, ин далел ба камшавии басомади шиддатнокии пасти кариес вобаста аст.

Муҳлатҳои синнусолии ҳомилаҳоро пешравии пародонтопатия бо анҷом ёфтани ҳомилагӣ манзараи клиникӣ беҳтар мешавад. Бо назардошти он ки ҳомилагӣ худ ба ҳолатҳои махсуси организми зан мансуб аст, талабот ба ёрии стоматологӣ дар ин вазъият бо якчанд лаҳза муайян карда мешавад:

- талабот ба санатсияи нақшавии ковокии даҳон, ки ба мустаҳкамсозӣ ва нигоҳдорӣ солимии модару кӯдак ва дар натиҷаи ин фароҳам овардани шароити мусоид барои инкишофи ҷанин нигаронида шудааст;
- талаботи баланд ба хизматрасонии тиббӣ, аз сабаби тағйиротҳои ҳангоми ҳомилагӣ дар ковокии даҳони занҳои ҳомила пайдошуда;
- эҳтимолияти баланди фаёлноқшавии ангезандаҳои сироятӣ дар лонаҳои музмин одонтогении сироят.

Пайдо шудани тағйиротҳо дар таркиби моеи ковокии даҳон боиси рух додани тағйирот дар ҳолати бофтаҳои саҳти дандонҳо вва пародонт мегардад, ки сабаби ин аксар вақт ҳолати беҳдошти ғайриқаноатбахши ковокии даҳон аст.

Бо мақсади баргузор намудани таҳлили басомади тағйироти чузъҳои сохтори шохиси CRITN, таҳти муоинаи мо 56 зан қарор дошт, ки аз онҳо – 24 ($42,8\%$) камхунӣ нашоштанд, дар 32 ($57,1\%$) зан камхунӣ дида шуд. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки осеби пародонт дар заминаи ҳомилагии муътадил дар муқоиса аз занҳое, ки ҳомила нестанд, тақрибан 2,1 маротиба зиёд аст.

Паҳншавии кариеси дандонҳо ҳам дар занҳои дорой ҳомилагии муътадил ва ҳам бо камхунии дефисити оҳан тақрибан фарқ надорад ва $97,3\%$ - 100% -ро ташкил медиҳад. Таҳлили басомади кариес дар ҳоми-

лаҳои дорои чараёни физиологӣ назар ба замони то ҳомилагӣ 1,66 маротиба баланд аст. Ҳангоми чараёни патологӣ ҳомилагӣ бо токсикоз шиддатнокии кариеси дандонҳо назар ба замони то ҳомилагӣ то 2,0% баланд буд. Бояд қайд кард, ки ҳомилагӣ худ ба худ барои зиёд шудани осебҳои бофтаҳои саҳти дандонҳо мусоидат менамояд ва дар натиҷаи ин боиси амиқ ё вазнин гаштани чараёни патологӣ бофтаҳои пародонт мегардад, махсусан, агар ҳомилагӣ бо бемориҳои экстрагениталӣ вазнин шуда бошад.

Айни замон тибқи маълумоти омӯрӣ, паҳншаваии бемориҳои стоматологӣ дар байни занҳои ҳомила баланд боқӣ монда ва ба тағйирёбӣ майл дорад, ки даор ин ҷо вобаста аз минтақаи зист, ки дар он ҷо гирифташавӣ ба кариес бартарӣ дорад, ин далел бо таҳқиқоти мо низ тасдиқ мешавад, паҳншавии кариес зиёда аз 92,4% аст. Ба андешаи мо, яке аз сабабҳои асосӣ фарҳанги пасти санитарии занҳои ҷавон ба ҳисоб меравад, ки ба профилактикаи бемориҳои дандон, риоя кардани беҳдошти ковокии даҳон мансуб аст. Ҳамаи ин дар навбати худ дар давраи гестационӣ ночор ба беасос даст кашидан аз хизматрасонии муолиҷаи стоматологӣ ва табobati кариес оварда мерасонад. Дар бештари ҳолатҳо дар минтақаҳои системаи мониторинги стоматологӣ занҳои ҳомила вучуд надорад.

Асос барои тасдиқи гуфтаҳои боло ин аст, ки дар равнади муоинаи стоматологӣ аномалияҳои зерин муайян карда шуданд: набудани дандонҳои пеш, дандонҳои ашк ва премолярҳои ҷоғҳои болоиву поёнӣ (23,4%), зичии сегментҳои дандонҳои пеш (65,6%), патологияи таносуби молярҳо (33,32%). Ҳар як зани 15 –ум ба гузаронидани муолиҷаи ортодонтӣ ниёз дошт. Бо назардошти ақидаи О.Э. Хидирбегишвили (2006) пайдо шудани протсесси кариесӣ дар сарҳади пломбаи гузошташуда метавонад, ки аломати такроршавии кариес бошад. Омили имконпазири ба раванди такрории кариес таъсиррасонанда коркард ва пломбагузориҳои бесифати ҷавф мебошад, ки дар натиҷаи ташреҳи нуқсонҳои дандонҳо пайдо мешавад ва ҳамчунин эҳтимоли нишастани ма-

води пломбагузорӣ низ вучуд дорад.

Таҳлили маълумотҳои ба осебҳои кариеси занҳои ҳомилаи дорои камхунӣ ва бидуни он бахшидашуда нишон дод, ки дар байни занҳои дорои камхунӣ кариеси аввалиядар муқоиса аз занҳои ҳомилае, ки бидуни камхунӣ буданд, кариес бештар (мутаносибан 10% ва 12,6%) ба қайд гирифта шуд. Фарқияти нисбатан муҳим дар байни гурӯҳи занҳои таҳқиқшуда оид ба вучуд доштани кариеси амиқ ба назар расид. Таҳти мафҳуми «кариеси амиқ» мо на танҳо амикии мутлақи кариеси дандонро, балки аз ҷумла онро дар назар низ доштем, ки (фосилаи аз сатҳи дандон то қаъри ковокии кариозӣ) чӣ қадар ки ковоқӣ аз қаъри ковокии кариозӣ то пулпа бошад, меъёр барои вучуд доштан ва дараҷаи возеҳии синдроми дард ба ҳисоб мерафт. Гузаронидани таҳлили муқоисавӣ дар байни занҳои ҳомилаи дорои камхунӣ (39,3%) дар муқоиса аз занҳои бидуни камхунӣ (13,3%) тақрибан 3 маротиба бештар ба мушоҳида мерасад, ки фарқияти боэътимоди омӯрӣ ба ҳисоб меравад ($P < 0,001$).

Ҳамин гуна динамика нисбат ба зухуроти дигар низ, ки амикии протсесси кариозиро муайян мекарданд, ошкор карда шуд. Аз ҷумла, кариеси такрорӣ ва дувумӣ дар занҳои ҳомилаи бидуни камхунӣ дефитсита оҳан назар ба занҳои ҳомилаи дорои камхунӣ дефитсита оҳан 1, 5 маротиба бештар ба қайд гирифта шуда, мутаносибан ретсидивӣ- 20,0% ва 34,6%; кариеси такрорӣ 6,6% ва 13,3% ($P < 0,05$).

Ҳангоми баҳогузорӣ ба шиддатнокии кариес, мо тавсияҳои ТУТ (1981)-ро истифода кардем: 0-1,5 – шиддатнокии хеле паст; 1,6-6,2 - паст; 6,3-12,7 - миёна; 12,8-16,2 - баланд; зиёда аз 16,2 – хеле баланд.

Ба шиддатнокии протсесси кариесӣ лонаи сирояти дар ковокии даҳон ҷойгиршуда таъсири назаррас мерасонад, ки аксаран хусусияти ниҳонӣ дорад. Худи ҳомилагӣ барои паст шудани муқовимати организми зан мусоидат мекунад. Агар ҳомилагӣ бо бемориҳои экстрагениталӣ, аз ҷумла бо камхунӣ дефитсита оҳан оризанок шуда бошад, тағйиротҳои реактивӣ ба амал меоянд ва барои



фаъол шудани протсессии мавзеии илтиҳобӣ мсоидат намуда, дар навбати худ ба пайдо шудани оризаҳои чиддӣ оварда мерасонанд. Аксуламалҳои илтиҳобиро ба триместрҳои ҳомилагӣҷудо карда, қайд бояд кард, ки ин протсесс асосан дар бофтаҳои пародонт дар триместри II-и ҳомилагӣ ба таври возеҳ сурат мегирад, гарчанде қуллаи протсессии кариесӣ-фасодӣ ба триместри III рост меояд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашудаи мо имконият медиҳанд, он далел муайян карда шавад, ки зиёд шудани осеби бофтаҳои саҳти дандонҳо ва ҷараёни нисбатан вазнини бемориҳои бофтаҳои пародонт хангоми ҳомилагӣ натиҷаи бемориҳои вазнин ба ҳисоб меравад.

Хулоса, мо муқаррар намудем, ки дар муҳлатҳои барвақти ҳомилагӣ протсессии

тағйирёбии ҳолати бофтаҳои саҳти дандонҳо ва пародонт сар мешавад. Дар заминаи ҳомилагии ба таври муътадил идомаёбандабасомади ба қайд гирифтани кариеси дандонҳо зиёда аз 91% -ро ташкил медиҳад, ҳол он ки бемориҳои бофтаҳои пародонт дар 90%-и ҳолатҳо ба мушоҳида мерасад. Дар айни замон гингивити ҳомилаҳо дар зиёда аз нисфи ҳомилаҳои дорои ҷараёни муътадили ҳомилагӣдида шуд. Бо зиёд шудани муҳлати гестатсионӣ протсессҳои патологӣ ба пешравӣ сар мекунад ва дар аксари бештари ҳолатҳо мувофиқи намуди гингивити пахнёрфтаи катаралӣ ё гипертрофӣ ҷараён доранд. Вазъияти баамаломата дар тамоми муҳлатҳои ҳомилагӣ зарурати ташкил кардан ва гузаронидани ҷорабиниҳои пешгирикунандаро талаб мекунад.

АДАБИЁТ

- 1 . Казакова Л.М. Дефицит железа и его профилактика в практике врача-педиатра : метод, рекомендации для педиатров и акушеров. М., 2018 -23с.
- 2 . Серов В. Н., Вурлев В. А., Коноводова Е. Н. и др. Железодифицитные состояния у беременных : метод. Рекомендации для акушеров- гинекологов. – М., 2015. – 32 с.
- 3 . Бахмудов Б.Р. Структурная характеристика интенсивности кариеса зубов и исходный уровень стоматологической помощи у беременных женщин по данным 4-летнего наблюдения // Клиническая стоматология.- 2008.- № 2. –С. 82-86.
- 4 . Грудянов, А.И. Как предупредить заболевание десен и разрушение кости челюстей в период беременности. // Современная стоматология 2017 . - № 1. – С. 63-64.
- 5 . Лукиных Л. М., Толмачева С. М. Стоматологический статус беременной женщины // Материалы 12 и 13 Всероссийских научно-практических конференций и Труды 9 съезда Стоматологической Ассоциации России.- М., 2004. — С. 337-339.

ТЕЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Бурхонов С.Б.

ГУ РНКИ стоматологии и челюстно лицевой хирургии, г. Душанбе

Цель: Оценить влияние железодефицитной анемии на состояние стоматологических заболеваний беременных женщин.

Материал и методы. На базе ГУ «НКИ Стоматологии и челюстно- лицевой хирургии» МЗ и СЗН РТ была дана клини-

ческая оценка влияния железодефицитной анемии на состояние стоматологических заболеваний у 180 беременных женщин.

Ключевые слова: беременность, железодефицитная анемия, пародонт.

INFLUENCE OF IRON DEFICIENCY ANEMIA AND TONGUE IN PREGNANT WOMEN

Burkhonov S.B., Vokhidov A.V., Kosimov M.M

SI “Scientifically- clinical institute of stomatology and maxillofacial surgery of the Ministry of Health and social protection of the population of the Republic of Tajikistan”

Aim. assess the effect of iron deficiency anemia and tongue in pregnant dental women.

Materials and methods. On the basis of the SI “Scientifically- clinical institute of stomatology and maxillofacial surgery of the Ministry of Health and social

protection of the population of the Republic of Tajikistan”, clinical assessment of the effect of IDA on oral mucosa in 180 women with moderate anemia was given.

Key words: pregnancy, iron deficiency anemia, parodont .

Бурхонов Сино Бобоевич - аспиранти МД ПИК Стоматологияи ҷарроҳии ҷогу рӯйи ВТ ва ҲИА ҶТ.

Бурхонов Сино Бобоевич - аспирант ГУ НКИ Стоматологиии и челюстно лицевой хирургии МЗ и СЗН РТ тел. +992931240100 e-mail: dr.sino@mail.ru

Burkhonov S.B.- Graduate student, SI “Scientifically- clinical institute of stomatology and maxillofacial surgery of the Ministry of Health and social protection of the population of the Republic of Tajikistan”.

ИСТИФОДАИ АУТОПЛАЗМАИ ТРОМБОТСИТАРӢ ДАР МУОЛИҶАИ МАЧМУИИ БЕМОРИХОИ ПАРОДОНТ

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

Кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муҳимият. Бемории пародонт дар байни бемориҳои стоматологӣ баъди кариеси дандонҳо, мақоми дуюмро касб кардааст. Бар пояи маълумоти пажӯҳишҳои ТУТ 98%-и аҳолии курраи Замин аз ин беморӣ ранҷ мебаранд. Бемории илтиҳобии ботфаҳои пародонт боиси аз даст додани дандонҳо, дар ковокии даҳон пайдо гардидани манбаи сирояти музмин, коҳиш ёфтани реактивнокии организм, ҳассоснокшавӣ ба микроб, инкишофи ҳолати аллергӣ мегардад. Ҷустуҷӯи роҳҳои нави барвақт ошкор кардани боло бурдани самаранокии муолиҷаи бемориҳои илтиҳобии пародонт, ки ба дастовардҳои устуворгардонии дарозмуддат дар ҷараёни беморӣ равона шудааст, дар рушди стоматологияи муосир яке аз самтҳои афзалиятнокро ишғол менамояд [1,2].

Дар мавриди ашхосе, ки аз патологияи эндодонти-пародонталӣ ранҷ мебаранд, истифодаи аутоплазма саривақтӣ ва мубрам маҳсуб меёбад. Плазмаи хун, ки аз тромботситҳо бой аст, омили табиӣ инкишофи организм ба шумор меравад. Ҳангоми аз сирояти генезаш пародонталӣ озод намудани мавзеи манбаи музмин омилҳои инкишоф сафарбаркунии ҳуҷай-

раи барои сихатёбӣ заруриро таъмин намуда, боиси сабзидани капиллярҳо мегардад, ки гемодинамика, нафаскашии бофтаҳо, мубодилаи моддаҳоро муътадил сохта, инкишофу минерализатсияи бофтаҳои устухониро танзим менамояд, суръати тафриқашавии ҳуҷайраҳо ангеизиш дода, ба ташакклёбии бофтаҳои милкӣ ва илтиёми ҷароҳат мусоидат менамояд. Фаъолшавии масунияти мавзеи ба амал меояд [3].

Мақсади таҳқиқ. Арзёбӣ намудани смаранокии муолиҷавии аутоплазмаи тромботситарӣ дар маҷмӯи муолиҷаи бемориҳои илтиҳобии пародонт.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Муоина ва муолиҷаи 64 бемори мубтало ба бемориҳои илтиҳобии пародонт ба амал оварда шуд. Синни беморон дар доираи аз 20 то 50 сола ва болотар аз онро ташкил медод, ки аз ин миён мардон 30 нафар ва занҳо бошанд, 34 нафар буданд. Зимни 45 (70,3%) маризи таҳти муоина пародонтити музмини интишорёфтаи дараҷаи вазниниаш сабук (ПМИДВС) ва дар 19 (29,7%) ҳодиса бошад, пародонтити музмини интишорёфтаи дараҷаи вазниниаш миёна (ПМИДВМ) таҳхис карда шуд.



Ҳангоми муоинаи беморон аз усулҳои стандартӣ таҳқиқ ба кор истифода шуд: пурсиш, муоина, нишондиҳандаҳои индекси ҳолати беҳдошти ковокии даҳон - ОНІ-S ва бофтаҳои пародонт - РМА, СРІТН, РІ, индекси хуншории ҷӯякҳои милкӣ тибқи SBI, дараҷаи чунбонакии дандонҳо муайян карда шуд, умқи кисаҳои патологӣ пародонталӣ чен ва усули рентгенологии таҳқиқ истифода гардид.

Дар мавриди тамоми беморон тавассути дастгоҳи ултрасадои «PiezonMaster 400» беҳдошти касбии ковокии даҳон, кюретаж бо таълими ҳатмӣ ва назорати доимии ҳолати беҳдошти ковокии даҳон, муътадилгардонии окклюзия бо усули пардознамоии ҳатмии дунгиҳои дандон, аз рӯйи нишондодҳои кюретажи пӯшидаи кисаҳои амиқи патологӣ пародонталӣ, муолиҷаи мавзеи зиддиинтӣҳобӣ бар шумули аутоплазмаи тромботситарӣ татбиқ карда шуд. Аутоплазмаи саршор аз тромботситҳоро баъди анестезияи пешакии инфилтратсионӣ, ки тавассути маҳлули 2%-и лидокоин амалӣ шуд, дар чинҳои гузариш 0,3-0,5 мл (ҳамагӣ 2,0 мл) баъди 7-8 рӯз дар мавзеи якҷанд қитъаи пародонтҳои иллатнокшуда ворид намудем. Даври муолиҷа аз 5-8 тазрикро ташкил менамуд.

Аутоплазмаи тромботситарӣ аз хуни ҳуди бемор бо центрифугакунонии баъдина (центрифугаи СЛ-3,5 ба кор бурда шуд) бо идоракунии барномавӣ тӯли 15 дақиқа дар ҳолати 2300 гардиш/дақ. дар лабораторияи клиникӣ-ташхисии Маркази миллии таҳқиқи ҚТ (ММТ ҚТ) тайёр карда шуд. Натиҷаҳо баъди 7, 10 рӯз ва 6 моҳу 1 сол арзёбӣ карда шуд. Баъди шаш моҳи муолиҷаи аввалияи пародонтологӣ беморон ба муоинаи санҷишӣ даъват шуданд, ки зимни он ба ҳамаи беморон беҳдошти касбии ковокии даҳон амалӣ карда шуд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи он. Дар муроҷиати аввалӣ ба клиника тамоми беморон аз бӯйи нохуши даҳон, хуншории милкҳо, римшорӣ аз мавзеи дандонҳои чунбонак, урёншавии гардана ва решаи дандонҳо шикоят доштанд. Беҳдошти ковокии даҳони тамоми беморони муроҷиатнамуда, дар муоинаи аввалӣ ғайриқаноатбахш буд. Индекси ОНІ-S дар мавриди беморони гирифта ба ПМИДВС 2,4 бал, индекси РМА 30,5%, ин-

декс РІ 4,1 бал, индекс SBI 2,8 бал, индекси чунбонакии дандонҳо 2,1 бал ва умқи кисаҳои пародонталӣ бошад, 2,8 мм-ро ташкил менамуд. Зимни беморони мубтало ба ПМИДВС нишондиҳандаҳои фавқ таносубан 2,5 бал, 56,4%, 4,3 бал, 2,9 бал, 2,4 бал ва 4,5 мм-ро ташкил медод.

Натиҷаи наздикарин баъди ҳафт рӯзи амалинамоии чорабиниҳои муолиҷаи маҷмӯӣ бо ворид кардани аутоплазмаи тромботситарӣ хеле беҳтар гардид. Пурхунӣ, омосу дарди милкҳо, римшории кисаҳои пародонталӣ, беҳдошти ковокии даҳон хуб шуда, бӯйи нохуши даҳон нест шуд. Инчунин нишондиҳандаҳои индексҳо коҳиш ёфт. Ҳамин тавр, дар мавриди бемороне, ки аз ПМИДВС ранҷ мекашиданд, қимати индекси ОНІ-S ба 71,5%, индекс РМА ба 27,6%, индекс РІ ба 26,7%, индекс SBI ба 77,6%, дараҷаи чунбонакшавии дандонҳо ба 24,6% ва умқи кисаҳои пародонталӣ бошад, ба 49,1% рӯ ба коҳиш овард.

Ба таври монанд коҳиш ёфтани қимати индексҳо дар мавриди беморони мубтало ба ПМИДВС қайд карда шуд. Ҳамин тавр, қимати индекс ОНІ-S ба 59,8%, РМА ба 16,8%, РІ ба 24,9%, SBI ба 57,5% коҳиш ёфта, дараҷаи чунбонакии дандонҳо ба 13,1% ва умқи кисаҳои пародонталӣ бошад, ба 23,9% кам гардид.

Ҳангоми арзёбии зоҳиршавии илтиҳоб дар бофтаҳои пародонт баъди шаш моҳ тамоюл ба коҳиш ёфтани тамоми нишондиҳандаҳои таҳти таҳқиқ ба мушоҳида расид. Зимни беморони мубтало ба ПМИДВС қиёсан ба нишондиҳандаҳои ибтидоӣ индекси ОНІ-S ба 53,3%, индекси РМА ба 22,3%, индекси РІ ба 22,8%, индекси SBI ба 39,9%, инчунин дараҷаи чунбонакии дандонҳо ба 14,2%, умқи кисаҳои пародонталӣ бошад, ба 44,9% коҳиш ёфт. Дар мавриди маризони мубтало ба ПМИДВС бошад, таносубан нишондиҳандаҳои индекси ОНІ-S ба 51,8%, индекси РМА ба 18,7%, индекси РІ ба 15,8%, индекси SBI бошад, ба 29,8%, дараҷаи чунбонакшавии дандонҳо ба 6,2% ва умқи кисаҳои пародонталӣ бошад, ба 15,5% кам гардиданд.

Баъди шаш моҳ дар ортопантомограмма бо вучуди дар баъзе қитъаҳои ҳифз шудани манбаи остеосклероз, муътадилшавии манзараи устухон ошкор гардид. Тарҳи устухони

алвеолярӣ аниқ, тавораи байниалвеолярӣ камоншакл, кисаҳои устухонӣ кам шуда, дандонҳое, ки дараҷаи яки ҷунбонакӣ доштанд, устувор гардиданд.

Баъди амалинамоии маҷмӯи ҷорабиниҳои муолиҷавӣ бар шумули аутоплазмаи тромботситарӣ, муҳлати зирини беҳбудии муваққатӣ ҳосил гардид: дар беморони гирифтор ба ПМИДВС 10 моҳ, зимни ПМИДВМ бошад, 8 моҳ. Бешак, натиҷаи мусбат аз истифодаи мавзеи аутоплазмаи тромботситарӣ дар мавриди тамоми беморон, ба ҳосияти ошкорои таъсири таҷдидунанда ва остеотропии плазма алоқамандӣ дорад, ки он омили табиӣ инкишоф ба шумор меравад.

Хулоса. Ҳамин тавр, бемороне, ки аз бемории илтиҳобии пародонт ранҷ мебаранд, дар натиҷаи амалишавии фаъолонаи маҷмӯи ҷорабиниҳои муолиҷавӣ, ки аутоплазмаи тромботситариро низ дар бар мегирифт, коҳиш ёфтани зухуроти илтиҳобии бофтаҳои пародонт мушоҳида гардид ва ин гувоҳи костани қимати тамоми нишондиҳандаҳои клиникӣ таҳти таҳқиқ мебошад. Усули истифодабарии аутоплазмаи тромботситарӣ дастарасу сода буда, хароҷоти зиёдро талаб намекунад, боиси таъсири иловагӣ ва реаксияи аллергӣ намегардад, замони муолиҷаро кӯтоҳ ва давомнокии марҳилаи беҳбудии муваққатии беморию тамдид менамояд.

АДАБИЁТ

1. Журавлева М.В. Немедикаментозные методы лечения воспалительных заболеваний пародонта / М.В. Журавлева, И.В. Фирсова, А.А. Воробьев, Ю.А. Македонова, Е.А. Федосеева //Пародонтология, - №1(74), том XX - 2015. - С. 65-67.

2. Журавлева М.В. Экспериментальная модель для исследования влияния метода комбинированного плазмолифтинга на слизистую оболочку полости рта / М.В. Журавлева, И.В. Фирсова, А.А. Воробьев //Вестник Российской Военно-Медицинской Академии, - №2(50) - 2015. - С. 49-50.

3. Першуткина А.А. Применение аутоплазмы в стоматологии при лечении воспалительных заболеваний тканей пародонта /А.А. Першуткина, С.В. Микляев, О.М. Леонова / Молодой ученый. – 2018. - №7. – С.116-123.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОЙ АУТОПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

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

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

Аннотация. В статье дана оценка терапевтической эффективности тромбоцитарной аутоплазмы в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта. Проведено обследование и лечение 64 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой (45 человек) и средней (19 человек) степенью тяжести. Включение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами в комплексном лечении воспалительно-деструктивных процессов позволило улучшить состояние тканей пародонта. Уменьшились гиперемия, отек и боль в десне, гноетечение из пародонтальных карманов, гигиена полости рта стала хорошей, исчез неприятный

запах изо рта. Отмечались тенденция к снижению всех изучаемых показателей, так у пациентов с ХГПЛСТ и ХГПССТ величина индекса ОНI-S уменьшилась на 71,5% и 59,8%, индекс РМА на 27,6% и 16,8%, индекс РI на 26,7% и 24,9%, индекс SBI на 77,6% и 57,5%, степень подвижности зубов на 24,6% и 13,1%, глубина пародонтальных карманов на 49,1% и 23,9% соответственно. Были достигнуты следующие сроки ремиссии: у пациентов с ХГПЛСТ на 10 месяцев, а с ХГПССТ на 8 месяцев.

Ключевые слова: пародонт, тромбоцитарная аутоплазма, гигиенические индексы, пародонтальные индексы, ортопатомограмма.



USAGE OF PLATELETS AUTOPLASM IN A COMPLEX TREATMENT OF THE PERIODONTAL DISEASES

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

Department of preventive dentistry (Head of the Department of c.m.s.Tokhtakhojaev S.T.)
Avicenna TSMU

Annotation. In this article is given: assessment of therapeutic effect during the usage of platelets autoplasm in a complex treatment of the periodontal diseases. We had completed the examination and treatment of 64 patients with a severity criteria: mild chronic generalized periodontitis (45 patients) and moderate chronic generalized periodontitis (19 patients). The integration of the autoplasm, enriched with platelets in a complex treatment of the periodontal diseases has improved the blood supply of the periodontal tissues. In a result, alleviated: the sign of hyperemia, swellness and pain of the gums, pus in periodontal tissues, unpleasant odor vanished and oral hygiene has

become better. We marked a decreasing tendention of the all examined indicators. In a patients with mild chronic generalized periodontitis and moderate chronic generalized periodontitis the value of OHI-S decreased respectively to 71,5% and 59,8%, PMA index to 27,6% и 16,8%, PI index to 26,7% and 24,9%, SBI index to 77,6% and 57,5%, mobility degree of teeth to 24,6% and 13,1%, periodontal pocket depth to 49,1% and 23,9% respectively. In patients with mild and moderate form respectively we got a following remission times: 10 and 8 month.

Key words: periodontitis, platelets autoplasm, hygiene index, periodontal index, papillary marginal attachment index.

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

Тагаева Шахло Олимовна, ассистенти кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», *тел.: 901-11-20-08*

Уманова Насиба Эргашевна, ассистенти кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», *E. Mail: unasiba85@mail.ru. тел.: 918-28-92-88*

Бузурова Мархабо Расулҷоновна, табиб-стоматолог дармонгоҳи стоматологии марказии ш.Ҳиссор, *тел.: 908-82-51-11*

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

Тагаева Шахло Олимовна, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», *тел.: 901-11-20-08*

Уманова Насиба Эргашевна, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», *E. Mail: unasiba85@mail.ru. тел.: 918-28-92-88*

Бузурова Мархабо Расулҷоновна, врач-стоматолог центральной стоматологической поликлиники г.Гиссар, *тел.: 908-82-51-11*

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

Tokhtakhojaeva Saodat Tupalonnova, c.m.s., Head of Preventive dentistry in department of Avicenna TSMU, *e-mail: tsaodat61@mail.ru. ph.: 918-48-04-56*

Tagaeva Shahlo Olimovna, postgraduate student of Preventive dentistry in department of Avicenna TSMU, *tel.: 901-11-20-08*

Umanova Nasiba Ergashevna, assistant of Preventive dentistry in department of Avicenna TSMU, *e-mail: unasiba85@mail.ru. ph.: 918-28-92-88*

Buzurova Marhabo Rasuljonovna, dentist of the central dental polyclinic City of Gissar , *phone number.: 908-82-51-11*

УРОЛОГИЯ

САМАРАБАХШИИ НАТИҶАИ НЕФРОСТОМИЯИ ПУНКСИОНИИ ПУСТӢ ДАР БЕМОРОН БО ИЛЛАТӢБИИ ПОСТРЕНАЛИИ ГУРДАӢО ӢАНГОМИ БЕМОРИИ САНГИ ПЕШОБ

Ҷумъаев И.Н., Шамсиев Ӣ.А., Усмонов Б.Н.

Кафедраи урологияи (кафедра д.и.т профессор Ӣ.А Шамсиев) ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино Муассисаи давлатии маркази миллии тибии ӢТ “Шифобахш”

Муҳимият. Уролитиаз ба бемориҳои паҳншудаи урологӣ мансуб буда, яке аз проблемаҳои муҳими тибии муосир ба шумор меравад {1-3}.

Сатҳи беморнокӣ бо уролитиаз дар ҷаҳон доимо дар ҳоли афзоиш аст {2,4-6}. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон беморнокии мазкур 256,4 дар 100 000 аҳолиро ташкил медиҳад {4, 7-9}. Дар байни ҷамаи ҳолатҳои урологӣ бемории санги пешоб (БСП) 48-52%-и ҳолатҳоро ташкил дода, аз дигар бемориҳо бо оризаҳои илтиҳобӣ ва фассодӣ ба кулӣ фарқ дорад. Хатари оризаҳои БСП ҳамчун уретерогидронефроз, анурия, садмаи бактериемикӣ, пиелонефрити фассодӣ, уросепсис хуб маълум аст. Сабабҳои асосии бемории мазкур хусусан бемории санги пешоб ба шумор меравад {3, 10-12}. Муҳимияти чунин савол муаён аст, ки патологияи мазкур дар 65-70% - и беморон дар солҳои фаъолияти меҳнати ҳаёти онҳо (20-60) ошкор карда мешавад. {1,2}.

Ғайр аз ин хусусиятҳои бадсифати ҷараёнирии беморӣ, лаҳзаи оризаҳо, бартари иллатӣ хусусан дар синни ҷавонӣ ва дар синни қобили баланди меҳнатӣ ба назар мерасад. Ҳамчунин зуд такрорёбии беморию аз руи саволҳои муолиҷаи бемории санги пешоб ва як қатор саволҳои муҳими урология муаён намудаанд. +

Дар сохтори бемории санги пешоб уретеролитиаз (санги ҳолиб) аз 43,8 то 54,6%-ро ташкил медиҳад. Комёбиҳои охирин дар соҳаи технологияи тибӣ дар нақшаи аввал барои муолиҷаи уролитиаз ва ҳолатҳои бо он алоқаманд ҷараёниҳои каминвазивӣ – амалиёти ҷарроҳии пунксионии пусӣ пешбинӣ шудааст. Ӣангоми сангҳои калони ҳолиб, Ӣангоми сангҳои дуру

дарозистодаи ҳолиб бо периуретрит (илтиҳоби ҷарбуи атрофи ҳолиб) амалиёти заҳкашгузори роҳҳои болоии пешоб бо ёрии нефростомаи пунксионии пусӣ (НСПП) метавонад мавриди истифода қарор гирад. Аз руи адабиёти мазкур нефростомаи пунксионии пусӣ Ӣангоми ҳалалёбии ҷараёни пешоб дар соҳаи урология васеъ истифода бурда мешавад {5, 6}.

Мақсади тадқиқот. Беҳтарсозии натиҷаи амалиёти нефростомаи пунксионии пусӣ дар муолиҷаи беморон бо иллатӣбии пострениали гурдаҳо, ки сабабаш санги пешоб мебошад.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Таҳлили 58 ҳолати муолиҷаи беморон бо иллатӣбии пострениали гурдаҳо, ки сабабаш санги пешоб мебошад, муолиҷа бо истифодабарии НСПП дар шароити клиникаи МД Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-клиникии “Урология” ва МД Маркази миллии тибии ӢТ “Шифобахш” дар ш. Душанбе соли 2017 – 2019 буданд, иҷро шудааст. Тадқиқотҳои пеш аз ҷарроҳӣ, ташҳиси иллатӣбии пострениали гурдаҳо Ӣангоми БСП аз руи таърихи беморӣ ва маҷмуаи стандартӣ барои гузаронидани тадқиқотҳо (тадқиқоти клиникии хун ва пешоб, тадқиқоти биохимиявии зардобаи хун бо муаянкунии миқдори креатинин ва мочевина Ӣангоми амалиёт ва баъди амалиёт), коагулограмма, тадқиқоти бактериологии пешоб, тадқиқоти ултрасадогии гурдаҳо, ғадуи проста ва пешобдон, тадқиқотҳои рентгенологӣ (урографияи дохилӣ ва обзорӣ) асос ёфтааст. Синну соли беморон аз 26 то 68 соларо ташкил медиҳад, ки аз онҳо 32 (54,8%) мардҳо ва 26 (45,2%) занҳо дар бар мегирад.



Тақсимооти беморон аз рӯи ҷойгиршавии сангҳо дар ҳолиб

Қисмҳои ҳолиб	Қимати мутлақ	%
Сеяки болоӣ	30	46,7
Сеяки миёна	8	10,8
Сеяки поёни	20	42,5
Ҳамагӣ:	58	100

Сангҳо дар ҳарду ҳолиб дар 12 (18,8%) бемор, ки дар 4 бемор (4,2%) гурдаи ягона дорад, мавҷуд аст. Андозаи сангҳо дар ин гуруҳ ба ҳисоби миёна 11,6 $\pm$ 0,6 мм дар диаметр ташкил медиҳад.

Тадқиқотҳои биохимиявии хун сатҳи креатининро дар беморони тадқиқотӣ дар сарҳади 67-584 мкмол/л (сатҳи миёнаи креатинин – 300 мкмол/л) нишон медиҳад.

Вақти бозистиҳои сангҳо дар ҳолиб то гузаронидани муолиҷа ба ҳисоби миёна 34 $\pm$ 6,7 шабонарӯзро ташкил медиҳад. Беморони дар статсионар бо ҳалаи гурда ба таври таъҷилӣ (92,31%) ё ба таври нақшавӣ (7,69%) бистарӣ шудаанд. Аз 58 бемор бо иллатёбии постреналии гурдаи хангоми бемории санги пешоб ба гуруҳи асосӣ дар 12-24 соати аввали беморӣ ба статсионар бо миқдори 54 (93,1%) бемор, ба муҳлати аз 25 то 48 соат-3 (5,17%), аз 49 то 72 соат – 1 (1,72%) бистарӣ шуданд ва беморони муҳлати бистариаш зиёда аз 72 соат ба назар нарасид. Бистаришавии дери беморон аз мурочиати дери онҳо ба ёрии тиббӣ вобастагӣ дорад. Мурочиат ба диққати худ, ҳамон факте мебошад, ки баъзе аз беморон 4 (7,69%), дар муддати зиёда аз 24 соат аз оози беморӣ, ки ба вазнинии ҳолати беморӣ оварда мерасонанд.

Дар байни миқдори умумии беморониллатёбии постреналии гурдаи дар 24 бемор (32,4%), анурия дар 6 бемор (6,5%) ба назар мерасад.

НСПП бо ёрии навигатсияи ултрасадогӣ бо истифодабарии сканери ултрасадогии навъаш “Toshiba”, ки онро Ҷумҳурии Ҷопон истеҳсол мекунад, зери беҳиссохзии мавзёи иҷро намудаанд.

Коркарди статистикӣ маълумоти эксприменталӣ, сохтани базаи маълумот ва модификатсияи он бо ёрии барномаи Statistica 6, Excel CS4 гузаронида шудааст.

Бузургиҳои миёнаи додшудаи дахлдор, дар шакли M $\pm$ m, ки дар ин ҷоғ – миёнаи

арифметикӣ, m –хатогии миёнаи арифметикӣ.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. НСПП, ки дар марҳилаи аввали муолиҷа иҷро шудааст бо мақсади бартарафсозии протесси фаъоли илтиҳобӣ дар гурдаҳо, бартарафсозии аломатҳои шадиди иллатёбии постреналии гурдаҳо хангоми бемории санги пешоб дар 50 бемор (87%) гузаронида шудааст.

Дар 8 бемор (13%) НСПП баъди литотрипсияи дистансионӣ (ЛТД) ё литотрипсияи тамосӣ (ЛТТ) хангоми шиддатёбии протесси илтиҳобӣ ё инкишофи иллатёбии шадиди постреналии гурдаҳо дар заминаи динамикаи ғайриканоатбахшиҷро шудааст. Дар 4 бемор (8,6%) НСПП дар ҳар ду тараф вобаста ба мавҷудияти оризаҳои дутарафаи иллатёбии шадиди постреналии гурдаҳо хангоми уретеролитиаз иҷро шудааст.

Ҳангоми иҷрокунии НСПП дар марҳилаи аввал то оғози муолиҷа бо усулҳои ЛТД ё ЛТТ дар миёнаи 7 – ум шабонарӯз гузаронида шуд. Дар 6 бемор (9,6%) НСПП бо стентгузории гурдаҳо бо стенти ҳолибӣ муваффақият ба даст наомад. Дар 40 бемор (89,2% ҳолатҳо) фрагментатсияи пурраи сангҳо ба мақсад мувофиқ шуд, дар 6 бемор зарурият ба иҷро намудани амлиёти ҷарроҳӣ ба таври кушода барои бартарафкунии сангҳо ба амал омад. Дар 4 бемор фрагментатсияи сангҳо мавриди амал қарор нагирифт ва беморон аз статсионар бо нефростомияи фаъолияткунанда рухсатӣ шуданд. Баъди иҷро намудани НСПП дар 8 бемор нефроуретероэктомия вобаста ба набудани давомнокии фаъолияти гурдаҳо дар заминаи гидронефрози терминалӣ (6 нафар) ва нефросклерози дуюминдараҷа (2 нафар) гузаронида шудааст.

Камкунии фишори дохили ҳавзакҳо баъди НСПП барои кашиш хурдани системаи ҳавзаку косаҷаҳо ва камкунии диаметри ҳолиб аз диаметри санг, ки сабаби миграт-

сияи ретроградии он мешавад, гузаронида шуда ҳамагӣ дар 2 бемор (3,6%) мушоҳида шуд.

Оризаҳои вазнини сироятӣ ҳангоми уретеролитиаз (шоки бактериемикӣ, уросепсис) дар гуруҳҳои мазкур тағйирёбанда аст, ҳол он ки аз рӯи адабиётҳои мазкур, чунин оризаҳо дар рафти табобат дар 4% - и беморон бо оризаи уретеролитиаз {6} мушоҳида шудааст. Ҳамаи беморон дар ҳолати нисбатан қаноатбахш баъди рухсатии онҳо зери назорати муолиҷаи амбулаторӣ қарор мегиранд. Дар 32 бемор нефростомаҳо то рухсатии онҳо аз статсионар ва дар 26 бемор ҳангоми давом додани муолиҷаашон гирифта шудаанд.

Дар рафти муолиҷа дар 4 бемор (5%) фаъолияти мустақилонаи захкашҳои нефростомӣ, дар 2 ҳолат НСПП такрорӣ ва дар 3 ҳолат (3,5%) обтуратсияи захкаши нефростомӣ бо намакҳо, ҳамчунин дар 3 ҳолат (3,5%) ҳангоми иҷроиши НСПП бо хунрафии профузӣ аз канали нефростомӣ, ки усулҳои консервативӣ манъ карда шуд, мушоҳида шудааст. Бинобар ин НСПП –и такрорӣ гузаронида шуд. Дар гуруҳҳои тадқиқотӣ бемороне, мавриди мушоҳида қарор гирифтанд, ки дар онҳо чараёни вазнини беморӣ ё дараҷаи миёнавазнини он ба назар расид. Барои ҳолибҳои чунин беморон сангҳои андозаашон нисбатан калонтар ва гузариши онҳо ба пешобдон то оғози муолиҷа давомнок буд.

Нишондод барои гузаронидани амалиёти НСПП: иллатёбии шадиди постреналии гурдаҳо, анурия, протсессии фаъоли илтиҳобии гурдаҳо ҳангоми сангҳои андозаашон калон, ки муддати дурудароз дар ковокии ҳолиб ҷойгир шудаанд, уретерогидронефрози айён ҳангоми мушкิลшавии қобилияти функционалии гурдаҳо, ҳолати вазнини беморон, ки гузаронидани захкашгузориҳои роҳҳои болоии пешобро ба таври таъҷилӣ талаб мекунад.

Иҷроиши НСПП дар марҳилаи аввал нишонаҳои обструксияро дар 100% беморон бартараф намуда, омодагии пеш аз ҷароҳии беморонро бо иллатёбии шадиди постреналии гурдаҳо ҳангоми бемории сан-

ги пешоб таъмин намуд. Инчунин беморонро муаян намуд, ки дар онҳо қобилияти функционалӣ ба трансформатсияи гидро-нефротикии гурдаҳо вучуд надошта сангҳои ҳолиби онҳо ғайримаксаднок бартараф накарда бошад. Нефростомаи амалкунанда дар марҳилаи баъдичарроҳӣ ҳангоми фаромадани пораҳои ташкилаҳо инкишофи илтиҳобро бартараф карда чараёни пешобро беҳтар менамояд.

Ҳулосаҳо

1. Обструксияи роҳҳои болоии пешоб дар 100% беморон тавассути нефростомии пунксионии пустӣ бартараф карда шудааст.

2. Гузаронидани НСПП дар марҳилаи аввал ҳангоми муолиҷаи беморон бо иллатёбии шадиди постреналии гурдаҳо ҳангоми бемории санги пешоб бо ҳосилшавии бузургҳои айён ба бартараф намудани протсессии илтиҳобӣ дар роҳҳои болоии пешоб имконият медиҳад.

3. НСПП инкишофи чунин оризаҳоро бартараф мекунад: иллатёбии шадиди постреналии гурдаҳо, шоки бактериемикӣ ва уросепсис.

4. НСПП микратсияи ретроградии сангҳоро дар ҳолиб ҳангоми литотрипсияи пешгирӣ мекунад.

НСПП ба гузаронидани мониторинги функцияи гурдаҳо дар динамика ва муаян намудани беморон бо набудани қобилияти функционалӣ ба трансформатсияи гидро-нефротикии гурдаҳо, ки сангҳои ҳолиби он ғайри максаднок бартараф карда нашудааст, имконият медиҳад.



Расми 1



Адабиётҳо

1. ElSheemy MS, Shouman AM, Shoukry AI, ElShenoufy A, Aboulela W, Daw K, Hussein AA, Morsi HA, Badawy H. Ureteric stents vs percutaneous nephrostomy for initial urinary drainage in children with obstructive anuria and acute renal failure due to ureteric calculi: a prospective, randomised study. *BJU international*. 2015 No.11(3), pp. 473-476.
2. Brown N, Olayos E, Elmer S, Wong LM, Brooks DM, Jhamb A. Renal Embolization and Urothelial Sclerotherapy for Recurrent Obstructive Urosepsis and Intractable Haematuria from Upper Tract Urothelial Carcinoma. *Cardiovascular and interventional radiology*. 2016 No. 39(3), pp. 467-469.
3. Huang GL, Luo HL, Chiang PH. Does preoperative percutaneous nephrostomy insertion worsen upper-tract urothelial cancer oncological outcome? A retrospective single center study. *BMC urology*. 2019 No.19(1), pp. 50-54.
4. Sabnis RB, Singh AG, Ganpule AP, Chhabra JS, Tak GR, Shah JH. The development and current status of minimally invasive surgery to manage urological complications after renal transplantation. *Indian journal of urology: IJU: journal of the Urological Society of India*. 2016 No.32(3), pp. 186-188.
5. Raup VT, Chang SL, Eswara JR. Post-renal Acute Kidney Injury: Epidemiology, Presentation, Pathophysiology, Diagnosis, and Management. *InCore Concepts in Acute Kidney Injury* 2018 No. 7(6), pp. 247-256.
6. Krocak T, Reynolds LF, Ordon M. Robotic Autotransplantation and Management of Post-transplant Anastomotic Strictures: the Future Is Here. *Current urology reports*. 2018 No.19(5), pp. 31-43.
7. Doulian S, Hasimu S, Jun D, Lingling W, Tuo Z, Yusufu A, Mingxi X, Mujun L. The application of STONE nephrolithometry in pediatric patients with upper urinary tract calculi treated with mini-percutaneous nephrolithotomy. *Urolithiasis*. 2015 No.43(4), pp. 363-369.
8. Adiyat KT, Raveendran V. Robot-assisted laparoscopic surgery for the management of post-renal transplant ureteric strictures. *International urology and nephrology*. 2019 No.51(6), pp. 937-943.
9. Harrison S, Lasri A, Jabbour Y, Slaoui A, Djamal J, Karmouni T, El Khader K, Koutani A, Andaloussi AI. Post-Obstructive Diuresis: Physiopathology, Diagnosis and Management after Urological Treatment of Obstructive Renal Failure. *Open Journal of Urology*. 2018 No. 29(09), pp. 267-275.
10. Lu P, Song R, Yu Y, Yang J, Qi K, Tao R, Chen K, Zhang W, Gu M. Clinical efficacy of percutaneous nephrolithotomy versus retrograde intrarenal surgery for pediatric kidney urolithiasis: A PRISMA-compliant article. *Medicine*. 2017 No.8 (4), pp. 33-40.
11. Feng Y, Lian X, Wang G, Zhou H, Wu S, Wang X, Gao B. Ureteroscopy combined with percutaneous nephroscopic balloon expansion alleviates ureteral obstruction caused by xanthogranulomatous pyelonephritis in ureteropelvic junction of transplant kidney. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2018 No.11(4), pp. 4237-4239.
12. Ghielmini E, Julita L, Cerantola Y, Matter M, Zingg T. Inguinal Bladder Hernia With Acute Ureteral Obstruction 14 Years After Kidney Transplantation: A Case Report. *InTransplantation proceedings* 2017 No. 7(1), pp. 1593-1595

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ЧРЕСКОЖНОЙ ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОСТОМИИ У БОЛЬНЫХ ПОСТРЕНАЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧКИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Джумъев И.Н., Шамсиев Дж.А., Усмонов Б.Н.

Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Цель. Совершенствование исходов чрескожной пункционной нефростомии (ЧПНС) в терапии пациентов с острой постренальным повреждением почек .калькулезной этиологии.

Материал и методы. Нами был проведен анализ 58 случаев лечения пациентов с острой постренальным повреждением почек при мочекаменной болезни, которые были пролечены с применением ЧПНС в клинике ГУ Республиканский научно-клинический центр «Урология» и ГУ Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» г. Душанбе с 2017 по 2019 гг. Возраст больных составлял от 26 до 68 лет, из них: 32 (54,8%) составляли мужчины и 26 (45,2%) женщины. В исследуемой группе – 30 камней (46,7%) локализовалось в верхней трети мочеточника, 8 (10,8%) – в средней трети мочеточника, 20 (42,5%) – в нижней трети мочеточника. При этом камни имелись в обоих мочеточниках у 12 (18,8%) пациентов и у 4 пациентов (4,2%) с единственной почкой. Размер камня в этой группе в среднем составил $11,6 \pm 0,6$ мм в диаметре.

Результаты. ЧПНС было проведено на первом этапе лечения с целью устранения

активного воспалительного процесса в почках острой постренальным повреждением почек и явлений уретерогидронефроза.

Заключение. Обструкция верхних мочевых путей была устранена у 100% больных благодаря ЧПНС. Выполнение ЧПНС первым этапом при лечении больных с острой постренальным повреждением почек при мочекаменной болезни с камнями больших размеров позволяет эффективно устранить активный воспалительный процесс в верхних мочевых путях. ЧПНС ликвидирует развитие таких осложнений уретеролитиаза как бактериемический шок и уросепсис. Выполнение ЧПНС дало возможность обеспечить проведение качественной предоперационной подготовки больных с острой постренальным повреждением почек при мочекаменной болезни, а также выявить больных с отсутствием функциональной способности к гидронефротической трансформации почки, у которых удаление камней мочеточников не имело смысла.

Ключевые слова: уретеролитиаз, уретерогидронефроз, острой постренальным повреждением почек

EFFECTIVENESS OF CONTACT URETEROLITHOTRIPSY IN PATIENTS WITH URESOLUTION OF SINGLE KIDNEY COMPLICATED WITH ACUTE POSTAL INJURY

Jumaev I.N., Shamsiev J.A., Usmonov B.N.

Department of urology (head of the chair, M.Sc., professor J.A. Shamsiev) of Avicenna TSMU
The Department of National Medical Center of the Republic of Tajikistan "Shifobakhsh"

Purpose of the study. Improving the treatment of patients with urolithiasis of a single kidney complicated by acute postrenal injury.

Material and research methods. The present study is based on an analysis of clinical observations of 42 patients (mean age 52 ± 25 years, age range 18-60 years) with acute postrenal kidney injury of urolithiasis etiology: pelvic-ureteral segment (UMS) stones and ureter. The patients were admitted to the

urology department of the Madadi Akbar Clinical Hospital in Dushanbe in the period from 2017 to 2019.

Results. URSL was technically possible for all patients with stones in the LMS and ureter, and complete destruction of calculi when located in the LMS was obtained in 90% of



cases, the upper third of the ureter - in 96% of the middle and lower third - in 100% of cases.

Conclusion. URSLT is an effective and safe method of treating urolithiasis of a single kidney complicated by acute postrenal injury with different localization of urinary stones, leading

to complete obstruction of calculi of the LMS and ureter. The probes used for KULTi allow crushing stones along the entire LMS and ureter.

Key words: contact lithotripsy, acute postrenal kidney injury, urolithiasis, solitary kidney.

Љумъаев Иқбол Ниёзович, аспранти кафедраи урологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, @mail: iqbol.9600@mail.ru, тел: 985 00 96 00

Шамсиев Ҷамолдин Амриевич, мудири кафедраи урологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, @mail: prof-shamsiev@mail.ru, тел: 918161054

Усмонов Бахтиёр Нуриллоевич, докторант PhD-и кафедраи урологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, @mail: medical-aid@mail.ru, тел: 938480625

Джумаев Икбол Ниёзович - аспирант кафедры урологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, @mail: iqbol.9600@mail.ru, тел: 985009600

Шамсиев Джамолiddин Амриевич, зав. кафедрой урологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, @mail: prof-shamsiev@mail.ru, тел: 918161054

Усмонов Бахтиёр Нуриллоевич, докторант PhD кафедры урологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, @mail: medical-aid@mail.ru, тел: 938480625

JumaevIkbolNiyozovich, graduate student of the Department of Urology, Avicenna Tajik State Medical University named after Abu Ali ibnSina, @mail: iqbol.9600@mail.ru, ph: 985009600

ShamsievJamoliddinAmrievich, Headof the Department of Urology, Avicenna Tajik State Medical University named after Abu Ali ibnSina, @mail: prof-shamsiev@mail.ru, ph: 918161054

Usmonov Bakhtyor Nurilloevich, PhD of urology, department of Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sina, @mail: medical-aid@mail.ru, ph: 938480625

ФАРМАКОЛОГИЯ

ДУРНАМО ВА ДАР ИСТЕҲСОЛОТ ҚОРӢ НАМУДАНИ РАСТАНИИ ШИФОБАХШИ РАВҒАНИ ЭФИРИДОШТАИ КОКУТИИ ГУЛМАЙДА

Урунова М.В¹., Нуралиев Ю.Н²., Зубайдова Т.М³.

1.Кафедраи фармакология; 2. ОМИТ-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

3. МД Пажӯҳишгоҳи Гастроэнтерологияи ВТ ва ҲИА ҚТ2

Муҳимият. Кокутии гулмайда (*Origanum tyttanthum* Gontsch) дар ҷумҳурии мо тамоми сол месабзад. Агар растаниро ҳангоми гулкардан ҷамъоварӣ намоем, метавонем ду маротиба ҳосил гирем. Аз ин лиҳоз ҳангоми риоя намудани қоидаҳои тайёркунӣ (заготовка) захиракунии он метавонад зиёд бошад. Масоҳати умумии буттазори кокутии гулмайда дар ноҳияҳои қуҳӣ ва наздикӯҳии Тоҷикистон зиёда аз 140 ҳазор га-ро ташкил медиҳад, захираи умумии ашёи хушкӣ он – 6490 тонна аст. Ҳангоми зарурият ҷамъоварии дубораи кокутиро ҳосил кардан мумкин, буда, дар охири тобистон метавонад дуҷумбора сабзид (дамида) барои истифодабарӣ чун растани шифобахш тавсия шавад (3,5). Пуртоқатии (беор) кокутии гулмайда ба шароити иқлими замин ба паҳншавии буттазори худрӯй вобаста буда, дар баландкӯҳ ва ноҳияҳои баландкӯҳи заминҳои номусоиди кишоварзии Тоҷикистон буттаҳои табиӣ онро ба вучуд овардан мумкин аст. Инчунин дар ҷумҳурии Осиёи Миёна, Қазоқистон, Афғонистон ва Эрон ҳам кокутии гулмайда мерӯяд (8,11). Алафи кокутии оддӣ *Origanum vulgare* L) ҳам вучуд дорад, вале дар ҷумҳурии Тоҷикистон намерӯяд. Ин намуди кокутӣ ба Фармакопеяи давлатӣ дароварда нашудааст.

Кокутии гулмайда (*Origanum tuttantum* Gontsch), яке аз растаниҳои бисёрсолаи аз оилаи Labialatae буда, моҳи июн-август гул ва дар моҳҳои июл-сентябр мева мекунад. Дар Тоҷикистон кокутии гулмайда бештар дар ноҳияҳои Помируалай ва Тянь-Шан паҳн шудааст, ки хусусан дар пасткӯҳҳо (1000 м аз сатҳи баҳр) ва қисман дар баландкӯҳҳо (3000 м) дида мешавад. Масофаи умумии буттазори кокутии гулмайда дар ноҳияҳои қуҳӣ ва баландкӯҳҳои Тоҷикистон зиёда аз

140 ҳазор га, захираи умумии ашёи хушк бошад 6490 тоннаро ташкил мекунад. Ҳангоми эҳтиёҷ доштан ҷамъоварии дубораро гузаронидан мумкин аст, чунки дар охири моҳҳои тобистон кокути метавонад дуҷумбора сабзид, ҳамчун ашёи доругӣ истифода шавад. Беор будани кокутии гулмайда ба шароити замини иқлимаш номусоид боиси паҳншавии буттаҳои худрӯй ва ба вучуд омадани буттаҳои табиӣ дар заминҳои кишоварзии ношоам дар баландкӯҳи ноҳияҳои қуҳии Тоҷикистон мешавад (9). Он аз тухмӣ хуб нашъу намо ёфта, пас аз буридан тез медамад. Дар ҷумҳурии мо кокутии гулмайда тамоми сол мерӯяд. Дар мавсими гул кардан ҷамъоварии он метавонад ҳосили хушсифат диҳад. Аз ин лиҳоз ҳангоми риояи қоидаҳои тайёр кардани маҳсулот захираи он беҳад зиёд шуданаш мумкин аст (11).

Захираҳои табиӣ алафи кокутии гулмайда дар ҷумҳурии мо аҳамияти саноатӣ дорад. Дар тибби халқии Тоҷикистон обҷӯши алафи кокутии гулмайдаро ҳангоми протсессҳои илтиҳоби роҳҳои нафас, беҳобӣ, вайрон шудани ҳазми хӯрок ва ғайра истифода мебаранд. Табибони халқӣ онро дар намуди чой аз қисмҳои руизаминӣ ҳангоми ҳолатҳои зуком, сулфа, бронхит, илтиҳоби шуш, диабети қанд ва ғайра тавсия мекунанд (5).

Дар тибби амалӣ айни замон қиёми алафи кокутии оддиро ба дарун чун маводи бағамронанда, талхарон, пешоброн, ҳангоми невроз, беҳобӣ чун маводи оромбахш, ҳамчун маводи ҳароратпаस्तкунанда, барои илтиҳоби узвҳои роҳҳои нафас, диққи нафас тавсия менамоянд. Мизоҷи растани кокутӣ гарму хушк, яъне ишқорӣ аст (12).

Олими тоҷик, энциклопедисти асри миёна (асри X) табиб ва файласуф Абӯалӣ ибни



Сино дар ҳалли масъалаи этиология, патогенез, муолича ва диетологияи диабет қанд ва беморихое, ки бо роҳи ҳавой-қатрагӣ мегузарад саҳми арзандае гузоштааст. Аз рӯи назарияи ӯ оиди пешгирӣ ва муоличаи диабет қанд ва беморихои бо роҳи қатрагӣ-ҳавой гузаранда, мизочи организм тез аз ҳолати мӯътадил (нейтралӣ - Нуралиев Ю.Н.) ба тарафи хунук – ҳолати туршӣ ди-гаргун мешавад. Табиби тачрибадор беморонро аз рӯи принсипи «муқобилиятро бо муҳолифат» муолича намудан лозим тавсия додааст, яъне тавассути маводҳои доругии мичозашон гарм (ишқорӣ – Ю.Н.Нуралиев) (7).

Хатогии тиббони муосир дар муоличаи беморихои уфунатии бо роҳи қатрагӣ-ҳавой гузаранда (масалан зуком) дар он аст, ки ин васияти оқилонаи табиби ҳозиқ Абӯалӣ ибни Синоро фаромӯш кардаанд. Ба ҷои муоличаи «муқобилиятро бо муҳолифат» беморонро аз рӯи принсипи «монандӣ» муолича мекунаанд. Мисол, бемороне, ки ҳолати зуком доранд ва туршии системаи эндотелиалӣ-эндоекологӣ баланд аст, табибон дар намуди маводи муолиҷавию парҳезӣ моддаҳои хосияти туршӣ доштаро тавсия мекунаанд. Абӯалӣ ибни Сино ба беморони синдроми метаболӣ дошта, фарбеҳӣ, тодиабетӣ, диабет қанд, бемории зуком ва ди-гар беморихое, ки дар патогенези ин онҳо вайроншавии мубодилаи моддаҳо ба амал омадааст, кокутиро чун маводи доругии мичозаш гарм (ишқорӣ) тавсия мекунад (1,12).

Алафи кокутии гулмайдари дар баробари кокутии оддӣ дар амалияи тиб тавсия медиҳанд, чунки дар таркиби он даҳҳо намуд маводи фаъоли биологӣ, макроэлементҳои ишқорикунандаи калий, натрий, магний, фосфор ва микроэлементҳои зиёде ба монанди селен, молибден, оҳан, синк мавҷуданд (11).

Ин моддаҳои фаъоли биологӣ таркиби кокутии гулмайда таъсири муолиҷавии дар боло зикргаштаи арзишноки муҳимро ба амал меоранд. Ба ин гуна моддаҳои фаъоли биологӣ таъсирашон васеъ равшанҳои эфирӣ, флавоноидҳо 3,2%, лютеин 7-глицо-

зид, лютелин, апигенин, 7-глюкуронид лютеалин, 7-глюкозид апигенин, алкалоид 0,1-0,5%, кумаринҳо 1-3,5%, В-ситостерин 4,5%, каратиноидҳо 3,4%, кислотаи органикӣ 5%, витамин С (кислотаи аскорбинӣ) ва дигар дохил мешаванд. Микроэлементҳои селен ва синк хосияти антиоксидантӣ, яъне токоферолмонанд дошта, онҳо таъсири пурзӯри танзимдиҳандаи масъуниятро доро ҳастанд. Бинбар мавҷуд будани селен ва синк дар таркиби кокутӣ он хосияти зиддиилтиҳобиро ба амал меорад, барои пешгирӣ ва муоличаи беморихои диабет қанд, бемории зуком, беморихои омосӣ, патологияҳои кистоматозӣ ва ғайра таъсираш назаррас мебошад. Кокутӣ хосияти бактеритсидии фаъол дорад, ки қариб бо антибиотикҳо баробар аст, инчунин хосияти фаъоли антигистаминӣ ҳам дорад (2,4). В-ситостерин ҳам хосияти фаъоли антиоксидантӣ, гепатопротекторӣ, панкреопротекторӣ, простатопротекторӣ ба амал меорад. Аз ин маълумотҳо бармеояд, ки дар тибби қадим ва тибби этникӣ (этномедицина) кокутии намудаш гуногунро васеъ истифода мебарданд (6). Ҳангоми гул кардани кокутии гулмайда дар тақрибаш равшани эфирӣ беҳад зиёд аст. Дар равшани эфирӣ то 75% терпеноид вучуд дорад, ки таркиби ин равшан аз 35 то 66% фенол иборат аз тимол ва карвакрол мебошад (2,10). Равшани эфирии кокутии гулмайда ранги зарди сафедчатоб бо бўи тез дорад. Нишондиҳандаи равшан: зичии он 0,9147-0,9682 буда, коэффиенти инъикос 1,4930-1,5148 аст. Дар таркиби равшани эфирӣ тимол 75,8%, лимонен 7,3%, ментол 22,1% ва карвакрол муайян шудааст (11). Олим Ташмекнов Р.С. соли 2005 равшани эфириро аз рӯи усули 1 (Фармакопеяи Давлатӣ, нашри XI) муайян намудааст. Дар натиҷаи ин муоинаҳои фитохимиявӣ дар таркиби кокутии гулмайда, ки дар Ҷумҳурии Қазоқистон мерӯяд микдори равшани эфирӣ (1,17%), фенол (32%), кислотаи аскорбиновӣ (1,02%) ва моддаҳои даббоғӣ (0,06%) муайян гадид. Ин натиҷаҳои ба даст омада дар оянда барои стандартизатсияи ин растании шифобахш эрӣ мерасонад (10).

Айни замон, ки ҳама ба истифодабарии



растаниҳои шифобахш рӯ ба таваҷҷӯҳ овардаанд, талабот ба ин растани зиёд аст. Бо назардошти ин вазъият мо дар назди худ вазифа гузоштем бояд хосиятҳои химикӣ-фармакологии онро, таъсири безарар будан, нишондодхоро барои истифодабарии

кокутии гулмайда дар намуди ивазкунандаи кокутии оддӣ омӯзем. Аз ин лиҳоз меҳисобем чорӣ намудани растани кокутии гулмайда дар саноати фармасевтӣ барои як қатор ноҳияҳои кӯҳӣ ва умуман барои ҷумҳурӣ аҳамияти иқтисодӣ дорад.

Адабиёт

1. Астанов С.Б. Новые данные о хромосомных числах некоторых видов губоцветных Таджикистана /С.Б.Астанов, Ахб.АИ РСС Тоҷ. Шӯъбаи илми биолог., 1981, № 2 (82)
2. Елчибеков Л.А., Никонов Г. Душица мелкоцветковая заменитель душицы обыкновенной /Л.А.Елчибеков, Г.Никонов, //Тезиси III съезди фармасевтони РСС Разоқ., Кустанай, с 1987. Саҳ. 382-383
3. Қурбонов М.Р. Химическая характеристика душицы мелкоцветковой, произрастающей в Таджикистане /М.Р.Қурбонов, //Докл.АН Тадж.ССР. Химический отдел. Ҷилди XXVIII, № 2, с 1985. Саҳ. 105-106
4. Музычкина, Р.А. Биологически активные вещества растений: выделение, разделение, анализ. /Р.А. Музычкина, Д.Ю. Корулькин, Ж.А.Абилов. – Алматы: Атамура, 2006. - 438с.
5. Нуралиев Ю.Н., Сафаров Н.М., Қурбонов М.Р., Ҷӯраев Х.Ш., Давлатқадамов С.М. Заменитель сырья *Origanum Vulgare* L. в Таджикистане /Ю.Н.Нуралиев ва диг. //Растит. Ресурсы, № 3, с 1986. Саҳ. 337-341
6. Нуралиев Ю.Н. Лекарственные растения. Целебные свойства фруктов и овощей (Из опыта народной, древневосточной и современной медицины) (Аз таҷрибаи тибби халқӣ, шарқи қадим ва муосир) /Ю.Н.Нуралиев, Нашри 2-ум, ислоҳшуда. Душанбе «Маориф», с 1989. Саҳ 110-112
7. Нуралиев Ю.Н. Медицинская система Ибни Сины /Ю.Н.Нуралиев, Душанбе: Дониш, с 2005. 300 саҳ.
8. Овчинников П.Н. Флора Таджикской ССР /П.Н.овчинников, Ленинград: Наука, ҷилди 8, с 1986. Саҳ. 278-279
9. Рахимов С. Особенности онтогенеза некоторых представителей флоры полусаван западного Памиро-алая. Автореферат барои дарёфти докт.илми биол. Новосибирск, с 2007. 35 с.
10. Ташменов Р.С. Фитохимическое исследование *Origanum tutthanthum* Gontsch, произрастающей в Республике Казахстан. Материалы научно-практической конференции 18-19 октября «Актуальные проблемы образования, науки и производства в фармации», ш.Тошкент, с 2005. Саҳ. 63-64
11. Флора растительности ущелья реки Варзоб . Л.; Наука, 1971. Саҳ. 47-90
12. Хочиматов М. Дикорастущие лекарственные растения Таджикистана /М.Хочиматов, Душанбе, - Сарредаксияи илмӣи Энциклопедияи советии Тоҷ., с 1989, саҳ. 122-124

ПЕРСПЕКТИВЫ И ВНЕДРЕНИЯ ЭФИРОМАСЛИЧНОГО РАСТЕНИЯ - ТРАВЫ ДУШИЦЫ МЕЛКОЦВЕТКОВОЙ В ФАРМПРОИЗВОДСТВУ

Урунова М.В.1, Нуралиев Ю.Н.2, Зубайдова Т.М.3

1.Кафедра фармакологии. 2. ЦНИЛ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

3. ГУ «Институт Гастроэнтерологии» МЗ и СЗН РТ

В статье приводятся сведения о перспективах эфиромасличных растений и внедрение в фарминдустрию нашей республики ду-

шицы мелкоцветковой имеет важное социально-экономическое значение. В нашей республике, душица мелкоцветковая (*Origanum*



tyttanthum Gontsch) произрастает почти круглый год. Если произвести сбор сырья в период цветения, она может давать два полноценных урожая. Поэтому при соблюдении известных правил заготовки её запасы могут быть достаточно большими. Общая площадь зарослей душицы мелкоцветковой в горных и пригорных районах Таджикистана составляет свыше 140 тыс. га, а общие запасы воздушно-сухого сырья – 6490 тонн. При необходимости можно производить двухразовый сбор душицы, т.к. в конце лета она успевает вторично отрасти и может быть использована для получения лекарственного сырья. Неприхотливость душицы мелко-

цветковой к почвенно-климатическим условиям обуславливает распространение её дикорастущих зарослей и создание естественных зарослей на непригодных для сельского хозяйства землях во многих пригорных и горных районах Таджикистана. Душица мелкоцветковая произрастает также в республиках Средней Азии, Казахстане, Афганистане и Иране. Травя душицы обыкновенной в Таджикистане не произрастает.

Ключевые слова: трава душицы мелкоцветковой, трава душицы обыкновенной, эфирные масла, растения, химический состав, официальная душица, щелочные микро и макроэлементы.

In our republic, small-flowered oregano (*Origanum tyttanthum* Gontsch) grows almost all year round. If you collect raw materials during the flowering period, it can give two full harvests. Therefore, subject to the well-known rules of procurement, its stocks can be quite large. The total area of small-flowered oregano (*Origanum tyttanthum* Gontsch) thickets in the mountainous and mountainous regions of Tajikistan is over 140 thousand hectares, and the total reserves of air-dry raw materials are 6490 tons. If necessary, you can collect oregano twice a day, because at the end of summer, it has time to grow again and can be used to obtain medicinal raw materials (Yu.N. Nuraliev et al., 1986).

The unpretentiousness of small-flowered oregano (*Origanum tyttanthum* Gontsch) to soil and climatic conditions determines the spread of its wild thickets and the creation of natural thickets on lands unsuitable for agriculture in many mountainous and premountainous regions of Tajikistan. Oregano small-flowered (*Origanum tyttanthum* Gontsch) also grows in the republics of Central Asia, Kazakhstan, Afghanistan and Iran. Oregano herb (*Origanum vulgare* L.) does not grow in Tajikistan

Key words: small-flowered oregano herb (*Origanum tyttanthum* Gontsch), oregano herb (*Origanum vulgare* L.), essential oils, plants, chemical composition, official oregano, alkaline micro and macro elements

Урунова Муҳаббат Ваҳобовна – н.и.т., дотсенти кафедраи фармакологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», E-mail muhabbat-urunova@mail.ru 918941671

Нуралиев Ю.Н. - ОМИТ-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Зубайдова Т.М. - МД Пажӯҳишигоҳи Гастроэнтерологияи ВТ ва ҲИА ҚТ.

Урунова Муҳаббат Ваҳобовна – к.м.н., доцент кафедраи фармакологии ГОУ «ТГМУ им. - Абуали ибни Сино». E-mail muhabbat-urunova@mail.ru, 918941671

Нуралиев Ю.Н. – ЦНИЛ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Зубайдова Т.М. – ГУ НИИ Гастроэнтерологии МЗ и СЗН РТ

Urunova Muhabbat Vahobovna – c.m.s., dotcent Department of Pharmacology Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino. E-mail muhabbat-urunova@mail.ru, 918941671

Nuraliev Y. N. – Center of the Research Laboratory of the SEI “TSMU named after Abuali ibn Sino”

Zubaidova T.M. – SRI of Gastroenterology of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

ТАХАЧ - РАСТАНИИ ШИФОБАХШИ ҚАДИМА

Чалилов Ч.Н.^{1,2}, Гулмуродов И.С.³, Валиев А.Х., Шаропов Ф.С.³

¹Кафедраи технологияи фарматсевтӣ (мудири кафедра н.и.фарм., Сафарзода Р.Ш.)-и МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”; ²МД “Маркази илмию тадқиқотии фарматсевтӣ”-и ВТ ва ҲИА ҚТ.³Муассисаи илмию тадқиқотии “Маркази инноватсионии Хитой-Тоҷикистон оид ба маҳсулоти табиӣ”-и АМИТ.

Мақсади асосии кори пешниҳодшуда ин омӯзиши хусусиятҳои биологӣ, таркиби кимиёвӣ ва хосиятҳои фармакологии растании шифобахши тахач дар давраҳои гуногуни таърихӣ ванақши он ҳаёти иҷтимоии одамон мебошад. Дар ҳудуди Ҷумҳурии Тоҷикистон зиёда аз 116 оила, 994 авлод, 4513 намуди растаниҳо нашъунамо мекунанд, ки одамон қисми зиёде аз онҳоро бо мақсадҳои гуногун истифода мебаранд [1]. Яке аз авлоди ин растаниҳо, ки қариб дар ҳамаи ноҳияҳо дида мешавад ва ба таври васеъ истифода мебаранд: ин авлоди *Artemisia* мебошад, ки дар дунё зиёда аз 500 намуд ва дар собиқ Иттиҳоди Ҷумҳуриҳои Шӯравии Сотсиалистӣ 200 ва дар Тоҷикистон зиёда аз 49 намуди он дида мешавад. Дар амалияи тиббӣ якқатор давлатҳо намудҳои гуногуни авлоди *Artemisia*-ро истифода мебаранд.

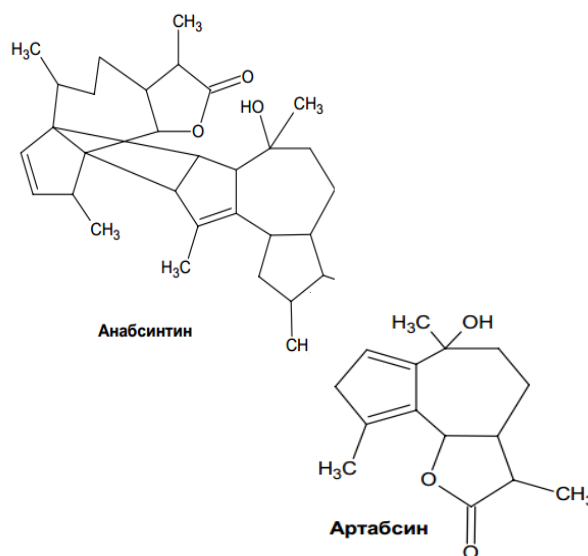
Намояндаи шинохтатарини ин авлод тахач-*Artemisia absinthium* аст, ки он дорои спектри таъсири васеъи биологӣ, аз ҷумла ҳамчун ҳазмкунанда, иштиҳоовар, талхарон, табпасткунанда, зиддигичавӣ, зиддигепатитӣ, зиддибактериявӣ, зиддизанбӯруғӣ, зиддиоксидантӣ, зиддивараҷавӣ ва зиддивирӯсӣ мебошад.

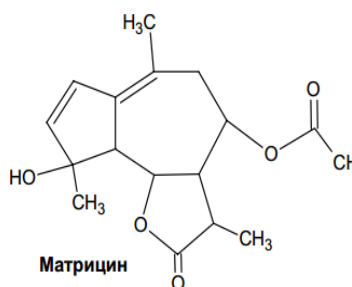
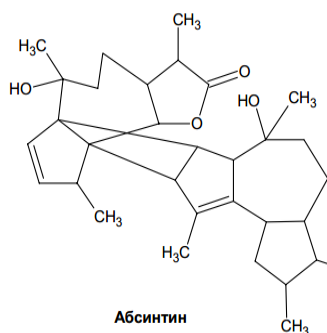
Тахач (*Artemisia absinthium* L.- полынь-горькая-шибоғи талх, явшони талх, шивок, явшон, дарманаи румӣ, дарамнаи румӣ, шиҳи румӣ, афсантин, афсинтин, заранбод, тахач, тихач, тхач, вермут, пуштӣ, марва) [2] яке аз намояндаи авлоди *Artemisia* аз оилаи мураккабгулон (*Asteraceae*), ки ин растании бисёрсолаи алафӣ, дорои ранги нуқрагин ва бўи ба худ хос, бо пояи рости (50-180 см) сершоҳ ва меваҳои бўрранги дарозрӯя буда, моҳҳои июн-август гул карда, август-сентябр тухм мебандад [3.4.5]. Тахач асосан дар наздикии хонаҳои истиқоматӣ, роҳҳо, мавзеҳои нообод, партовҷойҳо, заминҳои қорам, назди ползҳо, боғҳо, сангзорҳо ва ним-

даштҳо дар ҳудудҳои 800-3300 м баланд аз сатҳи баҳр мерӯяд. Он дар минтақаҳои флористикӣ ҳудуди Тоҷикистон дар қисматҳои Зарафшон, Ҳисору Дарвоз, Ҷануби шарқи Тоҷикистон ва ғарби Бадахшон нашъунамо меёбад [4.5].

Ба сифати ашёи растании шифобахш қисмҳои барг (*Folia Absinthii*) ва (*Herba Absinthii*) ҷамъоварӣ карда мешаванд. Баргҳои он асосан то давраи гулкунӣ дар моҳҳои май-июл ва қисми болоии 20-60 см (бе пояҳои ғафс) алаф бошад, асосан дар вақти бапуррагӣ гул кардани растани яъне дар моҳҳои июн-август ҷамъоварӣ ва дар ҳарорати то 40-50°C хушк карда мешавад.

Қорҳои зиёд доир ба омӯзиши таркиби химиявии *A. absinthium* нишон дода шудааст, ки ондори лактонҳои сесквитерпенӣ (абсинтин, изоабсинтин, абсинтолид, анабсин, анабсинтин, артамарин, артамаринин, артамаридин, артамиридиинин, арлатин, артабин, артабсин, артабсинтолидҳои А, В, С, D, артемизинин, артемитин, артемолин, артенолид, дезатсетилглобитсин, каруифолин D, кетопеленозид А, кетопеленозид В, парширин В ва С, матритсин, оксипеленозид, б-сантонин) [8.9];

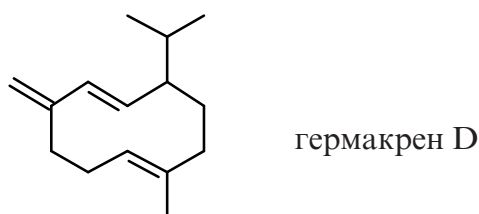
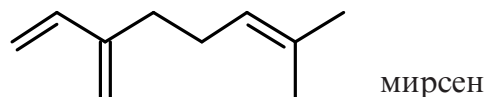




Расми 1. Структураи химиявии лакто- нҳои асосии сесквитерпенӣ.

пайвастагиҳои фенолӣ - флаваноидҳо (артемизетин, артемитин, квертсетин, кемпферол, изорамнетин, апигенин, 3-глюкозид квертсетин, рутин, 3-глюкозид ва 3-рамнозилглюкозид изорамнетин, 3-глюкозид ва 3-рамнозилглюкозид патулетин, 3-глюкозид ва 3-рамнозилглюкозид спинацетин) [9.10.11], лигнанҳо (эфирҳои диметилии лариорезинол А ва лариорезинол С (+)-сезартемин, (+)-эписезартемин А, (+)-эписезартемин В, (+)-диасезартемин, сезамин, эпизудесмин, фаргезин, янгамбин, эпиянгамбин, диаангамбин, асхантин, эпиасхантин), кислотаҳои рағғанӣ (кислотаи лауринӣ, кислотаи миристинӣ, кислотаи палмитинӣ, кислотаи стеаринӣ, кислотаи олеинӣ, кислотаи линолӣ, 9- гидроксид-(Е)-10, кислотаи эпоксидӣ, кислотаи додеканӣ) [12]; кислотаҳои фенолкарбонӣ (-и 2-кофеоилхининӣ, хлорогенӣ, 3-кофеоил-хининӣ, 4-кофеоилхининӣ) [9]; кислотаи аскорбинат, моддаҳои даббоғӣ, намакҳои зиёди калий, фитонсидҳо, кислотаҳои органикӣ (қахрабо, себӣ), рағғанҳои эфирӣ (миртсен, сис-хризантенил атсетат, дигидрохамазулен изомер, гермакрин D, в-туйон, линалоол атсетат, б-фелландрен ва линалоол) [13.14.15], каротин, матритсин, артабсин, артабин, кетони захрноки туйон, спирти туйол, азулен, фелландрен, хамазу-

лен, сапонинҳо, алкалоидҳо, макроэлементҳо (К, Са, Mg, Fe) ва микроэлементҳо (Mn, Cu, Zn, Co, Mo, Cr, Al, Se, Ni, Sr, Ръ, Br, В) мебошад [3.4].



Расми 2. Структураи химиявии қисмҳои асосии рағғани эфирии *A. absinthium*

Дар растании таҳач микдори зиёди рағғани эфирӣ дар давраи саросар гулкунӣ ва дар баргҳо бошад то гулкунӣ ҳосил мешавад [13].

Решаҳо аз карбогидратҳо аз қабилҳои маводи инулин, кумаринҳо (скополетин, умбеллиферон) бой мебошанд [9.16].

Таъғир ёфтани таркиби сифатӣ ва микдори растани аз узвҳо ва давраи сабзиши он вобастагӣ дорад.

Таҳач аз давраҳои қадим то ба ҳол бо хусусиятҳои шифобахшиаш дар этноботаника маълуми машҳур буда, номаш дар байни папирусҳои Мисри қадим 1550 сол пеш аз мелод дарҷ карда шудааст [6]. Ин растани бо маззаи талхаш ҳамеша дар байни дигар растаниҳо фарқкунанда буд. Дар забони полякӣ, ин бо номи чавҳари талх маъмул аст (дар мақоли маъмули “таҳач барин талх”), аммо дар Юнони Қадим ин номи худро аз- бш Янийон, Apsinthion (лотинии *Apsinthium*) - гирифтааст, ки маънои маззаи на он қадар форамро дорад. Диоскоридҳо (асри 1 ми-

лодӣ) ва Теофрастус (асри IV / III пеш аз миллод) онро бо калимаҳои юнонии “*б̄psinthos*” - нохушоянд, нафратовар, ё ин ки “*б̄pinthos*” - барои нӯшидан нобоб пайваст карданд. Дар адабиёти олмонӣ оид ба фитотерапия номи «*Wermut*» омадааст, ки таъсири зидди паразитикии ин растаниро бо таъми талхи он алоқаманд мекунад, ки («*Werm*» дар забони олмонӣ маънои «кирм»-ро дорад). Плиний Елдер (асри I мелодӣ) инчунин тахачро ҳамчун доруи хобовар, исҳолавар, ҳайзоваранда, табобаткунандаи “заҳмҳои фасоддори чашм” ва ҳатто ҳамчун маводи косметологӣ тавсия медиҳад, ки ҳокистари онро дар якҷоягӣ бо равғани садбарг истифода намудан “мӯйро сиёҳ мекунад”. Спектри таъсири терапевтии явшони талх (*Artemisia absinthium* - тахач) ба спектри явшони муқарарӣ (*Artemisia vulgaris*) хеле монанд аст, ки аксар вақт якеро ба ҷои дигар тавсия мекунад; дар муқоиса бо дигар явшонҳо, тахач ба системаи ҳозима таъсири қавитар мерасонад. Вотс Валафрид Страбо дар “Хортулус” -и худ (асри 9 мелодӣ) ва Хилдегард вон Бинген дар “физика”, пас аз се аср, таъсири барқароркунандагии тахачро таъкид кардаанд. Хилдегард, орифи машҳур, ҳазрат ва доктори Калисо, тахачро «муҳимтарин ва моҳиртарин бар зидди ҳамаи лоғариҳо» таъриф кардааст [17].

Абӯалӣ ибни Сино онро барои баланд намудани иштиҳо, табобати зардпарвин, табларзаи кӯҳна, бемории чигар, бавосир, илтиҳоби чашму гӯш ва омосҳо фармуда, онро ҳамчун талхарон, пешоброн ва зидди-илтиҳобӣ тавсия намудааст [20.21].

Қўшобаи тахачро дохила истифода баранд, обхурак, дарди буғумҳо, бемориҳои маъда ва ҳудуди чигарро пурқувват намуда, онро шифо мебахшад. Агар қўшобаи тахачро мудати 10 рӯз, 100мл нӯшанд вай зардпарвинро шифо мебахшад. Тахаче, ки дар равғани зайтун қўшонда шудааст, ҳангоми истифодаи берунӣ илтиҳоби чигарро табобат мекунад. Қўшобаи тахач бо сирко, ҳангоми истифодаи ҷузъи илтиҳобӣ буғумҳоро шифо мебахшад [20.21].

Дар тибби мардумӣ тоҷик тахачро ба таври васеъ истифода бурда аз он қўшоба,

дамоба, экстрактҳо ва тинктурамода менамоянд. Тахачро ҳангоми бемории зардпарвин, илтиҳоби меъда, илтиҳоби музмин чашм, илтиҳоби пардаи луобии даҳон, бемории чигару талхадон, бемориҳои заҳми меъда, исҳоли хунин, инчунин барои кушодани иштиҳо, маҷрои талхарон, камхунӣ, тарбод, фарбеҳӣ, заҳми рӯдаи ғафс, бавосир, саръ, майзадагӣ, зӯком, шамолхӯрии роҳи нафас ва ҳамчун балғамрон, табларза, вараҷа, дамиши шикам, испурч, холесистит, холангит, ба беруна дар намуди тарбандӣ, баргҳои майдакардари ҳамчун хунбарқароркунанда, заҳммахкамкунанда, бедардкунанда ва маводи зидди-илтиҳобӣ ҳангоми заҳмҳо, ҷароҳатҳои фасоддор, рагканӣ ва баромадагӣ истифода менамуданд [3,4,18,19,21]. Инчунин қўшобаи тахачро ҳангоми вараҷа, ҷароҳати меъда, фишори баланди хун, тарбод истифода мебаранд. Тахач дар дараҷаи яқум гарм, дар дараҷаи дуҷум гарм ва хушк ва дар дараҷаи севҷум хушк аст. Дар шакли қўшоба, дамоба ва облатта барои муолиҷаи сардард, фалаҷи асаби рӯй, илтиҳоби асаби рӯй, бемории саръ, хунрезии майна (инсулт), хирашавии чашмон, бемории гӯш, чигар, меъда зардпарвин, бавосир, рехтани мӯи сар нофеъ аст. Тахач инчунин иштиҳоовар, пешоброн, ҳайзовар ва подзаҳр аст [3.21].

Ҳангоми истифодаи дохилии шарбати тахач ё тахач бо асал, вай метавонад ҳангоми бемориҳои чигар, меъда, гурда, зардпарвин, санги гурда кумак расонад. Қўшобаи тахач бо биринҷи пухта ё наски пухта, ҳамаи кирмҳои шикамро кушта берун мекунад. Қўшобаи он дар танҳои кайкро мекушад. Шамчадоруи он бо муми занбури асал кирмҳои кадудонаро нобуд мегардонад.

Қўшобаи тахачро бо равғани бодоми талх омехта намуда обашро бухор мекунад. Равғани ҳосилшударо ҳангоми нимгарм ба гуш ворид кардан садо ва овоз, ҷароҳат, вазнинии гӯш (карии кӯҳнаро) ва омадани зардобӣ дохили онро шифо мебахшад [21]. Тахач дар тиббиамалӣ дар таркиби доруҳои моеъгӣ, қурсҳо барои меъда (желудечные капли и таблетки) ва дар таркиби ҷойҳои талхарон ҳамроҳ карда шудааст, ки



дар амалияи тиб ба таври васеъ истифода мебаранд [7,21].

Дар тибби муосир тинктура, чӯшоба, дамба ва экстракти тахачро ҳамчун иштиҳовар, танзимкунандаи системаи тарашшӯхи ширии меъда, ҳангоми пастшудани кислотанокӣ дар меъда, ҳамчун гиччарон (барои баровардани кирми рӯда), дар таркиби гиёҳчамъ барои илтиҳоби меъда, бемориҳои захми меъда ва рӯдаи 12-ангушта, бемориҳои санги талха ва пешоб, панкреатити дурудароз, фишори пасти хун, вайроншавии давраи ҳайз, таксикози пеш аз ҳомиладорӣ (ранних токсикозах беременности), ҳайзи аз меъёр камшуда, шикамравӣ, илтиҳоби рӯдаҳо, зардпарвин, вайроншавии қобиляти кориҳои роҳи талха ва холесистит ба калонсолон ва баъзе ҳолатҳо барои кӯдакон тавсия менамоянд [3,12,21,22,23,33].

Таъсири фармакологии тахач бо моддаҳои таркибии он алоқаи зич дорад, кимодаи талхи лактонҳои сесквитерпении абсинтинион ба 1:10000 баробар буда [22], ҳангоми истифодабари ретсепторҳои пардаҳои луобии роҳҳои ҳозимароба ҳаяҷон оварда, маркази гуруснагиротаваассути рефлексҳои ангишиш медиҳад, ки дар натиҷа таровиши ширии меъда зиёд гардида, иштиҳоро баланд менамояд. Абсинтин инчунин тарашшӯхи талха ва ширии ғадуди зеримеъдаро низ зиёд мегардонад, ки ин ба ҳазмшавии •изо кумак мерасонад [7,23,24]. Лактони абсантин, ҷамъи лактонҳо ва полисахаридҳои, ки аз тахач ҷудо кардаанд, дорои хусусияти зиддиилтиҳобӣ мебошанд. Хусусияти захмбандии тахач низ ба маҷмӯи лактонҳо ва абсинтини таркиби он вобаста мебошад [3,16]. Пайвастиҳои фенолии таркиби тахач дорои фаъолияти зиддиомосӣ буда [25], тадқиқотҳои таҷрибавӣ дар *in vitro* нишон доданд, ки тахач стимулятори мустаҳкам нисбати ҳуҷайраҳои омосӣ мебошад [26]. Экстракти растанӣ таъсири ҳалокатовар ба ҳуҷайраҳои саратонии ғадуди шириро дорад [27]. Таъсири зидди саратонии экстракти метанолии *A. absinthium* дар роҳҳои ҳуҷайраҳои омосӣ муайян намудаанд, ки он паҳншавии ҳуҷайраҳои MCF-7 ва MDA-MB231 пешгирӣ менамояд. Ин ҳуҷайраҳо бо

концентратсияҳои гуногуни *A. absinthium* дар муддати қариб 3 рӯз коркард карда шудаанд. Экстракти метанолии тахач дар воёи 20 мкг / мл таъсир намудан боиси боздории 50% ҳуҷайраҳои MDA-MB-231 ва ҳангоми бо воёи 25 мкг / мл таъсир намудан боиси боздории 50% паҳншавии ҳуҷайраҳои MCF-7 дар муқоиса бо гурӯҳи назорати соҳибгардидааст [36]. Каруифолин D –и сесквитерпении тахач таъсири зиддиилтиҳобиро ҳангоми илтиҳоб дар ҳуҷайраҳои асаб будан нишон медиҳад [28]. Ин нишон медиҳад, ки истифодаи тахач барои пешгирии аз вайроншавии асабҳо аҳамияти калон дорад.

Баргҳои тахач дорои хусусияти таъсири зиддидиабетӣ мебошанд [29]. Тадқиқотҳои таҷрибавӣ нишон додаанд, ки кислотаи шикимияе, ки аз баргҳои тахач ҷудо карда шудааст, баландшавии миқдори қандро дар хун муҳофизат намуда, паҳншавии пардаи луобӣ дарчашро ҳангоми диabetи қанд пешгирӣ менамояд [30].

Равғани эфирӣ таркиби тахач дорои хусусиятҳои зиддиилтиҳобӣ, зиддимикробӣ, зиддизанбӯруғӣ, зиддиуфунӣ, зиддиташаннуч ва талхарон мебошад. Миртсене, ки дар таркиби равғани эфирӣ *A. absinthium* мавҷуд аст, дар машруботҳои спиртдор ва доруҳои фарматсевтӣ ҳамчун воситаи кам оромкунанда барои табобати беҳобӣ истехсол карда мешавад. Ҳамазулени таркиби он бошад хусусияти зиддиаллергӣ, зиддиташаннуч, зиддиилтиҳоб ва дардбандӣ дорад [3,12,31].

Artemisia – ин растани мебошад, ки бисёртар дар системаи табобати аюрведа ва тибби мардуми Хитой васеъ истифода бурда мешавад. Тадқиқотҳо муайян намудаанд, ки ин растаниро бисёртар ҳамчун маводи зиддивирусӣ, зиддизанбӯруғӣ, зиддимикробӣ, зиддиҳашарот, гепатопротекторӣ ва нейропротекторӣ истифода мебаранд, ки ин ба миқдори терпеноидҳо, флавоноидҳо, кумаринҳо, кислотаи кофеилхиновӣ ва стеаринҳои таркиби растани тахач вобастагӣ дорад. Корҳои тадқиқотии олимони дунё исбот намуданд, ки тахач яке аз маводи таъсирбахш барои пешгирии ва муолиҷаи вирусии тоҷдори ковид-19 мебошад [34].

Экстрактҳои обӣ ва спиртии баргҳои тахач, ки бо роҳи пероралӣ истифода мешаванд, дар озмоиши 4-рӯза бар зидди хлорохин -штами ҳассоси *Plasmodium berghei* дар мушҳои озмоишӣ исбот карда шуд, ки фаъолияти муайяни зидди вараҷавӣ доранд. Инчунин мушоҳида карда шудааст, ки маҳвкунандатаринипаразитемия (мавҷудияти микробҳои муфтхур дар хун) инэкстракти спиртии тахач ба ҳисоб меравад, ки бориҳои пероралӣ ба миқдори 74 мг/кг истифода шавандааст. Ин хусусият дар экстракти обӣ 22 маротиба фаъолияти камтарро дорад. Фаъолияти зидди табларзагии оназ гуногуниитаркиби кимӣ растанӣ вобастагӣ дорад: artemisinin, artemether, arteether ва дигарон аз ҷониби тадқиқотчиён Sukh Dev ва Vasanth ва ғ., ҷузъи лактони сесвитерпени ва экстракти обии *A. absinthium* афзоишёбии *P. falciparum* -ро бозмедоранд. Экстрактҳои обии *A. absinthium* ҳангоми серобкунии 1:35 ғоизи боздории зиёдтаринро (89,9%) нишон дод. Нишондиҳандаи LD₅₀-и ҷузъи лактони сесвитерпени 31,4 мкг / мл ташкил медиҳад [35].

A. absinthium ҳангомивириси гепатит омӯхта шуда ба ҳама гуна гузори он тавассути фунгсияи миокард дар беморони билирубини аз меъёр зиёддошта муайян карда шуда, ҳисоббарориро дар эхокардиография дар меъёри-

М дар 20 беморомӯхта шудааст. Маводро дар намуди хокаи майдадисперсӣ дар вояи 6 г дар ду вояи қабулкуни дар тӯли 4 ҳафта бо баҳодихии ҳафтаина гузаронида шуд. Тадқиқ карда шудааст, ки маводи озмоишӣ қобилияти барқарорсозии клиникӣ ва биохимиявии баъд аз бемориродорад. Дар ҳолатҳои вирусӣ гепатит ҷузъи тапиши дилро паст кардааст, ки ин нишондиҳандаи хурдтаринро доро буда, омӯзиши дарозмуддатро талаб мекунад [37].

Аммо қайд намудан лозим аст, ки тахач ба растаниҳо захрнок дохил аст. Ҳангоми истифодаи дуру дароз камхуниро ба вучуд меорад. Ҳангоми аз меъёр зиёд истифода намудан таваҳум (галлюцинация), дилбеҳузурӣ, қайқунӣ ба вучуд меорад. Ин растани ҳангоми ҳомиладорӣ ва дарди шадиди рӯдаи ғафс зидди нишондод аст [32].

Миқдори истифодаи якмаротибаинаи алафи майдакардаи тахач аз 4,5 то 9 г агар онро бо рағани бодомии ширин ҷарб намоёнд, барои истифода дар намуди ҷӯшоба 7 г аст. [21]

Хулоса, растани тахач, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон захираи фаровон дорад, садсолаҳо дар тибби мардумӣ ва муосир истифода шудааст. Тахач манбаи бисёр моддаҳои фаъоли биологӣ буда, барои таҳияи маводҳои доругӣ бисёр муфид мебошад.

Адабиёт

1. Флора Таджикской ССР. Л.: Наука. – Том X. – 1991. — 624 с.
2. Туракулов И., Юнусов С., Ганиев А. «Фехристи ботаникӣ» растаниҳои Тоҷикистон. Душанбе: Дониш, 2010. 257 с.
3. Ҷаҳони Азозод. Рустаниҳои шифоӣ ва ғизоӣ (Асосҳои фармако - нутрисиология). - Душанбе, “Адиб”, 2010. 688 сах.
4. Ҳочиматов М. Дикорастущие лекарственные растения Таджикистана. - Душанбе ТСЭ. – 1989. - 368 с.
5. Флора Таджикской ССР. Л.: Наука. – Том IX. – 1988. — 568 с.
6. herbalogya.ru/library/artemisia.php
7. Атлас лекарственных растений СССР. Москва 1962.
8. Рыбалко, К.С. Природные сесквитерпеновые лактоны / К.С. Рыбалко. - М., 2001. - С. 30- 52.
9. Растительные ресурсы СССР: Цветковые растения, их химический состав, использование; семейство Asteraceae (Compositae). – СПб.: Наука, 1993. – С. 352.
10. Разработка методики количественного определения суммы флавоноидов в гомеопатической матричной настойке из свежесобранного сырья полыни горькой / А.В. Чаузова, Ж.А. Союнова, Т.Л. Киселева / Сб. науч. тр. IV Рос.гомеопатического съезда. - М.: Изд-во ФНКЭЦ ТМДЛ Росздрава, 2009. - С. 94-97.



11. Алюкина, Л.С. Флавоноиды рода *Artemisia* L. подрода *Dracunculus* флоры Казахстана/ Л.С. Алюкина, Т.В. Ряховская// Растительные ресурсы. – 1980. – Т. 16. – Вып. 2. – С. 187-192.
12. Изучение химического состава настойки полыни / С.Т. Жучков.- 1987.-С. 447.
13. Sharopov F.S., Sulaimonova V.A., Setzer W.N. Composition of the essential oil of *Artemisia absinthium* from Tajikistan // Rec. Nat. Prod. – 2012. – № 6 (2). – P. 127 – 134.
14. Г.В. Корнильев, А.Е. Палий, Л.А. Логвиненко. Биологически активные вещества водно-этанольного экстракта *Artemisia absinthium* L.//ISSN 0513-1634 Бюллетень ГНБС. 2014. Вып. 110.
15. Ханина, М.А., Серых, Е.А., Покровский, Л.М., Ткачев А.В. Новые данные по химическому составу эфирного масла *Artemisia absinthium* L. Сибирской флоры//Химия растительного сырья.2000.-№3.-С.33-40.
16. Северин алексей петрович. дис. Изучение химического состава и фармакологической активности комплексов биологически активных веществ, выделенных из шрота полыни горькой.Курск 2013.
17. Agnieszka S., Joanna P., Pawei K., Agnieszka R., Hosam O. Elansary, Fahed A. Al-Mana, Mohamed A. Mattar and Halina E.. *Artemisia absinthium* L.—importance in the history of medicine, the latest advances in phytochemistry and therapeutical, cosmetological and culinary uses. Plants 2020, 9, 1063; doi:10.3390/plants9091063. www.mdpi.com/journal/plants
18. Гречаный И. А. Полный справочник лекарственных трав и целительных сборов/ г. Белгород, 2013.
19. Минеджян Г.З../Сборник по народной медицине и нетрадиционным способам лечения. Фирма “Барс”, 1993.
20. С.И. Кароматов, И. Дж. Каххорова. Лекарственное растение полынь горькая химический состав, лечебные свойства.«Биология и интегративная медицина» №9 – октябрь (26) 2018.
21. Зоҳидов Ҳомидҷон. Канзи шифо (нашри чорум) – Душанбе: «Ирфон», 2018.- 640 сах.
22. Гаммерман Л. Ф., Громи. И./ Дикорастущие лекарственные растения С С С Р . М., «Медицина», 1976, -288 с.
23. Машковский М.Д. Лекарственные средства.- 16-е изд., перераб., испр. и доп.- М.: «Новая Волна»: Издатель Умеренков, 2016.- 1216 с.
24. Ишонкулова Б.А., Фармакология (китоби дарсӣ) нашриёти “Ҳикмат”. Душанбе 2013.- 368 сах.
25. Koyuncu I. Evaluation of anticancer, antioxidant activity and phenolic compounds of *Artemisia absinthium* L. extract - Cell. Mol. Biol (Noisy-le-grand). 2018, Feb 28, 64(3), 25-34. doi: 10.14715/cmb/ 2018.64.3.5.
26. Mirkin V., Berrebi A., Rakhman I., Haran M., Shvidel L. The role of the plant artemisia in survival and induction of apoptosis of b cells in chronic lymphocytic leukemia (CLL). Harefuah. 2017, Feb., 156(2), 86-88.
27. Shafi G., Hasan T.N., Syed N.A., Al-Hazzani A.A., Alshatwi A.A., Jyothi A., Munshi A. *Artemisia absinthium* (AA): a novel potential complementary and alternative medicine for breast cancer - Mol. Biol. Rep. 2012, Jul., 39(7), 7373-7379.
28. Turak A., Shi S.P., Jiang Y., Tu P.F. Dimeric guaianolides from *Artemisia absinthium* - Phytochemistry. 2014, Sep., 105, 109-114. doi: 10.1016/j.phytochem.2014.06.016.].
29. Li Y., Zheng M., Zhai X., Huang Y., Khalid A., Malik A., Shah P., Karim S., Azhar S., Hou X. Effect of *Gymnema sylvestre*, *Citrullus colocynthis* and *Artemisia absinthium* on blood glucose and lipid profile in diabetic human - Acta Pol. Pharm. 2015, Sep-Oct., 72(5), 981-985.
30. Al-Malki A.L. Shikimic acid from *Artemisia absinthium* inhibits protein glycation in diabetic rats - Int. J. Biol. Macromol. 2018, Sep 15. pii: S0141-8130(18)32272-4. doi: 10.1016/j.ijbiomac.2018.09.072.

31. Jager, W., 2010. Metabolism of terpenoids in animal models and humans, in: Baser, K.H.C., Buchbauer, G. (Eds.), Handbook of Essential oils: Science, Technology, and Applications. CRC Press, Boca Raton, London, New York, p. 994.
32. Kocaoglu C., Ozel A. Persistent metabolic acidosis and severe diarrhoea due to *Artemisia absinthium* poisoning - J. Pak. Med. Assoc. 2014, Sep., 64(9), 1081-1083
33. Г.Н. Бузук, Эльяшевич Е.Г. Фармакогностическая характеристика полыни горькой *Artemisia absinthium* L. Обзор литературы. // Вестник фармации. - 2009. - № 4 (46). - С. 87-97.
34. Kshirsagar, S.G., Rao, R.V. Antiviral and Immunomodulation effects of *Artemisia*. Medicina 2021, 57, 217. <https://doi.org/10.3390/medicina57030217>.
35. Ramazani A, Sardari S, Zakeri S, Vaziri B. In vitro antiplasmodial and phytochemical study of five *Artemisia* species from Iran and *in vivo* activity of two species. Parasitol Res 2010; 107(3):593-599.
36. Emami S.A., Vahdati-Mashhadian N., Vosough R., Oghazian M.B. The anticancer activity of five species of *Artemisia* on Hep2 and HepG2 cell lines. Pharmacology Online 2009; 3:327-339.
37. Anwar M., Hakeem M.H., Siddiqui M.M., and Tajuddin. Clinical efficacy of *Artemisia absinthium* Linn. In viral hepatitis with special reference to ejection fraction of heart. Hamdard Med 1998; 41:93-96.

ПОЛЫНЬ ГОРЬКАЯ - ДРЕВНЯЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ РАСТЕНИЯ

Дж.Н. Джалилов^{1,2}, И.С. Гулмуродов³, А.Х. Валиев, Ф.С. Шаропов³

¹Кафедра фармацевтической технологии ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино; ²ГУ “Научно-исследовательский фармацевтический центр” МЗ и СЦН РТ; ³Научно-исследовательское учреждение “Китайско-таджикский инновационный центр натуральных продуктов”, НАНТ

В данной статье представлен обзор литературы об одном из древнейших лекарственных растений. Это растение - *Artemisia absinthium*, название которой было вписано в папирусы Древнего Египта в 1550 году до нашей эры. Предоставленная информация основана на поиске литературы. В статье рассматриваются биологические свойства, химический со-

став и фармакологические свойства ряда биологически активных веществ, а также их использования в различных целях в эпохах древней, современной народной и прикладной медицины.

Ключевые слова: Полынь горькая, *Artemisia absinthium* L., лекарственные растения, прикладная медицина, сесквитерпеновые лактоны.

WORMWOOD – THE ANCIENT MEDICINAL PLANT

J.N. Jalilov^{1,2}, I.S. Gulmurodov³, A.H. Valiev, F.S. Sharopov³

¹Department of Pharmaceutical Technology, SEI «Avicenna Tajik State Medical University». ²State Institution “Research and Development Pharmaceutical Center” of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan. ³Research Institution “Chinese-Tajik Innovation Center for Natural Products”, NAST.

This article provides a review of the literature on one of the oldest medicinal plants. This plant is *Artemisia absinthium*, the name of which was inscribed in the papyri of Ancient Egypt in 1550 BC. The provided information is based on a literature search. The article reviews the biological properties, chemical composition and

pharmacological properties of a set of biologically active substances and their use for various purposes in the history of ancient medicine, modern folk medicine and applied medicine.

Keyword: Wormwood, *Artemisia absinthium* L., medicinal plant, applied medicine, sesquiterpene lactones.



Ҷалилов Ҷасур Нормуродович – ассистент кафедраи технологияи фарматсевтии МДТ “Донишгоҳи давлати тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”. E-mail: jasur-jalilov93@mail.ru, тел: 918-17-08-16

Гулмуродов И.С. - Кафедраи технологияи фарматсевтӣ (мудири кафедра н.и.фарм., Сафарзода Р.Ш.) -и МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Валиев А.Х. - МД “Маркази илмию тадқиқотии фарматсевтӣ”-и ВТ ва ҲИА ҚТ

Шаропов Ф.С. - Муассисаи илмию тадқиқотии “Маркази инноватсионии Хитой-Тоҷикистон оид ба маҳсулоти табиӣ”-и АМИТ.

Джалилов Ҷасур Нормуродович - ассистент кафедры фармацевтической технологии ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино”. E-mail: jasur-jalilov93@mail.ru, тел: 918-17-08-16

Гулмуродов И.С. - кафедра фармацевтической технологии ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино”.

Валиев А.Х. - ГУ “Научно-исследовательский центр фармацевтики” МЗ и СЗН

Шаропов Ф.С. - Научно-исследовательское учреждение “Китайско-таджикский инновационный центр” АМНТ

Jalilov Jasur Normurodovich - Assistant of the Department of Pharmaceutical Technology, SEI «Avicenna Tajik State Medical University». E-mail: jasur-jalilov93@mail.ru, тел: 918-17-08-16

Gulmurodov I.S. - Department of Pharmaceutical Technology of the State Educational Institution “Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino”.

Valiev A. H. - SI “Research Center for Pharmaceuticals” of the Ministry of Health and Social Protection

Sharopov F.S. - Research Institution “Chinese-Tajik Innovation Center”

ҚАРРОҲӢ

ТАКТИКАИ ҚАРРОҲӢ ВА АМАЛИЁТИ БАРҚАРОРСОЗӢ ҲАНГОМИ СИРОЯТҲОИ НЕКРОЗИИ БОФТАҲОИ НАРМ

Набиев М.Х., Хидирзода М. Б.

Кафедраи ҷарроҳии умумии №2 –и МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Сироятҳои некрози бофтаҳои нарм (СНБН) – сироятҳои вазнин, босуръат ё барқосро пешравандаи сирояти бофтаҳои нарм, ки ҳамроҳ бо захролудшавии возеҳ, асосан, осебрасони сифрқпарда, мушакҳо ё ҳучайрабофти ҷарбӣ сураи мегирад, бидуни пайдо шудани экссудати фасоднок ё миқдориками он ҷараён мегирад. вобаста аз бартарӣ доштани субстрати морфологӣ, маъмулан, фастсити некрозӣ, миозит ва селлюлитро чудо мекунанд [11]. Проблемаи табобати ҷарроҳии бофтаҳои нарм дар солҳои охир на танҳо актуалӣ буданаширо гумм кардааст, балки аҳамияти нав касб кардааст, ки сабаби ин, аз як тараф, афзоиши бемайлони миқдори беморони дорои аломатҳои иммунодепрессияи дувумӣ ва аз тарафи дигар тағйирёбии сохтор ва хосиятҳои бартаридоштаи барангезандаҳои микробӣ мебошанд [1,4,6,12]. Дар сохтори бемориҳои илтиҳобӣ-фасодии бофтаҳои нарм шаклҳои сироятҳои ҷарроҳӣ ҳастанд, ки дорои хусусиятҳои некрози пешравандаи сохторҳои фастсиалиянд, бо вазнинии маҳсули ҷараёни клиникаи худ фарқ мекунанд, онҳоро инкишофи эндотоксинемия бо натиҷаи ба вучуд омадани сепсиси вазнин ва норасоии полиорганӣ ва оқибати марговар ҳамроҳӣ мекунанд [3,8]. Ба қатори механизмҳои асосии патогенетикӣ, ки ҷараёни протсессҳои репаративиро дар зкаминаи диабет қанд суст мекунанд, персистенсияи микробӣ, ҷамъ шудани бофтаҳои некрозӣ, гипоксияи маҳдуд, дисбаланси маҳсулоти ситокинҳо, протеаз ва ҷузъҳои ҳучайравӣ ва экстраселлюлярӣ, шаклҳои фаъоли оксигенро дохил мекунанд [5,9,11]. Дар вайроншавии протсессҳои репаратсия нақши асосиро маҳвсозии потенциали пролиферативӣ ва интенсификатсияи протсессҳои фаъли ҳучайраҳо мебошанд [6]. Дар байни сироятҳои умумии ҷарроҳӣ таваҷҷуҳи маҳсусро

фастсити некрозӣ касб кардааст, вай яке аз намудҳои гурӯҳи бузурги сироятҳои ҷарроҳии бофтаҳои нарм аст, ки асоси патоморфологӣ онро осебҳои фасодӣ некрози фастсияҳои сатҳӣ ва ҳучайрабофти таҳтипусти ташкил медиҳанд. Ин беморӣ ба қадри кофӣ омӯхта нашудааст, танҳо иттилооти алоҳидае дар адабиёти илмӣ ба ҷашм мерасад ва ба аксари бештари табибони амалӣ шинос нест [2,9]. Хеле ғамовар аст, ки дар шинохти НФ ва ташҳиси дурусти он на танҳо клиникӣ, балки морфологӣ низ хато мекунанд [3,10].

Мақсади таҳқиқот беҳтар сохтани натиҷаҳои ташҳис ва табобати ҷарроҳии сироятҳои некрозӣ дар бофтаҳои нарм мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоинаи мо 82 бемори гирифтори шаклҳои гуногуни СНБН қарор доштанд, ки дар давраи солҳои 2010-2018 дар шуъбаи ҷарроҳии МД МТШ №3 ш. Душанбе, бистарӣ буданд, мардҳо 42(51,2%), занҳо 40(48,8%). синну соли беморон аз 28 то 84 солро дар бар гирифт. Миқдори бештари беморонро шахсон аз 40 то 53-сола ташкил доданд. Дар байни онҳо 32 (39,1%) бемор дорои шакли некрози саромос буданд, дар 50 (60,9%) – фастсити некрозӣ ва мионекроз ба қайд гирифта шуд. Дар 56(68,2%) бемор протсессҳои патологӣ дар ноҳияи андомҳои поёни маҳдуд шуд. Дар анамнези зиёда аз 90%-и беморон бемориҳои ҳамроҳшуда ба назар расид, ки дар байни онҳо диабет қанд – 85,3%, бемории фишорбаландӣ - 91,4%, атеросклероз ва БИД (бемориҳои ишемикии дил) - 75,6% ва камхунӣ дараҷаи вазниниаш гуногун - 74,3% бартарӣ доштанд. Ташҳиси СН (сирояти некрозӣ) дар асоси усулҳои клиникӣ, лабораторӣ, инструменталии таҳқиқот гузошта шуд. Бо мақсади назорати самаранокии табобат таҳқиқоти дина-



микии микробиологӣ ва ситологии биопта-
тҳои бофтаҳо гузаронида ва динамикаи
протсесси чароҳат аз рӯи аломатҳои кли-
никӣ омӯхта шуд. Ҳолати гемодинамикаи
регионарӣ тибқи маълумоти доплерографи-
яи ултрасадоӣ, дараҷаи паҳншавии деструк-
сияи устухонҳо тибқи маълумоти рентгено-
графия муқаррар карда шуд. Бо мақсади
баҳогузорӣ ба микрогемодинамика ва му-
бодилаи бофтаҳо дар марҳалаҳои табобат
динамикаи шиддати транскутании оксиген
(TcrO_2) бо ёрии дастгоҳи ТСМ-400 ширка-
ти «Radiometer» (Дания) муайян карда шуд.
Барангезанда бо ёрии таҳқиқоти сифатӣ ва
миқдории бактериологӣ верификатсия кар-
да шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Ҳамаи беморон дар
ҳолати вазнин ва кӯҳнашуда ба беморхона
ворид ва ба таври таъҷили чарроҳӣ - некрэк-
томияи васеъ шуданд.

Ба табобати комплекси беморон табоб-
ати мақсадноки зиддибактериалӣ, дезин-
токсикатсионӣ, иммуностимулятсионӣ, қан-
дтанзимкунанда, ангиотерапия, умумимус-
таҳкамкунӣ ва антиоксидантӣ, ҳамчунин
препаратҳои беҳтаркунандаи ҳосиятҳои
реологии хун дохил шудаанд. Тибқи нишон-
додҳо плазма – гемотрансфузия гузарони-
да шуд, захмбандии ҳамарӯзаи дукарата бо
маводи захмбандии муосир вобаста аз мар-
ҳалаи протсесси чароҳат иҷро карда шуд.
Тақрибан ҳамаи беморон ба некротомияи
марҳилавӣ ниёз доштанд, ки ин аз пайдо
шудани некрозҳои дуҷумӣ вобаста буд. Во-
баста аз дараҷаи ба протсесси патологӣ
чалб шудани бофтаҳои нарм чунин шаклҳои
сироятҳои некрози бофтаҳои нарм аз
амикии осеби протсесси патологӣ ҷудо кар-
да мешавад [7,10]; сирояти сатҳи 1-уми-саро-
моси некрозӣ дар 32 (39%) -и беморон; 2-
юм-фастсити некрозӣ дар 33 (40,2%) -и бемо-
рон ва сатҳи 3-юм-мионекроз дар 17 (20,7%) -
и беморон. Шакли некрози саромос дар
инкишофи худ роҳи мураккаб, яъне аз шак-
лҳои беориза ба оризанокро тай мекунад.
Ташҳиси беморӣ, маъмулан душвор нест,
нишондод барои чарроҳӣ некрози пӯст ба
ҳисоб меравад. Манзараи клиникии фастси-
ти некрозӣ ($n=33$) ва мионекроз ($n=17$) дар

марҳалаҳои барвақт фарқияти назаррас
дошта, аломатҳои патогномӣ вучуд надо-
ранд. Симптомҳои ҳоси он дарди шиддат-
нок, варам дар заминаи гиперимияи ночи-
зи пӯст ба ҳисоб мераванд. Ҳангоми пунк-
сия дар лонаи илтиҳобӣ мавҷуд набудани
фасод ва тибқи натиҷаҳои ТУС дар 21 бе-
мор табобати чарроҳӣ пешниҳод карда на-
шуд. Минбаъд, пешравии протсесси пато-
логӣ ба тағйироти дуҷумӣ – некрози пӯст
оварда расонид. Натиҷаҳои таҳқиқот ни-
шон дод, ки дар беморони гирифтори СН
баландшавии ниҳии муҳтавои маҳсулоти
ПОЛ дар плазмаи хун МДА $6,7 \pm 1,32$, ДК-
 $0,98 \pm 0,16$ мебошанд, ки яке аз мавҷудияти
сабабҳои босуръат инкишоф ёфтани паҳ-
ншавии протсесси фасодӣ – септикӣ таҳти
таъсири маҳсулоти ПОЛ гувоҳӣ медиҳад.
Таҳлили таҳқиқотҳои гузаронидашуда ни-
шон доданд, ки дар беморони гирифтори
СН баланд шудани шиддатнокии протсес-
си ПОЛ ба мушоҳида мерасанд, ки ба ваз-
нинии чараёни эндотоксикоз таъсир расо-
нида, ба дефисити системаи антиоксидантӣ
оварда мерасонад.

Ҳангоми таҳлил кардани киштҳо аз ло-
наҳои фасоддор дар 42 (51,2%) -и беморон
ассистиатсияҳои микробӣ аз 2 то 4 намуди
микроорганизмҳо дохил шудаанд, аз ҷумла
сирояти омехта (анаэробӣ- аэробӣ) дар 31
бемор (45,5%), танҳо анаэробӣ дар 27 (39,7%)
ташҳис карда шуд, дар 10 (14,8%) бемор
нигоҳ накарда ба протсесси давом кардаис-
тодаи фасодӣ – рушди микроорганизмҳои
некрозӣ дар бофтаҳои нарм дида нашуд.
Дар 16 (23,5%) мушоҳидаҳо микрофлора дар
шакли монокултураи *Streptococcus*
haemolyticus *Staphylococcus aureus*,
Enterococcus, *Proteus* оварда шудааст. Дар
баробари бактерияҳои ғайриферментӣ эн-
теробактерияҳо (*E. Coli*, *Serratia marcescens*)
ва дар мавридҳои ҷудогона микроорганиз-
мҳои анаэробӣ ба мушоҳида расид. Бештар
аз ҳама аз микроорганизмҳои факултативӣ
– анаэробӣ дар ассистиатсияҳо
Staphylococcus aureus – дар 59% -и беморон
ба мушоҳида расид. Дар баробари амалиё-
тҳои чарроҳӣ, яке аз звеноҳои муҳими та-
бобати комплекси консервативӣ табобати

саривактӣ ва муносиби зидди бактериалӣ ба ҳисоб меравад. Ба сифати препаратҳои интихобӣ аз фторхинолони насли III-IV 4 – дар 22,1%-и беморон, сефалоспарини насли III-IV – дар 33,7%, гликопептидҳо дар 16,5%, пенициллинҳои ингибатор мухофизаткунандагӣ – дар 12,5% истифода карда шуд. Дар ҳамаи беморон як қатор препаратҳои антибактериалӣ, ки йба микрофлораи анаэробӣ спектри таъсир надоштанд, метранидазол илова карда шуд. Ҳангоми ҳолати септикӣ чунин меҳисобем, ки таъйин кардани гурӯҳҳои оксазолидинҳв (линезолид), карбапенемҳо (тиенам, менем)-ро мувофиқи мақсад меҳисобем.

Таҳлили натиҷаҳои таҳқиқоти ситологӣ нишон дод, ки дар шабонарӯзи якум пас аз амалиёти ҷарроҳӣ дар ситограммаҳо дар ҳама беморон миқдори зиёди лейкоцитҳои дегенеративӣ – тағийрёфта полиморфӣ – ҳаставӣ муайян карда шуд. Миқдори лейкоцитҳои сегментоядрой то 100% мерасад. Бо тоза кардани ҷароҳатҳои фасод аз массаҳои некрозӣ, дар ситограммаҳо миқдори лейкоцитҳои дегенеративӣ – тағийрёбӣ, полиморфӣ – ҳастай, кам шуда, миқдори шаклҳои ҷавони лейкоцитҳои нейтрофилӣ бо сохтори муътадил ва тарҳи дақиқ зиёд шудааст. Зиёд шудани миқдори макрофагҳо, дар ҷароҳат вучуд доштани полибластҳо ва пӯхта расидани онҳо дар профибробластҳо ва фиброластҳо дар муҳлатҳои нисбатан барвақтар, нишондиҳандаҳои таъсири хуби табобати комплексӣ ба ҷараёни протсесси ҷароҳат ба ҳисоб мераванд. Дар заминаи табобати комплекси гузаронидашуда беморони дорои НИМТ – и бофтаҳои нарм динамикаи назарраси мусбати протсесси ҷароҳат дар 16 бемор ба мушоҳида мерасад. Дар натиҷаи табобати ҷарроҳии сирояти некрозӣ ночор ҷароҳатҳои васеи пасазҷарроҳӣ шудааст, ки пӯшонидани пластикиро талаб мекунад. Дар ин маврид табобати ҷарроҳӣ аз аввал дар заминаи ташаккули некрозҳои дуввуми пӯст ҳамроҳӣ мекард, нуқсони ҷарроҳат васеъ шуд, ки ин бештари вақтҳо имконият медиҳанд, ки онро танҳо бо ёрии пластикаи озоди пӯст бо split graft бинобар васеъ будани дефект дар як-

чанд марҳала пӯшонида шавад, ки имконият надиханд, ки қаббати бутуни пӯст барқарор шавад ($n=21$).

Дар 36(43,9%)-и беморон, ки дар онҳо некрози дарбехҳои боқимондаи пӯстӣ – фастсиалӣ оризанок шуда буданд, бо тоза шудани ҷароҳат аз массаҳои некрозӣ ва пайдо шудани гранулятсияҳои солим ивазкунии пластикии нуқсонҳои ғафсиашон аз 0,2 то 0,4 мм, ки аз сатҳи пешу берунии рон гирифта шудаанд ва бо Тср 0₂ то пластика чен карда шудаанд, гузаронида шуд. Дар ин беморон Тср 0₂ дар ҳудуди 31 – 42 мм сут.сим. қарор дошт. Дар ҳамаи беморон пеш аз аутодермопластика аз ифрозоти ҷароҳат кишт гирифта шуд, дар 100% - киштҳо афзоиш накарданд. Нишондиҳандаҳои тайёр будани ҷароҳат барои пластикаи пӯст мавҷуд будани гранулятсияҳои баробар, доначасор, намнок ва ба қадри зарурӣ зичи некрозӣ, бо ифрозоти баробар ва инкишофи эпителизатсияи периферии канорҳои ҷароҳат хизмат кардаанд. Пас аз пайваст кардан дарбехро дар култя бо дарзҳои гирехӣ (Vicry Plus – 3-0) маҳкам карданд. Фиксатсияи хуби аутотрансплантат дар ҷароҳат шароити зарурӣ барои сиҳатёбии он маҳсуб мегардад. Ба мавзёҳои пайванд кардани пӯст ва ҷароҳати рон захмбандии Branoling - N гузошта шуд. Захмбандии дуҷум низ бо истифода аз Branoling - N сурат гирифт. Дар 30(83,3%)-и ҳолатҳо сиҳатёбии ҷузъӣ ва танҳо дар 2(5,5%)-и беморон некрози пурраи трансплантат танҳо дар шароити мубодилаи ислохшудаи карбогидрат ва ҳифз кардани гемодинамикаи регионарӣ, ҳангоми вучуд доштани сатҳи гранулятсионии ҷароҳат имконпазир буд. Зиддинишондодӣ асосӣ барои иҷро намудани аутодермопластика ҳолати умумии вазнини беморон буд, ки дар натиҷаи декомпенсатсияи диабетӣ қанд, пешравии оризаҳои он ва бемориҳои ҳамроҳшуда ба амал меояд.

Ампутатсияҳои баланд дар беморони дорои сироятҳои некрозӣ дар андомҳои поёнӣ дар 14 бемор дар сатҳи рон гузаронида шуд, ки (17,1%)-ро ташкил дод. Дар 6 (7,3%) – бемори дорои осебҳои паншуда ва пешравандаи фасодӣ-некрозии попанча ва



гузаштан ба соқ, баъди ҷарроҳии хурд, ампутатсияи баланд дар сатҳи соқ гузаронида шуд. Фавт пас аз иҷро кардани ампутатсияҳои баланд дар 8 (40%) аз 20 бемор ба мушоҳида расид. Фавти умумӣ - 21,9% (18-больных) буд. Сабабҳои асосии фавти бемороннорасии шадиди дилу рағҳо ва эндотоксикози давомкунанда буданд.

Ҳамин тавр, сирояти некрозӣ аз протсессии номахсуси илтиҳобии бофтаҳои нарми дорои этиологияи бактериалӣ иборат аст, ки юарояш нерози пешраванда, босуръат паҳн шудани онҳо, душвор будани ташҳис дар марҳалаҳои ибтидоии беморӣ, интоксикатсияи возеҳ ва фавтияти зиёд хос мебошад.

Хулосаҳо:

1. Сирояти некрозӣ аз протсессии номахсуси илтиҳобии бофтаҳои нарми дорои этиологияи бактериалӣ иборат аст, ки юарояш нерози пешраванда, босуръат паҳн шудани онҳо, душвор будани ташҳис дар марҳалаҳои ибтидоии беморӣ, интоксикатсияи возеҳ ва фавтияти зиёд хос мебошад. Протсессии сироятӣ дар беморони мубтало ба СН бофтаҳои нарм хусусияти полиморфӣ дорад, ки дар асари вучуд доштани ҳам сироятҳои анаэробӣ ва ҳам микроорганизмҳои аэробӣ

бо дараҷаи олии пошхӯрии бофтаҳо ба амал меояд.

2. Дар ҳама ҳолатҳои шубҳанок, ки имконияти истисно кардани сироятҳои некрозиро намедиханд, бояд ба амалиётҳои ташҳисӣ рӯ оварем, ин имконият медиҳад, ки ба тари визуалӣ ҳолати бофтаҳои нарм ба ҳоғузори карда ва ҳангоми пайдо шудани зарурат ин дастамал дар як қатор муассисаҳои табобатӣ анҷом дода шавад.

3. Табобати муосири антибактериалӣ дар беморони дорои оризаҳои синдроми попанҷаи диабетӣ ба зарурати муносибати комплексӣ ба ин проблема, маҳз ба инҳо таъки мекунад: табобати муносиби ҷарроҳии лонаи фасоднок, некрэктомиаи марҳилавӣ (дар мавриди зарурат), таъйини ратсионалии препаратҳои антибактериалӣ бо назардошти ҳассосияти онҳо нисбат ба микрофлораи кишти лонаи фасодӣ бо назорати ситологияи муҳтавои ҷароҳат.

4. Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидаи мо нишон медиҳанд, ки ташҳис ва табобати ҷарроҳии сирояти некрози бофтаҳои нарм барои ҷарроҳони амалӣ вазифаи мураккаб аст. Истифода кардани тактикаи оптимизатсияшуда имкони ят медиҳад, ки фоизи оризаҳо ва фавт хеле кам карда шавад.

Адабиёт

1. Абдуллоев Д.А., Юсупова Ш.Ю., Набиев М.Х. Дифференцированное лечение синдрома диабетической стопы, осложнённого гнойно-некротическими процессами//*Вестник Авиценна*.2014; (2):69-73.
2. Алиев С. А., Алиев Э. С., Зейналов Б. М. Гангрена Фурнье в свете современных представлений // *Хирургия*. 2014; (4): 34-39.
3. Алиев С. А., Алиев Э. С., Некротизирующий фасциит: узловые аспекты проблемы в свете современных представлений//*Вестник хирургия*. 2015;(6): 106-110.
4. Винник Ю. С Перьянова О.В Дробушевская А. И Хохлова О. Е. Результаты мониторинга состава возбудителей хирургической инфекции кожи и мягких тканей. *Мед академ журн* 2010;5: 84-85.
5. Винник Ю.С., Салмина А.Б., Дробушевская А. И Теплякова О.В. Особенности патогенеза длительно незаживающих ран// *Новости хирургии* 2011;3:101-110.
6. Винник Ю.С., Салмина А.Б., Теплякова О.В., Дробушевская А.И., Пожиленкова Е.А., Моргун А.В., Шапран М.В., Коваленко А.О. Комбинированная озонотерапия в лечении инфекционных заболеваний мягких тканей у больных сахарным диабетом// *Хирургия*;2015;(2): 63-69.
7. Гостищев В.К., Липатов К.В., Комарова Е.А. Стрептококковая инфекция в хирургии//*Хирургия*. 2015; (12): 14-17.

8. Гринёв М. В., Корольков А. Ю., Гринёв К. М., Бейбалаев К. З. Некротизирующий фасциит – клиническая модель здравоохранения: медицины критических состояний // *Вестник хирургии*. 2013; (2): 32-38.
9. Прошин А. В Состояние иммунного статуса и динамика раневого процесса у больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы. *Вестник Новгородского государственного университета им Ярослава Мудрого* 2012; 67 :74-77.
10. Sadasivan J, Maroju N.K., Balasubramaniam A. Necrotizing fasciitis. *Indian J Plast surg*. 2013; 46(3): 472-478.
11. Park N.-Y., Lim Y. Short term supplementation of dietary antioxidants selectively regulates the inflammatory responses during early cutaneous wound healing in diabetic mice. *Nutrition Metabolism* 2011; 8: 80-88.
12. Pastar I. Nusbaum A. G Gil. J., Patel S. B. Chen J. Interactions of methicillin resistant *Staphylococcus aureus* USA300 and *Pseudomonas aeruginosa* in polymicrobial wound infection/ . *PLoS ONE* 2013 ; 8; 2:56846.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения некротизирующих инфекции мягких тканей.

Материал и методы исследования. В статье проанализированы результаты комплексной диагностики и лечения 82 больных с различными формами некротизирующей инфекции мягких тканей (НИМТ) за период 2010-2018 г.г., госпитализированных в хирургическое отделение ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе, мужчин было 42(51,2%), женщин 40(48,8%). Возраст больных варьировал от 28 до 84 лет. Наибольшее число составили больные в возрасте от 40 до 53 лет. Среди них у 32 (39,1%) больных имело место некротическая форма рожи, у 50 (60,9%) - некротизирующий фасциит и мионекроз. У 56(68,2%) – пациента патологический процесс локализовался в области нижних конечностей.

Результаты исследования и их обсуждение. Отсутствие гноя в очаге воспаления при пункции и по результатам УЗИ у 21 больного трактовался как серозная фаза воспаления, и показания не выставляются к оперативному лечению. В последующем прогрессирование патологического процесса приводил к вторичным изменениям - некро-

зу кожи, диагноз становился очевидным, однако хирургическое лечение на этой стадии нельзя считать своевременным. Следствием хирургического лечения некротизирующей инфекции неизбежно становятся обширные послеоперационные раны, требующие пластического закрытия. В 30 (83,3%) случаях отмечено полное приживление трансплантата, в 4 (11,1%) случаях частичное приживление и лишь у 2 (5,5%) больных произошел полный некроз трансплантата. Приживление трансплантата было возможным только в условиях скорректированного углеводного обмена и сохраненной регионарной гемодинамики, при наличии активно гранулирующей раневой поверхности

Заключение. Таким образом, некротизирующая инфекция представляет собой неспецифический воспалительный процесс в мягких тканях бактериальной этиологии, характеризующийся прогрессирующим некрозом, их быстрым распространением, трудностью диагностики на ранних стадиях развития заболевания, выраженной интоксикацией и высокой летальностью.

Ключевые слова: некротизирующая инфекция, фасциит, свободная кожная пластика, хирургическая тактика.



SURGICAL TACTICS AND RECOVERY OPERATIONS AT THE NECROTIZING INFECTION OF SOFT TISSUES

M.Kh. Nabiev. M.B. Hidirzoda

Department of general surgery No. 2 Avicenna TSMU.

Objective of research. Improvement of diagnostics results and surgical treatment of necrotizing infection of soft tissues.

Material and methods of research. In article results of complex diagnostics and treatment of 82 patients with various forms of a necrotizing infection during 2010-2018 hospitalized to surgical department of SI CMC No. 3 of Dushanbe were analyzed. There were 42 men (51,2%) and 40 women (48,8%). The age of patients varied from 30 to 84 years. The greatest number was made by patients aged from 40 up to 53 years. Among them at 32 (39,1%) patients took place a necrotic form of an ugly face, at 50 (60,9%) - necrotizing fasciitis and myonecrosis. At 56(68,2%) – patient pathological process was localized in the lower extremities.

Results of research and their discussion. Lack of pus in the focus of inflammation on puncture and by results of ultrasonography at 21 patients was treated as a serous phase of inflammation, and indications are not exposed to the surgical treatment. In subsequent progressing of

pathological process led to secondary changes - to skin necrosis, the diagnosis became obvious, however surgical treatment at this stage cannot be considered opportune. The result of surgical treatment of necrotizing infection inevitably become extensive postoperative wounds requiring plastic closing. In 30 (83,3%) cases the full engraftment is noted, in 4 (11,1%) cases a partial adhesion and only at 2 (5,5%) patients there was a full necrosis of the transplant. Engraftment was possible only in the conditions of corrected carbohydrate exchange and persisted regional hemodynamics, in the presence of actively granulating wound surface.

Conclusion. Thus, necrotizing infection represents the nonspecific inflammatory process in soft tissues of bacterial etiology which is characterized by the progressing necrosis, their rapid distribution, difficulty of diagnostics in early stages of development of disease, marked intoxication and high lethality.

Keywords: necrotizing infection, fasciitis, free skin grafting, surgical approach.

Набиев М.Х. – н.и.т., мудири кафедраи ҷарроҳии умумии №2, МДТ ДДТТ ба номи Абӯ-ӯалӣ ибни Сино, Телефон: +992 987 25 60 60; E-mail: muzaffar. nabiev. 2017@mail.ru.

Хидирзода Муҳаммад – унвонҷӯи кафедраи ҷарроҳии умумии №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Набиев М. Х.- к.м.н., заведующий кафедрой общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Таджикистан, г. Душанбе, проспект Рудаки 139. Телефон: +992 987 25 60 60; E-mail: muzaffar. nabiev. 2017@mail.ru.

Хидирзода Муҳаммад – соискатель кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Nabiev M. Kh - c.m.s., the head of general surgery department No. 2, Avicenna TSMU, Tel. +992 987 25 60 60; E-mail: muzaffar. nabiev. 2017@mail.ru.

Khidirzoda Muhammad – Applicant of the Department of General Surgery No. 2 of Avicenna TSMU Abuali ibn Sino.



МУАЙЯН КАРДАНИ НИШОНДОД БАРОИ ПОКСОЗИИ ЛАПАРОСКОПИИ БАРНОМАВӢ ҲАНГОМИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА

Сараев А.Р.

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1, МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

Муҳиммият. Пешравиҳои техника ва технологияи видеолапароскопӣ дар солҳои охир ва ҳаме шудани таҷрибаи ҷарроҳии ғаврии видеолапароскопӣ боиси тадриҷан ба ҷараёни табобати перитонити паҳнғаштаҷалб кардани лапароскопия гардид [2, 3]

Истифодаи технологияи видеолапароскопӣ имкониятҳои ҷарроҳии миниинвазивиро зиёд мекунад [1, 4, 5, 9]. Камбудии ҷарроҳии лапароскопӣ ҳангоми перитонит, ба андешаи муаллифони гуногун, мураккаб будани поксозии мукаммали ковокии шикам ҳангоми олудагии возеҳи бактериалӣ ва қабатҳои васеи фиброзӣ, маҳдуд будани доираи биниш ҳангоми дамиши парезии рӯдаҳо, имконнопазирии гузаронидани найчагузори назоинтестиналӣ ба ҳисоб мераванд [6, 8].

Масъалаи санатсияҳои видеолапароскопии марҳилавӣ пас аз лапаротомия оид ба шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта низ аҳамияти калон дорад. Сухан дар бораи усули омехта меравад. Дар ҷарроҳии аввалия зарурати гузаронидани ҷарроҳии видеолапароскопии санатсионӣ дар давраи пасазҷарроҳӣ ба нақша гирифта мешавад. Нишондод барои тадбири мазкур инҳоянд: давомнокии перитонити паҳнғаштазиёда аз 12 соат, перитонити фиброзӣ-фасодӣ ва ё фасодӣ бо бастагҳои фиброзӣ, хусусияти наҷосатии экссудат, набудани имконияти гузаронидани поксозии мукаммали ковокии батн вобаста ба ҳолати ниҳоят вазнини бемор, ҳамчунин ҳолате, ки назорати босирии динамикиро, бинобар хатари зиёди пайдошавии оризаҳои интраабдоминалӣ, талаб менамояд [6]. Зиддинишондодҳо – ин ҷараёни хадшавӣ-лиҳомӣ дар ковокии шикам; парези возеҳи рӯдаи борик; перитонити наҷосатии кӯҳнашуда; хусусияти таҳминии анаэробии клостридиалии флора; бастагҳои фаровони фиброзӣ бо тамоюл ба пайдошавии думалҳо, набудани самараноки назаррас ҳангоми гузаронидани

санатсияҳои нақшавии видеолапароскопӣ [7]. Васе кардани нишондод барои чунин ҷорабинӣ дар мадди назари ҷарроҳони ҷаҳон аст.

Мақсади таҳқиқот. Омузиши меёриҳои пешгӯӣ барои муайян кардани нишондодҳо барои поксозии лапароскопии барномавии ковокии батн ҳангоми перитонити паҳнғашта.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои таҳқиқоти клиникӣ-озмоишӣ ва табобати 32 бемори дорои перитонити паҳнғаштаи шадид таҳлил карда шуданд, ки дар онҳо санатсияи лапароскопии барномавии ковокии батн гузаронида шуд. Таҳқиқот дар МД “МЁТТ” ш. Душанбе давоми соли 2017 гузаронда шудааст. Сабабҳои пайдо шудани перитонит бемориҳои гуногуни шадид буданд. Дар ҳамаи беморон ҳангоми муайян намудани перитонити паҳнғашта лапаротомия ва санатсияи ковокии батн иҷро карда шуд. Баъдан дар беморон поксозии барномавии лапароскопии ковокии батн гузаронида шуд. Минбаъд беморон бодарназардошти-самаранокии истифодаи санатсияи лапароскопӣ ба дугурӯхҷудо карда шуданд. Ба гурӯҳиякум 20 бемордохил карда шуд, ки санатсияи лапароскопии ковокии батн дар онҳосамаранокии олиронишондод. Ба гурӯҳидуюм 12 бемори гирифтори перитонити паҳнғаштадохил карда шуданд, ки дар онҳозарурати иҷро намудани релапаротомия дар робита ба самаранокии нокифояи санатсияи лапароскопии барномавӣ пайдо шуд. Дар ҳардугурӯх таҳқиқоти комплекси клиникии беморон гузаронда шуд, муоинаи дохилиамалиёти ковокии батн (паҳншавии фасод дар қабати париеталии сифокпарда, таҳшиншавии фибрин зиёда аз нисфима-соҳати қабати париеталӣ) ва арзёбии озмоиши як қатор нишондиҳандаҳои гомеостаз, ба мисли сатҳи маркерҳои илтиҳоб (сафедаи С-реактивӣ, ИЛ-6, прокалситонин) гузаронида шуд. Коркарди омории мавод бо исти-



фода аз бастаи барномаҳои омории «Statistica 10.0» (Stat Soft Inc., USA) гузаронида шуд. Маълумоти миқдорӣ дар шакли ифодаи миёна ва иштибоҳи стандартии он ($M \pm m$) тавсиф карда шуд. Ҳангоми гузаронидани муқоисаи чуфтии нишондиҳандаҳои байни ғуруҳҳои мустақил аз U-меъёри Манн-Уитни ва T-меъёри Вилкоксон истифода карда шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои озмоишии маркерҳои илтиҳоб дар шабонарӯзҳои ав-

вали пас аз ҷарроҳӣ, дар беморони гирифтори перитонит, тафовутҳои эътимодноки байни ғуруҳҳои 1 ва 2-ро муайян намуд (ҷадв. 1).

Тафовути нишондиҳандаҳои озмоишии дар боло зикршуда пас аз иҷро намудани лапароскопияи санатсионии якум, боэътимодтар буданд. Натиҷаҳои таҳқиқоти маркерҳои илтиҳоби системавӣ дар ғуруҳҳои 1 ва 2 пас аз гузаронидани лапароскопияи санатсионии якуми ковокии батн дар ҷадвали 6.12. оварда шудааст.

Ҷадвали 1. Параметрҳои маркерҳои илтиҳоби беморон бо перитонити паҳнғашта шабонарӯзи аввал баъд аз ҷарроҳӣ (лапаротомия) ва поксозии аввалини лапароскопӣ ($M \pm SE$).

Нишондиҳанда	Баъд аз	Ғуруҳи 1 (n=20)	Ғуруҳи 2 (n=12)	p
ССР (мг/дл)	лапаротомия	49,2±1,6	125,6±1,3	=0,000 (<0,001) (U =0; z =-4,66)
	поксозии лапароскопӣ	42,2±2,0	127,6±1,2	=0,000 (<0,001) (U =0; z =-4,66)
	p ₀	=0,017 (<0,05) (T=41,0; z=2,39)	=0,239 (>0,05) (T=24,0; z=1,18)	
ПКТ (нг/мл)	лапаротомия	1,44±0,14	6,55±0,51	=0,000 (<0,001) (U =0; z =-4,66)
	поксозии лапароскопӣ	1,12±0,12	7,79±0,33	=0,000 (<0,001) (U =0; z =-4,66)
	p ₀	=0,131 (>0,05) (T=57,5; z=1,51)	=0,060 (>0,05) (T=15,0; z=1,88)	
ИЛ-6 (нг/мл)	лапаротомия	126,1±1,1	233,6±15,7	=0,000 (<0,001) (U =0; z =-4,66)
	поксозии лапароскопӣ	105,6±1,3	308,2±4,0	=0,000 (<0,001) (U =0; z =-4,66)
	p ₀	=0,000 (<0,001) (T=0; z=3,92)	=0,003 (<0,01) (T=1,0; z=2,98)	

Эзоҳ: p₀ – аҳамияти оморӣ тафовут байни ҳолат баъд аз лапаротомия ва поксозии лапароскопӣ (аз рӯи T-меъёри Вилкоксон); p – аҳамияти оморӣ тафовути нишондиҳандаҳои байни ғуруҳҳо (аз рӯи U-меъёри Манн-Уитни)

Миқдори умумии санатсияи ковокии шикам дар ғуруҳи 2-юм (аз ҷумла релапаротомияҳо) 3,5±1,5, дар ғуруҳи якум – 2,0±0,5 (p=0,002)-ро ташкил дод. Дар ин маврид, дар ҳарду ғуруҳ мо пастшавии аз ҷиҳати оморӣ муҳими нишондиҳандаҳои ҷавоби илтиҳоби системавиро ба даст овардем. Барои ССР, ПКТ ва ИЛ-6 ҳам баъд аз лапаротомия ва ҳам баъд аз поксозии аввалини лапароскопӣ нишондиҳандаҳои мазкур дар ғуруҳи 1-м оморан пасттар астанд нисбат ба ба ғуруҳи 2-м. Барои ССР ва ПКТ дар ғуруҳи 2-м нишондиҳандаҳои мазкур

ҳам баъд аз лапаротомия ва ҳам баъд аз поксозии аввалини лапароскопӣ тағйир наёфтанд ва дар баробари ин сатҳи ИЛ-6 баъд аз поксозии лапароскопӣ ба таври оморан назаррас афзуд. Сатҳи ПКТ дар ғуруҳи 1-м ҳам баъд аз лапаротомия ва ҳам баъд аз поксозии аввалини лапароскопӣ баробар буд. Сатҳи ССР ва ИЛ-6 дар ғуруҳи 1-м ба таври оморан назаррас паст гардид баъд аз поксозии лапароскопӣ.

Дар ҷараёни таҳқиқот мо маълумотҳо дар бораи ҳолати дохилиамалиётҳои ковокии батн ҳангоми ҷарроҳии якум (лапарото-

мия), параметрҳои клиникии давраи бармаҳали пасазчарроҳӣ (ҳарорати бадан, моторикаи рӯдаҳо) ва нишондиҳандаҳои озмоишии ҷавоби илтиҳоб (сафедаи С-реактивӣ, прокалситонин ва ИЛ-6)-ро ба эъти-

бор гирифтем. Аз рӯи натиҷаҳои таҳлили омӯрӣ вобастагии коррелятсионии байни параметрҳои клиникӣ-морфологӣ, нишондиҳандаҳои озмоишӣ ва талабот ба релапаротомия, муайян карда шуд (ҷадв. 2).

Ҷадвали 2. Муносибатҳои коррелятсионӣ байни параметрҳои клиникӣ-озмоишии беморон бо перитонити паҳнғашта ва эҳтиёҷ ба релапаротомия

Нишона	Нишондиҳанда	Коэффициенти коррелятсия, r	p
Ҳарорати бадан	38—39°C	=-0,44	=0,012 (<0,05)
	39—40°C	=0,09	=0,625 (>0,05)
	Зиёда аз 40°C	=0,46	=0,009 (<0,01)
Лаппиши рӯдаҳо	аускултативӣ	=-0,30	=0,097 (>0,05)
Пардаи патологӣ дар сифоки париеталӣ	Ҳасод	=0,25	=0,169 (>0,05)
	Фибрин — камтар аз нисфи масоҳати намоён ҳангоми ҷарроҳии аввалин	=-0,78	=0,000 (<0,001)
	Фибрин — зиёда аз нисфи масоҳати намоён ҳангоми ҷарроҳии аввалин	=0,78	=0,000 (<0,001)
ССР, мг/л	Зиёда аз 60	=0,88	=0,000 (<0,001)
Прокалситонин, нг/мл	Зиёда аз 2	=0,83	=0,000 (<0,001)
ИЛ-6, пг/мл	Зиёда аз 150	=0,93	=0,000 (<0,001)

Эзоҳ: алокаи коррелятсионӣ мувофиқи Пирсон.

Хулоса. Меъёрҳои пешгӯикуниро, ки ба муайян кардани тактикаи муҳофизати беморони дорони перитонити паҳнғашта пас аз лапаротомияи яқум мушаххас карда шуданд, барои муайян кардани ни-

шондодҳо барои гузаронидани санатсияи лапароскопии ковокии батн ҳангоми перитонити паҳнғашта ва баланд бардоштани самаранокии он, ба қор бурдан мумкин аст.

АДАБИЁТ

1. Ашуров А.С., Раҳматуллоев Р.Р., Хайдаров С.С., Қобилов И.И. Видеолароскопическая диагностика и лечение послеоперационного перитонита. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2019. № 3. С. 5-9.
2. Болтуев К.Х. Видеолароскопическое лечение острого аппендицита, осложненного перитонитом / К.Х. Болтуев // Здравоохранение Таджикистана. - 2013 - № 4 (319) - С.26-30.
3. Дубровин И.А., Климович И.Н., Маскин С.С., Матюхин В.В., Карсанов А.М., Ермолаева Н.К. Лапароскопия в диагностике и лечении послеоперационного перитонита. Современные проблемы науки и образования. 2014. № 1. С. 158.
4. Ёров У.У. Эффективность применения эндохирургических методов в диагностике и лечении сочетанных и множественных травм живота / У.У. Ёров [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. - 2018- №4 (339) - С.5-8.
5. Назаров Ф.Н. История и проблемы эндовидеохирургии в Таджикистане / Ф.Н. Назаров [и др.] // Известия АН Республики Таджикистан. - 2013 - №1 - С.72-75.
6. Салахов Е.К. Программированные лапароскопические санации брюшной полости у больных с распространенными формами перитонита / Е.К. Салахов // Фундаментальные исследования. - 2014 - №4-1 - С.158-162.



7. Шаповальянц С. Г. Применение видеолaparоскопических вмешательств при лечении больных с распространенным перитонитом (методика и результаты) / С. Г. Шаповальянц [и др.]// Эндоскопическая хирургия. - 2013 - №2 - С.3–14.

8. Reusens H, Dassonville M, Steyaert H. Laparoscopic Repair for Perforated Peptic Ulcer in Children. Eur J Pediatr Surg. 2017 Jun;27(3):251-254. doi: 10.1055/s-0036-1586201. Epub 2016 Jul 25.

9. Yeom JH, Lee JH, Song JS, Lee MH, Kim MG. Extending the Indication for Laparoscopic Surgery in Patients With Pan-Peritonitis. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2019 Apr;29(2):120-125. doi: 10.1097/SLE.0000000000000613

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ПРОГРАММИРОВАННОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

А.Р. Сараев

Кафедра хирургических болезней №1, ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”

Проанализированы результаты клинических исследований и лечения 32 пациентов с распространенным перитонитом, у которых выполнялась лапароскопическая программированная санация брюшной полости. В первой группе (20 пациентов) лапароскопическая санация брюшной полости оказалась эффективной. Двенадцати пациентам второй группы выполнена релaparотомия из-за неэффективности программной лапароскопической санации. Сравнение

показало, что прогностические критерии, использованные для определения тактики ведения пациентов с распространенным перитонитом после первой лапаротомии, могут быть использованы для определения показаний к лапароскопической санации брюшной полости при распространенном перитоните и повышения ее эффективности.

Ключевые слова: распространенный перитонит, программированные лапароскопические санации, прогнозирование исхода.

DETERMINATION OF INDICATIONS FOR PROGRAMMED LAPAROSCOPIC SANITATION IN GENERALIZED PERITONITIS

A.R. Saraev

Department of Surgical Diseases No. 1, State Educational Institution “TSMU named after Abuali ibni Sino”

The results of clinical studies and treatment of 32 patients with generalized peritonitis, who underwent laparoscopic programmed abdominal sanitation, were analyzed. In the first group (20 patients), laparoscopic sanitation of the abdominal cavity was effective. Twelve patients of the second group underwent relaparotomy due to the ineffectiveness of programmed laparoscopic sanitation. The comparison showed that the

prognostic criteria used to determine the tactics of managing patients with advanced peritonitis after the first laparotomy can be used to determine the indications for laparoscopic sanitation of the abdominal cavity in generalized peritonitis and to increase its effectiveness.

Key words: generalized peritonitis, programmed laparoscopic sanitation, prediction of outcome.

Сараев Алишер Рахматуллоевич – н.и.т., доцент кафедры болезней и хирургии №1 МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” E.mail dr.saraev@mail.ru тел. 918650540

Сараев Алишер Рахматуллоевич – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, E.mail dr.saraev@mail.ru Тел. 918650540

Saraev Alisher Rahmatulloevich – candidate of medical sciences, docent of the department of surgical diseases №1 SEI “ATSMU”, E.mail dr.saraev@mail.ru, Tel. 918650540



БАРТАРИИ ТЕХНИКАИ ПРЕТСИЗИОНӢ ВА КАЛОНКУНИИ ОПТИКӢ ҲАНГОМИ ҶАРРОҲИИ ҶУРРАҲОИ ҚАДКАШАК

Ҳамидов Ф.М.,

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Усманов Н.У. (мудири кафедра д.и.т., дотсент Маликов М.Х.) МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ²МҶИЧДР

Муҳиммият. Муолиҷаи ҷарроҳии ҷурраҳои қадкашак то ҳол яке аз проблемаҳои то ба охир ҳалнашуда ва душвор дар соҳаи ҷарроҳии муосири абдоминалӣ ба ҳисоб меравад. Муҳиммияти ин проблема пеш аз ҳама бо он вобаста аст, ки сол аз сол шумораи беморон зиёд гардида, дар баробари он оризаҳои пас аз ҷарроҳи низ афзуда истодаанд [3; 15].

Омӯзиши адабиёти муосир нишон медиҳад, ки дар байни ҳама ҷурраҳои девораи пеши шикам бештар ҷурраҳои қадкашак мушоҳида карда мешаванд ва басомади онҳо аз рӯи нишондоди бештари олимони аз 50,7 то 80-фоизро ташкил медиҳад [5].

Дигар хусусияти муҳими модарзодии ин ҷурраҳо он аст, ки дар баъзе мавридҳо онҳо дар якҷоягӣ бо крипторхизм омехтаги доранд. Охирин ба вазифаи репродуктивии тухмҳои мардона таъсир намуда аз рӯи баъзе маълумотҳо омили асосии безурёти мебошад [7].

Дар замони муосир, дар баробари афзудани миқдори беморон тарзҳои анъанавии табобати ҷурра ташаккул ёфта, ба таври васеъ усулҳои ғайрикашиши ҷарроҳи истифода бурда мешаванд. Аз нишондоди баъзе аз мутахассисон бармеояд, ки новобаста аз мукамалсозии тарзҳои анъанавӣ ва истифодаи бештари усулҳои замонавӣ басомади аворизҳо дар марҳилаи пас аз ҷарроҳи ва ҳамзамон баъдан такроршавии бемори афзуда истодааст [16].

Дар адабиёти даҳсолаи охир мутахассисон сабаби такроршавии ҷурраро бо дисплазияи бофтаи васлкунанда вобаста менамоянд, бархе аз онҳо чунин мешуморанд, ки дисплазия ба хусусиятҳои табобат ва протсессҳои репаративии захми пас аз ҷарроҳи таъсир намуда такроршавии ҷурраро мусодидат менамояд [1; 4].

Аз рӯи нишондодҳои мутахассисон басомади ретсидиви беморӣ аз 10% то 35-фоиз

ро ташкил медиҳад [6]. Аз нав такроршавии бемори дар баробари таъсир намудан ба сфераи иҷтимоӣ ва психо-эмоционалии бемор сабаби пайдо гардидани дигар аворизҳои мушкилтабобат мегарданд, ки онҳо дар навбати худ дар баъзе мавридҳо, сабаби ба гуруҳи маъюби гузаронидани маришон мегарданд.

Ворид намудани усулҳои табобати ғайрикашиши ҷурраҳо сабаби паст гардидани ретсидиви бемори гардид. Истифодабарии турҳои пропиленӣ синтетикӣ ҳангоми тармими девораҳои ҷурра аз як ҷониб сабаби хуб гардидани натиҷаҳои ҷарроҳи [8, 14] ва аз ҷониби дигар, сабаби зиёд гардидани аворизҳои захм гардид. Ин ҳолат дар навбати худ, ҷустани роҳҳои алтернативии табобатро талаб менамояд [3].

Дар баробари зиёд гардидани сироятшавии захмҳо ба ғайр аз омилҳои дар боло нишондодашуда, муаллифон сабаби дигари онро бо тарзи ҷойгиркунии протезҳо вобаста менамоянд. Бештари муаллифон мулоҳиза доранд, ки ҳангоми ҷойгиркунии протез ба тарзи onlay сироятнокӣ зиёд мегардад [11], дигарон бошанд арз доранд, ки басомади ин авориз ҳангоми ҷойгиркунии протез ба намуди inlay зиёд аст [12], нуқтаи назари баъзе аз мутахассисон он аст, ки сироятнокшавӣ аз тарзи гузоштани тури пропиленӣ вобастаги надорад [2].

Зиёд гардидани аворизҳо пас аз истифодаи турҳои синтетикӣ (полимерҳо), сабаби омӯзиши хусусиятҳои табиӣ онҳо гардид. Бинобар омӯзиш муаллифон ба хулоса омаданд, ки истифодаи полимерҳои сӯрохиашон калон (макропорӣ) сабаби кам гардидани аворизҳо гардидааст [13].

Дар солҳои охир дар адабиёт оид ба аворизҳои дигар, яъне осебнокшавии найчаи нутфабарор, вайрон гардидани хунгардиш дар тухмҳо ва ишемияи онҳо, варамнокии тухмҳо, орхит ва ғайра баҳс рафта истодааст. Бешта-

ри муаллифон ин аворизхоро бо травматизацияи элементҳои нутфабарор бинобар иҷро намудани ҷарроҳӣ бе истифода аз калонкунии оптикӣ вобаста менамоянд. Муаллифон оид ба таъсири манфии ҷуррабури ба вазифаи репродуктивӣ хабар дода меафзоянд, ки сабаби ҷароҳатёбии танобаки нутфабарор аст, ки дар хурдсолон ҷашмнорас аст [7]. Басомади безурётии дуҷуминдараҷа, бинобар буридашавии найчаи нутфабарор аз 3% то 30-фоизро ташкил медиҳад [10].

Дигар аворизи бештар дидашаванда пас аз ҷуррабури - гидротселе мебошад, ки басомади он 17 то 20-фоизро ташкил медиҳад ва аз рӯи нишондоди баъзе муаллифон ба вазифаи репродуктивии мардон таъсирӣ манфӣ мерасонад [9].

Ҳамин тарик проблемаи табобати ҷураҳои қадкашак то ҳол то ба охир ҳалли худро наёфтааст. Новобаста аз истифодабарии тарзҳои анъанавӣ ва муносири муо-

лиҷаи ҷарроҳи басомади аворизҳо, ретсидиви бемори зиёд менамояд. Истифодабарии калонкунии оптикӣ, техникаи претсизионӣ метавонад натиҷаҳои амалиёти ҷарроҳиро хуб намуда, сабаби кам гардидани аворизҳо ҳам дар марҳилаи иҷрои ҷарроҳӣ ва ҳам дар марҳилаи пас аз ҷарроҳи гардад.

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар намудани натиҷаҳои ҷарроҳии ҷурраҳои қадкашак ва паст намудани басомади аворизҳо бо истифодабарии калонкунии оптикӣ ва техникаи претсизионӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар шӯъбаи микроҷарроҳии реконструктивии Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо ба 134 нафар бемор бо ҷурраи қадкашак намудҳои гуногуни амалиёти ҷарроҳӣ ба ҷой оварда шудааст. Намудҳои ретсидивии бемори дар мақола ҷой дода нашудаанд. Ҷойгиршавии ҷурра дар ҷадвали зерин нишон дода мешавад.

Ҷадвали №1.- Ҷойгиршавии ҷурраҳои қадкашак

Ҷойгиршавии ҷурраҳо	Шумораи беморон	%
Дар ҷониби рост	75	56
Дар ҷониби чап	55	41
Ҷойгиршавии дутарафа	4	3
Ҳамагӣ	134	100

Дар баробари муоинаи объективӣ (расми 1-2) барои ҷурра намудани таҳхис ва интиҳоб наму-

дани тарзи адекватии муолиҷа ба беморон тарзҳои иловагии таҳхис истифода бурда шуданд.



Расми №1. Намуди рости ҷурраи қадкашак



Расми №2. Намуди қаси ҷурраи қадкашак

Яке аз тарзҳои иловагии таҳхис, ки бештар ахбори ҷурра медиҳад ТУС мебошад. Истифодаи он оид ба ҳаҷми ҷурра, ҳолати девораҳои он ва қабати мушаки-апоневро-

тикии гирду атрофии ҷурра, ғафсии апоневроз ва мушакҳо, ҷой доштани узвҳои шикам дар дохили ҷуррахалта ва ғайра маълумоти муҳимро нишон медиҳад (**Расми № 3-4**).



Расми № 3. Бо ситорачаҳо дарвозаи чурра нишон дода шудааст

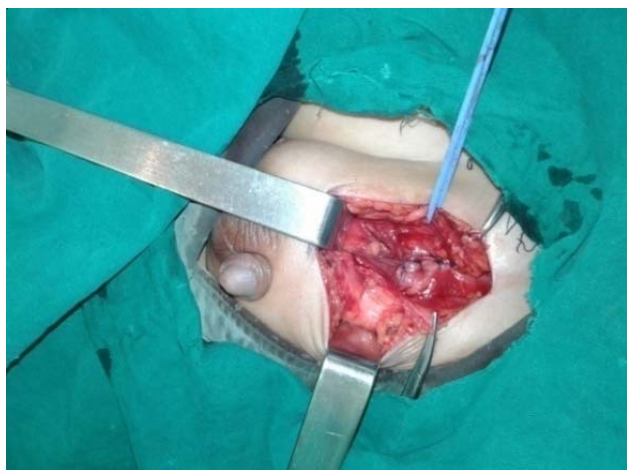


Расми № 4. Тунукшакии апоневроз дида мешавад

Аз микдори умумии беморон (134) кӯдакони синну солашон то 18 сола 48,5-фоизро ташкил додаанд.

Таҳлили омори бо истифодаи КИ гузаронида шуд, ки дар он нишондодҳои сифатии қисми бо фоиз (%) ҳисоб карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Кӯдакони синну солашон то 14 сола зери беҳисгардонии умумӣ ҷарроҳӣ карда шуданд.



Расми №5.Тармими девораи пушти қадкашак



Расми №6.Тармими девораи пеши қадкашак

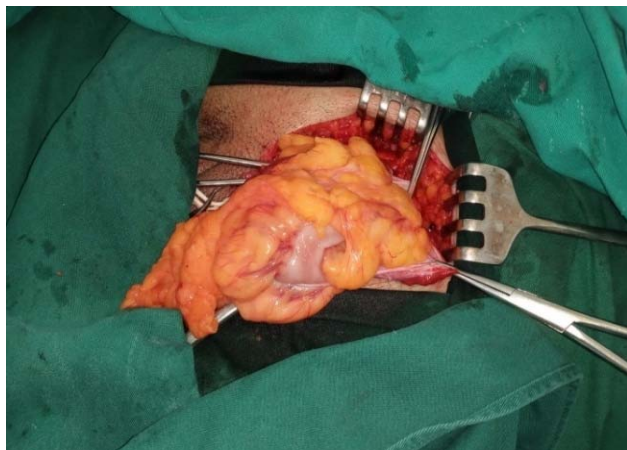
Намудҳои амалиёти ҷарроҳии вобаста аз синну соли бемор, намуди чурра, ҳолати мушакҳои апоневротикӣ

ва ҳамзамон андозаҳои девораҳои чурра дар ҷадвали 2 нишон дода шудааст.

Ҷадвали 2.-Тарзҳои амалиёти ҷарроҳии хангоми чурраҳои қадкашак

Тарзҳои герниопластика	Шумораи беморон	%
Герниопластикаи анъанавӣ	119	88,8
Герниопластикаи гайрикашишӣ (тарзи Lichtenstein)	7	5,2
Герниопластикаи омехта	8	6
Ҳамагӣ	134	100

Намуди чарроҳии Lichtenstein дар 7 нафар бемор бо синну соли аз 18 боло ва ҳаҷман калон будани дарвозаҳои чурра иҷро карда шуд. Тарзи интиҳоби мустаҳкам намудани девораҳои чурра, дар бештари мавридҳо ҳангоми иҷрои чарроҳии интиҳоб карда шуд. Лекин нишондодҳои тарзҳои



Расми №9. Фишурдашавии танобак ҳалта

Натиҷабахшии намудҳои амалиёти чарроҳии аз омилҳои зиёд вобастаги дошт. Интиҳоби адекватии тарзи чарроҳӣ, дараҷаи омода будани бемор ба чарроҳӣ, истифодабарии калонкунии оптикӣ бо техникаи претсизионӣ ва дар охир ба таври дуруст баҳо додан ба ҳолати мушаки-апоневротикии гирду атрофи чурра омилҳои мусоидаткунанда ба дарёфти натиҷаҳои хуби дурдаст мебошанд. Ин омилҳо паст гардидани аворизҳоро дар марҳилаи наздики пас аз чарроҳии ва ҳам пешгирии ретсидиви бемориро дар марҳилаҳои дурдаст таъмин менамоянд.

Ҳангоми омузиши натиҷаҳо дар марҳилаи наздики пас аз чарроҳӣ, дар 10,4-фоиз мавридҳо ҷамъшавии моеъ дар захм ва фасоднокшавии он мушоҳида карда шуд. Аз рӯи нишондодҳои бархе аз муаллифон, аворизҳои пас аз чарроҳии 17-фоизро ташкил медиҳанд [14,15].

Серома дар 9 бемор пайдо гардид, ки 6,7%-ро ташкил дод. Дар 5 (3,7%) нафар бемор фасоднокшавии захми пас аз чарроҳии мушоҳида карда шуд, ки аз рӯи нишондоди мутахассисон 7,4%-ро ташкил медиҳад [14]. Дар ҳама мавридҳои аворизҳои ба беморон таҳқиқоти ТУС ба ҷой оварда шуд. Эва-

иловагии ташхис ва дар асоси иҷрои чарроҳии ҳолати қабати мушаки-апоневротикӣ, ҳаҷми чурраҳалта ба инобат гирифта шуданд. Дар ҳама мавридҳо амалиёти чарроҳии зерӣ калонкунии оптикӣ ва истифода аз техникаи претсизионӣ ба ҷой оварда шуд (**Расми № 7-8**).



Расми №10. Рудаи гафс дар вориди чурра- нишон дода шудааст

куатсияи саривактии серома дар 9 бемор натиҷаи хуб бахшид.

Аз байни 9 ҳолати серома дар 3 бемор, ки ҷамъшавии моеъ дар болои протези синтетикӣ ҷой дошт, ки зерӣ ТУС эвакуатсияи пункционӣ ва дар 6 ҳолати боқимонда дренажкунӣ захм сабаби ноил гардидан ба натиҷаҳои хуб гардид.

Яке аз аворизҳои хатарнок фасодгирии захм ба ҳисоб мерафт, ки дар 5 (3,7%) нафар бемор дида шуд. Аз ин миқдор ба 4 нафар амалиёти анъанавӣ ва ба як бемор герниопластикаи омехта ба ҷой оварда шуда буд. Дар ҳама мавридҳо захмҳо кушода ва эвакуатсияи фасод ба ҷой оварда шуд. Дар як мавриди тармими омехтаи девори қадкашак, ки фасод дар болои тури полипропиленӣ паҳн гардида буд, дар як шабонарӯз ду маротиба захмбанди бо истифода аз маҳлули 10 % Вавеган натиҷаи хуб бахшид.

Натиҷаҳои дурдасти чарроҳии дар муддати аз 7 моҳ то 15 сол дар 112 (83,5%) нафар бемор омехта шуданд. Бештар беморон оид ба дардманди дар мавзеи захм шикоят доштанд. Аз байни 112 бемор аворизҳои гуногун дар 10 бемор (8,9%) мушоҳида карда шуданд. Намуди ин аворизҳо дар чадвали 3 нишон дода шудааст.

Ҷадвали 3.- Хусусияти аворизҳо дар марҳилаи дурдасти пас аз ҷарроҳӣ

Намуди ҷурра	Хусусияти оризаҳо			Ҳамагӣ
	Синдроми рефлекторӣ-дардӣ	Носурҳои риштагӣ	Ретсидиви беморӣ	
Намуди аввалини ҷурраи қадкашак (n=112)	2	3	5	10
%	1,8	2,6	4,5	8,9%

Синдроми дардмандии музмини рефлекторӣ дар 2 бемор ҷой дошт, ки таъбаоти консервативӣ натиҷаи хуб бахшид [4]. Дар 3 нафар бемор носури риштагӣ пайдо гардид. Носурҳо дар муҳлатҳои аз 6 моҳ то 5 сол пайдо гардида чандин маротиба фасоднокшавии захми пас аз ҷарроҳиро ба вуҷуд оварданд. Дар як бемор носур пас аз гузоштани тури пропиленӣ пайдо гардид, ки пас аз гирифтани дарзи фасоднокшуда васлшавии захм ба вуҷуд омад. Дар 2 мавриди дигар носур пас аз герниопластикаи анъанавӣ ба амал омад. Аз байни онҳо дар як маврид як маротиба риштаи фасоднокшуда гирифта шуд ва носур васл гардид. Дар мавриди дигар кушиши чандин маротибагии гирифтани риштаҳо бенатиҷа буд, ки дар шароити амалиётхона бо буриши калон ҳамаи дарзҳо гирифта шуданд. Дар ин маврид ретсидивӣ бемори ба амал наомад.

Ҳангоми муоинаи хурдсолон ретсидив ҷой надошт, лекин дар калонсолон ҳангоми ҷуррабурии дутарафа дар як (0,7%) нафар бемор, ва ҳангоми ҷуррабурии яктарафа дар 4 (2,9 %) мариши дигар ретсидиви бемори ба амал омад. Омузиши адабиёти муосир нишон медиҳад, ки басомади ретсидив пас аз герниопластикаи анъанавӣ 14,6 % [5] ва гайрикашишӣ ба 3,2 % баробар мебошад [16].

Ретсидив дар ҳолати ҷуррабурии дутарафа пас аз амалиёти Бассини дар марди шастсола аз ҷониби чап пас аз 8 моҳ пайдо гардид. Дар ҷониби рост, ки амалиёти Шолдайс иҷро шуда буд ретсидив дида нашуд. Дар 4 нафар бемори дигар ретсидив пас аз амалиёти Бассини (1) ва Мартинов (3) мушоҳида карда шуд.

Таҳлили ҳама 5 ҳолати ретсидивӣ бемори ба ҷой оварда шуд. Бо назардошти синну соли беморон, интиҳоби тарзи ҷарроҳӣ, ҷараёни пас аз ҷарроҳӣ дар марҳилаҳои на-

здик ва ба инобат гирифтани анамнезӣ бемори гумон бурдан мумкин аст, ки аз нав пайдо гардидани бемори имконпазир буд, яъне дар марди шастсола герниопластика бо усули Бассини интиҳоби адекватӣ ҳисобида намешавад. Сабаби пайдоиши ретсидив дар марди ҷавон бо бармаҳал ба кори ҷисмони машғул шудан вобаста мебошад, яъне бемор новобаста аз тавсияҳои додашуда бармаҳал ба тарбияи ҷисмони шугл варзидааст.

Дар мавриди сеюм, пас аз амалиёти ҷарроҳии Бассини дар як замон дар марди миёнасол ҳам ретсидивӣ ҷурра ва ҳам гидротселе пайдо гардида буд. Бинобар ҳаҷман калон будани гидротселе ретсидив аз мадҳи назар дур афтида ба бемор ҳамоғии ташҳиси роҳ дода шуд. Ҷарроҳии Винкелман ба ҷой оварда шуд ва пас аз се моҳ ба бемор амалиёти ҷарроҳии герниопластика бо усули Кукуҷонов иҷро гардид, натиҷаи он хуб шуморида шуд. Сабаби эҳтимолии ретсидив дар ин бемори калонсол низ интиҳоби ғайриадекватӣ тармими девораи паси қадкашак гумон бурда шуд. Дар ду мавриди дигар ретсидив пас аз амалиёти Мартинов бо фасоднокшавии захми пас аз ҷарроҳӣ вобаста карда шуд.

Дар 5 ҳолати ретсидив ба 3 нафар амалиёти такрори иҷро карда шуд. Бемори калонсол бо ретсидив пас аз ҷарроҳии Бассини аз амалиёти такрори худдори намуд, бемори дуҷуми ба дигарм беморхона мурочиат намуд.

Ба 3 бемори боқимонда амалиёти такрори зери беҳискунии умумӣ иҷро карда шуд. Дар як маврид амалиёти ҷарроҳӣ бо усули Кукуҷонов ва ба 2 бемор тарзи омехтаи ҷарроҳӣ бо истифода аз тури полипропиленӣ ба ҷой оварда шуд.

Дар марҳилаҳои дурдаст критерияҳои сифатнокии ҷарроҳӣ набудани дард дар



мавзеи чурра ва рон, ғаъолият дар вазиғаи пешина, ҷой надоштани ретсидивӣ чурра ба ҳисоб мерафт. Аз нав такроршавии чурра дар марҳилаҳои дурдаст дида нашуд.

Хулоса. Чурраҳои аввалиндараҷа дар бештари мавридҳо хусусияти модарзодӣ дошта сабаби бештар вайроншавии структураи мушаки-апоневротикӣ намегарданд. Аммо муолиҷаи ҷарроҳии ин чурраҳо новобаста аз такмилёбии тарзҳои табобат

айни замон то ба охир ҳалли худро наёфтааст. Аворизҳо ва ретсидиви бемори дар беморон афзуда, талаб менамояд, ки роҳҳои алтернативии табобат пайдо карда шаванд. Бинобар ин истифодабарии техникаи претсизионӣ ва калонкунии оптикӣ дар баробари сабук намудани рафти амалиёти ҷарроҳии захмёбии элементҳои танобаки нуфтабарор ва узвҳои дохили чурраро пешгирӣ менамояд.

Адабиёт

1. Абалян А.К. Наш опыт лечения послеоперационных вентральных грыж/ Абалян А.К, Айдемиров А.Н, Вафин А.З, Машурова Е.В, Айдемирова Э.А.// Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2019. - Т.14. - № 1.1.- с. 19-21;
2. Антонова Н.А. Профилактика послеоперационных осложнений и рецидивов грыж передней брюшной стенки у больных с метаболическим синдромом/ Антонова Н.А., Лазарев С.М. // Вестникхирургии. - 2019. - Т.178. - №1. - С.49-54.
3. Баулин В.А. Ультразвуковая доплерография сосудов семенного канатика и яичка как способ контроля безопасности применения модифицированной паховой герниопластики. медицинская наука/В.А. Баулин // Фундаментальные исследования. - 2011. -№10. - с.472-476.
4. Губов Ю.П. Клинические критерии травматичности пахового грыжесечения у мальчиков/ Ю.П. Губов, Бландинский В.Ф., Зеленская Н.А., Соколов С.В., Березняк И.А., Котова З.Н.// Детская хирургия. - №3. – 2015. - с.15-19.
5. Иванов Ю.В. Выбор хирургического метода лечения паховой грыжи. / Ю.В. Иванов, А.С. Авдеев, Д.Н. Панченков и.др.// Вестник экспериментальной и клинической хирургии.- 2019. - Т2. - №4. - с. 274 – 281.
6. Смотрин С.М. Хирургия паховых грыж в гродненском регионе. Пути совершенствования подходов к выбору метода герниопластики /Смотрин С.М., Визгалов С.А., Жук С.А. и др.// Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - Т16. - №4. – 2018. - с. 497-501.
7. Собенников И.С. Гипогонадизм и мужское бесплодие у больных косой паховой грыжей после перенесенной герниопластики/ И.С. Собенников, Б.Н. Жиборев, С.Я. Котане, А.П. Мотин, Л.В. Гостев// Андрология и генитальная хирургия. - Т.4. - 2012. - с.62-65.
8. Паршиков В.В. Применение ненатяжной пластики брюшной стенки и синтетических эндопротезов в условиях бактериальной контаминации/ В.В. Паршиков, В.А. Ходак, А.А. Самсонов, В.П. Градусов, Р.В. Романов// Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б.М. Костюченко. – 2014. - Т.1. - №2. - с.9-15.
9. Поливкан М.И. Показатели гемодинамики и структурные изменения в яичке в условиях косой паховой грыжи/ М.И. Поливкан. // Вестник РУДН, серия Медицина. – 2014. - №1. - с.39-45.
10. Щербинин А.В. Влияние оперативной коррекции паховой грыжи и гидроцеле на тесткулярный кровоток у детей /Щербинин А.В., Москаленко А.С., Фоменко С.А., Лепихов П.А., Мальцев В.Н.// Медико-социальные проблемы семьи. - 2016. - Т.21, №2. - с.43-47.
11. Flament J.B. Retro rectus approach to ventral hernia repair \ J.B. Flament \ Operative Techniques in General Surgery. – 2004. –V. 6(3). –P. 165-168.
12. Francioni G. Complications of the use of prostheses: part II. In: Bandedid R. et al. (eds). / Francioni G., Magistrelli P., Prandi M.//Abdominal wall hernias: principles and management. NewYork. Springer –Verlag 2001; 714-72

13. Kim E. Inguinal hernias: Diagnosis and Management/ Kim E. Leanne L., Karl A. // Inguinal hernias. – 2013. - №12. - Vol. 87. - P.844-848.
14. Mallaya B. A study on retrospective analysis of inguinal hernia repair by various methods in a teaching institute/ B. Mallaya, G. Someshwara Rao//. Journal of Innovations in pharmaceuticals and biological sciences. – 2016. - Vol.3 (2). – P.202-207.
15. Onuigbo W.I.B. Inguinal Hernia. A Review. / W.I.B.Onuigbo, G.E. Njeze// Journal of Surgery and Operative Care. - 2016. - Vol.1. - Issue 2. - p.1-10.
16. Takahashi T. Feasibility study of open inguinal hernia repair using mesh plug by residents/ T. Takahashi, Y. Kaneoka, A. Maeda, Y. Takayama, Y. Fukami, M. Uji// Asian journal of surgery. - 2020- 43.- P.304-310. <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2019.05.11>

ПРЕИМУЩЕСТВО ПРЕЦИЗИОННОЙ ТЕХНИКИ И ОПТИЧЕСКОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Ф.М. Хамидов,

¹Кафедра хирургических болезней №2 им. Академика Усманова Н.У. (заведующий кафедрой д.м.н., доцент Маликов М.Х.) ²ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, РНЦССХ

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж с уменьшением осложнений с использованием оптического увеличения и прецизионной техники.

Материал и методы исследования. Анализ клинического материала показал, что среди общего числа больных с разнообразной паховой грыжей абсолютное большинство (134) составили пациенты с первичной паховой грыжей, что составило 65,7%. В 75 (56%) отмечалась правосторонняя локализация грыжи. От общего числа больных с первичными грыжами в 4 наблюдениях патология локализовалась с двух сторон, что составил 3%.

Среди дополнительных методов часто использовали УЗИ, где наряду с определением размеров грыжи, состояние мышечно-апоневротического слоя, толщины апоневроза и мышц дало информацию относи-

тельно соотношению органов брюшной полости с грыжевым мешком.

От общего числа оперированных больных с грыжами паховой области (204) наиболее часто встречались первичные паховые грыжи (134), частота которых составила 65,6%. Дети в возрасте до 18 лет составили 48,5%. Показания к проведению операции во всех наблюдениях были абсолютными.

Выводы. Первичные паховые грыжи в большинстве случаев имеют врожденный характер и в большинстве случаев не сопровождаются негативными последствиями на мышечно-апоневротический слой. Использование оптического увеличения и прецизионной техники наряду с адекватной видимостью области минимизируют негативное воздействие на элементы семенного канатика и содержимое грыжевого мешка.

Ключевые слова: Первичная паховая грыжа, прецизионная техника и оптическое увеличение

ADVANTAGE OF PRECISION TECHNIQUE AND OPTICAL ZOOM IN SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIA

F.M. Khamidov,

¹Department of surgical diseases №2 named by Acad. Usmanov N.U. (head of the department, doctor of medical sciences, docent M. Kh. Malikov) ² SEI «ATSMU», RNCVC

Purpose of the study. Improving the results of surgical treatment of inguinal hernias with reduced complications using optical magnification and precision technology.

Material and research methods. Analysis of the clinical material showed that among the total number of patients with a type of inguinal hernia, the absolute majority (134) were patients

with a primary inguinal hernia, which amounted to 65.7%. In 75 (56%), right-sided localization of the hernia was noted. Of the total number of patients with primary hernias in 4 cases, the pathology was localized on both sides, which amounted to 3%.

Among the additional methods, ultrasound was often used, where, along with determining the size of the hernia, the state of the musculo-aponeurotic layer, the thickness of the aponeurosis and muscles gave information on the ratio of the abdominal organs to the hernial sac.

Of the total number of operated patients with groin hernias (204), primary inguinal

hernias were the most common (134), the frequency of which was 65.6%. Children under the age of 18 made up 48.5%. Indications for surgery in all observations were absolute.

Conclusions. Primary inguinal hernias in most cases are congenital in nature and in most cases are not accompanied by negative consequences on the muscular aponeurotic layer. The use of optical magnification and precision technology, along with adequate visibility of the area, minimizes the negative impact on the elements of the spermatic cord and the contents of the hernial sac.

Key words: *primary inguinal hernia, precision technique and optical magnification.*

Хамидов Фаридун Маъруфович – докторанти PhD кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи Акад. Усманов Н.У., МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино; E-mail: Faridun_74@mail.ru Тел.: 987180303.

Хамидов Фаридун Маъруфович- докторант PhD кафедры хирургических болезней №2 им. Академика Усманова Н.У., ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино; E-mail: Faridun_74@mail.ru Тел.: 987180303.

F.M. Khamidov-doctoral student Department of surgical diseases №2 named by Acad. Usmanov N.U. (head of the department, doctor of medical sciences, docent M. Kh. Malikov

ШАРҲИ АДАБИЁТ

АЛОМАТҲО, ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ОРИЗАҲОИ ЧАРРОҲИИ ХОЛЕСИСТЭКТОМИЯИ ЛАПАРОСКОПӢ ВА УСУЛҲОИ ПЕШГИРИИ ОНҲО

Қурбонов Қ.М., Мусоев Д.А., Қурбонов Қ.Қ., Солеҳов А.С.

Кафедраи амалияи чарроҳӣ ва анатомияи топографии
МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

Муҳиммият. Дар мақолаи мазкур сабабҳо, мушкилоти техникӣ ва усулҳои барқароркунии осебҳои холесистэктомияи лапароскопӣ ва инчунин сари вақт муайянсозии пайёмдорҳои ба амал омада дида баромада мешавад.

Омилҳое ки ба чунин амал оварда мерасонанд бо шарҳи адабиёт ва муаллифон баррасӣ карда шудааст, инчунин роҳҳои сари вақт пешгирии онҳо бо риояи консепсияи беҳатарии холесистэктомияи лапароскопӣ.

Калимаҳои калидӣ: оризаҳои холесистэктомияи лапароскопӣ ва усулҳои саривақти муайянкунанда ва пешгирии онҳо.

Мушкилоти табобати беморони дорои санги сафро (Б.С.С) дар солҳои охир аҳамияти зиёде ба даст меорад бо сабабҳои зиёд гаштани миқдори чунин бемороне, ки дорои патология мебошанд.

Бинобар маълумотҳои В.Н. Егиев (2010) бемориҳои гирифтори холелитиаз дар байни аҳолии дунё ба 10% мерасад, ҳар 10-солаҳои охир шумораи чунин беморон зиёд мегарданд.

Чунин шумораҳо ба дарозумрии аҳоли, дар амалия инкишофи зиёди таҷҳизотҳои ҳозиразамон ба монанди ташхиси ултрасадо, КТ, МРТ вобастагӣ доранд.

Ба маълумотҳои омӯрӣ дар сохтори беморони гирифтори санги талха, дар синну

солҳои аз 50- боло бештар ба назар мерасад ва ҳатто то 40-55% дар маълумотҳои аутопсия (дар ҳасад) пайдо кардани санги талхадон ба 20-25% мерасад.

Ба чунин беморон бештар занҳо 4:10, мардҳо 1:10 гирифтोर мешаванд.

Дар ИМА то 20-25 млн ва дар Италия 8,2% аҳоли ба гирифтори бемории санги сафро мебошанд. Дар маҷмӯъ сабаби асосии ин беморӣ то ҳол дақиқ карда нашудааст. Саволҳои табобати чарроҳии беморонӣ дорои санги сафро, дар адабиётҳо шарҳ дода мешавад, ки ин вобаста бо дар амалия табобатӣ бештар ворид намудани технологияи миниинвазивӣ ба ҳисоб меравад.

Усули ХЛ аввалин бор дар амалия дар Фаронса дар аввалҳои солҳои 80-уми асри хх ба роҳ монда шуда буд. Дар як муддати кӯтоҳ технологияи лапароскопӣ оиди рафъи санги талхадон раванқ ёфт, 80%-и чарроҳони ИМА истифодаи усули холесистэктомияи лапароскопиро дар беморон истифода мебаранд.

Дар ворид шудани ХЛ, бо пайдо гаштани оризаҳои навин, ки камомӯзиш буданд А. Brescia (2013) сабабҳои оризаҳои гуногуни ХЛ то 0,1-0,6% дар бар мегирад, ки ин ба 3-5 маротиба нисбат ба холесистэктомияи анъанавӣ арзёбӣ менамояд.

Ҷадвали-1.- Миқдори оризаҳои гуногун дар вақти амалиёти ХЛ

Муаллиф	Миқдори гуногуни оризаҳои ХЛ
E.L. Hannan et al.(1999)	5,2%
U.F.Giger et al.(2006) (Ассотсиатсияи чарроҳони лапароскопӣ ва торакоскопии Швейтсария)	5,3%- оризаҳои дохиличарроҳӣ 3,5%- оризаҳои баъди чарроҳӣ 6,4%- конверсия (гузариш)
M.Tuveri, A. Tuveri(2010)	1,4%
M. Ercan et al (2009)	4,6-11,11%
I.Triantafyllidis et al (2009)	9,77% (миқдори умумии оризаҳои дохиличарроҳӣ ва баъд аз чарроҳӣ)



Чуноне ки аз чадвал бармеояд, микдори оризҳои гуногун баъди ХЛ дар сатҳи баланд боқӣ мемонад то 12%, ки ин охири нишондоди баланд барои технологияи ҳозиразамони миниинвазивӣ ба шумор меравад.

Новобаста аз микдори корҳои зиёди пешгирии оризаҳои ХЛ вобаста ба омӯзишҳои таҳлилшудаи Э.И. Гальперин

ва А.Ю.Чевокина микдори осеби роҳҳои талхагузарӣ беруниҷигарӣ то 0,22-0,7% мерасад. Бисёре аз муаллифон қайд мекунаманд, ки асоси камкунии чунин оризаҳо дар солҳои наздик дар гумон аст. Оризаҳои ХЛ вазнин ба шумор меравад нисбат ба холесистэктомияи кушода яъне анъанавӣ.

Чадвали 2.- Микдори осебҳои ятрогении найҳои талхагузар.

Муаллифон	Осеби ятрогении роҳҳои талхагузарӣ беруниҷигарӣ ҳангоми ХЛ-и таъҷилӣ	Осебҳои ятрогении роҳҳои талхагузар ҳангоми ХЛ
Mc Mahon et al (2005)	0.2%	0,81 %
Strasberg et al (2005)	0.7 %	0,5 %
Shea et al (2006)	0.19-0.29%	0,36-0,47 %
Targarona et al (2008)	0.6 %	0,95 %
E.L.Hannan et al(2009)	Нет данных	5,2 %
Gentileschi et al (2004)	0,01-0,7 %	0,1- 1,1 %
Kaman et al (2006)	0,3 %	0,6 %

R. Martin, R. Rocci (2001), бо таҳлили омилҳои хатари оризаҳои ХЛ-ро бо 3-гурӯҳи хатарҳо ҷудо кардааст: 1- гурӯҳ анатомияи хатарнок;

2- гурӯҳ дарёфти хатарҳои патологӣ: 3- гурӯҳ ҷарроҳии хатарнок.

Мувофиқи фикрҳои И.В.Фёдоров (2010), ворид ба ковокии шикам яке аз марҳилаҳои хатарнок дар вақти амалиёти лапароскопӣ ба шумор рафта зиёда аз 3/4 оризаҳо дар вақти ворид намудани сӯзани Вериш ва троақорҳо ба амал меояд. Чи тавре ки ба нишондоди В. Sablanska ва Р. Litpe (2009) омилҳои асосии хатари пайдошавии осеби роҳҳои беруниҷигарӣ талхагузар дар вақти ХЛ ин вобаста аст бо газакгирии мавзеи талхадон ва пайвандаки гепатодуоденалӣ, фарбеҳӣ ва чамъшавии зиёди бофтаҳои насҷӣ ба ҳисоб меравад.

Ю-минг Динг (2017) қайд мекунад, ки барои ҷарроҳии лапароскопӣ, оиди тағйироти анатомии роҳҳои талхагузари беруниҷигарӣ бояд хуб шиносои дошта бошанд.

Крапивин Б.В ва муаллифон ҷудогона фаҳмонидани оризаҳои амалиёти лапароскопӣ, ки дар бар мегирад, оризаҳои хусусии хос барои амалиёти лапароскопӣ ва ҷудо намудани нофаҳмии анатомӣ бо технологияи ҳозиразамон.

Нофаҳмиҳои техникаи: - осеб додани маҷрои склерозшудаи талхадон, бисёр ва амиқ

ҷудокунӣ ҷойҳои талхадон беоқилона истифодаи энергияи термикӣ барои ҷудосозии бофтаҳои осеби кашишкунандаи маҷрои талхадон, беаҳдуд истифодаи клипсҳо барои манъ кардани хунравӣ; - истифодаи нодурустӣ техникаи ҷудосозии маҷрои умумии роҳҳои талхагузар (холедох).

Яке аз сабаби оризаҳо, ки дар вақти ХЛ ба амал меояд ин синдроми Мирризӣ ба ҳисоб меравад. Ин омил яке аз мушкilotи душворташхис ба ҳисоб меравад.

Муаллифон оризаҳоро ба ҷудо кардани тактиқӣ ва техникаи арзёбӣ мекунаманд. Оризаҳои тактиқӣ бо ҳулосаи ба ҳисоб нагирифтани усулҳои тактиқӣ вобаста ба нодурустӣ камтар дақиқ то амалиёти ХЛ меҳисобанд. Дар ҳолати дигар бошад ба зиёд баҳогузори имконияти ҷарроҳ ба технологияи лапароскопӣ беасос даст кашидан аз заҳкашгузори зерӣ ҷигар. Хатогии техникаи дар ҳолати дохилӣ ҷарроҳӣ вобаста ба риоя накардани техникаи ҷарроҳӣ:

А- нодуруст интихоби нуқтаи воридшаванда, нишондоди фишори дохилибатнӣ, намуди равшанидихӣ, осебҳо ва ҳолати нодурусти маҷмуи таҷҳизоти эндоҷарроҳӣ.

В- бетафтиши доимии ҷойгиршавии асбобҳо дар дохили ковокии шикам.

С- нодуруст ҷойгиршавии сохтори анатомии пайвандаки гепатодуоденалӣ дар вақ-

ти кашишѐбии амалиѐт. Нодуруст интихо-би сатҳи клипсгузори маҷрои талхагузар ва шараѐни талхадон.

Д- усули нодурусти берунсозии талхадон аз ковокии шикам.

Аз хулосабарории Д.Н.Панченков ва Л.А.Мамолигина, асоси сабабҳои осеби роҳҳои талхагузари беруниҷигарӣ ин вобастаги дорад бо ҳатогии ҷарроҳон бо сари вақт дарѐфт накардани сохторҳои анатомии найчаӣ дар ҳолати мушкӣ ва зиѐд худбаварӣ дар вақти ҷарроҳӣ. Яке аз оризаҳои дури баъди ҷарроҳӣ ин пайдошавии ҷурраи троакарии девораи пеши шикам мебошад, ки маълумоти ба вучуд омадани қиссашавии ҷурраҳои троакарӣ ба миѐн меояд, ки яке аз сабабҳои ин нопурра духтани апоневрози девораи пеши шикам дар бемориҳои гирифтори фарбеҳӣ мебошад.

Хунравии ҷойи троакарҳои воридшаванда ба ҳисоб меравад, асосаш ин ки дар вақти амалиѐт муайян нагаштани шараѐнҳои девораи пеши шикам. Таъба таҷрибаи бисѐри аз муаллифон дар вақти ХЛ мумкин аст ба ѐрии конверсия (гузариш) ба усули кушодаи анъанавӣ пешгири намудани ҳатогӣ.

Дар амалия пешниҳоди Г.П. Шорох, Н.В.Завада ҷудо кардани оризаҳо ба 3- гурӯҳ тавсия дода мешавад.

Синфи 1- оризаҳое, ки ҳатари бевосита ба ҳаѐти бемор таҳдид мерасонад, дар сураи сари вақт таҳхис ва амалиѐти тақрорӣ накардан.

Синфи 2- оризаҳое, ки таъсири бевосита ба рафти амалиѐт мерасонад.

Синфи 3- оризаҳое, ки тасаввури ҷиддӣ надоранд, ва осон бартараф мешаванд.

Айни замон аз оризаҳои муҳиме, ки табобати нокифоя доранд инҳо осебҳои найчаҳои беруниҷигарӣ ба ҳисоб мераванд, ки то -40% мерасад. Яке аз оризаҳои пешбар дар вақти ХЛ ин синдроми Мирризи ба ҳисоб меравад. Таҳлили шахсии натиҷаи таҳхис ва табобати пайомадҳои роҳҳои талхагузар муайян гардид, ки дар 66% беморон ҷунини оризаҳо дар соатҳои аввали марҳилаи ҷарроҳӣ муайян гардида шудааст. 18%- беморон дар вақти амалиѐт, 16%- зардшавии

пардаҳои луобӣ бо носурҳои талхавӣ ва 14%- билома ба назар мерасад.

Зарурати муайян гаштани аломатҳои ятрогенӣ якхела нест, таҳлили клиники оризаҳои дохилиҷарроҳӣ А.Нордин бо муаллифон 2011- нишон дод, ки дар марҳилаи барвақтии баъдиҷарроҳӣ нишонаҳои клиникӣ якхела намебошанд.

Масалан, рехтани талха ба ковокии шикам бедард мегузарад, дар бисѐр ҳолатҳо нишонаҳои номаълум ба монанди дамиши рӯдаҳо, дилбеҳузурӣ, қайқунӣ, табларза ва пайдошавии дардмандӣ дар шикам бояд ҳатман ҳушдор намояд духтурро. Агар сари вақт нишонаи оризаҳои дохилиҷарроҳии роҳҳои талхагузар муайян нагардад метавонад ба вучуд омадани билома, носурҳои талхавӣ, холангит ва норасогии узви ҳаѐтан муҳим оварда мерасонад.

Бо таҳлили гузаронидани В.В. Ходаков талхашорӣ дар марҳилаи барвақтии ҷарроҳӣ вобастагӣ дорад ба 4-сабабҳо:

1- Буридани клипс девораи маҷрои талхадон.

2- Нагузоштани клипс дар маҷрои иловагии роҳҳои талхагузар дар мавзѐи ҷойгаҳи талхадон (маҷрои иловагии Люшко).

3- Особ додан ба монанди захмдихӣ, бастан, некрози коагулятсионӣ ба маҷрои умумии талхадон.

4- Буридани девораи талхадон тавассути клипс.

Яке аз оризаҳои муҳим дар марҳилаи барвақтии ҷарроҳӣ ин пайдошавии зардшавӣ дар ҷашмон ва пардаҳои луобӣ ба ҳисоб меравад.

Бо якҷанд хулосабарорӣ, аз ҷумла А.Б. Тимошина ва муаллифон (1998) беморони бо оризаҳои тангшавии роҳҳои талхагузар баъди амалиѐти ХЛ характери хусусии худро доранд, инҳо пайдошавии зардпарма ё ин ки холангит ва пайдошавии носури талхавии беруна. Яке аз таҳхисҳои моҳиятан хуб барои муайян намудани тангшавии роҳҳои талхагузар: ултрасонография, КТ, холангиографияи ретроградӣ, холангиографияи тавассути пӯстӣ ба ҳисоб меравад. Оризаҳои вазнине, ки дар вақти холесистэктомия ба амал омада ин норасогии функсияи дилу рағҳо ва



системаи роҳҳои нафас, ки вобастагӣ дорад ба таъсири карбоксиперитонеум. Дар беморони синфи 1-2(тасниф бо ASA) дар зерфишори 12-14 мм.ст.сб. Беморони синфи 3-4 бошад омӯхтани натиҷаҳои ченакӣ фишори хун, ҳолати гардиши хун ҳатми бояд ба назар гирифта шавад.

Тромбоэмболияи шараёнӣ шуш низ яке аз оризаҳои хатарнок ба ҳисоб меравад, ки вобастагии зиҷ бо истифодаи гази карбон, ки бо ацидоз ва гиперкапния оварда мерасонад.

Дар шароити ҳозира проблемаи ХЛ, хеле мушкил ва нокифоя мемонад. Усулҳои ҷарроҳӣ дар вақти осеби роҳҳои талхагузар, ба хусу осеби омехта хеле мушкил буда то охир дақиқ ва номукамал мемонад. Осеби термикии ин кулан нав буда ва намуди то ҳол то охир наомӯхта ба ҳисоб меравад. Аз таҳлилҳои гузаронидаи Э.И.Галпернин - 2010 амалиётҳои барқарорсозии роҳҳои талхагузар истисноӣ имтиёзнокӣ мутахассисони баландпоя ба шумор меравад дар мувофиқа ба мутахассисони хориҷӣ. Бояд қайд кард, ки то 45-80% назорати барқароркунии таъхирӣ на камтар аз 24-соат бо гузоштани

анастомозӣ биллиодигестивӣ амалӣ карда шавад. Яке аз омилҳои Агаев бо муаллифони 2010- муваффақ шуданд барои барқароркунии осебҳои роҳҳои талхагузар ин муайян кардан ва бартараф намудани чунон осебҳо ба шумор меравад. Дар табobati беморон бо тангшавии роҳҳои талхагузар дар соҳаҳои охир ин усули васеъкунии яъне эндоскопӣ бо гузоштани стент васеъ истифода карда шавад.

Хулоса: 1-холесистэктомияи лапароскопӣ бинобар беҳтарин усул дар шароити ҳозира буданаш, ки барқароршавии баъдиҷарроҳӣ ба ҳисоб рафта аз оризаҳо дур набуда ва аз духтурони эндоҷарроҳ талаб карда мешавад, ки бояд ҳатман аввалан аз мактаби амалиёти кушодаи холесистэктомия гузаранд бо сабаби пасткунонии осеби роҳҳои талхагузар. 2- Сари вақт дар амалиёт муайянсозии осебҳои ба вучудомадаро бартараф намуда ва натиҷаи қаноатбахшро ба бор биёранд. 3- Риояи консепсияи беҳатар дар вақти ХЛ якҷанд маротиба оризаҳоро кам мегардонад, ки риояи ин усул бояд дар ҳамаи соҳаҳои эндоскопӣ роҳнамоӣ карда шавад.

Адабиёт

1. Аббасова С.Ф. Лапароскопическая холецистэктомия у больных старших возрастных групп. Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова- 2011.- №9-стр. 83-85
2. Ананко А.А. Современное состояние хирургии желчных путей в Германии- 2006.- Том. 54,- №4- стр.45-48
3. Антиперович О.Ф. Осложнения при лапароскопической холецистэктомии и их профилактика. Эндоскопическая хирургия – 2001.- №3, с. 26-28
4. Артемьева Н.Н. Лечение ятрогенных повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова- 2007.- 12- стр. 18-25
5. Балалыкин А.С. эндоскопическая абдоминальная хирургия. 1-ое издание, 1996-55 стр.
6. Бобырин А.В. Профилактика повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии: опыт 500- операций. 2000- Том -5. №2- стр. 98 .
7. Борисов А.Е. Интраоперационные повреждения желчных протоков / Борисов А.Е., Земляной В.П., Кубачев К.Г.// Анналы хир. Гепатологии.- 2000. Том 5. - №2, - стр. 98-99.
8. Вариант тактики при повреждении дополнительного печеночного протока после лапароскопической холецистэктомии / А. Н. Белоусов // Материалы Всероссийского научного форума “ Хирургия 2005”. М -2005- стр. 25-26.
9. Влияние карбоксиперитонеума и положения на операционном столе на гемостатический потенциал крови при лапароскопической холецистэктомии / Г.Т. Каиров // Эндоскопическая хирургия.- 2000. - №6- стр. 16-19.
10. Выбор хирургического лечения “трудного” желчного пузыря./ К.М. Курбонов// Анналы хирургической гепатологии- Москва, 2006- №3 – стр. 97-98.

11. Гадиев С.И. Хирургическое лечение ятрогенных повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков /С.И.Гадиев, Э.М.Курбанова// Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова.- 2011- №7- стр. 83-86
12. Гальперин Э.И. “свежие ” повреждения желчных протоков /Э.И. Гальперин, А.Ю. Чевокин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.-2010. - №10- стр. 4-10
13. Диагностика и лечение ранних билиарных осложнений после холецистэктомии / Н.А. Кузнецов// Хирургия. Журнал им. Пирогова Н.И..- 2011. №3- стр. 3-7
14. Классификация лапароскопической холецистэктомии по степени сложности /В.В. Звягинцев// эндоскопическая хирургия.- 2011. - №1,- стр. 12-15
15. Лапароскопическая холецистэктомия: возможные осложнения и профилактика / Хацко В.В // Украинский журнал хирургии.- 2012. – Том 19, №4,- с. 62-64

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И МЕТОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ. (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).

Курбонов Ч.М., Мусоев Д.А., Курбонов Ч.Ч., Салихов А.С.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино ”

В данной статье отражены причины, технические трудности и методы восстановления травм желчевыводящих путей, а также своевременное диагностирование осложнений во время операции при лапароскопической холецистэктомии. Причины которые могут возникнуть во время операции, при своев-

ременной диагностики и соблюдение концепции минимизации безопасной холецистэктомии во время операции по данным обзора литературы и авторов.

Ключевые слова: лапароскопия, холецистэктомия, концепция, минимизация.

CLINIC, DIAGNOSTIC AND SURGERY TREATMENT OF COMPLICATIONS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AND METHODS OF THEIR PREVENTION

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

Department of operative surgery and topographic anatomy SEI “Avicenna state medical University”

Relevance: this article the reasons, technical difficulties and methods of restoration of injuries of the biliary tract, as well as timely diagnosis of complications during operations with laparoscopic cholecystectomy. Causes that may occur during the operation, with timely

diagnostics and adherence to the minimization concept safe cholecystectomy during surgery according to review of literature and authors.

Key words: laparoscopy, cholecystectomy, minimization, concept.

Курбонов Чурабек Муминович – н.и.т., дотсент, мудири кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографияи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”.

Мусоев Диловар Аскарлович – ассистенти кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографияи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”.

Курбонов Чонибек Чурабекович - ординатори клиникии кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографияи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”.



Солехов Абдулло Сухробович – табиб- интернаи кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографияи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”.

Курбонов Чурабек Муминович – к.м.н., доцент, зав.кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”

Мусоев Диловар Аскарлович – ассистент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ “ ТГМУ имени Абуали ибни Сино”.

Курбонов Чонибек Чурабекович – клинический ординатор кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ ” ТГМУ имени Абуали ибни Сино”.

Салихов Абдулло Сухробович – врач-интерна кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ “ ТГМУ имени Абуали ибни Сино”.

Qurbonov J.M., Musoev D.A., Qurbonov J.J., Salikhov A.S. -Department of operative surgery and topographic anatomy SEI “Avicenna state medical University”

Qurbonov J.M- c.m.s., docent, head of the department of the operative surgery and topographic anatomy of SEI “Avicenna Tajik state medical University”.

Musoev D.A- assisstant of department of the operative surgery and topographic anatomy SEI “Avicenna Tajik state medical University”.

Qurbonov J.J- clinical resident of department of the operative surgery and topographic anatomy SEI “Avicenna Tajik state medical University”.

Salikhov A.S- intern doctor of department of the operative surgery and topographic anatomy SEI “Avicenna Tajik state medical University”.

НАҚШИ УСУЛҲОИ ИННОВАТСИОНӢ ДАР ТАБОБАТИ БЕМОРИИ ВАРИКОЗ

Солиев О.Ф.

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Н.У. Усманови
МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ”

Муҳиммият. Омӯзиши бемориҳои вари-
дии андомҳои поёни таърихи 3500-сола до-
рад, гарчанде бори нахуст дар бораи бемо-
риҳои варида (БВ) ва принсипҳои табоба-
ти он дар солҳои 1550- 1320 то эраи мо дар
папируси Эберса ба ҷашм мерасад [1, 2]. Яке
аз тасвирҳои қадимтарини амалии васеъша-
вии варикокози андомҳои поёни дар Акро-
пол (асри IV то эраи мо) мебошад, ки дар
он пойе тасвир гаштааст, ки дар он васеъ-
шавии варикокози варидаҳои морпеч дар да-
розои медиалӣ ва ё сатҳи он нишон дода
шудааст. Табиби ҷаҳони антиқа –Гиппок-
рат, ммукин аст, ки аввалин шахсе бошад,
ки дар бораи иртиботи бемориҳои варида
ва решҳои трофикии ҷароҳати пойҳо сухан
гуфтааст. Вай қайд мекунад, ки роҳгардии
дуруст ва компрессия барои зуд сӯхат шу-
дани ҷароҳат ва сабук гаштани нороҳатӣ
мусоидат мекунад [3]. Маълумотҳои дар даст
дорем, ки дар бораи ҷарроҳии системи
варида бахс мекунад (Миср, соли 270 то

э.н.) ва ҳангоми аломатҳои васеъшавии бар-
вакти варикокози зарурати нест ва захмбандӣ
кардани варидаҳо таъкид мекунад [4]. Дар
Рими қадим олим Селс муҳим будани захм-
бандӣ ва аз якдигар ҷудо кардани маҷрои
хун ва васеъшавии варикокози варидаҳо ва
дар асри дуум олими дигари маъруф Гален
бо истифода аз ҷангакҳои махсус таҳияшу-
да усули захмбандӣ кардан ва қанда ҷудо
кардани варидаҳо таҳия намудааст [5].

Асоси ин принсипҳо ва усулҳо дар асоси
технологияҳои муосир, ба монанди стрип-
пинг, захмбандӣ ва флебэктомия нухфта-
аст. Имрӯз табобати бемориҳои варида ин-
кишоф ёфта истодааст. Пайдо шудани тех-
нологияҳои каминвазивӣ, такмилёфта ва ул-
трамуосир аз нуктаи назари патогенетикӣ
барои зухур кардани равишҳои асосноки та-
бобати БВ мусоидат карданд.

Доираи васеи вариантҳои консервативӣ
ва ҳам инвазивии табобати бемориҳои муз-
мини варикокози мавҷуд аст. Мақади онҳо аз

байн бурдани звеноҳои патогенетикии пайдошавии беморӣ, бартараф намудани симптомҳо ва оризаҳо мебошад ва ғайр из ин ҳар яки онҳо бояд барои сиҳат шудани ҷароҳатҳои варидҳо мусоидат кунад. Тибқи маълумоти Ғоибоя А.Д. бо ҳаммуаллифон (соли 2016) васеъшавии варикозии таҳтипӯстии варидҳо дар 27,1% ҳолат бо тромбофлебит оризанок мегардад, ки дар 7,2 ҳолат ба системаи варидҳои амиқ гузашта, минбаъд шаклҳои вазнини бемориҳои музминии варикозиро (БМВ) ба вучуд меорад. Консепсияи асосии табобати ҷарроҳии БВ аз ба даст овардани ске ҳадафи асосӣ иборат аст [7]: нест кардани васеъшавии варикозии варидҳо, дар баробари бартараф кардани рефлюкс; ба даст овардани натиҷаи оптималии косметикӣ; ба ҳадди минимум расонидани миқдори оризаҳои имконпазир. Дар ихтиёри флеболг усулҳои хеле зиёд мавҷуд аст, гарчанде баъзе аз онҳо танҳо моли таърих шудаанд. Самтҳои асосии базавии табобати ҷарроҳии бемориҳои варикозии варидҳои андомҳои поёнӣ (БВВАП) аз қадим то имрӯз боқӣ мондаанд: стриппинг ва захмбандии вариди калони таҳтипӯстӣ флебектомияи облитератсияи эндовенозии варидҳо бо ҷарроҳии варидҳои перфорантӣ. То солҳои наздик нест кардани танаи вариди таҳтипӯстӣ «стандарти тиллоӣ»-и ҷарроҳии БВВАП ба ҳисоб мерафт. Аммо омӯзиши амиқтари хусусиятҳои анатомӣ-физиологӣ ва оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ тадриҷан ба даст кашидан аз он оварда расонид ва ё нест кардани танаи вариди калони таҳтипӯстӣ то сатҳи зону тавсия карда мешавад, то ин ки натиҷаи оптималӣ ба даст оварда ва проблемаҳои осеб دیدани асаби таҳтипӯстӣ ҳангоми стриппинг пешгирӣ карда шавад. Имрӯз бар ивази зондҳои буранд бештар аз техникаи PIN stripping истифода мешавад, ки дар он вариди зерипӯстӣ дар шакли чапа гардонидашуда «чӯроби дароз»), бо ёрии зондҳои махсус нест карда мешавад. Чунин усули ҷарроҳӣ боиси камтар осеб расонидан ба бофтаҳои назди рағҳо мегардад [7].

Муҳолифони стриппинги классикӣ ва захмбандии ВКТП (вариди калони таҳтипӯстӣ) ба зиёд шудани шиддатнокии дарди пас аз

ҷарроҳӣ, пайдо шудани доғҳои кабуд ва дуру дароз давом кардани сиҳатшавӣ ишора мекунанд, ки ба паст шудани нишондодҳои сиҳати ҳаёт оварда мерасонад. Ғайр аз ин, баъзан пайдо шудани неоваскуляризатсия, махсусан дар қадкашак аз кроссэктомия вобаста аст, ки метавонад эҳтимоли ба вучуд омадани ретсидивҳоро зиёд кунад [8,9]. Тағйиротҳои варикозии мавҷуд будани норасоии клапанҳо дар ҳавзаи варидҳои хурд ва калони зерипӯстӣ дар 70-75%-и беморони дорои БМВ ба назар мерасад.

Мавҷуд будани дефектҳои косметикӣ ва вайрон шудани маҷрои хуни вариди нишондиханда барои табобати ҷарроҳии ин беморӣ ба ҳисоб меравад. Ду намуди ҷарроҳиро ҷудо мекунанд- кушода ва эндоваскулярӣ. Имрӯзҳо ҳангоми амалиёти ҷарроҳии васеъшавии варикозии аввалияи варидҳои таҳтипӯстии андомҳои поёнӣ асосан облитератсияи эндовенозии лазерӣ (ОЭВЛ) ва аблатсияи мавҷҳои радиой (РЧА) истифода мешаванд. Ин бинобар осебрасонии ками ҷарроҳӣ ва таъсири хуби косметикӣ, кам давом кардани корношоямии пасазҷарроҳӣ ва кам шудани ҳарочоти молиявӣ барои табобат қобили қабул шудааст.

Аммо, мутаассифона, истифодаи ин намуди ҷарроҳӣҳо дар клиникаҳои зиёд ҳанӯз маҳдуд аст. Аз тарафи дигар, дар мамолики инкишофёфта ин услҳо тақрибан дар 90%-и ҳолатҳо истифода мешаванд [10]. Мувофиқи маълумотҳои охирин РЧА, ЭВЛО ва намуҳои гуногуни склеротерапияи кафкӣ бартарӣ доранд, ки натиҷаи онҳо аз усулҳои анъанавии ҷарроҳӣ бад нест. Онҳоро метавон дар шароити амбулаторӣ бо нигоҳ доштани қобилияти кори бемор ва таъсири қаноатбахши косметикӣ анҷом дод [11, 12]. Принципиҳои асосии табобати ҷарроҳии БВ дар ибтидои асри XX аз тарафи олимони бузург О. Маделунг (1884), В. Бебкокк, Ф. Тренделенбург (1890), В. Келлер (1905), А. Троянов (1910), Д. Хоманс (1916) пешниҳод карда шудаанд. Ин донишмандон сабаби асосии БВВАП –ро рефлюкси даҳонаи сафенофеморалӣ медонистанд ва роҳи нест кардани онро дар захмбандӣ кардан ва бурида гирифтани шохаҳо ва худӣ танаи



ВТПК дар ҳамин сатҳ медиданд. Ин чарроҳӣ минбаъд номи «кроссэктомия»-ро [13] гирифт. Дар тӯли асри XX кроссэктомия ва нест кардани танаи ВТПА бо зонди Бебкокк дар якҷоягӣ бо усулҳои гуногуни нест кардани шохаҳо ва захмбандии перфорантии варидҳо стандарти табобати чарроҳии ин беморӣ буданд. Ин чарроҳӣ самаранок аст, аммо осебрасон мебошад, баъзан ба рағҳои лимфатикӣ ва асабҳои пӯст осеб мерасонад, барқароршавии қобиляти қори бемор дер давом мекунад, эҳтимоли ретсидив то 30-60% мерасад. Аммо дар давраи пас аз чарроҳӣ истифода кардани УЗДАС микдори ретсидивхоро кам кард [14, 15]. Дар 20 соли охир бо татбиқ намудани усулҳои эндовенозӣ дар табобати чарроҳии ин беморӣ таҳаввулот ба амал омад [16]. Яке аз ин самтҳо аз бартарафсозии варидҳои ба таври варикозӣ тағйирёфта склеротерапия шуд. Ҳанӯз солҳои 1845-1851 F. Rynd ва C. Pravaz сӯзандоруро кашф карда буданд ва ба таври мақсаднок ба варидҳои варикозӣ маҳлули оҳани якунимхлордорро тазриқ мекарданд. Аммо натиҷаҳо ғайри қаноатбахш буданд, ки сабаби даст кашидан аз ин усул шуд [17, 18]. Дар охири асри гузашта чарроҳи рағҳо олими испанӣ Х. Cabrega ва чарроҳи франсузӣ А. Monfreux якҷоя блоки ҳавоиро барои склерозант дар шакли кафк пешниҳод карданд. Барои тайёр кардани кафкҳои ғализаташон кам онҳо сӯзандорҳои шишагӣ ва тампонҳои стерилро истифода карданд. Марҳалаи нави склеротерапияи кафкӣ бо номи олими итолӣ L. Tessari алоқаманд аст, ки усули соддаи сохтани кафкро бо ёрии ду сӯзандоруи дорои чумаки сероҳа пешниҳод намуд, ки кафки сифати олиро ҳосил мекард [19]. Самаранокӣ склеротерапияи кафкӣ аз склеротерапияи анъанавӣ (шаклимосеъ) 4 маротиба баланд аст. Склеротерапияи кафкӣ имконият медиҳад, кина танҳо варидҳо, балки танаи варида тахтипӯстӣ ва варидҳои перфорантӣ низ баста шаванд. Вай усули амбулаторӣ ба ҳисоб меравад ва бистарӣ шудани бемор зарур нест, ин барои бемор арзон аст. Дар нимаи дууми асри XX табиби олмонӣ Р. Мюллер усули минифлебэктомия аз мини-

бурришҳо дар шароити амбулаториро пешниҳод кард. Баъдан З. Варади (1977) усули ба ҳамин монанди несткунии васеъшавии варикозии аввалияи варидҳои тахтипӯстӣ ро бо роҳи халонидани чангакҳои маҳсус (чангаки Варади) пешниҳод намуд. Ин усулро ҳангоми ҳама намудҳои васеъшавии варикозии аввалияи варидҳои тахтипӯстӣ истифода кард, вай назар ба флебэктомия осебрасонии кам ва сифати хубтари косметикӣ дорад [22, 23]. Бо гузашти замон ин усули паҳншуда дар Европа ва Россия бинобар содда будани анестезияи мавзӣ маълуму маъруф гашт [24]. Ин усул ба нашри таҳқиқоти Р. Pittaluga et al илман асоснок карда шуд [25].

Бо назардошти назарияи пешниҳодшуда усули модернизатсияшудаи табобати ВВВАП таҳия карда шуд. Вай аз иҷро кардани минифлебэктомияи маҷроҳои варикозӣ бидуни нест кардани танаи варидҳои тахтипӯстӣ бо анестезияи мавзӣ иборат аст: ин усул дар адабиётҳои илмӣ хориҷӣ бо номи ASVAL (Ablation Selective des Varices sous Anesthesie Locale) маълум аст [25,26]. Самти дигар усулизахмбандии назди даҳонаи танаи корношоями БПВ ва маҷроҳои он – CHIVA (Conservatrice Неймодинамике de l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire) аст [27]. Ин усул низ аз камбудӣ ҳолӣ нест, аз ҷумла тромбозҳои боқимондаи варидҳо аз оризаҳо ва зарурати зуд-зудтакрор кардани амалиётҳои чарроҳӣ. Тавре ки дар боло қайд карда шуд, инкишофи минбаъдаи технологияҳои тиббӣ ба самти нави табобати ВВВАП оварда расонид.

Мувофиқи маълумоти Vuylsteke ME, Mordon SR таҷрибаи аввалини истифодаи бомуваффақонаи ЭВЛО (лазери диодӣ бо маҷи дарозии 810 нм) ба чарроҳи испанӣ тааллуқ дорад С. Bone [28]. Дар Тоҷикистон аввалин таҳқиқотҳои илмӣ оид ба омӯзиши самаранокӣ ЭВЛО дар табобати БВ тахти роҳбарии профессор Ғоибов А.Д. анҷом дода шудаанд [29], онҳо самаранокӣ баланди ин усулро қайд кардаанд. ЭВЛО бо шарофати самаранокӣ баланд ва каминвазивӣ буданаш ба таври васеъ паҳн шудааст [30,31]. Ин усул низ аз камбудӣ ҳолӣ набуд.

Қайд шудааст, ки дар беморон дар давраи пас аз чарроҳӣ дардҳои возеҳ ба мушоҳида расид, ки ба қобилияти гузаронандагима-вҷҳои кӯтоҳи нурафканӣ (810; 940; 980 нм) алоқаманд ҳастанд. Дар соли 2005 маълумот ба даст овардашуд, ки ҳангоми истифода кардани ЭВЛО бо дарозии мавҷи 1320 нм миқдори оиризаҳо кам шудааст [30]. Ин ба пайдо шудани намудҳо «обҷаббанда»-и нурафкании лазерии дастгоҳи дарозии мавҷаш 1470 ва 1560 нм оварда мерасонад [32, 33]. Дар технологияҳои аввалини лазерӣ равшанибари намуди гулачашакл истифода мешуд [34]. Норасоии асосии онҳо таъсиррасоии номутаносиби нури лазерӣ ба девораи варид, хатари сар задани перфоратсия, дар два гематома дар ҳучайрабифти паравазали буд [35]. Ихтироъ шудани намуди нави рушноибарҳо бо эмиссияи радиалии нурафкании лазерӣ (технологияи ELVeS Radial)-нуре, ки то 360€ -и даври катетер таъсир мерасонад, ин мушкилиро ҳал кард. Hamann SAS et al (2019) ҳангоми муқоиса бо натиҷаҳои РЧА ва ЭВЛО бартарию усули дуҷумро нишон дод. Муаллифон муайян карданд, ки пас аз як соли баъди дар 19,7% бемор реканализатсияи варидҳои маҳкамшуда ба амал омад. Ҳангоми ЭВЛО ин фоизи варидҳои маҳкамшуда ба 92% [37] расид. Ин маълумотҳо нишон медиҳанд, ки ЭВЛО усули нисбатан самараноктари табобати БВ мебошад ва мумкин аст, ки алтернативаи флебэктомияи анъанавӣ гардад. Омӯзиши дигари муқоисавии натиҷаҳои истифодаи ЭВЛО ва РЧА нишон дод, ки дар давраи дур низ натиҷаҳои беҳтарин ҳангоми истифодаи ЭВЛО ба даст омадаанд [38].

Тавре ки Flessenkemper I et al (2014) ишора мекунад, истифодаи якҷояи ЭВЛО ва минифлебэктомия назар ба бидуни комбинатсия истифода намуданашон самараноктар аст [39]. Иммуризиҳо дар табобати БВ бозду намуди технологияи эндовазали таҳқиқ мешавад, ки дар ин бора натиҷаҳои пешакӣ нашр шудаанд [40]. Инҳо ба номи НТНТ-облитератсия (Non-Thermal Non-Tumescent, NTNT) маълуманд. Ин ду усул дорои сатҳи пасти дард ҳангоми чарроҳӣ ва дар давраи пас аз чарроҳӣ мебошанд [40]. Яке аз усу-

лҳои нави табобати БВ облитератсияи ме-ханохимиявӣ – ClariVein аст, ки принсипи он аз осеб دیدани эндотелия дар натиҷаи давр задани катетером бо ҳамзамон ба варид ворид намудани доруи склерозӣ ё ширеши тиббӣ ба амал меояд [41]. Дар ин маврид самаранокӣи варидҳои варикозӣ баъди 1 сол 91-95%, баъди 3 сол – 87%-ро ташкил дод. Методикаи дуҷум аз ворид намудани ширеши махсус бо ёрии катетер ба тамоми дарозии варид иборат аст. Дар давраи пас аз чарроҳӣ зарурати истифодаи анестезияи туместсентӣ ва компрессияи эластикмавҷуд нест. Иттилоъ бодода мешавад, ки облитератсияи варидҳо пас аз як сол дар 92% ҳалат ба мушоҳида мерасад, аммо дар 15-20% ҳолат тромбофлебит пайдо мешавад [41]. Камбудии дигари ин методика баланд будани нархи ширеш аст. Натиҷаҳои ниҳонии таҳқиқотсамаранокӣ талабот ба ин усулӣ-табобати БВ-ро нишон медиҳад.

Ҳамин тавр, усули эндовазали дар амалияи флебологӣ мавқеи устувор дорад ва бо як принсипи умумӣ муттаҳид шудаанд: иваз кардани равиши анъанавии чарроҳӣ ба эндовазали. Протседура таҳти назорати УЗДАС гузаронида мешавад. Ба ҷойи нест кардани танаи осебдида ба таври пунксионӣ дар он катетер ё дар тамоми дарозии он рашанибар бар гузошта шуда, баъдан маҳкам карда мешавад. Неоваскуляризатсия ба флебэктомияи омехтаи стандартӣ хос аст, ки ибобабҳои вайрон шудани ихтилоли маҷрои хун дар коллатералҳои солим дар самти варидҳои амиқ, пайдо шудани гематома ва активатсияи омили эндотелиали рағона шудааст [8]. Дар ин маврид ноустувории варидҳо дар минтақаи кроссэктомия ба назар мерасад. Натиҷаи ин тибқи маълумоти УЗДАС ретсидиви варикоз пас аз 4 сол дар 25%-и беморон аст, [9]. Ҳангоми иҷро кардани флебэктомияи анъанавӣ бештар оризаҳои тромбоэмболикии варида دیدан мешаванд, ки ба оқибатҳои марғовар мерасонанд [42]. Бояд зикр кард, ки мақсади ҳама намудҳои амалиётҳои чарроҳии БВ аз бар-тараф кардани рефлюксҳои вертикалӣ ва горизонталӣ ибобат аст ва ин мақсад баъди гузашти даҳсолаҳо тағйир наёфтааст, танҳо



дастгоҳҳо ва шароити баин мақсад расидан тағйи дода шуда буд.

Хамин тавр, таҳлили сарчашмаҳои илмӣ нишон медиҳанд, ки БВ дар байни аҳолии калонсолони кишварҳои дунё, аз ҷумла дар кишвари мо ба таври васеъ паҳн шудааст. Гарчанде этиологияи БВ то имрӯз муқаррар карда нашудааст, ба ҳар ҳол, бисёромил ва бисёрмарказ будани онро муҳаққиқони зиёде дар ғушаву канори гуногуни дунё тасдиқ кардаанд.

Вобаста ба табобати БВ тамоюл ба нисбатан васеътар татбиқ шудани технологияҳои нав, ба монанди склеротерапия, термикӣ (эндовазалий, лазерӣ ва мавҷи радиой), инсидоди варидҳои варикозӣ, флебэктомияи миниинвазивӣ ва комбинатсияи онҳо ба назар мерасанд.

Дар байни онҳо маъруфияти бештарро усули ЭВЛО касб кардааст, ки аз тарфи оли-

мону мутахассисони маъруфи муосир ҳамчун усули миниинвазивӣ ва усули самаранокӣ табобати БВ эътироф шудааст. Ҳангоми истифода кардани ин усул натиҷаи асосии самаранокӣ-бартраф кардани рефлюкси вертикалӣ дар танайи вариди калони зерипӯстӣ ва манъкардани ҷараёни хун дар он ба даст оварда мешавад. Дар айни замон, истифодаи маҳдуди ЭВЛО бо он сабаб нокифоя аст, ки варидҳои маҷроӣ хунашон пур печу тоби соқ вар он боқӣ мемонанд. Барои хамин ҳамякҷоя кардани он бо минифлебэктомия самаранокӣ хуб меदिҳад, дар ниҳоят ҷиҳатҳои косметикӣ ва эстетикӣ ҷарроҳиро баланд мебардорад. Бартариҳои дигар, бешубҳа, арзон будан ва ҳеле кӯтоҳ кардани муҳлати бистарикунонӣ, ҳамчунин иҷро кардани амалиёти ҷарроҳӣ дар шароити амбулаторӣ ба ҳисоб меравад.

Адабиёт

1. Bootun R. Long-term follow-up for different varicose vein therapies: is surgery still the best? / R.Bootun, A.H. Davies //Phlebology. – 2016. – V. 31. – №. 1_suppl. – P. 125-129.
2. Небылицин Ю.С. История развития флебологии (часть i) /Ю.С. Небылицин, А.А.Назарук // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. –2017. № 2. –С.
3. van den Bremer J. Historical overview of varicose vein surgery. / J .van den Bremer, F.L.Moll //Ann Vasc Surg. –2010. –V.24, №3. –P.426-432
4. Davies A. H. Management of Chronic Venous Disease: Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS) / A.H. Davies //European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. – 2016. – V. 51. – №. 1. – P. 156.
5. Pitsch F. VEIN CONSULT Program: interim results from the first 70 000 screened patients in 13 countries / F.Pitsch //Phlebolymphology. – 2012. –V. 19. – №. 3. – P. 132-137.
6. Важнейшие аспекты диагностики и лечения острого варикотромбофлебита / А.Гаибов Д. [и др.] //Вестник Авиценны. – 2016. – №3. –С:95-103.
7. Куликова А. Н. Эволюция хирургических и эндовазальных методов коррекции стволового венозного рефлюкса у больных с варикозной болезнью нижних конечностей / А. Н. Куликова, Д. Р.Гафурова // Клиническая медицина. – 2013. – Т. 91, №. 7. – С.13-17
8. Pathogenesis and etiology of recurrent varicose veins / M. Brake [et al.] //Journal of Vascular Surgery. – 2013. – V. 57. – №. 3. – P. 860-868.
9. Theivacumar N. S. Neovascularisation and recurrence 2 years after varicose vein treatment for sapheno-femoral and great saphenous vein reflux: a comparison of surgery and endovenous laser ablation / N. S.Theivacumar, R.Darwood, M. J. Gough //European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. – 2009. – V. 38. – №. 2. – P. 203-207.
10. Сравнительный анализ результатов лечения варикозной болезни вен нижних конечностей методом эндовенозной лазерной облитерации с использованием радиального световода и традиционной флебэктомии[Текст]/М.А.Париков [и др.]//Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. —2014. №1-2. —С.12-15

11. Беленцов СМ. Сравнение эффективности радиочастотной облитерации и эхоконтролируемой пенной склеротерапии магистральных подкожных вен при лечении варикозной болезни. / С.М. Беленцов //Флебология. —2011; —Т.5,№ 1. —С.15-7.
12. Калмыков Е. Л.Эндовазальная лазерная коагуляция в лечении варикозной болезни/ Е. Л.Калмыков, А. Д.Гаибов, М.С. Инояттов // Новости хирургии. — 2013. №5. —С.91-100.
13. Crosectomna alta sin secciyn vascular frente a safenectomna clбsica. Ensayo clнnico aleatorizado: anбlisis de la recidiva varicosa / I.Cacizares Dнaz [et al.]//Anales del Sistema Sanitario de Navarra. — Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 2013. — V. 36. — №. 3. — P. 419-427.
14. Садриев ОН, Калмыков ЕЛ, Гаибов АД, Инояттов МС. Рецидив варикозной болезни после флебэктомии. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2016;24(1):86-90.
15. Editor's choice – management of chronic venous disease: clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). / C. Wittens [et all.] //Eur J Vasc Endovasc Surg —2015. —V.49, № 3. —P. 678–737
16. Gloviczki P, Handbook of venous and lymphatic disorders: guidelines of the American Venous forum, fourth edition. 4th ed. London:/ P.Gloviczki // CRC Press –2017.p-745
17. European guidelines for sclerotherapy in chronic venous disorders / E.Rabe [et al.] // Phlebology. — 2014. — V. 29. — №. 6. — P. 338-354.
18. Kotb M. M. Foam treatment for varicose veins; efficacy and safety / M. M. Kotb, H. K.Shakiban, A. F. Sawaby //Alexandria journal of medicine. — 2013. — V. 49, № 3. — P. 249-253..
19. Cavezzi, A. Complications of foam sclerotherapy/ A.Cavezzi, K. Parsi//Phlebology. — 2012. —V. 27, № 1. — P. 46–51.
20. Миниинвазивные стационарзамещающие технологии в лечении осложненных форм хронических заболеваний вен / Ю. М. Стойко [и др] //Флебология. — 2017. — Т. 11. — №. 3. — С. 170-175.
21. Ultrasound-guided foam sclerotherapy is a safe and clinically effective treatment for superficial venous reflux / A. W. Bradbury [et al.] //Journal of vascular surgery. — 2010. — V. 52. — №. 4. — P. 939-945.
22. Pittaluga P. Persistent incompetent truncal veins should not be treated immediately. / P. Pittaluga, S.Chastanet //Phlebology. — 2015. —V. 30, —P. 98-106.
23. Фокин, А. А. Изолированная ликвидация вертикального рефлюкса по магистральным подкожным венам: судьба оставленных притоков / А.А.Фокин, Д.А. Борсук //Флебология. — 2019. — Т. 13. — №. 1. — С. 28-35.
24. ASVAL-новый метод лечения пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей/ А.А. Смирнов [и др.] //Acta Biomedica Scientifica. — 2017. — Т. 2. — №. 2.. — С.48-9.
25. Pittaluga P. Treatment of varicose veins by ASVAL: results at 10 years. / P. Pittaluga, S.Chastanet //Ann Vasc Surg. —2017. —V.38, № 10. —P.
26. Short-term results of isolated phlebectomy with preservation of incompetent great saphenous vein (ASVAL procedure) in primary varicose veins disease./ I.Zolotukhin [et all.]// Phlebology: The Journal of Venous Disease. — 2017. — V.32, № 9. —P. 601-607.
27. CHIVA—A prospective study of a vein sparing technique for the management of varicose vein disease / M.Zmudzinski [et al.] //The American Journal of Surgery. — 2017. —V. 213. — №. 5. — P. 967-969.
28. Vuylsteke, M.E., Endovenous laser ablation: a review of mechanisms of action / M. E.Vuylsteke, S.R. Mordon //Annals of vascular surgery. — 2012. — V. 26. — №. 3. — P. 424-433.
29. Гаибов, А.Д. Первый опыт применения эндовазальной лазерной коагуляции при лечении варикозной болезни в Таджикистане / А.Д. Гаибов., Е. Л.Калмыков, М.С. Инояттов //Вестник Авиценны. — 2013. — №. 2 (55). —С.12.
30. Pannier, F. First results with a new 1470-nm diode laser for endovenous ablation of



incompetent saphenous veins / F. Pannier, E. Rabe, U. Maurins // *Phlebology*. – 2009. – V. 24. – №. 1. – P. 26-30.

31. Бокерия Л.А. Оптимизация хирургического лечения больных с варикозной болезнью нижних конечностей. / Л.А. Бокерия, М.В. Михайличенко, В. Коваленко // *Российский медицинский журнал*. – 2015. №1. – С. 10-4.

32. Выбор оптимальных параметров излучения 1470 нм для эндовенозной лазерной облитерации / Ю.Л. Шевченко [и др.] // *Флебология*. – 2013. – Т. 7. – №. 4. – С. 18-24..

33. Выбор оптимальных параметров излучения 1470 нм для эндовенозной лазерной облитерации / Ю.Л. Шевченко [и др.] // *Флебология*. – 2013. – Т. 7. – №. 4. – С. 18-24.

34. Three-year European follow-up of endovenous radiofrequency-powered segmental thermal ablation of the great saphenous vein with or without treatment of calf varicosities. / T.M. Proebstle [et al.] // *J. Vasc. Surg.* – 2011. – V. 54, № 1. – P. 146-52.

35. Endovenous laser ablation of the great saphenous vein using a bare fibre versus a tulip fibre: a randomised clinical trial / M.E. Vuytsteke [et al.] // *European journal of vascular and endovascular surgery*. – 2012. – V. 44. – №. 6. – P. 587-592.

36. Endovenous laser ablation of varicose veins with the 1470 nm diode laser using a radial fiber – 1-year follow-up. / E. Von Hodenberg [et al.] // *Phlebology*. – 2013. – V. 11, № 29. – P. 23-7

37. Randomized clinical trial of endovenous laser ablation versus direct and indirect radiofrequency ablation for the treatment of great saphenous varicose veins / S.A.S. Hamann [et al.] // *Journal of British Surgery*. – 2019. – V. 106. – №. 8. – P. 998-1004.

38. A comparison of 1,470-nm endovenous laser ablation and radiofrequency ablation in the treatment of great saphenous veins 10 mm or more in size / B. Mese [et al.] // *Annals of vascular surgery*. – 2015. – V. 29. – №. 7. – P. 1368-1372.

39. Endovenous laser ablation with and without high ligation compared to high ligation and stripping for treatment of great saphenous varicose veins: results of a multicentre randomised controlled trial with up to 6 years follow-up / I. Flessenkamp [et al.] // *Phlebology*. – 2016. – V. 31. – №. 1. – P. 23-33.

40. Bootun, R. The advent of non-thermal, non-tumescent techniques for treatment of varicose veins / R. Bootun., T. R. A Lane., A. H. Davies // *Phlebology*. – 2016. – V. 31. – №. 1. – P. 5-14.

41. Mechanochemical endovenous ablation of saphenous veins using the ClariVein: a systematic review / M.E. Witte [et al.] // *Phlebology*. – 2017. – V. 32. – №. 10. – P. 649-657.

42. Статкевич ТВ, Патеюк ИВ, Балыш ЕМ, Ильина ТВ, Демидович ДВ, Янукович АС, и др. Лечение массивной тромбоэмболии лёгочной артерии на современном этапе. / Т.В. Статкевич [и др.] // *Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски*. – 2017. – Т. 1, № 1, – С. 46-51.

РОЛЬ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Солиев О.Ф.

Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино”

Обзор литературы посвящён современным принципам хирургического лечения варикозного расширения вен нижних конечностей. В последние годы в лечении варикозной болезни стали чаще применять новые термические катетерные способы, ко-

торые демонстрируют свои преимущества и высокую эффективность. Анализ литературы показывает, что применение лазера длиной волны 1470 нм с радиальным типом световодов обладает наибольшим коагулирующим эффектом по сравнению с други-



ми типами лазера. Авторы статьи подробно освещают методику эндовенозной лазерной облитерации, показав её преимущества перед другими методами, а также её роль и место в комплексном лечении больных ва-

рикозной болезнью.

Ключевые слова: варикозная болезнь, склеротерапия, эндовенозная лазерная облитерация, минифлебэктомия. ASVAL. CHIVA.

THE ROLE OF INNOVATIVE METHODS IN THE TREATMENT OF VARICOSE DISEASE

Солиев О.Ф.

SEI “Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino”, Department of Surgical Diseases №2 named after Academician N.U. Usmanov

The literature review is devoted to modern principles of surgical treatment of varicose veins of the lower extremities. In recent years, in the treatment of varicose veins, new thermal catheter methods have become more often used, which demonstrate their advantages and high efficiency. An analysis of the literature shows that the use of a laser with a wavelength of 1470 nm with a radial type of light guides has the greatest

coagulating effect compared to other types of laser. The authors of the article cover in detail the technique of endovenous laser ablation, showing its advantages over other methods, as well as its role and place in the complex treatment of patients with varicose veins.

Key words: varicose disease, sclerotherapy, endovenous laser obliteration, miniphlebectomy. ASVAL. CHIVA.

Солиев О.Ф. Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Н.У. Усманови МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”; тел. 988 74 80 04, ml. Saliyev_2019@bk.ru.

Солиев О.Ф. – ассистент кафедры хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино”: тел. 988 74 80 04, ml. Saliyev_2019@bk.ru.

Saliyev Soliyev O.F. – Assistant of the Department of Surgical Diseases №2 named after Academician N.U. Usmanov, Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino: tel. 988 74 80 04, E-mail. Saliyev_2019@bk.ru.



ҒАЙРИТИББӢ

ТАСНИФИ ФУНКЦИОНАЛИИ НЕЙРОПЕПТИДИ СЕЛАНК ДАР РАФТОРИ САНГПУШТИ ДАШТӢ

Г. Н. Азимова

Кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетикаи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, Донишгоҳи миллии Тоҷикистон.

Муҳимият. Маълумотҳои тадқиқотҳои солҳои охир аз он шаҳодат медиҳанд, ки таркиби маводҳои синтезшуда аналози ҳормони (АКТГ -10) ва ҳосилаҳои таортсин-селанк [Thr – jys – Pro – Azg – Arg – Pro – Gly – Pro] ба ҳисоб мераванд, ки ба функсияи когнитивӣ ва мнестикӣ майнаи сар таъсири мусбат мерасонанд, инчунин қобилият доранд, ки устувории қатъӣ ва мувофиқати комили рафтори мутобиқшавандаро баланд бардоранд. Дар тадқиқотҳои клиникӣ самаранокии баланди онҳо барои табobati бемориҳои гуногун нишон дода шудааст.

Маълум аст, ки нақши аввалиндараҷа дар ташаккули реаксияҳои интегративии гуногуни организм, пеш аз ҳама рафтор, қатъиятнокии – муассирӣ ва ҷойгиршавии фазои ҷисмӣ ба унсурҳои асосии системаи лимбикӣ – гиппокамп ва амигдал бурда мешавад. Таъсири майдонҳои CA_1 гиппокампи дорсалӣ, ки дар ҳосил кардани хотираи маконӣ дар ҳайвонҳо ва фаъолияти ғизоӣ иштирок меkunанд, алоқаҳои вазифавии ионӣ бо вазифаи ядроҳои базолатералии амигдал дорад.

Мақсади тадқиқот: Маълумот оид ба иштироки нейрорептиди селанкан дар рафтори намояндагони хазандаҳо, аз ҷумла сангпушти даштӣ то айни замон дар адабиёт вонамеҳӯрад, ҳолати функционалии он, ки дар ҳоли омӯзиш мебошад, нокифоя омӯхта шудааст. Аз гуфтаҳои боло бармеояд, ки тадқиқоти таъсири ин пептид ба рафтори хазандаҳо муҳим ва актуалӣ ба шумор меравад.

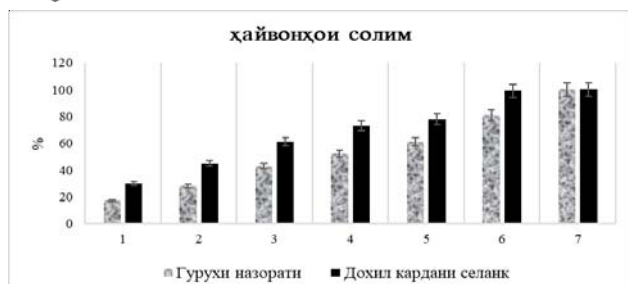
Мавод ва усулҳои тадқиқот. Барои таҳлили таъсири селанк ба коркарди рефлексӣ шартӣ ғизоҳаракатдиханда дар сангпуштон камераи таҷрибавӣ аз 2 буриш иборат буда: буриши хурди ибтидоӣ, ки дар он лампаҳои ҳаяҷоновари шартӣ ва буриши калони қорӣ, ки дар он майдонча бо охурак ҷой-

гир буд, истифода гардид. Байни камераҳо пардачаи ҳаракатовар ҷой дошт. Ҷонварҳои аз ғизо маҳрумшударо дар буриши ибтидоӣ ҷойгир намудем.

Баъди 2-3 дақиқаи ҷойгир шудан пардача-ро кушедем, то бо сигнали шартӣ афрӯзиш ҳайвонҳо ба охурак майл кунанд. Барои таҳлил бо воситаи таймер - хронометр вақти тохти ҷонварон аз буриши ибтидоӣ то истеъмоли ғизо аз охурак ва миқдори ҷавобҳои дуруст дар 1 рӯзи таҷрибавӣ қайд шуд. Ба сифати меъёри коркарди рефлекс тақрибан 75-80% ҷавобҳои дуруст аз маҷмуи ҷавобҳои нишондодашуда интихоб гардид. Баъди коркард ва мустаҳкам гардидани рефлексҳои шартӣ мусбату манфӣ ба ҳайвонот маҳлули пептиди селанк дохилибинигӣ бо вояи 200мкг/кг дар муддати 15 дақиқа то пайдоиши ангезандаи шартӣ (равшанӣ) ворид карда шуд ва механизми таъсири он ҳангоми вайроншавии дутарафаи сохтори лимбикӣ майна бо роҳи гузаронидани ҷараёни доимӣ барои қишри медиадорсалӣ муқаррар гардид. Баҳодиҳии дараҷаи вайроншавии қисматҳои тадқиқшавандаи майна бо заррабини рӯшноӣ бо рангкунии буришҳои фронталии майна бо методи Ниссл омӯхта шуд. Коркарди омории натиҷаҳои ба даст омада таҳти t-меъёри Стюдент ва анализи дисперсионӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи он. Таъсири селанк ба коркарди рефлексҳои шартӣ – ғизоҳаракатдиханда дар сангпуштон баъди вайрон шудани сохторҳои лимбикӣ майна сар.

Натиҷаҳои таҷриба нишон доданд, ки дар 6-ум рӯзи омӯзиш ҳосилшавии рефлексҳои шартӣ – ғизоҳаракатдиханда (РШҒ) дар ҳайвоноти зерин назорат буда дида шуд, ки ин 83,3%-ро ташкил меод. Устуворшавии пайдоиши реаксияҳои рефлексӣ дар 10-12 рӯзи таҷриба мушоҳида мешавад.



Расми 1. Суръати ташаккул ёфтани рефлексҳои шартии ғизоӣ дар гуруҳҳои назоратӣ бо ворид кардани селанки Б, С, ки қишри медиодорсалиро вайрон мекунад.

Гуруҳи назоратӣ

Доҳил кардани селанк

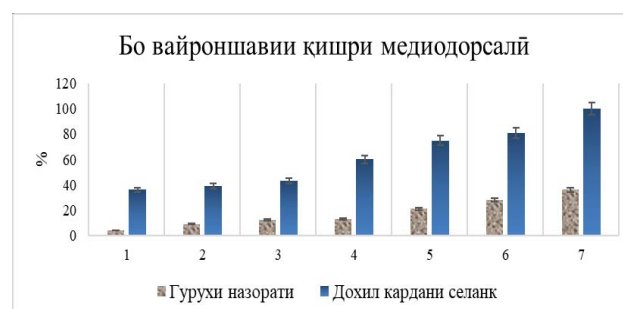
Дар меҳвари ординатӣ ғоизи дурусти зоҳиршавӣ

Дар меҳвари абсисс нисбатан ба гуруҳи назоратӣ $p < 0,01$ баробар аст

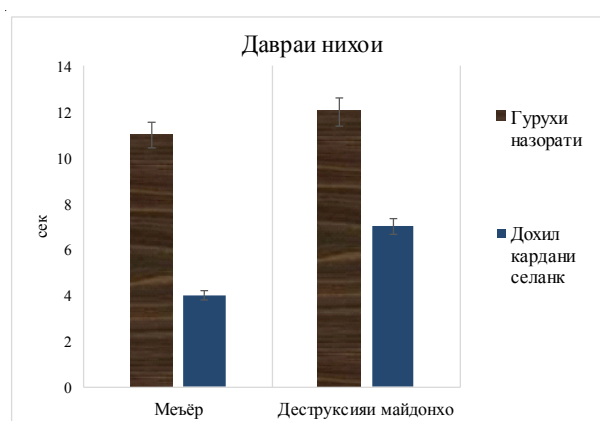
Баъди коркард шудани рефлексҳои шартии мусбат, ба таҷриба боздории тафриқакунандаи “чароғаки чап” пайваст карда шуд. Нишон дода шуд, ки ин рефлекс дар 8-ум рӯзи таҷриба пайдо мегардад ва устуворшавии он дар 15-ум рӯз дида мешавад. Воридкунии дохилибинигии нейропептиди селанк ба кӯтоҳшавии вақти коркарди рефлексии шартии мусбат оварда расонид. Дар ҳоле, ки агар дар ҳайвоноти зери назорат буда селанк таъсири мусбат ба ҳосилшавии рефлексии шартии мусбат расонад, дар он вақт дар ҳайвоноти таҷрибавӣ дар 3-юм рӯзи таҷриба таъсири нисбатан мусбаттар ($20,3\%$) назар ба ҳайвоноти зери назорат буда дида мешавад. Қайди давраҳои ниҳони реаксияҳои шартии онҳо назар ба гуруҳи назоратии ҳайвонҳо ҳангоми воридкунии селанк то $57,3\%$ кӯтоҳ гардид. ($p < 0,001$).

Ҳангоми осеби мағзи лимбикӣ дар ҳайвонҳо душвории коркарди рефлексии шартии ғизоҳаракатдиҳанда дида мешавад. Баъди осеби қисмати медиадорсалии гиппокамп меъёри бавучудоии реаксияҳои дуруст дар 10-ум рӯзи таҷриба $35,2 \pm 1\%$ -ро ташкил дод. Маълумотҳои ба даст омада бо натиҷаҳои таҷрибаи пешинаи дар хорпуштон гузаронидаи мо ва таҷрибаҳои дар калламуш, харгӯш гузаронидаи муаллифони дигар, ки сустшавии равандҳои омӯзиши раванди

ҳосилшавии хотираи дарозмуддат, нигоҳдорӣ ва бавучудоии малака, пастшавии қобилияти боздории реаксияҳо дар ҳайвонот, ки дар натиҷаи он баъди вайроншавии дутарафаи гиппокамп маъноии биологӣ худро гум мекунад, дида мешавад, мувофиқат мекунад. Дар муқоиса бо ширхӯрон, дар ҳазандагон таъсири селанк на он қадар возеҳ мушоҳида мегардад (дар муқоиса бо вайроншавии майдони CA1 гиппокампи дорсалии хорпуштон).



Нишон дода шудааст, ки ҳангоми воридкунии селанк барқароршавии вазифаҳои гумшудаи майнаи сар дар сангуштон, ки қишри медиадорсалиашон осеб гирифтааст, (расми 1.Б) дида мешавад. Ҳангоми воридкунии селанк рефлексҳои шартии ғизоҳаракатдиҳанда дар ҳайвонот баъди вайроншавии қишри медиадорсалӣ дар 8-ум рӯзи таҷриба коркард гардид ($80,1 \pm 5\%$). Бо вайроншавии қишри медиадорсалӣ



Давраҳои пинҳонии реаксияҳои шартӣ ҳангоми истифодаи селанк то $43,2\%$ (мувофиқатан $p < 0,001$) назар ба ҳайвоноти зери назорат буда кӯтоҳ гардид. Ҳамин тавр, маълумотҳои ба даст омада аз аҳамияти муҳими нейропротектории пептиди тадқиқшаванда дар дараҷаи системаи лимбикӣ



майнаи сар шаҳодат медиҳад. Селанк ба ҳолати катъиятнокӣ – муассирии сангпуштон дар шароити вайроншавии қишри медиадорсалӣ таъсири мӯътадилкунанда мерасонад.

Давраи ниҳоии вақти зоҳиршавии рефлексҳои шартӣ ғизоӣ дар гурӯҳҳои назоратӣ бо ворид кардани селанк (А) ва бо вайроншавии қишри медиадорсалӣ (Г).

Хулосаҳо. Натиҷаҳои таҷриба нишон медиҳанд, ки нейрорептиди селанк ба коркарди рефлексии шартӣ ғизоҳаракатдиҳанда таъсири мусбат мерасонад, инчунин ҳангоми вайроншавии қишри медиадорсалии майнаи сар таъсири ҷубронкунанда дорад. Гайр аз ин, селанк дар интиқоли маълумоти байнинимкуравӣ иштирок мекунад. Маълумотҳои ба даст омада ақидаҳои пешниҳоднамудаи моро, ки оид ба механизми таъсири мусбати пептиди селанк ба фаъолияти

рафтории майнаи сар ва иштироки он дар рафтори мақсадноки ҳайвонот буд, таъвият медиҳанд. Бори нахуст таъсири нейрорептиди селанк дар раванди тадқиқоти сангпуштон ҳангоми вайроншавии қишри медиадорсалии майнаи сар нишон дода шуд. Ин пептид дар раванди барқароршавии ҳосилшавии рефлексии шартӣ ғизоҳаракатдиҳандаи вайроншуда дар сангпуштони қишри медиадорсалии майнаи сарашон осебдида иштирок мекунад.

Таъсири препарати тадқиқшаванда ба фаъолнокии ферментҳои мубодилаи пептидҳои танзимкунанда дар майнаи сари сангпуштон имкон медиҳад, ки механизми махсуси бавучудории самараи фармокологии онҳо пешгӯӣ шаванд, ки он ҳамчун асос дар ҷустуҷӯи коркарди маводҳои доругии ба системаи пептидии майнаи сар таъсиррасонанда хизмат хоҳад расонд.

Адабиёт

1. Белозерцев Ф.Ю. Влияние нейрорептида селанка на выработку адаптивного навыка пространственной зрительной ориентировки у крыс с нарушением мнестических функций / Ф.Ю. Белозерцев, И.И. Козловский, Т.П. Семенова, М.М. Козловская // Психофармакология и биологическая наркология. 2009 – Т.9. - №3-4. – с.2591-2596.
2. Латынова И.В. Влияние семакса на активность карбоксипептидоза Е в лимбических структурах мозга при выработке условно – пищедобывательного рефлекса у крыс / И.В. Латынова, М.Т. Генгин, Т.Н. Саллертинская, В.Б. Соловьев, Л.В. Шиваева // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки, -2013, -№4(28). – С.35-43
3. Левицкая Н.Г. Меланокортиновая система / Н.Г. Левицкая, А.А. Каменский // Успехи физиологических наук. -2009. – Т.40, -№1. – С.44-65.
4. Устоев М.Б. Сравнительное изучение воздействия нейрорептидов семакса и селанка на поведение ежей (*Hemiechinus Auritis*) Наука и инновация. / М.Б. Устоев, М.Д. Обидова // ISSN 2312 – 3648, -№4, -2018 – С.222-227.
5. Устоев М.Б. Влияние семакса в лимбических структурах мозга при выработке условно – пищедобывательного рефлекса ежей (*Hemiechinus Auritis*) / М.Б. Устоев, М.Д. Обидова // Наука и инновация ISSN 2312 – 3648, -№4, -2018 – С.262-267.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОПЕПТИДА СЕЛАНКА НА ПОВЕДЕНИЕ СТЕПНОЙ ЧЕРЕПАХИ

Г.Н.Азимова.

Резюме. В статье рассматривается функциональная характеристика нейрорептида селанка на поведение степной черепахи.

Для анализ влияния селанка на выработку условно пищедвигательного рефлекса у

черепахи использовались экспериментальная камера состоящих из двух отсеков. Малый стартовый где монтировались условные раздражители лампочки большой рабочий, в этом отсеке располагалась площадка

где были вмонтированы кормушки. Между камерами располагалось подвижная шторка. Животных с пищевой депривацией помещали в стартовый отсек. Через 2-3 минут после посадки открывали шторку чтобы на условный сигнал зажигание лампочки животные подходили к подкрепляемой кормушке. Для анализа с помощью таймер хронометра регистрировалось время побежки животного из стартового отсека до момента поедания пищи из кормушки, и число верных ответов за один опытный день. В качестве критерия выработки рефлекса выбиралось около 75-80 % правильных ответов от числа предъявляемых сочетаний. После выработки и укрепления положительных и отрицательных условных рефлексов животным вводили интраназально раствор пептида селанка в дозе 200 мкг/кг за 15 минут до предъявления условного (светового) раздражителя и установили механизм ее влияния при двухстороннем разрушении лимбических структур мозга путём пропускания постоянного тока для медиодорсальной коры. Оценку степени разрушения исследуемых отделов мозга изучали методом световой микроскопии с окраской фронтальных срезов мозга по нислю. Статистичес-

кая обработка полученных результатов проводилось по t-критерия Стьюдента и дисперсионного анализа.

Результаты опытов показывает, что нейропептид селанк оказывает положительное влияние на выработку положительного, пищеводвигательного рефлекса, а также оказывает компенсаторное действие при разрушении медиодорсальной коры мозга. Кроме того селанк участвует в межполушарное передачи информации. Полученные данные подтверждают выдвинуто нами о том, что одним из механизмов положительного влияния пептида селанка на поведенческой деятельности мозга и его участие на целенаправленное поведение животных. Впервые показано влияние нейропептида селанка на процессы обучение у черепах при разрушении медиодорсальной коры мозга. Этот пептид участвует в процессе восстановления нарушенное формирование условно – пищеводвигательного рефлекса у черепахи в условиях разрушение медиодорсальной коры гиппокампа.

Ключевые слова: нейропептид селанк, поведений рептилий, условно пищеводвигательный рефлекс, степной черепахи, регуляторный пептид.

FUNCTIONAL CHARACTERISTIC OF THE NEUROPEPTIDE OF SEALANKA ON THE BEHAVIOR STEPPE TURTLE

G.N. Azimova.

Summary. The article discusses the functional characteristic of the neuropeptide of sealanka on the behavior of reptiles.

For the analysis of the influence of the sealanka, the experimental chamber consisting of two compartments was used to develop a conditional eating motor reflex at the turtle. Small starting where the conditional irritants of the light bulb was mounted a large working, in this compartment there was a playground where the feeders were mounted. There was a movable curtain between the cameras. Food deprivation animals were placed in the starting compartment. 2-3 minutes after landing, the curtain opened the curtain to be on the conditional signal ignition of the light bulb

animals approached the reinforced feed. For analysis using a chronometer timer recorded the time of the animal from the starting compartment until the eating feed from the feeders, and the number of correct answers for one experienced day. As the reflex generation criterion, about 75-80% of the correct answers were chosen from the number of combinations. After developing and strengthening positive and negative conventional reflexes, the animals were injected intranasally a solution of a selaunca peptide in a dose of 200 µg / kg 15 minutes before presenting a conditional (light) stimulus and installed the mechanism of its effect in two-way destruction of the lymbic structures of the brain by passing a DC for a mediodorsal bark.



Assessment of the degree of destruction of the studied brain departments was studied by light microscopy with the color of the frontal sections of the brain on Nisv. Statistical processing of the results obtained was carried out by the T-criterion of Student and dispersion analysis.

The results of experiments shows that the neuropeptide of sealanka has a positive effect on the development of a positive, pouring reflex, and also has a compensatory effect in the destruction of the mediodo-coat of the brain. In addition, sealanka is involved in intermetal information transfer. The obtained data is confirmed by us that one of the mechanisms of

the positive effect of the peptide sealanka on behavioral activity of the brain and its participation on targeted animal behavior. For the first time, the effect of the neuropeptide of sealanka is shown on the learning processes in the turtles in the destruction of the mediodorsal bark of brain. This peptide is involved in the process of restoration of the impaired formation of conditionally - pressed reflex at the turtle in the context of the destruction of the hippocampal mediodorsal.

Keywords: neuropeptide of sealanka, reptile behaviors, conditional eating motor reflex at the turtle, steppe turtle, regulatory peptide.

Азимова Гулнора Норбобоевна - дотсенти кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетикаи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» н.и.б. E.mail: gulnora-azimova@bk.ru тел. 919276486

Азимова Гулнора Норбобоевна- доцент кафедры медицинской биологии с основами генетики ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.б.н. E.mail: gulnora-azimova@bk.ru.тел. 919276486

Azimova Gulnora Norboboieva - Dotsent of department of medical biology with the basics of genetics SEI "ATSMU", k.b.s. E.Mail: gulnora-azimova@bk.ru tel. 919276486.

ОМИЛҲОИ ГОМЕОСТАЗИИ МУБОДИЛАИ ОБ ДАР ДАВРҲОИ САБЗИШИ КАРТОШКА

Гулов М.Қ.

Кафедраи биохимияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» (мудири кафедра н.и.х., дотсент Махсудова М.С)

Мухимият: Мубодилаи об дар растанӣ яке аз равандҳои муҳими биологии растаниҳо ба шумор меравад. Гомеостази (қобилияти нигоҳдории доимиятии муҳити дохили организм) мубодилаи об дар растанӣ, шиддатнокии транспиратсия ва қобилияти обнигоҳдории баргро нишон медиҳад. Олимони нишон додаанд, ки алоқамандии ҳосилнокии гандуми баҳорӣ ва меъёри об дар шароити хушкӣ аз ҳисоби баланд шудани қобилияти обнигоҳдории баргҳои растанӣ ва норасоии об дар зеритаъсири танзимкунандаҳомутобиқшавии растанӣ беҳтар мегардад. Меъёри мубодилаи оби растанӣ, ҳамчун инъикоскунандаи равандҳои физиологӣ ва биохимиявӣ дар чараёни сабзиши растанӣ нақши муҳим дорад [5, 10].

Шиддатнокии транспиратсия аз омилҳои агроэкологии муҳити атроф, нишондиҳандаҳои морфобиологии растанӣ ва аз давраи сабзиши растанӣ вобастагии калон дорад [4,1]. Тағйирёбии шиддати транспиратсия дар навъҳои гуногуни картошка аз рӯи хусусиятҳои навъӣ зоҳир мегардад. Дар сурати бухоршавии миқдори зиёд об аз баргҳо қобилияти обнигоҳдории барг паст мегардад. Эҳтимол бухоршавии миқдори зиёди об растаниро аз гармшавӣ нигоҳ дошта, қобилияти фотосинтезикии растаниро фаъол гардонида, то андозае нисбатан маҳсулнокии биологӣ ва хоҷагии картошкаро дар шароити иқлими гарм муайян намояд [8]. Таъсири ҳарорати баланди ҳаво боиси якбора баланд гардидани шиддатнокии транспиратсия мегардад [9].

Олимони нишон додаанд, ки баъзе аломатҳои морфологии навъҳои картошка вобаста ба тағйирёбии ҳарорати ҳаво тағйир меёбанд. Инчунин муайян карда шудааст, ки дар байни ҳарорати ҳаво ва нишонаҳои морфологии картошка аз қабилӣ вазни поя, вазни реша, ва вазни лӯндаҳо коррелятсияи манфӣ мушоҳида карда мешавад [6]. Муайян карда шудааст, ки вобаста аз мавзёи кишти картошка дар байни аломатҳои морфологии картошка ва шиддати нури офтоб, миқдори намнокӣ ва ҳарорати ҳаво алоқаи миёнаи коррелятсионӣ мушоҳида мешавад [7]. Донистани таъсири омилҳои агроэкологии муҳит ба нишондодҳои физиологӣ ва биохимиявии растанӣ барои муайян кардани сатҳи мутобикшавии генотипҳои серҳосили картошка дар шароитҳои иқлими тағйирёбандаи Ҷумҳурии Тоҷикистон аҳамияти илмӣ амалӣ дорад.

Мақсади таҳқиқот: Омӯзиши омилҳои гомеостазии мубодилаи оби растанӣ картошка дар шароити иқлими гарми минтақаҳои ҷануби Тоҷикистон мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқот ба сифати тухми лӯндаҳои 5 навъи картошка (*Solanum tuberosum* L.), (АН-1, Тоҷикистон, Рашт, Файзобод ва Нилуфар) аз

Институти ботаника, физиология ва генетикаи растанӣ АМИ Тоҷикистон истифода шудааст. Таҷрибаҳои саҳроӣ дар шароити иқлими гарми ноҳияи Хуросон гузаронида шудаанд. Навъҳои картошка дар қитъаи таҷрибавӣ, дар асоси агротехникаи ба шароити ҳамин ноҳия мувофиқ парвариш ёфтаанд. Шиддатнокии транспиратсияи навъҳои гуногуни картошка бо усули зуд барқашӣ [3] дар тарозӯи тарсионӣ (ВТ-1000) аз руи қимати мг/г. соат ҳисоб карда шудааст. Ченкунии нишондодҳои транспиратсия ва қобилияти обнигоҳдории баргҳои ҳамаи навъҳои картошка аз соати 8-и пагоҳӣ то соати 17-и бегоҳӣ, дар муддати ҳар се соат (дар давраҳои муайяни сабзиши растанӣ) гузаронида шудааст. Ҳангоми ченкунии шиддатнокии транспиратсия ва қобилияти обнигоҳдории барги картошка ҳарорати ҳаво аз 20 то 35°C-ро таъкил намуд. Коркарди омории натиҷаҳо аз рӯи дастури [2] ва бо истифодаи программаи компютери *Microsoft Excel* 2007 анҷом дода шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Маълумотҳо оид ба шиддатнокии транспиратсия ва қобилияти обнигоҳдории барги картошка дар давоми рӯз дар давраҳои сабзиши растанӣ дар ҷадвали 1 оварда шудаанд.

Ҷадвали 1. - Шиддатнокии транспиратсия (ШТ) ва қобилияти обнигоҳдории (ҚОН) барги картошка дар давоми рӯз дар давраҳои гуногуни инкишофи растанӣ, %

Вақти ченкунӣ (соат)	Давраҳои сабзиш (бо %):					
	мӯғчабандӣ		гулкунӣ		лӯндаҳосилкунӣ	
	ШТ	ҚОН	ШТ	ҚОН	ШТ	ҚОН
8:00	100	67,8	100	70,81	100	54,6
11:00	140	46,5	173,9	32,62	148,8	25,15
14:00	116,5	64,5	269,6	49,32	205,8	23,79
17:00	92,9	74,6	118,8	74,56	76,7	69,31

Мушоҳидаҳо нишон додаанд, ки шиддатнокии транспиратсия ба ҳисоби миёна дар ҳамаи навъҳои картошка дар давраи мӯғчабандӣ дар вақти ҳарорати ҳаво хело баланд будан (аз соати 11:00 то соати 14:00) аз 140 то 116,5% рост меояд, шиддатнокии пасти транспиратсия бошад, субҳ (соати 8:00) 100% ва бегоҳии рӯз (соати 17:00) 92,9%-ро таъкил медиҳад. Дар давраи гулкунӣ бошад, аз соати 8:00 пагоҳӣ то соати 14:00 нисфирӯзӣ мунтазам баланд шудани

шиддатнокии транспиратсия ба назар мерасад. Бегоҳӣ чун дар давраи мӯғчабандӣ, дар соати 17:00 ин нишондиҳанда нисбатан паст мегардад.

Бояд таъкид кард, ки дараҷаи максималии шиддатнокии транспиратсия дар нимаи рӯз (аз соати 12:00 то 16:00) мушоҳида карда мешавад. Динамикаи шабонарӯзии шиддатнокии транспиратсия ҳамчун раванди зарурии физиологӣ асосан аз генотип, аломатҳои хоси морфологию физиологии



навъҳои картошка, инчунин аз тағйирёбии ҳарорати ҳаво дар давоми рӯз вобастагӣ дорад.

Дар давраи лӯндаҳосилкунии картошка низ нишондоди баланди шиддатнокии транспиратсия дар нимаи рӯз (соати 14:00) ба 205,8% ва шиддатнокии пасти транспиратсия бошад, бегоҳӣ (соати 17:00) 76,7% мушоҳида карда мешавд.

Қобилияти обнигоҳдории барги ҳамаи навъҳои таҳқиқгардидаи картошка аз давраи сабзишу инкишофёбӣ ва аз ҳарорати ҳаво дар давоми рӯз вобастагии муайян дорад.

Қобилияти баланди обнигоҳдории барги навъҳои картошка ба ҳисоби миёна дар давраи мӯғчабандӣ бегоҳӣ (соати 17:00) мушоҳида карда мешавад, ки 74,6%-ро ташкил медиҳад, вале қобилияти пасти обнигоҳдории баргҳо ба ҳисоби миёна нимаи рӯз (соати 11:00) мушоҳида карда шудааст, ки он ба 46,5% баробар аст.

Қобилияти обнигоҳдории барги навъҳои картошка дар давраи мӯғчабандӣ пагоҳӣ (8:00) ва нисфирӯзӣ (14:00) қариб як хел мебошад ва мутаносибан ба 67,8 ва 64,5% баробар аст. Яъне қобилияти обнигоҳдории баргҳои навъҳои картошка аз соати 8:00-и пагоҳӣ сар карда то соати 11:00 паст шуда, аз соати 11:00 то соати 17:00 тадричан баланд шуда, ба нишондоди баланд - 74,6% мерасад. Қобилияти обнигоҳдории баргҳои картошка дар давраи гулкунӣ низ ба ҳисоби миёна пас аз нисфирӯзӣ (соати 17:00) мушоҳида гардида, ба 74,6% баробар аст. Нишондоди пасти ин нишона бошад, соати 11:00 мушоҳида карда шудааст, ки 32,62%-ро ташкил медиҳад. Ин нишондод дар баргҳои навъҳои картошка пагоҳӣ (соати 8:00) ва бегоҳирӯзӣ (соати 17:00) монанд буда, мувофиқан ба 70,81 ва 74,56% баробар аст.

Қобилияти баланди обнигоҳдории баргҳои картошка дар давраи лӯндаҳосилкунӣ ба ҳисоби миёна дар охири рӯз (соати 17:00) мушоҳида карда шудааст, ки 69,31%-ро ташкил медиҳад. Нишондоди аз ҳама паст дар соати 14:00 мушоҳида карда шудааст, ки 23,79%-ро ташкил медиҳад. Ин нишон-

диҳанда дар барги навъҳои картошка дар соатҳои 11:00 ва нисфирӯзӣ (14:00) қариб як хела мебошад ва мутаносибан ба 25,15 ва 23,79% баробар мешавад. Агар дар ду давраи аввали сабзиш қобилияти обнигоҳдорӣ аз соати 11:00 то 14:00 динамикаи афзоянда дошта бошад, пас дар давраи гулкунӣ ин ҳолат мушоҳида намешавад, балки, баръакс дар соати 14:00 нисбати соати 11:00 ба 1,36% кам мегардад. Яъне аз соати 8:00 то соати 11:00 дар ҳамаи навъҳои растанӣ ин нишондиҳанда паст шуда, аз соати 11:00 (ё 14:00 ҳангоми гулкунӣ) то соати 17:00 баланд мегардад. Тағйирёбии ин нишондиҳанда дар давоми рӯз аз хусусиятҳои генетикии навъҳои картошка вобастагии калон дорад.

Қобилияти обнигоҳдории баргҳои ҳамаи навъҳои картошка аз давраи мӯғчабандӣ сар карда, то давраи лӯндаҳосилшавӣ тадричан паст мешавад.

Ин ҳодиса аз он шаходат медиҳад, ки дар давраи мӯғчабандӣ ва гулкунӣ аксари яти баргҳои растанӣ картошка нисбатан ҷавонанд ва қобилияти обнигоҳдории онҳо аз ҳисоби таносуби сабзиши баргҳо бо бартарии васеъшавии лаъличаи барг нисбат ба ғафсии он вобастагӣ дорад, ки ин нисбат ба баргҳои ташаккулёбиашон пурра анҷомёфта хеле баланд аст. Бо мурури анҷоми ташакулёбии баргҳо ва гузариши растанӣ ба яке аз зинаҳои муҳими репродуктивӣ- лӯндаҳосилкунӣ нақши баргҳо дар муносибатҳои донорию аксепторӣ тағйир ёфта, интиқоли фотоассимилатҳо ба лӯндаҳо шиддат мегирад. Ин раванд ба камшавии об дар таркиби баргҳо дар ин давраи сабзиши картошка (то 15-16% дар соати 8:00-и пагоҳӣ ва 20-40% дар соатҳои 11:00-14:00) оварда мерасонад. Зеро ҳарорати баланди ҳаво ҳамчун омилҳои ноғувори экзогенӣ ба амалишавии асолати генетикии растанӣ картошка (аз ҷумла ба шиддатнокии транспиратсия таъсиргуздор аст. Дар байни ШТ ва ҚОН барги навъҳои картошка алоқаи манфии коррелятсионӣ дар давраҳои сабзиши картошка мушоҳида карда мешавад (ҷадвали 2).

Чадвали 2.- Алокаи коррелятсионии ШТ ва ҚОН-и барги картошка дар давраҳои гуногуни сабзиши растанӣ

Давраҳои сабзиш:		
мӯғчабандӣ	гулкунӣ	лӯндаҳосилкунӣ
$r=-0,899$	$r=-0,609$	$r=-0,934$

Дар байни ШТ ва ҚОН-и барги картошка дар давраи мӯғчабандӣ алокаи мнфӣи коррелятсия мушоҳида карда шуд ($r = -0,899$). Дар давраи гулкунӣ растанӣ бошад алокаи миёнаи манфӣи коррелятсионӣ ($r = -0,609$) мушоҳида карда шуда, дар давраи лӯндаҳосилкунӣ алокаи баланди коррелятсионӣ ($r = -0,934$) мушоҳида карда мешавад. Ин нишондиҳандаи шохидӣ медиҳад, ки ҳангоми баланд шудани ҚОН-и барги картошка ШТ мутаносибан суст мегардад. Ин нишондиҳанда аз таъсири омили стрессорӣ – ҳарорати баланди ҳаво ба генотипҳои картошка дар давраҳои сабзиши растанӣ вобаста аст.

Хулоса. Таҳқиқотҳои илмӣ дар шароити иқлими гарми Ҷануби Тоҷикистон (ноҳияи Хуросон) гузаронидашуда нишон

медиханд, ки бо афзудани нишондиҳандаи шиддатнокии транспиратсия дар давоми рӯз қобилияти обнигоҳдории барги картошка паст мегардад. Қобилияти обнигоҳдории баргҳои картошка бошад, пас аз пастшавии ҳарорати ҳаво дар охири рӯз аз нав баланд мегардад. Ин ҳодиса аз таъсири баланди ҳарорати ҳаво дар давоми рӯз ва аз хусусиятҳои морфофизиологии навъҳои картошка вобастагии зиёд дорад. Муқаррар гардид, ки дар давраҳои мӯғчабандӣ ва лӯндаҳосилкунӣ навъҳои картошка алоқаҳои баланди манфӣи коррелятсионӣ (мутаносибан $r = -0,899$ и $r = -0,934$) мушоҳида карда шуда, вале дар давраи гулкунӣ растанӣ алокаи миёнаи манфӣи коррелятсия ($r = -0,609$) мушоҳида карда мешавад.

Адабиёт

1. Гулов М.К. «Интенсивность транспирации у картофеля в условиях жаркого климата Таджикистана» Материалы Международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ойгодовой), «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)» 27 ноября 2020 г. г. Душанбе, 2020, Том С.119-121.
2. Доспехов Б. А. Методика полевого опыта. - М: Колос, 1985. 368 с.
3. Иванов Л.А. О методе быстрого взвешивания для определения транспирации в естественных условиях / Л.А. Иванов, А.А. Силина, Ю.Л. Цельникер // Ботанический журнал. – 1950. -Т. 35. - № 2. - С.185-191.
4. Измайлова Н.Н. Водный режим растений как показатель функциональной активности видов в сообществах // Эколого-физиол. исслед. Пустынных фитоценозов. – Алма-Ата, 1987. – С. 78–85.
5. Костин В.И. Взаимосвязь водного режима с продуктивностью твёрдой яровой пшеницы в засушливых условиях / В.И. Костин, С.Н. Решетникова, Е.Н. Баймуханов // Вестник Ульяновской ГСХА, - 2015. - С.81-84.
6. Новикова Л.Ю. Проявления хозяйственно ценных признаков у сортов картофеля (*Solanum tuberosum* L.) при изменения климата на европейской территории России. //С.Д.Кирю, Е.В. Рогозина – // Сельскохозяйственная биология, 2017, т.52. №1 С.75-83
7. Партоев К., Гулов М.К., Алиев У.А., Алиев К.А. О связи проявления морфологических признаков картофеля с температурой воздуха Известия АН. РТ №2(205) Душанбе, 2019 г, С.22-27



8. Холов Ф. Ш. Водообмен и продуктивность растений картофеля в условиях Гиссарской долины Таджикистана Автореф.дисс. канд.биол.наук, Душанбе, 2003. 24 с.
9. Эргашев А. Влияние климатообразующих факторов на водообмен листьев пшеницы/ А. Эргашев, А. Абдуллаев, К. Иброхимов, Ю. Кобилов // Доклады АН РТ. – 2011. –Т. 54. - №7. -С.576-582.
10. Allahverdiyev T. Effect of drought stress on some physiological traits of durum (*Triticum durum* Desf.) and bread (*Triticum aestivum* L.) wheat genotypes / T. Allahverdiyev // Journal of Stress Physiology & Biochemistry, - 2015, Vol. 11 №. 1, P. 29-38.

ФАКТОРОВ ГОМЕОСТАЗА ОБМЕНА ВОДЫ ВО ВРЕМЯ ВЕГЕТАЦИИ КАРТОФЕЛЯ

Гулов М.К.

Кафедра биохимии (зав. кафедрой к.х.н. доцент Махсудова М.С.)

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино»

В предлагаемой статье представлены результаты изучения параметров водного гомеостаза сортообразцов картофеля в условиях высокой температуры воздуха. Установлено, что самая высокая интенсивность транспирации наблюдается в жаркий период дня (14:00 час -269,6%), а самая низкая – в вечернее время (17:00 час-74,6). Показано, что в условиях жаркого климата в вечерние часы водоудерживающая способность сортообразцов картофеля, как генетический признак усиливается, и это явление во мно-

гом связано с влиянием высокой температуры воздуха в течение дня и генотипической особенностью сортообразцов картофеля. Установлено, что в фазах бутонизации и клубнеобразования выражается, как сильная обратная связь (соответственно $r = -0,899$ и $r = -0,934$), а в фазе цветения -средняя обратная связь ($r = -0,609$).

Ключевые слова: гомеостаз, картофель, интенсивность транспирация, водоудерживающая способность листьев, сортообразцов картофеля, высокая температура.

FACTORS OF THE HOMEOSTASIS OF THE EXCHANGE OF WATER IN GROWIN PERIOD OF THE POTATO

Gulov M. K.

Department of Biochemistry (Head of the department Ph.D. Associate Professor Makhsudova M,C.) GOU TGMU by the name Abuali ibni Sino.

In offered article it is presented studying of parameters water homeostasis samples of potato in the conditions of high air temperatures. It is defined that the highest intensity transpiration is observed during the hot period of day (14:00 hour-269,6%), and the lowest - in the evening (17:00 hour-74,6%). It is shown that in the conditions of a hot climate in the evening water-retaining ability samples of potato as the genetic sign amplifies, and this phenomenon is in many respects connected with

influence of high temperature of air during the day and genetics features samples of potato. It is established that strong negative correlation communication is observed in phases budding (butanisation) and tubers formation (accordingly $r = -0,899$ and $r = -0,934$), and average negative correlation communication in a flowering phase ($r = -0,609$).

Key words: potato, varieties, homeostasis, intensity transportation, water-retaining ability of leaves, samples of potato, high temperature.



Гулов Маҳмалӣ Қодирович номзади илмҳои биология, дотсенти кафедраи биохимияи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. Суроға: 734003, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ 139. Tel: (992) 919-63-22-85. E-mail: Gulov60@inbox.ru

Гулов Махмали Кадирович к.б.н, доцент кафедри биохимии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино. Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139, Tel: (992) 919-63-22-85. E-mail: Gulov60@inbox.ru

Gulov Makhmali Kodirovich Ph.D. Biological science, docent of Department of biochemistry TGMU by name Abuali ibn Sino Address: 734003, Dushanbe city, str. Rudaki, 139, Tel: (992) 919-63-22-85. E-mail: Gulov60@inbox.ru

ВИЖАГИҲОИ СОҲТОРИИ ИСТИЛОҲОТИ ДАНДОНПИЗИШКӢ ДАР ЗАБОНҲОИ ТОЧИКӢ ВА ОЛМОНӢ

Назаров Т.А.

Кафедраи умумидонишгоҳии забонҳои олмонӣ – фаронсавии ДМТ

Муҳимият. Дар забоншиносӣ яке аз роҳҳои ғанӣ ва бой гардонидани таркиби луғавии забон калимасозӣ ба шумор меравад. Вобаста ба низоми сарфию наҳвии забонҳо усулҳои гуногуни калимасозӣ таҳқиқу баррасӣ гардидаанд.

Дар рафти омӯзиши далелҳо таҳлили маҷмӯи омилҳои шаклгирии воҳидҳои нави лексикӣ, ҳам дар сохтор ва намунаҳои алоҳидаи муосир ва ҳам дар намудҳо ва омилҳои самароникии онҳо гузаронида шуд. Дар баробари ин ба таҳлили сохтори калимасозии калимаҳои аллақай шаклгирифта аҳамияти зиёд дода мешавад, ки ба андозаи назаррас мавҷуд буда, ба дарки кифояи равандҳои калимасозӣ ва пайдоиши калимаҳои нав дар раванди гуфтор ба воҳидҳои забонӣ ёри мерасонад.

Ба хотири он ки сохтори истилоҳоти соҳаи дандонпизишкӣ дар забонҳои тоҷикӣ ва олмонӣ ба таври васеи забонӣ мавриди баррасӣ қарор гиранд, зарур аст, ки хусусиятҳои сохтори истилоҳот мукамалтар мавриди омӯзиш қарор дода шаванд. Ҳангоми таҳқиқи муқоисавӣ муайян кардан мумкин аст, ки дар низоми морфологию калимасозӣ дар забонҳои тоҷикӣ ва олмонӣ то чӣ андоза тафовут ба чашм мерасад. Чунки ҳарду забони муқоисашаванда шомили оилаи забонҳои ҳиндуаврупоӣ мебошанд. Новобаста аз он ки ин забонҳо шомил ба як оилаи забонҳо ҳастанд, аз ҷиҳати сарфӣ ва калимасозии хосси забон тафовутҳои ҷашмрас доранд.

Албатта ҳеҷ як устухон ба ҷуз дандонҳо соҳиби ҳис нест. Бинобар ин Ҷолинус гуфтааст ва таҷриба ҳам шаҳодат медиҳад, ки онҳо дорои ҳис буда, ба ин восита бо қуввае онҳо қувватнок карда шудаанд, ки аз мағз ба онҳо бирасад ва низ барои фарқ кардани чизи гарм аз хунук бошад. Дандонҳо дорои реша ва шохаҳои тез буда, андар мағоқиҳои устухонҳои ҳарду манах, ки ҳомили дандонҳоянд, устувор гардидаанд. Андар канори ҳар мағоқие як фузунии гирд ва бар фарози он як устухони хурдест, ки дандонро фаро гирад ва маҳкам нигоҳ дорад. Андар ин ҷой пайвандҳои қавие ҷойдоранд. Ҳар як дандон, ба ғайр аз курсиҳо, як реша дорад. Курсиҳои андар манахи зерин устувор буда, ҳадди ақал ду реша доранд ва гоҳе, хусусан ҳар як аз ду дандони хирад, дорои се решаанд. Аммо курсиҳои андар манахи забарин устувор буда, ҳар як ҳадди ақал се реша доранд ва гоҳе, хусусан ҳар як аз дандонҳои хирад дорои чаҳор решаанд. Беш будани решаҳои курсиҳо ба сабаби бузургӣ ва серкориҳои онҳост. Решаҳои курсиҳои забарин барои он зиёданд, ки онҳо овеzon буда, гаронӣ майли онҳоро бархилофи ҷиҳати решаҳои онҳо равон кунад. Аммо поёниҳо бошанд, вазнашон бархилофи марказашон нест [Абӯалӣ ибни Сино Қонуни тиб. - Душанбе 1991 381, 57 с.].

Дар забони тоҷикӣ климасозӣ роҳи тӯлонии ҳасорсолаҳоро тай карда, тарзҳои таҷаққули таҷавулотӣ худро суфтаю сайқал дода, дорои меъёрҳои муайян гардидааст.



Тарзу меъёр ва роҳҳои муайянгардида дар ин муддат ба ягон тағйироти чиддӣ дучор нагардидааст. Мувофиқи сарчашмаҳо қайд кардан бамаврид аст, ки калимасозӣ дар забони тоҷикӣ таърихи тӯлонӣ дошта, унсурҳои калимасозии забон дар сохтани калимаҳо ва дар сохтани истилоҳоти гуногун нақши хеле бузург доранд.

Мувофиқи андешаҳои олими бузург М. Н. Қосимова калимасозӣ ва роҳи усулҳои он аз қарнҳои IX ва X то ба имрӯз бе тағйир боқӣ монда, ба ягон дигаргунии чиддӣ дучор нагардидааст [Қосимова М.Н. 2003; 490-47 С.]. Таҳлили истилоҳоти дандонпизишкӣ маълумоти пурраро оид ба усулҳои калимасозӣ, ҳамчунин намуна ва омилҳои, ки дар сохтани калимаҳои нав истифода мешаванд, медиҳад. Маҳз талаботи омӯзиши бодикқати системаи калимасозӣ бо дарназардошти дараҷаи истифодаи ин ё он роҳи калимасозӣ ва ҳосилнокии намунаҳои он дар марҳилаи нави рушди забон бештар менамояд.

Дар таҳқиқоти мо ҳамаи истилоҳоти дандонпизишкӣ аз нигоҳи таркиб ба яккалимагӣ ва бисёркалимагӣ ҳудо мешаванд. Ҳамчун асоси гурӯҳбандӣ аз рӯи сохтори намунии калимаҳо меъёрҳои миқдорӣ ва характери морфемаҳои решагӣ баромад мекунад. Ғайр аз ин мавҷудияти аффиксҳои калимасоз ба ҳисоб гирифта мешаванд. Инчунин, дар асоси таҳлили манбаъҳои синхронии сохтори калимасозӣ имконияти гурӯҳбандии истилоҳотҳои яккалимагӣ ба: содда (решагӣ), ки асос бо реша якхелаанд; сохта (аффиксиалӣ), ки реша ва аффиксро дар бар мегирад; мураккаб, ки ду ва зиёда морфемаҳои решагиро дар бар мегирад, пайдо шуд.

Яке аз роҳҳои бойшавии таркиби луғавии забон аз забонҳои дигар қабул намудани калимаҳои ҳудогона мебошад. Ин ҳодиса дар забони адабии тоҷик бисёр равшан мушоҳида мешавад. Калимаҳои зиёде аз забонҳои дигар бо роҳи воситаҳои гуногун ба таркиби луғати забони тоҷикӣ дохил шудаанд. Миқдори муайяни онҳоро калимаҳои арабӣ, туркӣ ва русию интернационалӣ ташкил менамоянд. Ба забони тоҷикӣ аз

дигар забонҳо аз ҳама пештар ва бештар исмҳои дохил шудаанд. Исмҳои, ки аз дигар забонҳо ба забони адабии тоҷикӣ роҳ ёфтаанд, аз ҷиҳати таркиби морфологӣ як хел набуда, содда, сохта ва мураккаб мебошанд. Аммо соддаву сохта ва мураккабии онҳо мувофиқи сохти морфологии ҳуди ҳамон забон муқаррар карда мешавад, ки аз он гирифта шудаанд. Аз ин нуқтаи назар ҳамаи исмҳои, ки аз дигар забонҳо ба забони тоҷикӣ дохил шудаанд, қатъи назар аз он ки дар забони иқтибосшуда ҷӣ гуна шакли таркиб доштаанд, калимаҳои рехта ба шумор мераванд, чунки онҳо ба забони тоҷикӣ бо ҳамон маъноӣ таркибиашон дохил шудаанд ва ба морфемаҳо тақсим намешаванд. Калимаҳои иқтибосӣ ба таркиби луғавии забон дохил шуда, мисли дигар исмҳои аффикс қабул мекунад ва дар шакли сохта ва ё бо дигар калимаҳо як шуда дар шакли мураккаб омада метавонанд.

Дар ин мақола мо истилоҳоти соҳаи дандонпизишкиро зери таҳлили сохторию морфологӣ қарор дода, дар забонҳои тоҷикӣ ва олмонӣ муайян намудем, ки ҷӣ гуна онҳо ба якдигар хусусиятҳои хос ва тафовутҳои доро мебошанд.

Исмҳои, ки аз дигар забонҳо ба забони тоҷикӣ роҳ ёфтаанд, аз ҷиҳати таркиби морфологӣ як хел нестанд, онҳо содда, сохта ва мураккаб мебошанд:

Истилоҳоти содда

Калимаҳои соддаи решагӣ дар системаи истилоҳоти забонҳои тоҷикӣ ва олмонӣ ҳамчун истилоҳ-исмҳои, истилоҳ-феълҳои ва истилоҳ-сифатҳои оварда шудаанд. Баъзе аз мисолҳои муфасссалтар дида баромадан ҷилиби диққат аст:

а). Истилоҳ-исмҳои (термин-исмҳои). Таҳлилоҳои нишон доданд, ки дар забони тоҷикии муосир термин-исмҳои содда васеътар пешниҳод шудаанд (69 воҳиди луғавӣ) назар ба забони олмонии муосир (43 воҳиди луғавӣ):

тоҷикӣ. дандон, забон, пулпа, эмал-сир, минои дандон, ком, даҳон, лаб, зуд, бор, зонд, ҳамира, штифт, пулпа, пломба-пуркард, дандони ашк;

олмонӣ. Zunge (забон), Zahn (дандон), Lippe (лаб), Sonde (зонд-сунд, мисбор), Mund

(дахон), Zement (сепменти дандон, хока), Pasta (паста, хамира), Stift (нешак, пайвандак, мехак), Brücke (купрук, протез), Krone (коронка-ғилофак-афсара), Plomba (пломб, пуркард), Plaque (лавҳа).

Қайд кардан бамаврид аст, ки истилоҳ-исмҳои содда баъзан иқтибос аз забонҳои дигар мебошанд. Инчунин, дар забони тоҷикӣ низ иқтибосҳо аз забони олмонӣ (*нешак, пайвандак, мехак* аз олмонӣ. Stift, бор аз олмонӣ. Bohrer ва ғ.), лотинӣ (пулпа, мағзи дандон, лаҳми дандон аз лот. pulpa, эмал, сир-минои дандон аз забони фаронсавӣ email ва ғ.) во меҳӯранд.

Дар забони олмонӣ иқтибосҳо ҳамчун сарчашмаи мустаҳками инкишофи истилоҳоти дандонпизишкӣ ба ҳисоб мераванд. Дар қатори истилоҳоти миллӣ дар забони олмонӣ термин (истилоҳ)-субстантивҳои содда во меҳӯранд, ки иқтибос аз дигар забонҳо мебошанд, мисол: **Paste** аз лот. **pasta** (паста, хамира), **Plaque** аз фаронсавӣ. **Plaque** (дакка, лавҳа).

б) истилоҳ-феълҳо. Дар натиҷаи таҳлили маводҳои дақиқ ба мо маълум гашт, ки истилоҳ-феълҳои содда танҳо дар забони олмонӣ во меҳӯранд: fyllen (пур кардан), bohren (сӯроҳ кардан), putzen (тоза кардан), srylen (чайқондан), ziehen (кандан, партофтан (дандон)), schmerzen (бемор будан, дард кардан), kommen (баромадан (дандон)), ва ғ. Дар забони тоҷикӣ истилоҳ-феълҳои сода дар намуди феълҳо дар шакли масдар оварда шудаанд, ки дорои танҳо суффикс-**ан** мебошанд. Ин суффиксҳо танҳо ба ҳиссаи нутқи ишора менамоянд, вале чузъҳои калимасоз нестанд: муолиҷа кардан, тоза кардан, бемор будан, фуру бурдан, кандан, баромадан, суроҳ кардан.

в) истилоҳ-сифатҳо. Таҳлили маводҳои амалӣ нишон дод, ки истилоҳ-сифатҳои содда дар истилоҳоти соҳаи дандонпизишкӣ дар ҳарду забонҳои таҳқиқшаванда хеле кам истифода мешаванд. Дар забони тоҷикӣ фақат 2 воҳиди лу•авӣ, ки он ҳам дар таркиби истилоҳоти бисёркалимагӣ мушоҳида мешавад, масалан: пломбаи тиллоӣ. Дар забони олмонӣ 3 воҳиди характери қиёсидошта, ки тарҷумай ҳарф ба ҳарфи тоҷикӣ доранд, қайд

шудаанд: weicher Gaumen (коми нарм), harter Gaumen (коми дурушт саҳт), kleiner Backzahn (решаи хурди дандон).

Истилоҳоти сохта

Таркиби луғати забон бо ғаъоляти ҷамъиятии одам бевосита алоқаманд буда, мунтазам тағйир ёфта, бо калимаҳои нав пурра мешавад. Ин ҷараён бо ду роҳ: 1. бо роҳи иқтибос ва 2. калимасозӣ воқеъ мегардад, ки аз онҳо калимасозӣ мавқеи асосӣ дорад. Калимаҳои нав дар забони тоҷикӣ бо роҳҳои калимасозии морфологӣ, морфологӣ-синтаксисӣ, луғавӣ-синтаксисӣ ва луғавӣ-маъноӣ ба вучуд меоянд. Дар байни инҳо калимасозии морфологӣ сермахсул мебошад. Усулҳои калимасозии мазкур дар доираи категорияҳои гуногуни луғавию грамматикӣ ҳар хел зоҳир мешаванд. Масалан, роҳи луғавӣ-синтаксисии калимасозӣ асосан дар доираи зарфу калимаҳои ёридиҳанда маҳсулноктар аст, усули морфологӣ-синтаксисӣ ба феъл хос нест, усули луғавӣ-синтаксисӣ дар доираи шумораҳо бемахсул аст [Грамматикаи забони адабии ҳозираи тоҷик. Душанбе: Дониш, 1985, 356-88].

Асоси калимаҳои сохта ва мураккаб ҳамчун воҳиди мустақили луғавӣ низ истифода мешавад ва аз он калимаҳои гуногун сохта мешаванд. Ин аст, ки манбаи асосии калимасозӣ таркиби луғавии забон ва пеш аз ҳама фонди асосии он ба шумор меравад. Аҳамияти таркиби луғавии забон ҳангоми калимасозии исмҳои мураккаб боз ҳам равшантар намоён мешавад, чунки дар ин тарзи калимасозӣ ҳуди асосҳо бевосита иштирок менамоянд. Калимаи сохта васлшавии сунъии решаи аффикс набуда, дар он чузъҳо ба ҳам аз ҷиҳати маъно мувофиқат меkunанд ва мувофиқати маъноии асосу аффикс ба онҳо имконият медиҳад, ки ба ҳам васл шуда, маънои нави пайдо kunанд, ки ба маънои ҳам асос ва ҳам дар калимаҳои сохта равшан зоҳир мешавад. Дар забони тоҷикӣ калимаҳои сермаъно ва омонимӣ ниҳоят зиёданд. Ба қадом маъно омадани ин гуна калимаҳо маҳз дар асосҳои сохта барҷаста намоён мегардад, чунки дар калимаҳои сохта мутобиқати маъноии асосу аффикс мушоҳида мешавад. Аффикс бо ҳама гуна маънои ҳамон як калима



омада наметавонад, танҳо бо оне меояд, ки ба вай аз ҷиҳати маъно мувофиқ аст. Баъзе калимаҳо дар таърихи забон тадриҷан аз таркиби луғавӣ баромада бошанд ҳам, ҳамчун асоси калимаҳои сохтаву мураккаб дуру дароз умр мебинанд. Ин қабил калимаҳо дар алоҳидагӣ ҳеҷ маънро ифода намеkunанд, маънои аслии онҳоро маҳз илми таърихи забон муайян мекунад бас. Решаву аффикс унсурҳои асосии калимаи сохта мебошанд. Аффикс бар хилофи асоси калима дар алоҳидагӣ маъно надорад. Сермаъноии аффиксро маҳз дар таркиби калимаҳои гуногун омадани вай нишон медиҳад, вале сермаъноиро бо оморфема омехта кардан лозим нест. На танҳо асосҳо, балки аффиксҳо ҳам сермаъно ва омофон мешаванд. Таркиби морфологии калима низ як хел нест. Калимаҳои ҳастанд, ки танҳо аз як асосу як пасванд иборатанд, ки муайян кардани муносибату маънои онҳо вазифаи калимасозист. Дар забон инчунин калимаҳои ҳастанд, ки морфемаҳои калимасози онҳо аз якто зиёданд, дар онҳо тарзҳои гуногуни калимасозӣ во меҳуранд. Дар ин гуна мавридҳо дуруст муайян намудани дараҷаи калимасозии аффиксҳо мушкилтар аст. Дар исми усулҳои зерини калимасозӣ мушоҳида мешавад: 1) морфологӣ, ки бодувосита ба амалмеояд: а) бо пасванди б) бо пешванд; 2) синтаксисӣ, ки ду хел мешавад: а) васлшавии калимаҳо ва б) тарзи омехта;

3) морфологию синтаксисӣ, яъне ба исми гузаштани дигар ҳиссаҳои нутқ; 4) луғавию синтаксисӣ, яъне табилии ибора ба калимаи мураккаб;

5) луғавию маъноӣ, ки ба сермаъноии калимаҳо ва ба амал омадани омонимҳо вобаста аст;

б) ихтисора.

а). истилоҳ-исмҳо. Истилоҳи исмҳои ҳосилшуда дар забони тоҷикӣ дар истилоҳоти соҳаи дандонпизишкӣ назар ба забони олмонӣ бештар во меҳуранд.

Дар калимасозии истилоҳ-исмҳо дар забонҳои тоҷикию олмонӣ усулҳои пешвандӣ, пасвандӣ ва пешвандӣ-пасвандӣ мавҷуданд:

Усули пасвандии калимасозӣ бо илова кардани пасванд ба асоси калимаи ҳосилшаванда сохта мешавад. Ин усул дар сохтани исмҳо дар забони тоҷикӣ пешсаф маҳсуб меёбад. Бо ёрии усули пасвандӣ дар забони тоҷикӣ воҳидҳои истилоҳии *сурат, расм (рентген, чангак, моляр ва ғ)* сохта шудаанд. Фаъолияти бештар дар пасвандӣ: (*коронка, тозакунӣ, кюретка, пластинка, гарданақ, резина*) ва **-кунӣ, барӣ-**: (*фторкунӣ, пломба-кунӣ-пуркунӣ, гаргарақунӣ, фурубарӣ*) қайд шудаанд. Дар баробари ин бояд қайд кард, ки дар се калимаи аввал асосҳои ҳосилкунанда дар шакли мураккабшуда оварда шудаанд, чунки дар таркиби худ пасвандҳои феълии ғайризабонии-*кунӣ ва барӣ-* (*фторкунӣ, пломбақунӣ*) ё пасванди *барӣ* (*фурубарӣ*) доранд.

Дар забони олмонӣ ҳангоми сохтани истилоҳоти соҳаи дандонпизишкӣ пасвандҳои: **-ung -Schddigung** (зарар), **Schwellung** (варам), **Füllung** (пуркунанда), **Zahnung** (кафондан), **Spulung** (обгардон), **Betaubung** (караҳт кардан); **-er-Spotfer** (шпотфер), **Bührer** (бор), истифода мешавад.

Қайд кардан зарур аст, ки дар баъзе истилоҳоти пасванди-**ung** ба асоси мураккабшуда пайваст мешавад. Инчунин, дар калимаи **Schddigung** (зарар), асоси исми аллақай ҳосилшуда ба ҳисоб меравад, яъне бо пасванди-**ung** мураккаб шудааст. Дар истилоҳи **Betaubung** (караҳт кардан) пасванд бо шакли асосӣ бо пешванд мураккабшуда якҷоя шудааст, яъне калима аз феъли **betduben**, ки бо ёрии пешванди **be-** сохта шудааст, пайдо мешавад.

Қайд кардан зарур аст, ки дар баъзе истилоҳоти пасванди-**ung** ба асоси мураккабшуда пайваст мешавад. Инчунин, дар калимаи **Schddigung** (зарар), асоси исми аллақай ҳосилшуда ба ҳисоб меравад, яъне бо пасванди-**ung** мураккаб шудааст. Дар истилоҳи **Betaubung** (караҳт кардан) пасванд бо шакли асосӣ бо пешванд мураккабшуда якҷоя шудааст, яъне калима аз феъли **betduben**, ки бо ёрии пешванди **be-** сохта шудааст, пайдо мешавад.

Ташкили номинатсияи истилоҳоти **Verformung** (шаклдигаркунӣ)-ро ҳамчун суффиксатсия асоси феълии бо пешванд мураккабшуда **verformen** ва ҳам префиксатсияи асоси исмии бо пасванд мураккабшуда **Formung** дида баромадан мумкин аст. Аз нигоҳи мо, ин суффиксатсияи асоси феъли мебошад, чунки ин зухурот дар забони олмонӣ бештар паҳн гашта, мавриди истифода қарор гирифта, ба ҳисоб меравад.

Фаъолияти камтарро дар забони тоҷикӣ дар пасвандҳои: **-ӣ** (кандақорӣ), (ковокӣ, хунравӣ (суффиксатсияи асоси мураккаб), ниҳонӣ дар олмонӣ-**tum (Wachstum** (сабзиш, калоншавӣ)) дидан мумкин аст. Воҳиди ис-

тилоҳи тоҷикии (тӯфдон) бо ёрии як пасванд:-он сохташудааст.

Дар забони олмонӣ инчунин субстантиватсияи кулли феълро мушоҳида кардан мумкин аст, масалан: **Kauen** (хоидан), **Schlucken** (фурӯбарӣ). Ин гуна калимаҳо маҳсули бе иловашавӣ шуморида мешаванд ва натиҷаи калимасозӣ дар забони олмонӣ мебошанд. Дар забони тоҷикӣ мо маҳсулҳои номуайяниро (имплитситӣ (оқибатҳои) дар доираи истилоҳоти соҳаи дандонпизишкӣ мушоҳида накардем.

Таҳқиқотҳои мо дар соҳаи дандонпизишкӣ нишон дод, ки дар забонҳои тоҷикӣ ва олмонӣ истилоҳ-исмҳои ҳосилшуда, чун қоида, бо ёрии пасвандҳое, ки ба реша ва асоси феъл пайваست мешаванд, сохта мешаванд. Усули таҳлили таҳқиқ истифодашуда имконияти муайян намудани асоси ҳосилшавандаи истилоҳ-исмҳоро, ки нишон дод, метавонанд бо пешвандҳо мураккаб гардонида шаванд. Масалан, воҳиди истилоҳоти забони тоҷикӣ **миёнгоҳ**(прокладка) бо ёрии пасванди калимасозии -гоҳ ва пайвастшавии он бо калимаи «миён» сохтамешавад. Бо тақия ба усули таҳлили мазкур хулоса кардан мумкин аст, ки дар забони тоҷикӣ як қатор истилоҳ-исмҳо бо роҳи ба асоси бо пешванд сохташудаи феъл илова кардани пасванд шакл мегиранд: тозакунӣ, суст шудан, пошидан, ҷобачокунӣ, ҷадвалбандӣ, нақшгузорӣ, варамкунӣ, ҳаракаткунӣ, илтиҳобӣ, барқароркунӣ, несткунӣ, варамкунӣ, таркишӣ, омӯси афтидан, азбайнбарӣ, сустшавӣ, саҳтшавӣ, озурдагӣ, зарарбинӣ, фурӯбарӣ, сафедкунӣ, хоидан, хӯрданӣ, хӯрдан. Қисми зиёди исмҳо бо ёрии пасвандҳои -ан-, -зорӣ-, -кунӣ -сохта мешаванд.

Қайд кардан зарур аст, ки ба таври онтологӣ пасвандҳо ба **аслӣ** ва **иктибосӣ** ҷудо мешаванд. Пасвандҳо дар сохтани истилоҳ-исмҳо бо роҳи пасванд сохташудаи тоҷикию олмонӣ нақши муҳим мебозанд. Инчунин, дар истилоҳоти соҳаи дандонпизишкӣ дар номгузори бемориҳо одатан пасванди латинию юнонии-**itis** (раванди варамшавӣ), **-osis** (кӯҳнашавӣ) истифода мешаванд. Барои баёнкунии амал ё натиҷаи он пасванди-**io** истифода мешавад. Дар забони тоҷикӣ ба онҳо **-ит**, **-оз**, **-атсия**; дар забони олмонӣ -

itis, -ose, -tion ҳамоҳанг карда илова мешаванд. Масалан: гингвинит (олмонӣ. **Gingivinitis**), пулпит (олмонӣ. **Pulpitis**), глоссит (олмонӣ. **Glossitis**), флюороз (олмонӣ. **Fluorose**), пародонтоз (олмонӣ. **Parodontose**), минерализатсия (олмонӣ. **Mineralisation**) экстракция (истихроҷ) (олмонӣ. **Extraktion**), олмонӣ. **Dentition** «таркиш».

Дар адабиёти маҳсули забони тоҷикӣ истилоҳ-исмҳои аз дигар забонҳо иқтибосшуда вомехӯранд, ки бо усули пасвандӣ шакл гирифтаанд: **имонфер** (олмонӣ), **праймер**(англ.)

Истифодаи воҳиди истилоҳии **Bleaching** (**сафедкунӣ**)(англ.), ки бо ёрии пасванди-**ing** сохта шудааст, маҳсули забони олмонӣ мебошад.

Усули пешвандии калимасозӣ дар пайваст кардани пешванд ба калима зоҳир мегардад, ки нақши асоси ҳосилшударо мебозад. Таҳлили истилоҳ-исмҳои ҳосилшуда мавҷуд будани мисолҳоро бо усули пешванди калимасозӣ дар забони тоҷикӣ нишон дод: **гамхорӣ**, **нигоҳубинӣ**, **ивазишавӣ**, **нусхабардорӣ**, **таассурот**, **газидан**.

Дар забони олмонӣ ҳангоми калимасозӣ бо усули пешвандӣ, чун қоида, пешванди **Vormahlzahn** (**премоляр**), **Vorbackzahn** (**премоляр**) ва **нимпешвандҳои ober-, unter-, voll-, halb-: Oberkiefer** (ҷоги боло), **Unterkiefer** (ҷоги поён), **Oberlippe** (лаби боло), **Unterlippe** (лаби поён), **Vollprothese** (**протез**), **Halbkron** (**нимкоронка**) сохта мешаванд.

Калимасозӣ баъзан бо тамоюли интернационалишавӣ алоқаманд аст. Аффиксҳои иқтибосӣ дар истилоҳоти соҳаи дандонпизишкӣ дар як қатор ҳолатҳо аз иқтибосҳои миллӣ дида зиёдтар истифода мешаванд.

Ҳамин тавр, дар забонҳои таҳқиқшаванда бисёре аз истилоҳот бо кумаки пешвандҳои латинию юнонӣ **hyper-, hypo-, de-, re-, a-, poly-, pre-, peri-** сохта шудаанд. Масалан: **гиперсаливация** (олмонӣ. **Hypersalivation**), **ре (им) плантация** (олмонӣ. **Reimplatation**), **деформация** (олмонӣ. **Deformation**), **гиподонтия** (олмонӣ. **Hypodontie**), **аномалия** (олмонӣ. **Anomalie**), **гипертрофия** (олмонӣ. **Hypertrofie**), **премоляр** (олмонӣ. **Pramolar**), **полиодонтия** (олмонӣ. **Polyodontie**), **адентия** (олмонӣ. **Adentie**), **гипоплазия** (олмонӣ. **Hypoplasie**), **гиперестезия** (олмонӣ.



Hyperdsthese), атрофия (олмонӣ. *Atrophie*), гипертрофия (олмонӣ. *Hypertrophie*), премолляр (олмонӣ. *Prdmolar*), периодонтит (олмонӣ. *Periodontitis*) ва ғ.

Усули пешвандию пасвандии калимасозӣ дар якҷоя илова кардани пешванд ва пасванд ба асос сурат мегирад. Дар забони тоҷикӣ дар сохтани сифат усули пасвандӣ сахми хеле калонро доро мебошад. Тавасути пасвандҳо ҳам сифатҳои аслий ва ҳам сифатҳои нисбӣ сохта мешаванд. Ин усул бо намунаҳои ягона дар забонҳои таҳқиқшаванда пешниҳод мешавад. Воҳидҳои зерини истилоҳе, ки дар забони тоҷикӣ бо пешванду пасванд сохта мешаванд инҳоянд.

Истилоҳҳои иқтибосии забонҳои таҳқиқшаванда бо усули пешвандию пасвандӣ пешниҳод шудаанд: *пародонтит* (олмонӣ. *Parodontitis*), *периодонтит* (олмонӣ. *Periodontitis*). Дар сохтани ин истилоҳҳо нимпешояндҳои (танҳо хоси забони олмонӣ) *para-*, *peri-* ва раванди илтиҳобӣ бо пасванди **-itis** иштирок менамоянд.

Таҳлилҳои гузарондашуда нишон дод, ки усули пешвандию пасвандии истилоҳсозӣ ҳам дар забони тоҷикӣ ва ҳам олмонӣ дар соҳаи дандонпизишкӣ назар ба дигар усулҳо камтар паҳн гаштааст.

Ҳамчун усули асосии истилоҳсозӣ дар забонҳои тоҷикию олмонӣ усули пасвандӣ баромад мекунад: тоҷикӣ. *асос* (бо пешванд *мураккабшуда*) + *пасванд* + *бандак* (*миёнгоҳ - прокладка, муносибӣ*,); олмонӣ. *асос* + *пасванд* (*Bührer* (бор), *Zahnung* (таркишӣ)).

Пас аз он усули пешвандӣ меояд: *барканӣ* тоҷикӣ. *пешванд* + *асос* (*бонақшгазӣ*). Дар забони тоҷикӣ маҳсулнокии зиёд дар усули пасвандӣ-пешвандӣ қайд шудааст: тоҷикӣ. *пешванд*+*асос*+*пасванд* + *бандак* *барканӣ-бар-пешванд*, *кан-реша*, *й-суфикс* тоҷикӣ. *пешванд* + *асос* + *пасванд* *фторкунӣ*, *обгардонӣ*, *тозакунӣ*, *манаҳӣ*, *ҷогӣ*, *нугӣ*.

Хусусияти фарқкунандаи истилоҳ-исмҳои ду забон ҳангоми калимасозӣ дар иштироки аффиксҳои иқтибосшуда, ки аз дигар забонҳо гирифта шудаанд, мебошанд.

Адабиёт

1. Абӯалӣ ибни Сино. Қонуни тиб: Иборат аз 5 китоб – Душанбе: Сарредаксияи илмӣи Энциклопедияи Советии Тоҷик, 1991. 381 с.
2. Абӯалӣ ибни Сино. Осор. Ҷилди дуввум Душанбе “Дониш”- 2005-802 с.
3. Ашуров, Ғ. Ғ., Ҷураев, Ш. Ғ. Стоматологияи муолиҷавӣ. – Душанбе. «Ҳикмат», 2009. – 160 с.
4. Қосимова, М. Н. Таърихи забони адаби тоҷик (ҷилди 1) / М.Н. Қосимова. – Душанбе, 2003 – 490 с.
5. Грамматикаи забони адабии ҳозираи тоҷик. Душанбе: Дониш, 1985, 356-88.
6. Камолиддинов, Б., Хусусиятҳои услубии сарфу наҳвӣ забони тоҷикӣ. – Душанбе, Маориф, 1992. – 128 с.
7. Ибн-Сина. Канон врачебной науки, т. т. I-V.–Тошкент: «АН Узб. ССР.», 1960.

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В ТАДЖИКСКОМ И НЕМЕЦКОМ ЯЗЫКАХ

Назаров Т.А.

Общеуниверситетская кафедра немецкого и французского языков ТНУ

Статья посвящена словообразованию стоматологических терминов, который является одним из способов обогащения лексического фонда языка. В зависимости от грамматической системы языков изучаются разные способы словообразования.

В процессе изучения проводится анализ множества факторов образования новых

лексических единиц, как по структуре, так и по их семантике. При этом большое внимание уделяется структурному анализу словообразования уже образованных слов, что существенно способствует достаточному пониманию процессов словообразования и появления новых слов в речевом процессе.

Чтобы обсудить структуру стоматологии-

ческой терминологии в таджикском и немецком языках на более широком языке, необходимо более подробно изучить структурные особенности терминологии. Сравнительное исследование выявляет различия в морфологической и словообразовательной системах таджикского и немецкого языков. Потому что оба сопоставимых языка принадлежат к индоевропейской языковой семье. Хотя эти языки принадлежат к одной языковой семье, существуют значительные различия в конкретном использовании и словообразовании на этих языках.

Своеобразие сопоставимых языков заключается в склонности к образованию слож-

ных терминов в своем лексическом слое на международной основе. Синтаксический метод формирования терминологии - эффективный способ обогатить терминологический фонд стоматологии в сопоставимых языках.

Ключевые слова: лингвистика, сравнительное, терминология, употребление, словообразование, культура, стоматология, морфология, структура, анализ, изучение, окончание, немецкий, предлог, сравнение, современное, исследование, фактор аргумента, форма, единица, новое, единственное число, новое значимое, процесс, происхождение, речь, языковые единицы.

STRUCTURAL FEATURES OF DENTAL TERMS IN TAJIK AND GERMAN LANGUAGES

Nazarov T.A.

Department of German and French languages of TUN.

This article is devoted to the word formation of dental terms which considers as one of the ways to enrich the lexical fond of a language. Different methods of word formation have been studied depending on the grammatical system of languages.

In the process of studying analyse many factors of the formation of new lexical units, both in structure and and semantic. At the same time, much attention is paid to the structural analysis of word formation of already formed words, which significantly contributes to a sufficient understanding of word formation processes and the appearance of new words in the speech process.

To discuss the structure of dental terminology in Tajik and German in a broader language, it is necessary to study in more detail the structural features of the terminology. A comparative study reveals the differences in the

morphological and word-formation systems of Tajik and German languages. Because both comparable languages belong to the Indo-European language family. Although these languages belong to the same language family, there are significant differences in the specific use and derivation of these languages.

The peculiarity of comparable languages lies in the tendency to form complex terms in their lexical layer on an international basis. The syntactic method of terminology formation is an effective way to enrich the terminological fond of dentistry in comparable languages.

Keywords: linguistics, comparative, terminology, usage, word formation, culture, dentistry, morphology, structure, analysis, study, ending, German, preposition, comparison, modern, study, argument factor, formation, unit, form, unit significant, process, origin, speech, linguistic units.

Назаров Тавакал Айниевич - муаллими калони кафедраи умумидонишгоҳии забонҳои олмонӣ ва фаронсавиш Донишгоҳи миллии Тоҷикистон, тел: 900-05-05-25 Email: rais-1988@mail.ru

Назаров Тавакал Айниевич- старший преподаватель общеуниверситетской кафедры немецкого и французского языков ТНУ, тел: 900-05-05-25 Email: rais-1988@mail.ru

Nazarov Tavakal Aynievich - the senior teacher of the department of German and French languages of TUN/ Phone: 900-05-0



ОМИЛҲОИ ТАЪСИРРАСОНАНДА БА ЛОИҲАИ ТРАЕКТОРИЯИ ИНФИРОДӢ ВА ИНКИШОФИ КАСБИИ МУАЛЛИМИ МУОСИРИ ФИЗИКА

Расулов С.Н., Шерматов Д.С.

Кафедраи физики тиббӣ ва биологии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Ҳаёти босуръат тағйирёбандаи мо нисбат ба соҳаҳои устувортарин ва консервативии ғайриодомон, аз ҷумла ба таҳсилот, талаботро дигар мекунад. Ягона воқеаи ҳамқадам будан бо ҷомеа ин пайгирӣ намудани навгонӣ, пайваста аз худ намунаҳои донишҳои нав, ғайрӣ гардонидани таҷрибаи худ, истифодаи равишҳои эҷодӣ ба шумор мераванд.

Муаллими соҳибмаълумот дар ҷомеаи муосир- ин шахси корзмуда аст, ки на танҳо дониши кофӣ дорад, балки метавонад онҳоро дар лаҳзаҳои гуногун ба кор барад. Айни замон дар бораи рушди касбии муаллим, кушодани маҳорати вай, ташаккули салоҳиятҳои калидии вай бештар ҳарф мезананд. Вобаста аз ин тасаввурот оид ба нақши муаллим низ тағйир меёбад.

Муаллими муосир он нест, ки ба шогирдон дониши тайёрро медиҳад ва азхудкунии онро месанҷад. Муаллими муосир он аст, ки барои рушди қобилиятҳои инфиродии толибилмон мекӯшад, онҳоро ба қори мустақилона, ғайринокӣ ва тафаккури интиқодӣ, муносибатҳои эҷодкорона нисбат ба иҷрои вазифаҳо ва ғайра ҳавасманд мегардонад.

Дар ҳуҷҷатҳои нави марбут ба муаллим аз хусуси он гуфта мешавад, ки дар раванди таълимҳавасмандгардонии хонандагонро нисбат ба ғайриодомон таълимӣ инкишоф бояд дод. Ин яке аз вазифаҳои асосии педагогӣ имрӯза мебошад. Вай бояд ба маводи дарсӣ хонандаро ҳавасманд гардонад.

Дигар нақшҳои низ ҳаст, ки аллакай имрӯз муаллим бояд онҳоро аз худ намояд:

- Муаллим — навоҳар дар олами иттилоот аст, дар интиҳоб қардани сарчашмаи боэътимод ёрӣ мерасонад, аз селай маълумотҳо боарзиштаринашро интиҳоб намуда ба хонанда медиҳад.

- Муаллим — модератори қори таълим. Интиҳоб қардани шакли қор, ёрӣ расонидан ба шарикон, нигоҳ доштани алоқаи байни хонандагон ва волидайн, мумкин аст, экс-

перт бошад, агар барои раванди дарс ин зарур шавад.

-Муаллим- ташкилотчи таҳсил, мутахассиси созандаи дониш, менечери самаранокӣ раванди таҳсилот.

- Муаллим — пешво, ки вақтро самаранок истифода мекунад, вазифаҳоро воқеӣ баҳогузори мекунад, онҳоро ҳал мекунад ва масъулият дорад.

Ҷунин муаллим бо ҷазобият аст ва дар намунаи шахсии худ меомӯзонад, хонандаро маҷбур намесозад, ки ба вай тақлид кунад, балки ёрмерасонад, ки вақт потенциал ва ҳислатҳои худро кушояд.

Вақтҳои охир мактаби муосирӣ тоҷик, ки қори ғайриодомон инноватсионӣ ҳастанд, муаллимони қори потенциалҳои олии эҷодӣ, қобилиятҳои аналитикӣ ва коммуникативӣ, худтақмилдиҳиро талаб мекунад, ки ин ба рушди касбии муаллим оварда мерасонад. Вобаста аз ин муайян қардани муносибатҳои концептуалӣ нисбат ба рушди касбӣ дар макотиби таҳсилоти умумии миёнаи Тоҷикистон, ҷустуҷӯи технологияҳои самаранокӣ касбияти хонандагон зарур маҳсуб мешавад.

Ғояҳои тари тозаи илмӣ дар шуури муаллим зуд мустаҳкам мешавад, ҷустуҷӯи ғайриодомон ғояҳои инноватсионӣ ба амал меояд, рӯзномаву маҷаллаҳо, мақолаву китобҳои тозаашро аз назараш дурр намеонанд. Дар шароити тағйирпазирии фарҳанги иҷтимоӣ педагогикаи мо ба инноватсияи фаровон дар таҳсилот рӯ ба рӯ мешавад.

Педагогҳое, ки дар соҳаи таҳсилоти миёна қор мекунанд, муаллимони муассисаҳои таълимӣ дар зинаҳои гуногуни таҳсилоти бефосилаи касбии худ ғайрӣ қардани захираи дониши худро эҳсос мекунанд.

Хушбахтона, на танҳо хонандагон, балки бисёр педагогҳои ин системаҳо низ ташнаи ба зинаи нави иртиботи мутақобила гузаштан ҳастанд. Дар навбати аввал- бурдани мусоҳибаи мукамал бо хонандагон ва

волидайн, чалби онҳо ба раванди таълим. Баъдан – ба раванди таълим васеъ нигаристан, аз сарҳадидониши фанҳо убур кардан, кадр кардани на дақиқии маълумот, балки дар амалия истифода карда тавонистани онҳо, дида тавонистани алгоритмҳои гуногуни ҳалли вазъиятҳои мушкил. Инҳоян ҳосиятҳои асосии педагоги нав. Дар баробари онҳо метавон ин хислатҳоро низ қайд кард: истифодаи ҳатмии асбобҳои рақамии муосир ва захираҳо дар дохил ва беруни мактаб; диққат додан ба дониш, ки дар олами воқеӣ татбиқ мешаванд; ташаккули малакаҳо ва салоҳиятҳои хонанда, рушди қобилияти идора карда тавонистани донишҳои худ; муносибатҳои камтари иерархии хонанда ва муаллим, ки ба пажӯҳиши якҷоя, кушода, ҷустуҷӯӣ ҳаллу фасл кардан.

Тағйирот дар фарҳанги иҷтимоӣ ва иқтисодии ҷомеа дар фаъолияти педагог ҷиҳати худтакмилдиҳии он бозсозии сифатӣ, заҳмати пайваста ва душворро талаб мекунад.

Хатсайри инфиродии таҳсилот ин сохтани барномаи педагог аст, ки дар он марҳалаҳои таҳқиқот маблағгузорӣ мешаванд; ин андешаҳои педагог нисбат ба пешбурди худӣ он дар самти таҳсилот, ташаккул ва муназзам сохтани онҳост, ки барои дар технологияҳои педагогӣ ва фаъолияти педагогӣ татбиқ намудани онҳо тайёр ҳастанд.

Дар баробари мафҳуми “Хатсайри инфиродии таҳсилот” инчунин мафҳуми “траекторияи инфиродии таҳсилот” низ мавҷуд аст (Г.А. Бордовский, С.А. Вдовина, Е.А. Климов, В.С. Мерлин, Н.Н. Суртаева, И.С. Якиманская и др.), ки дорои маънои нисбатан васеътар аст ва якҷан самти амалисозиро пешбинӣ мекунад: мазмунӣ (нақшаҳои таълимии вариативӣ ва барномаҳои таълимӣ, ки хатсайри инфиродии таҳсилотро муайян мекунанд); фаъолиятӣ (деятельностный (технологияҳои махсуси педагогӣ), ташкилӣ.

Мо чунин меҳисобем, ки дар ин маврид самти ояндадор низ протсессии инфиродии таълимӣ тавассути ба лоиҳакашӣ ҷалб кардани муаллим ва сохтани траекторияи инфиродии инкишофи касбӣ маҳсуб мешавад.

Истилоҳи «траекторияи инфиродии ин-

кишоф» аз тарафи И.С. Якиманская ворид карда шудааст, вай чунин меҳисобад, ки траекторияи инфиродии инкишоф дар асоси мутобиқшавӣ ба талаботи калонсолон ва эҷодкорӣ асос меёбад, «вай имконият медиҳад, ки аз вазои мавҷудбуда роҳи халосиро меёбад ва барои худ иттиқои нав месозад, ки дар заминаи дониш ва таҷрибаи мавҷудбуда сохта мешавад» [8, с.70].

Таҳти мафҳуми траекторияи инфиродии инкишофи касбии муаллим роҳи инкишофи инфиродии муаллимо бо назардошти қобилиятҳои интеллектуалӣ ва эҷодии вай, сатҳи кӯшиш, ҷаҳонбинӣ ва мавқеи ҳаётии вай фаҳмидан мумкин аст. Траекторияи инфиродии инкишофи касбии муаллим-аломати шахсӣ ва фарқкунандаву ҳоси вай аст, ки аз барномаи мақсадноки тафриқавии ба нақша гирифташуда иборат мебошад ва педагогро бо коркард ва татбиқи барномаи шахсии инкишофи касбӣ ҳангоми амалӣ сохтани роҳнамои методӣ таъмин менамояд. Траекторияи инфиродии инкишофи касбии муаллим ба сифати ташкилоти шахсӣ-ҳадафнокии фаъолияти касбии муаллим дар мактаб баромад мекунад ва мураттаб сохтани раванди таълиму тарбияро дар контексти амалисозии стратегияҳо, рушди асосҳои инфиродӣ-эҷодӣ ва касбии камол ёфтани шахсияти муаллимо ба уҳда дорад.

Сысоев П.В. чунин ҷанбаҳои сохтани траекторияи инфиродии инкишофро аз нуқтаи назари муаллим пешниҳод мекунад:

1. Ҳавасмандсозии хонандагон ба сохтани траекторияи инфиродии таҳсил. Аз тарафи хонандагон дарк кардани манфиати омӯзиши мавод тибқи траекторияи инфиродӣ, кӯшиши худтаҳсилкунӣ, талабот ба ҷустуҷӯӣ эҷодӣ, пешбинӣ кардани онҳо.

2. Натиҷаҳои омӯзиш. Шиносоӣ бо натиҷаҳои пешбинишаванда ва интизории омӯзиш (маҳсулоти ниҳой, шкалаҳои баҳодихӣ ба намуди назоратшавандаи фаъолият ва ғ.).

3. Методҳо, суръати омӯзиш ва назорат. Интиҳоби шакл ва усулҳои омӯзиш, суръати омӯзиши мавод ва усулҳои назорат.

4. Омӯзиши бевосита аз рӯи траекто-



рияи инфиродӣ. Баррасӣ, мувофиқа кардан, ислоҳ кардани траекторияи интихобшудаи инфиродии касбӣ бо муаллим.

5. Назорати дастовардҳо. Назорати дастовардҳои таълимӣ дар протсессии фаъолияти касбӣ аз рӯйи траекторияи инфиродӣ.

6. Рефлексия. Рефлексия дар бораи иштироки худ дар фаъолияти касбӣ аз рӯйи траекторияи инфиродӣ, бо мақсади ислоҳ кардани усул, воситаҳо ва тарзҳои азхудкунӣ [7].

Ҳамин тавр, таҳти инфиродисозӣ сохтани системаи омодагии бисёрзинагии одам фаҳмида мешавад, ки хусусиятҳои инфиродии одамо ба ҳисоб мегирад ва имконият медиҳад, ки аз фарқ накунонидан эҳтиёт карда шавад ва ба ҳадди максималӣ қобилият кушода шавад.

Омилҳое, ки ба инкишофи касбии муаллими муосир таъсир мерасонанд, дар пажӯҳишҳои И.А. Зимней, Э.Ф. Зеера, Н.В. Кузмина, В.А. Сластенина ва дигарон, ба андешаи мо метавонанд шартан ба се гурӯҳ чудо карда шаванд:

- тағйир додани фаъолияти асосӣ;
- вазъи иҷтимоии инкишоф
- субъективияти одам.

Қайд кардан лозим аст, ки ин тақсимкунӣ шартӣ аст, зеро ҷузъҳои пешниҳодшуда қисми таркибии сохтори мукамал ба ҳисоб мераванд ва ба яқдигар алоқаманд ҳастанд. Ба гурӯҳи омилҳои тағйироти асосии фаъолият инҳо дохил мешаванд: иваз кардани фаъолияти асосӣ, тағйироти усули иҷро кардани фаъолият, аз ҷумла тақмили он аст. Омилҳои зерин ба инкишофи фаъолияти касбии муаллими муосири физика ба воситаи траекторияи инфиродӣ таъсири бештар мерасонанд.

Яке аз омилҳои дар педагогика ва психология омӯхташуда ин инкишофи касбии муаллими муосири физика тавассути траекторияи инфиродӣ иваз кардани фаъолияти асосӣ хангоми гузаштан аз як марҳилаи инкишоф ба марҳилаи дигари инкишоф мебошад (Л.С. Выготский, В.В. Давыдов, А.В. Запорожец, Д.Б. Эльконин, Б.Ф. Ломов и др.). Дар протсессии барқароршавии касбии ивазшавии фаъолияти асосӣ дар марҳа-

лаҳои опатсия, тайёрии касбӣ ва мутобиқшавии касбӣ ба амал меояд. Дар баробари ин, қайд кардан мумкин аст, ки бо барқарор шудани касбияти муаллим ин омил аҳамияти худро гум мекунад. Бешубҳа, инкишофи рӯҳӣ дар калонсолӣ дар доираи ҳамон як фаъолият ба амал меояд. Барои ҳамин ҳам, омилҳои минбаъдаи рушди касбии муаллими физика тавассути траекторияи инфиродӣ тағйироти усулҳои иҷроии фаъолият дар доираи ҳамон як фаъолияти касбӣ ба ҳисоб меравад (Б.Г. Ананьев, Н.С. Глуханюк, Э.Ф. Зеер, Е.А. Климов, А.К. Маркова и др.). Дар марҳалаи касбишавии аввалияи иҷроии фаъолият иҷроии фаъолият хусусияти меъёрӣ-писандидаро касб мекунад, дар марҳалаи касбишавии дуюмӣ бошад, маҳорат – инфиродӣ-эҷодӣ дида мешавад, ки имконият медиҳад барои он ҳулоса бароварда шавад, ки тағйироти сифатии инкишофи фаъолияти касбии муаллими муосири физика тавассути траекторияи инфиродӣ бо зиёд шудани собиқаи корӣ ба амал меояд. Такмил додани усулҳои иҷроии фаъолияти касбӣ низ тавассути траекторияи инфиродӣ ба рушди фаъолияти касбии муаллими муосири физика мусоидат мекунад. Аз як тараф, аломатҳои фарқкунандаи тафриқавии муаллими муосири физика аз дигарон, ба системаи талабот оварда мерасонад, ки риоя накардани онҳо эҳтисори касбии онро мекоҳонад. Аз тарафи дигар, чӣ қадар, ки сатҳи мураккабии вазифа баланд бошад, аломатҳои инноватсионӣ, кӯшиши расидан ба меъёр, тавлиди маҳсулот ва усулҳои кор, ки ба «маъмулӣ» мувофиқат намекунад, ҳамон қадар бештар мешавад. «Мақсади инноватсионӣ инъикси эҷодиро бо худ дорад, ки дар доираи маъмулӣ кам намешавад. Чӣ қадар, ки қўлаи дастовард наздик бошад, миқдори «риоя нашудани» меъёрҳо дар он зиёд мешавад ва ба ин «радкунӣ»-и миқдори зиёди дигар муаллимонро ба вучуд меорад» [5, с.54].

Гурӯҳи дуюми омилҳои инкишофи фаъолияти касбии муаллими муосири физика тавассути траекторияи инфиродӣ: тағйироти вазъи иҷтимоӣ-иқтисодӣ, шароити муҳити таҳсилот, шароит ва татбиқи нақшаҳои

касбӣ, ҳодисаҳои тасодуфӣ ва ғайра. Ба ин гурӯҳ омилҳои дохил мешаванд, ки ба инкишоф, пеш аз ҳама, ба салоҳияти иҷтимоӣ-коммуникативии салоҳиятикасбии педагог таъсири бештар мерасонанд.

Тағйироти вазъияти иҷтимоӣ барои рушди салоҳияти касбӣ мусоидат мекунад, зеро одамро ба тағйир додани усулҳои барои вай маъмулии рафтор ва барои ҷустуҷӯи имкониятҳо баҳри тар касб татбиқ намудан «мачбур месозад». Ин дар марҳалаи тайёрии касбӣ ва мутобиқшавии касбӣ ба таври возеҳ муайян мешавад.

Омили дигари инкишофи фаъолияти касбии муаллими муосири физика тавассути траекторияи инфиродӣ, ки ба ин гурӯҳ дохил мешаванд, тағйири шароити иҷтимоӣ-иқтисодии фаъолияти ҳаётӣ ба ҳисоб меравад. Ин тағйирот дар қори муассисаи таълимӣ, ихтисор қардани ҷойҳои қорӣ, тағйирот дар музди меҳнат, қор ва ғайра аст. Шароити муосири шароити иҷтимоӣ-иқтисодиёро ғайриоддӣ ва «эксперименталӣ» ҳисобидан мумкин аст. Ба андешаи Б.А. Сосновский, ноустувории иҷтимоӣ ба «ориентатсияи одам нисбат ба замон (замони гузашта, ҳозира ва оянда), худшиносӣ, ба сатҳи профессионализм, имкониятҳои интеллектуалӣ» таъсир расонида, миқдори ҳолатҳои ниҳоиро дар фаъолияти ҳаётии одамон зиёд мекунад [6, с.51]. Шароити муҳити таҳсилот, аз ҷумла хусусияти инноватсионии он, омили муҳими ин гурӯҳ ба шумор меравад. Ин маҷмӯи шароити гуногуни барои фаъолияти таҳсилот зарурӣ дар мактаб, системаи шаклҳо ва воситаҳои таъкилӣ мебошад, ки ба фаъолияти инноватсионии таҳсилот таъсир мерасонад. Дигаргун қардани он ҷӣ, ки имрӯз дар системаи таҳсилот мавҷуд аст, нисбат ба сатҳи касбияти муаллимони физика талаботи навро пеш мегузорад. Дар шароити мавҷуда он муаллимони физика рақобатпазир мешаванд, ки дар онҳо рушди фаъолияти касбӣ ҳамзамон бо азнавсозихои инноватсионӣ сурат мегирад. Омили рушди фаъолияти касбии инкишофи фаъолияти касбии муаллими муосири физика тавассути траекторияи инфиродӣ мумкин аст, ки васеъ шудани муҳити иҷтимоӣ-иқтисодӣ дар натиҷаи аз худ қар-

дани фаъолияти касбӣ бошад. Мутахассисони қордӯст, ки қорро ҳамчун воситаи эҳтиром ва муваффақият меҳисобанд, гоҳо этикаи касбиёро вайрон мекунанд, ҷанҷолӣ ва дағал мешаванд, аммо дар айни замон қорҳои салоҳияти баланди касбӣ боқӣ мемонанд.

Ниҳоят, омили рушди фаъолияти касбии муаллими муосири физика тавассути траекторияи инфиродӣ ҳодиса ва шароити тасодуфӣ аст дар татбиқи нақшаҳои касбӣ.

Қараёни маъмулии ҳаёти касбиёро ҳалалдор намуда, онҳо шиддати психологӣ ва қорхатӣ ва вазъияти имқоннопазирии ҳолати қаблиёро ба вучуд меоранд, аз тарафи дигар бошад, барои тағйирот дар рушди касбӣ ҳавасм анд месозанд. Дар натиҷаи ин педагогро лозим меояд, ки қорҳои татбиқи қониши худро дар соҳаҳои қорояш нав ҷустуҷӯ кунад. Табиист, ки ин аз вай истифодаи фаъоли малақаҳои муоширатиро талаб мекунад.

Гурӯҳи сеюми омилҳои инкишофи фаъолияти касбии муаллими муосири физика тавассути траекторияи инфиродии таҳсилот хусусиятҳои субъектии одам ба ҳисоб меравад, ки дар натиҷаи шароити дохилии инкишофи шахсият ва фаъолноқӣ таъкид шуда, барои худинкишофдиҳӣ заруранд. Ба сифати ҷунин хусусиятҳо мо инқоро ҷудо қардем:

- баланд бардоштани фаъолноқии касбӣ;
- қонё нағаштани талаботи шахсият;
- омода будан ба худмуайянқунии касбӣ;
- қӯшиши худинкишофдиҳӣ ва худтатбиқсозӣ;
- ҳисси субъективи таваққуф ва инкишоф.

Омилҳои, ки ба ин гурӯҳ дохил мешаванд, тавассути траекторияи инфиродӣ бештар ба қонненти инкишофи шахсияти рушди касбии муаллими муосири физика таъсир мерасонанд.

Дар байни омилҳои ҷудо қардашудаи инкишофи касбӣ фаъолияти муаллими муосири физика тавассути траекторияи инфиродӣ, шароити муҳити таҳсилот, маҳсусан хусусиятҳои инноватсионии он аҳамияти қалон қоранд.



Дар шароити муосир салоҳияти муаллими физика, дар соҳаи худомӯзии касбӣ дар заминаи муайян карда тавонистани соҳаи рағбати касбӣ асос ёфтааст: ошкор кардани мушкилот ва душвориҳо дар фаъолияти касбӣ ва муайян кардани роҳҳои ҳалли фасли онҳо, ба нақша гирифтани ва татбиқи кар-

дани ҳатсайри таҳсилоти инфиродии ҳуд ба рои педагог вазъияти ««зисти инноватсионӣ» мебошад, имкониятҳои худмуайянкунӣ, худомӯзӣ, худтатбиқкунӣ, қонеъ гардонидани талаботи шахси роҳмин мекунад бо имконпазирии банақшагирии вақти худ мувофиқи талаботи таҳсилот ва имкониятҳо.

Адабиёт

1. Большая советская энциклопедия в 30 т. / Под ред. А.М. Прохорова. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия. 1977. Т. 23.
2. Бордовская Н.В., Реан А.А. Педагогика: Учебник для вузов. СПб: Питер, 2000.
3. О методологических проблемах общественных наук / Под ред В. Матвеевкова. Новосибирск: Изд-во СО АН СССР, 1969.
4. Педагогика: Учебник для студентов педагогических учебных заведений / Под ред. Ю.К. Бабанского. М.: Педагогика, 1989.
5. Сластенин В.А., Подымова Л.С. Педагогика: 191 инновационная деятельность. – М.: Магистр, 1997. – 224 с.
6. Сосновский Б.А. Психология человека в условиях нестабильности // Ежегодник Рос. психол. об-ва – Том 2, вып. 2. – М., 1996. – 86 с.
7. Сысоев П.В. Обучение по индивидуальной траектории [Электронный ресурс]. – Режим доступа: sun.tsu.ru/mminfo/000349304/24/image/24-121.pdf (дата обращения: 19.08.2021)
8. Шапошникова Н.Ю. Индивидуальная профессиональная траектория студента: анализ трактовок понятия // Педагогическое образование в России. 2015. – № 5. – С.39-44.
9. Якиманская И.С. Требования к учебным программам, ориентированным на личностное развитие школьников // Вопросы психологии. 1994. №2. С. 64-67.
10. Ярулов А.А. Индивидуально-ориентированный учебный план / А.А. Ярулов//Школьные технологии. - 2004. - №6. - С.136-154.
11. Ярулов А.А. Организация выполнения индивидуально-ориентированных учебных планов / А.А. Ярулов // Школьные технологии. - 2004. - №3. - С.86-108.
12. Ястребова Г. А. Индивидуальная профессиональная траектория педагога как инструмент овладения новыми профессиональными компетенциями в условиях внедрения профессионального стандарта педагога / Г. А.Ястребова, Г. В. Цветкова // Научно-методический электронный журнал «Концепт». - 2014. - Т. 25. -С. 26-30. - URL: <http://e-koncept.ru/2014/55249.htm>. (Дата обращения 12.08.2021)

ВЛИЯЮЩИЕ ФАКТОРЫ НА ПРОЕКТИРОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ТРАЕКТОРИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОГО УЧИТЕЛЯ ФИЗИКИ.

Расулов С.М., Шерматов Д.С.

Кафедры медицинской и биологической физики с основами информационной технологий ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Аннотация: в данной статье рассматриваются особенности проектирование индивидуальной траектории профессионального развития современного учителя физики средствами индивидуальной траектории, представлены результаты изучения ее

структурных компонентов в зависимости от условий образовательной среды и стажа педагогической деятельности.

Авторами указано, что факторы оказывающие наибольшее воздействие на развитие профессиональной деятельности совре-

менного учителя физики средствами индивидуальной траектории является смена ведущей деятельности при переходе от одной

стадии развития к другой.

Ключевые слова: факторы, проектирование, траектория, развития, касбӣ.

INFLUENCING FACTORS ON THE DESIGN OF INDIVIDUAL TRAJECTORY AND PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF THE MODERN PHYSICS TEACHER.

Rasulov S. N., Shermatov D.S.

Department of Medical and Biological Physics with the Basics of information technology,
Avicenna Tajik State Medical University.

Resume: This article examines the features of designing an individual trajectory of professional development of a modern physics teacher by means of an individual trajectory, presents the results of studying its structural components, depending on the conditions of the educational environment and the experience of teaching.

The authors point out that the factors that have the greatest impact on the development of the professional activity of a modern physics teacher by means of an individual trajectory is a change in the leading activity during the transition from one stage of development to another.

Key words: factors, design, trajectory, development, professional.

***Расулов Сунатулло Неъматуллоевич** - муаллими калони кафедраи физикаи тиббӣ ва биологӣ бо асосҳои информатикаи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Тел. (+992) 918-86-34-59. E-mail: sunat_70@mail.ru*

***Шерматов Дусназар Саидович** – доктори илмҳои физика ва математика, профессори кафедраи физикаи тиббӣ ва биологӣ бо асосҳои информатикаи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»*

***Расулов Сунатулло Неъматуллоевич**, старший преподаватель кафедры медицинской и биологической физики с основами информационных технологий ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Тел. (+992) 918-86-34-59. E-mail: sunat_70@mail.ru*

***Шерматов Дусназар Саидович** – доктор физико-математических наук, профессор кафедры медицинской и биологической физики с основами информационных технологий ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».*

***Rasulov Sunatullo Negmatulloevich** – Avicenna Tajik State Medical University, Senior Lecturer of the Department of Medical and Biological Physics with the Basics of information technology. Phone: 918-86-34-59. E-mail: sunat_70@mail.ru*

***Shermatov Dusnazar Saidovich** - Doctor of Physical and Mathematical Sciences, Professor Avicenna Tajik State Medical University, Senior Lecturer of the Department of Medical and Biological Physics with the Basics of information technology.*

КАЛИМАҲОИ ИҚТИБОСИИ АРАБӢ ДАР АШӢОРИ НАҚИБХОН ТУҒРАЛИ АҲРОРӢ ВА БАЪЗЕ ВИЖАГИҲОИ ОНҲО

Расулов С.М.

Кафедраи забони тоҷикии МДТ “ДДТТ ба номи А.Сино”

Муҳиммият. Дар ашӯри шоир вожаҳои иқтибосии арабӣ нисбат ба узбекӣ, русию аврупоӣ бештар мавриди қорбаст қорор гирифтаанд. Бояд гуфт, ки дар таърихи инкишофи забонҳои олам кам забонеро пай-

до қардан мумкин аст, ки ба забонҳои дигар дар муддати беш аз ҳазор сол пайваста таъйиқ оварда, ба онҳо беист калима дода бошад. Яке аз ҳамин гуна забонҳо, ки ба таркиб луғавии забони тоҷикӣ таъсири на-



заррас расонидааст, забони арабӣ мебошад.

Мақсади таҳқиқот. Калимаҳои иқтибосии арабиери, ки дар ашъори Нақибхони Туғрал мавриди истифода қарор гирифтаанд, ба гурӯҳҳои зерини маъноӣ метавон тасниф кард:

а) Калимаҳои арабии ифодагари мафҳумҳои муачаррад: **адоват, ақл, ваҳм, ирода, ирфон, ишқ, кайфият, муҳаббат, нафрат.** Доираи қорбурди калимаҳои иқтибосии арабӣ дар ғазалиёти Туғрал яксон нест. Яъне дар ғазалиёти шоир вожаҳои арабие дида мешаванд, ки хеле серистеъмолу оммафаҳм мебошанд; ба мисли ақл, ишқ, китоб, қонун, миллат, муҳаббат, ҳалқ шоир... Ин гурӯҳи калимаҳо дар осори Туғрал хеле фаровон қорбасти гардида, барои қозибу дилкаш ва баландмазмун гардидани осори шоир мусоидат намуданд.

Дар ин ҷо қолаби ибораории забони тоҷикӣ бо иштироки ду вожаи арабӣ (водӣ, ишқ) ибораи водии ишқ ташаккул ёфтааст, ки ифодаи маҷозӣ аст. Вожаи водӣ сермаъно буда, маъноҳои дара, сарзамин, дашт, сахро, биёбонро ифода мекунад. Вожаи ишқ ба маъноӣ маҷозии ошиқ омада, яққоя ифодаи тасвири мавзеи ошиқонро ифода мекунад. Дар забони адабиёти классикӣ дар ҳамин қолаб қандин ибораҳо чун, водии айман (аз рӯи афсонаҳои дини исроилӣ сарзамини муқаддаси Қанён -ФЗТ) водии маҳшар, (саҳрои қиёмат) водии пуралам, (дунё) водии хомӯшон (гуристон, қабристон) ва монанди инҳо дар ашъори ин ё он шоир дучор мегардад. Вале, ба назари мо, эҷодгари ибораи маҷозии водии ишқ Туғрал аст, ки дар қолаби маъмули ибораоройи вожаи арабӣ як мафҳуми дилписанд ба маъноии ошиқ падида омадаст. Дар ҳамин қолаб баён ёфтани ифодаҳои забоншиносон Б.Қамолидинов, М.Қаломов ва қанде дигарон ифодаҳои маҷозӣ меноманд, ки эҷодқунандаи ин қабил ибораҳо танҳо шоирони хушқалиқа маҳсуб меёбанд (ниг ба; с.3;4;11). Қамқунин аз мисолҳои дигар низ пай бурдан мумкин аст, ки дар ашъори Туғрал вожаҳои арабии ифодагари мафҳумҳои муачаррад барои ташаккули ифодаҳои маҷозӣ омадаанд ва барои қозибияту қондан-

бои гардидани ғазалиёти шоир нақш доранд: гулшани муҳаббат, (с.198) тири ақл (с.295) қонунӣ ишқ (с.204) субҳи ишрат (с.125) қайби саҳар (с.85) ва монанди инҳо. Ифодаҳои маҷозие, ки дар ашъори Туғрал дида мешаванд, бо вожаҳои иқтибосии арабӣ, чун ишқ, водӣ, қитоб, ақл, ишрат, субҳ, саҳар ва монанди инҳо ифода ёфтаанд. Ин далели он аст, ки бархе аз вожаҳои иқтибосӣ арабӣ дар таркиби луғавии забони тоҷикӣ қунон мавқеъ гирифтаанд, ки беғона будани онҳо ро на ҳар қас пай мебарад. Қамқунин, дар таркиби мисолҳои оварда муродифи қуфтистеъмоли андӯҳу қулқат низ ифода гардидааст, ки яке аз ин қузьҳо арабӣ (қулқат) ва қузьи андӯҳ тоҷикӣ аст.

Умуман, дар ашъори Туғрал мавриди истифода қарор гирифтани мафҳумҳои динӣ талаботи давру қамон буда, шоирон барои қустану пайдо қардани адлу инсоф ва раҳнамун сохтани дигарон аз вожаҳои ифодагари динии арабӣ истифода намудаанд. Шоирони мо бештар қиҳати ахлоқиву тарбиявии динро ба мардум таблиғ менамуданд ва худ намунаи ибрати дигарон дар қодаи ахлоқ буданд. Туғрал низ чун як инсонӣ мусалмон, дар ашъори ҳеш аз инъикосу истифодаи вожаҳои динии арабӣ ҳаргиз барқанор набудааст.

в) Вожаҳои арабии ифодагари мафҳумҳои иҷтимоӣ: арбоб, инқилоб, истиклол, исён, иттиҳод, қозӣ, мулк, раис, султон, қумҳурият, ҳабс. Ноғуфта намонад, ки зимни вожаи иҷтимоӣ сохтори маъмурӣ, идорӣ низ фаҳмида мешавад.

Мафҳуми ифодагари иҷтимоӣ дар ашъори Туғрал мавқеи муҳимро қасб намуда, ин мафҳумро шоир дар офаридани тасвирҳои ҳаёланғез ва образҳои бадеӣ устодона истифода менамояд. Қунонқӣ, зимни “Давлати Доро мағӯ, асри Қаридун маҷӯ...” шоир ба давлати бузургу пурҳашамати гузаштаи эронӣ, ки ними дунёро тасхир намудааст ва дар “Шоҳнома” Қаридун шоҳи бузурги сарзамини Хуросону Моқароуннаҳр ё Эрони таърихӣ аст, ишора менамояд ва авлоди имрӯзаи ҳамаи давлатдорони бузургро хушдор медиҳад, ки бо гузаштаи дур то қай ифтиҳору болидан дори ва қамон-

не расидааст, ки анъанаҳои неки гузаштагонро дар замони хеш идома бидеҳ ва чун эшон давлатҳои бузург барпо намо, ки дар онҳо адолату инсонпарварӣ ҳукмрон бошад. Воқеъан, вожаҳои давлат (1. мол, сарват, боигарӣ, дорой; 2. мамлакат; 3. ҳукумат, салтанат, ҳукумронӣ; 4. ғалаба, зафар; 5. маҷ. бахту саодат, иқбол, хушбахтӣ; толеи нек), миллат (1 дин, мазҳаб; 2. уммат, мардуми ҳаммазҳаб; 3. халқ), қонун (асли ҳар чизе, низом, тартиб, қоида, дастур) султон (унвони подшоҳон, подшоҳ, салтанатрон) ва монади инҳо ифодагари мафҳуми иҷтимоӣ буда, дар ашъори шоир бештар ба маъноӣ маҷозӣ баҳри баланд гаштани шаҳомати ашъор истифода гардидааст:

г) Вожаҳои арабӣ ифодагари истилоҳоти илм, тамаддун ва санъат.

Дар таркиби луғавии забони тоҷикӣ истилоҳоти арабиасоси илм, тамаддун ва санъату фарҳанг то ибтидои қарни XX, яъне то инқилоби Бухоро, хеле фаровон қорбаст

мегардид ва имруз низ бештари истилоҳоти илми адабиётшиносӣ, забоншиносӣ, мантиқ, санъатшиносӣ фарҳангшиносӣ мансуби забони арабианд. Дар ашъори Туграл вожаҳои арабии илм, китоб, матлаъ, шеър, ки дар байтҳои дар болооварда ба назар мерасанд, баҳри ифодаи мафҳуми илму санъат ва тамаддун омадаанд.

Хулоса, як гурӯҳи калимаҳои иқтибосии арабӣ дар ашъори Накибхони Туграл мавқеи муайянро фаро мегиранд ва ин вожаҳои иқтибосии арабӣ дар осори шоир аз рӯйи зарурат ва дар ҷои худ мавриди истифода қарор гирифта, ба ҳусни ашъори ӯ бозчило бахшидаанд ва онро хонданбобу гуворо сохтаанд. Вожаҳои арабии ашъори шоир аз нигоҳи фарогирии мазмун ва мӯҳтавоишон душворфаҳм набуда, бештари онҳо дар қатори вожаҳои оммафаҳм ё умумиистеъмолии таркиби луғавии забони адабии тоҷик мавқеъ доранд ва ба хонандаи имрӯза фаҳмо ҳастанд.

Адабиёт

1. Туграл. Гиёҳи меҳр. -Душанбе: Ирфон, 1986.с.197.-Минбаъд саҳифаҳои ҳамин асар дар қавсайн оварда мешаванд.
2. Бердиева Т. Назарияи иқтибос.-Душанбе, 1991. -128.с
3. Забони адабии ҳозираи тоҷик. Лексикология, фонетика ва морфология. Қисми 1.-Душанбе: Ирфон, 1973.-с.17-87.
4. Камолиддинов Б. Ҳусни баён-Душанбе: Ирфон, 1983.-115 с.
- 5.Каримов Ш. Семантикаи вохидҳои луғавии ғазалиёти Ҳофиз. -Душанбе, 1993. -146 с.
- 6.Қосимова М.Н. Таърихи забони адабии тоҷик.-Душанбе, 2003.-490 с.
- 7.Мачидов Ҳ. Забони адабии муосири тоҷик. Ҷилди 1. -Душанбе -2007.-242 с.
- 8.Мухаммадиев М.Луғати синонимҳои забони тоҷикӣ -Душанбе: Маориф, -1993.-272 с.
9. Мунтахабуллуғот. -Душанбе: ЭМТ, 2003.-790с.
- 10.Пулодов А., Раҳмонов А. Шамъи маҳфили шеър//Гиёҳи меҳр. -Душанбе: Ирфон, 1986.-с.-28.
- 11.Фарҳанги забони тоҷикӣ. ҷ.1.-М:СЭ,1969.-808 с.
- 12.Фарҳанги забони тоҷикӣ. ҷ.2.-М:СЭ,1969.-810 с.

АРАБСКИХ ЗАИМСТВОВАННЫХ СЛОВ В ПОЭЗИИ НАКИБХОНАТУГРАЛА АХРОРИ

Расулов С.М.

Кафедры таджикского языка ГОУ “ТГМУ имени А.Сино”

В статье рассматриваются вопросы особенности арабских заимствованных слов поэзии поэта. При рассмотрении данного вопроса также проводится анализ и интерпретация взаимоотношений составных ком-

понентов данной группы словосочетаний в поэтическом контексте. Отмечается, что в творчестве Накибхона Туграла и его современников можно наблюдать субстантивных словосочетаний с разными структурно-се-



мантическими и стилистическими особенностями и как показывает исследование как основные, так и зависимые компоненты данной модели словосочетаний относятся к различным группам имен существительных.

Ключевые слова: язык, поэзия, словосочетание, структура, синтаксис, изафет, имя существительное, компоненты, изафет, определение, определяемое, соотношение слов.

LANGUAGE FEATURES OF SUBSTANTIVE PHRASES IN NAKIBKHON TUGRAL'S CREATIVITY Rasulov S.M.

In article questions of structural-semantic features substantive the izafet of phrases of the Tajik language in creativity Nakibkhon Tugral and his contemporaries are considered. By consideration of the matter the analysis and interpretation of relationship of compound components of this group of phrases in a poetic context is also carried out. It is noted that in creativity of Nakibkhon Tugral and his contemporaries it is possible to

observe substantive phrases with different structural-semantic and stylistic features and as shows research as the main and dependent components of this model of phrases belong to various groups of nouns.

Keywords: language, poetry, the phrase, structure, syntax, izafet, the noun, components, izafet, the definition defined a ratio of words.

Расулов С. М.- д.и.ф., дотсенти кафедраи забони тоҷикии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи А.Сино”, Тел.: +992939255703

Расулов С. М.- – д. ф.н., дотцент кафедры таджикского языка ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени А.Сино”. Тел.: +992939255703

Rasulov S.M. - Doctor of Philological Sciences, Associate Professor of the Department of the Tajik Language of the State Educational Institution “TSMU named after Abuali Ibni Sino”, Phone: +992939255703

ПАҲЛҶҲОИ ЛИНГВИСТИИ ИСТИЛОҲ

Юсупов А.И., Шодиматова М.К.

Кафедраи забони тоҷикии МДТ ДДТТ баноми Абӯалӣ ибни Сино

Муҳимият. Забон ҳамчун организми зинда дар ҳолати рушди муттасил ва бефосила қарор дошта, дар ҳар як давраи муайяни таърихӣ вай ҳамун падидаи мукамал зохир мегардад. Дар баробари ин, як гурӯҳи калимаҳо бо мафҳумҳои ин ё он соҳои илм вобастагӣ дошта, дорои ситема будани лексика низ махсусан дар забони илмӣ хеле хуб намудор мегардад, ки он ҳам дар вобастагӣ аз рушду инкишофи ҳамин соҳаи илм қарор дорад.

Масъалаи омӯзиш ва пажӯҳиши забонҳои касбӣ ва терминологияи соҳавӣ ҳамеша дар мадди назари забоншиносон қарор дошта, солҳои охир боз ҳам мубрамтар гаштааст.

Дар забоншиносии муосири ҷаҳонӣ эътироф шудааст, ки истилоҳ универсалияи мут-

лақ ва мавҷудияташ дар забон ҳатмӣ ва қонунӣ аст, вай ҳам ба омилҳои экстралингвистӣ (моҳияти иҷтимоӣ ва вобастагии фарҳангии забон) ва ҳам ба ҳуди табиати забон ҳамчун система робитаву вобастагии комил дорад. Терминология (истилоҳот) ҳам таҳти таъсири лексикаи забони умумии адабӣ ва ҳам таъсири системаи мафҳумҳои илмӣ қарор дорад. Дар робита ба ин, ҳақ ба ҷониби А.А. Реформатский мебошад, ки гуфтааст: «Терминология (истилоҳот) «хизматгори ду ҳоҷа», яъне системаи лексикӣ ва системаи мафҳумхост» [16:122].

Дар таҳқиқотҳои муҳаққиқони истилоҳшинос зиёда аз 3 000 таърифи мафҳуми «истилоҳ - термин» -ро дучор шавем ҳам, ханӯз муҳтавои ин вожа пурраву мукамал шарҳ

дода нашудааст.

Намояндагон-мутахассисони илмҳои гуногун ба калимаи «термин» аз диди худ баҳо дода ва онро бо мафҳумҳои махсуси соҳаи худ рабт медиҳанд ва вобаста аз ин мазмуну мундариҷаи он низ мухталиф мешавад.

Дар маълумотномаи Розентал Д. Э. оварда шудааст, ки «Термин (истилоҳ) метавонад, ки танҳо ба таркиби як терминология дохил шавад (масалан, мансуб ба терминологияи таълимӣ – ҳуқуқӣ – истилоҳи донишҷӯ (студент), хизматрасониҳои маориф, мактаб ва ғ.), вале метавонад ба системаҳои гуногуни терминология низ ворид гардад (истилоҳи барнома – дар фаъолияти маориф ва дар соҳаи технологияи компютерӣ, дар сиёсат ва ғ.)» [17. 486].

«Ҳар як истилоҳро, -менависад Р.Ф.Пронина, - на бояд ҳамчун воҳиди мустақили маъноии бо калимаҳои гирду атрофаш ва умуман матн бербита баррасӣ кард, балки онро ҳамчун калимае донист, ки дар он маънои мушаххаси техникӣ ниҳон аст, вале вай метавонад, ки вобаста аз соҳаи истифодашавандааш маъно ва мазмуни худро тағйир диҳад» [15. 8].

Сабаби ин гуногунфаҳмиҳо шояд дар ин ниҳон бошад, ки донишмандон контекст (матн)-ро ба таври гуногун мефаҳманд. Як гурӯҳи донишмандон чунин меҳисобанд, ки вай муҳити забонӣ, ҳолати нутқ, жанри баёнро низ дар бар мегирад, барои ҳамин ҳам онҳо контексти забонӣ, маишӣ ва контексти ситуатсиявӣ (вазъият) ва ғайраро ҷудо мекунанд» [21. 24].

Гурӯҳи дигар чунин мепиндоранд, ки барои термин контекст муҳим нест, «Истилоҳот, агар аъзои кадом системаи терминология буданашон маълум бошад, берун аз матн (қарина) низ вучуд дошта метавонанд» [16. 58].

Забоншиносон бештар ба ин ақида майлдоранд, ки термин бояд вожаи иқтибосӣ бошад, зеро вай дар таркиби луғавии забони худ ҳамчун як падидаи бегона ба назар мерасад. Сотсиологҳо бошад, ҳар як калимаи махсусро ба сифати истилоҳ қабул доранд. Намояндагони илмҳои гуногуни техникӣ чунин меҳисобанд, ки тамоми калимаҳои ба

соҳаи онҳо дахлдор термин ҳастанд.

«Дар тавсифномаи истилоҳ сифати он (ё тамоюл) бояд ҳатмӣ, вале дар таърифи истилоҳ, танҳо хусусиятҳои баҳснопазири тамоми истилоҳот мавҷуд бошанд» [21. 10]. Хусусияти асосӣ, яъне хусусияти истифодаи тахассусӣ ва профессионалии термин ин аст, ки доираи паҳншавии он дар соҳаи муайяни дониш маҳдуд мешавад. Ҳамчунин ба ин ақида низ розӣ шудан мумкин нест, ки «на дар шакл ва дар мазмун байни калимаҳои лексикаи ғайритахассусии маъмулии забон ва калимаҳои системаҳои терминологӣ фарқиятҳои муҳимро пайдо кардан мумкин нест ... агар калимаи маъмулии забон ба ашёи (объекти) маъмулӣ муносибат дошта бошад, калимаи системаи терминологӣ ба объекти махсус, ки барои доираи маҳдуди одамон-мутахассисон маълум аст, тааллуқ дорад» [10. 145].

Лингвистика одатан истилоҳро ҳамчун «калима, таркиб ё ибораи соҳаи махсуси дониш ё фаъолият» тафсиру ташреҳ карда, ҳамзамон таъкид менамояд, ки «истилоҳот ба системаи умумии лексикаи забон ба воҳитаи системаи мушаххаси терминологӣ» ворид мегарданд [12.508]. Дар байни забоншиносон, махсусан оид ба масъалаи кадом вазифаро иҷро кардани истилоҳ баҳсҳои зиёд ба амал меояд. Гурӯҳе ба ин ақидаанд, ки истилоҳ мафҳумро номбар ва гурӯҳи дигар иддао доранд, ки вай мафҳумро муайян мекунад. Яъне баҳс сари ин масъала меравад, ки истилоҳ вазифаи номинативиро иҷро мекунад ё дефинитивиро? Ба андешаи забоншиноси маъруф Г. О. Винокур «истилоҳҳо ин калимаҳои махсус нестанд, балки калимаҳоеанд барои иҷрои вазифаҳои махсус. Вазифаи махсусе, ки калима ба сифати истилоҳ бояд онро иҷро кунад, ин вазифаи номгузорӣ (номинативӣ) аст. Вазифаи номгузориро аксар вақт калимаҳои маъмулӣ низ иҷро карда метавонанд ва ба вазифаи термин калимаҳои рӯзмарра (маишӣ) низ метавонанд қорбаст шаванд. Аммо истилоҳоти маишӣ (рӯзмарра) танҳо номи ашёҳоянд. Истилоҳи илмӣ – техникӣ бошад, ҳатман номи мафҳум аст» [1.56]. Академик В. В. Виноградов вазифаи дефинитивии исти-



лохро пешниҳод кард, ки дар ин маврид Л.А. Капанадзе низ бо вай ҳамфикр аст. Капанадзе мегӯяд, ки «истилоҳ мафҳумро мисли калимаи маъмулӣ номбар намекунад, балки мафҳум ба вай тасбит мешавад» [8.78].

Ба андешаи мо низ, махсусияти истилоҳ маҳз ҳамин аст, ки вай дар қиёс бо калимаҳои маъмулӣ, дар як вақт мафҳумро ҳам номгузорӣ ва ҳам муайян мекунад, яъне ду вазифа, вазифаи номинативӣ ва дефинитивиро анҷом медиҳад.

Баррасии асарҳои илмӣ ба масоили истилоҳ ва истилоҳшиносӣ бахшидашудаи донишмандон нишон медиҳад, ки онҳо пайваста баҳри васеъ кардани доираи пажӯҳишхояшон мекӯшанд, зеро кӯшишҳои барзиёди ҳосил кардани чунин таърифи умумӣ ва ягонаи вожаи «термин – истилоҳ», ки аксариятро қаноатманд созад, бинобар «бисёрчанба будани ин феномен» то имрӯз натиҷаи дилхоҳ надодааст [7.11]. Асосгузори мактаби терминологии Вена терминологи маъруф Вюстер таъкид карда буд, ки яке аз муҳимтарин фарқиятҳои байни усулҳои пажӯҳиши лингвистҳо ва терминологҳо ин аст, ки терминологҳо баррасии истилоҳро аз мафҳум, мафҳуме, ки бояд дақиқан муайян карда шавад, мафҳуме, ки аз номи худ вобаста набошад, забоншиносон бошад, аз ифодаи забонӣ оғоз мекунанд. Аз ҳамин ҷост, ки терминологҳо дар бораи мафҳумҳо ва лингвистҳо оид ба маъноҳои сухан мегӯянд» [23.3]. Таваҷҷуҳ ба забони муоширати соҳаҳои касбӣ аз муайян кардани аксиомаҳову усулҳои бунёдии қор ба истилоҳот ҳамчун ба «олоте ё воситае, ки вайро бо усулҳои оқилона истифода кардан зарур мешавад, то ин ки барои мақсади дар пешгузошта, яъне барои баргараф кардани мушкилоти равобити илмиву техникӣ самаранок хизмат карда тавонад» сар мешавад [18.15].

В.П. Даниленко таъкид мекунад, ки пайдо шудани мувофиқати мафҳумҳои «забони таҳассусӣ» ва «терминология» аз баъзе ҷиҳатҳо асоснок аст, зеро маҳз истилоҳот ноқили иттилооти ихтисосиянд [8.123]. Агар ба семантикаи истилоҳот аз нуқтаи назари забоншиносӣ нигоҳ кунем, дар таркиби маъноии воҳиди лексикӣ дахлдор ягон маъноӣ

истилоҳиро, ки маъмулан ба мафҳуми ихтисосӣ баробар аст, пайдо кардан имумкин аст. Аммо дар истилоҳот коннотатсияҳое (тобишҳои иловагии семантикӣ ва услубӣ) нигоҳ дошта мешаванд, ки дар сохтани истилоҳҳои сохта ва ибораистилоҳот иштирок мекунанд. Масалан, дар заминаи истилоҳоти информатика ва назарияи таснифоти дарахт истилоҳҳои нави шохаронии дарахт, дарахти афзояндаи ҷустуҷӯ тавлид шудааст. Шакли дохилии ибтидоии истилоҳ, усули пешниҳод кардани маъноӣ ва далелнокии онро, дар ниҳояти қор, субстрати забонии он муайян мекунад [11. 72]. Дар асоси функцияҳои (вазифаҳои) калима ё ибораҳои сохтори функционалии истилоҳ ташаккул меёбад. Донишмандон ёдовар мешаванд, ки истилоҳ тамоми функцияҳои асосии калима, яъне функцияҳои номинативӣ, сигнификативӣ, коммуникативӣ, прагматикиро доро аст.

Ҳамин тавр, Лейчик В.П. таъкид мекунад, ки хусусияти забонӣ, лексикӣ дар ҳама паҳлӯҳои истилоҳ- ҳам дар таркиби фонетикӣ, ҳам калимасозӣ, ҳам функционалӣ ва ҳам мазмуни он намудор мешавад. Вай «муқобилгузори анъанавии «истилоҳ - калима», «истилоҳ ҳамчун калимаи махсус – калимаи умумиистеъмоӣ»-ро ғайриқонунӣ медонад, зеро байни ин воҳидҳо на муносибати таълод, балки муносибати муштакоти мантикӣ мавҷуд аст» [11. 87-97].

Ба пиндори мо, сабаби руҳ додани ҷуни мушкилот, пеш аз ҳама, мавҷуд набудани нишондихандаи дақиқи хронологие, ки ба мақоми истилоҳ расидани калимаро муайян сохта тавонад, мебошад. Ҳар калимаи маъмулии забони адабӣ, ки ба забони «таҳассусӣ» ворид мешавад, истилоҳ, яъне «калимае, ки дар як давраи муайян дар ягон намуди фаъолият пайдо ё як маротиба (калимаи occasionalis - тасодуфӣ) истифода шудааст, мегардад» [12.791].

Ба ақидаи файласуфи рус Г.Г. Шпет калима функцияҳои муҳими инкишофдиҳандаву истиқрорбахшандаи иҷтимоии забонро иҷро мекунад. Дар ин росто ду самт - калима образ ва калима –истилоҳро фарқ мекунанд. «Калима – образ аломатҳои «та-

содуфан» ба чашмрасандаи ашёро бо тахаюли эҷодӣ ишора мекунад». Ин ҳолат бештар дар назм дида мешавад, зеро дар ин ҷо калима озод, асосан воситаи эҷоди ҳуди забон аст. Калима – истилоҳ ба ифодаи мустақим майл дошта, аз ифодаҳои маҷозӣ канораҷӯӣ мекунад. Чунин калима «муҳршуда» буда, асосан воситаи сабти иттилоъот мебошад» [22: 33].

Ба системаи терминологӣ мансуб будани калимаҳо хусусияти нисбӣ ва таъриҳӣ буда, онро параметрҳои базавии «замон» муайян мекунад, ки онро ҳамчун «сохтори когнитивии муайянкунандаи моделҳои мавҷуда ва тафсири муносибатҳои муваққатӣ» маънидод кардан мумкин аст [12:155]. Ба ибораи дигар, мафҳуми истилоҳ нисбат ба замон тағйирпазир ва нисбӣ мебошад: калима вазифаи худро ҳамчун истилоҳ то он вақт иҷро карда метавонад, ки ғӯянда дар он хосиятҳои истилоҳиро эҳсос кунад, масалан истилоҳи зарпарма - бемории боткин – зардпарвин- гепатит.

Пайдо шудани когнитивизм дар самти омӯзиши истилоҳоти нав ва системаҳои нави истилоҳот тақдирӣ чиддӣ шуд. Аз мавқеи муносибати когнитивӣ забон на танҳо ҳамчун объекти нодир, ки дар алоҳидагӣ омӯхта мешуд, балки ҳамчун «воситаи роҳ ёфтани ба ҳама равандҳои менталӣ, ки дар сари инсон ба амал меоянд ва ҳастии худӣ ва фаъолияти вайро дар ҷамъият муайян мекунад» мавриди омӯзиш қарор дода мешавад [9:9].

Намояндагони равияи когнитивизм ба масъалаи баррасӣ кардани хусусиятҳои маҳсули забонҳои ихтисосӣ, аз ҷумла ба фаҳмиши табиати истилоҳ, аз он мавқеъ назар мекунад, ки истилоҳҳо ноқили ё ҳомили кадом сохтори таркибии дониш ҳастанд. Дар як қатор пажӯҳишҳои ба ин проблема бахшидашуда сухан дар бораи бознигарӣ ё таҷдиди назар кардани аломатҳои қаблан муқаррарнамудаи истилоҳ, ҳамчунин дар он хусус, ки дар таърифи истилоҳ «ислоҳоти дахлдор ворид кардан зарур аст» меравад [14: 41]. Аз мавқеи когнитивӣ фаҳмонидаи ва муайян кардани истилоҳ хеле мураккаб аст, зеро тамоми маъниву муҳтавои ин ма-

вқеъ дар ин ҷавоб маҳфуз аст, ки оё дар пеши назари мо сохтори таҳассусӣ ё ғайритаҳассусии дониш ҷилвагар мешавад ё не? «Агар дар дефинитсияи калима донишҳои ғайритаҳассусӣ истифода шуда бошад он донишҳо барои идроки муқаррарӣ фаҳмо бошанд, - ин калима калимаи маъмулии забони умумӣ мебошад. Агар дар шарҳ ва дефинитсияи ҳуди калима донишҳои ихтисосӣ истифода шаванд, ин калима, аллакай истилоҳ шудааст. Истилоҳ дар фаъолияти профессионали дар натиҷаи таъсири мутақобилаи когнитивӣ ва коммуникатсия пайдо мешавад» [6:44-45].

Истилоҳшиносӣ (терминология) эътироф мекунад, ки ҳама гуна забонҳои таҳассусӣ дар асоси забони миллии пайдо мешаванд (Кутина, В.П. Даниленко, М.Н. Володина, С.В. Гринёв ва диг.).

Лейчик В.М. забонро шакли таҷассуми назария эътироф карда, дар доираи концепсияи мустақилияти нисбии шакл масъалаи таъсири баръакси истилоҳ (забон) ба назария, яъне таъсири шакл ба мазмунро баррасӣ мекунад. Истилоҳот на танҳо донишро ифшо ва танзим мекунад, онҳо вазифаи эвристикиро низ иҷро карда, барои муайян гаштани донишҳои нав мусоидат менамоянд [9:114]. С. В. Гринёв дар тақвияти гуфтаҳои боло чунин зергурӯҳҳои вазифаҳои гносеологиро ҷудо кардаст: тасбити дониш; ошкор кардани дониши нав (эвристикаӣ), интиқоли дониш [3:231].

Дар амал меъёри фарқи байни истилоҳ ва ғайриистилоҳ аксар вақт мавҷуд будан ё набудани дефинитсия ба ҳисоб меравад. Гуногунии навҳои истилоҳот дар доштаи дефинитсияи зиёди онҳо, ки аз ҷиҳате гоҳо муҳолифи якдигаранд, ё аксар вақт якдигарро пурра мекунад, инъикос меёбад. Истилоҳсозӣ воқеияти забонӣ ва ғайризабониро шарҳ дода, аз ин лиҳоз қисми таркибии ҷудонашавандаи фаъолияти номинативии одамон аст. Ин раванд ҳамчун «дар асоси таҷрибаи забонии андӯхташуда ба таври мақсаднок ҷустуҷӯ кардани иттилооти зарурӣ ва мустақкам намудани он дар доираи иттилоотӣ – терминологии забон» фаҳмида мешавад [2:62]. Т. В. Дроздова низ



ба ҳайси истилоҳ аломатҳои номинативи-ро, ки ба таркиби луғавии забони адабӣ ё зерсистемаҳои онҳо – зерсистемаи забони илму техника дохил мешаванд, баррасӣ мекунад [5:78].

Ин чунин маъно дорад, ки истилоҳот ҳамчун воҳиди ин система, дар асоси захира ва қонуниятҳои он сохта мешаванд, онҳо номи ҳақиқатҳои мушаххас ё абстрактӣ буда, категорияҳои алоҳидаи менталиро таҷассум мекунанд. Аз ин бармеояд, ки «истилоҳ ва-зифаеро иҷро мекунад, ки хоси ҳама аломатҳои номинативианд, - вазифаи тавассути ягонагии шакл ва мазмуни аломат дар бораи объект интиқол додани (кодгузори) иттилоот, аз ҷумла иттилооти илмиро иҷро мекунад» [5:78]. Истилоҳ воҳиди нутқ низ буда, дар доираи муоширати таҳассусӣ амал карда, дар якҷоягӣ бо дигар воҳидҳои терминологие, ки дар ҳамон як соҳаи фанӣ истифода мешаванд, вазифаашро иҷро мекунад.

Мо ҷонибдори назари донишмандон Л. В. Ивина ва П. А. Флоренский ҳастем, ки истилоҳро ҳамчун муодили калимаи маъмулӣ ва ё воҳиди махсусан сохташудае меҳисобанд, ки дорои «ҳам хусусиятҳои бунёдии худ ва ҳам сифатҳои нави махсус ҳастанд» [120: 387]. Флоренский П. А. ба мафҳуми «истилоҳ» маънои зеринро дохил мекунад «истилоҳ ин воҳиди асосии илму

соҳаҳои таҳассусии дониш ва доираи фаъолияти одамон буда, барои номгузориҳои объектҳо ва протсессҳои интиҳоб шуда, ҳамзамон ҳамчун воситаи донисташавии олами атроф хизмат мекунад» [7:14]. Дар бораи фаҳмиши умумии истилоҳ сухан гуфтан душвор аст. Бо мураккаб гаштани ниҳодҳои иҷтимоӣ ва инкишоф ёфтани роҳҳои муошират нақши забон низ дар ҳаёти иҷтимоӣ баланд мегардад. «Табиати зухуроти забониро дар ҳудуди ҳамон давраи таърихӣ, ки дар он истилоҳот ба қор бурда мешаванд, фаҳмидан зарур аст» [1413:43].

Аксиомаҳои назарияҳои когнитивии забон дар хусуси тавъам будани проблемаҳои фаҳмиши забон ва аз доираи проблемаҳои фаҳмиши олам ҷудо набудани он, ба назарияҳои забоншиносӣ ва фалсафӣ муҳолиф нест [20: 17].

Хулоса, мушоҳидаҳои рушду таҳаввулоти паҳлӯҳои гуногуни забон нишон медиҳанд, ки дар ҷамъияти имрӯза, бинобар гузариш ёфтани соҳаҳои нави дониш ва навъҳои нави фаъолияти одамон, ки сохтани дастгоҳи нави терминологиро тақозо мекунанд, истилоҳоти нав ва системаҳои нави истилоҳот пайдо шуда истодаанд, ки дорои хусусиятҳои умда буда, аз лиҳози лингвистӣ зарурати бознигарӣ ва таҷдид назар кардани мафҳумҳои «термин» ва «терминология» - ро ба миён меоваранд.

Адабиёт

1. Винокур Г.О. О некоторых явлениях словообразования в русской технической терминологии// Тр. МИИФЛИ. Т.5.М.:1939. 420 с.
2. Володина М.Н. Термин как средство специальной информации. М.:1996. 74 с.
3. Гринёв С.В., Введение в терминоведение. М.: Моск. Лицей, 1993. 309 с.
4. Даниленко В.П., Новикова Н.В. Культура русской речи. М.: Норма,2000. С. 184-188.
5. Дроздова Т.В. Проблемы понимания научного текста. Астрахань: Изд-во АГТУ, 2003, 223 с.
6. Зяблова О.А. Экономическая лексика современного экономического языка: становление и особенности функционирования. М.,2004.166 с.
7. Ивина Л.В. Лингво – когнитивные основы анализа отраслевых терминосистем. М.: Академический проект, 2003, 304 с.
8. Капанадзе Л.А. О понятиях «термин» и «терминология»// Развитие лексики современного русского языка. М.: Наука, 1965. 304 с.
9. Кубрякова Е.С. Язык и знание: на пути получения знаний о языке. Часть речи с когнитивной точки зрения. Роль языка в познание мира. М.: Языки славянской культуры, 2004. 555 с.).

10. Кузькин Н.П. К вопросу о сущности термина. – В кн.: Вестник ЛГУ, №20, вып. 4. Л., 1962. – С. 145
11. Лейчик В.М. Основные проблемы терминоведения // Терминология и перевод в политическом, экономическом и культурном сотрудничестве: тез. Докладов международного круглого стола 27-28 июня 1991 г. Омск, 1991. 190 с).
12. Лингвистический энциклопедический словарь/гл. ред. В.Н. Ярцева. 2 изд. доп. М.: Большая российская энциклопедия, 2002. 709 с.
13. Павилёнис Р.И. Проблема смысла: современный логико – философский анализ языка. М.: Мысль, 1983. 286 с.
14. Палютина З.Р. Цивилизационная лингвистика. Уфа: Башкирский гос. мед. ун-т, 2005. 279 с.
15. Пронина Р. Ф. Перевод английской научно-технической литературы: Учеб. пособие для вузов. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: Высш. шк., 1986. — С.8.
16. Реформатский А.А. Термин как член лексической системы языка//Проблемы структурной лингвистики. М., 1967. С. 103-125.
17. Розенталь Д. Э., Теленкова М. А. Словарь-справочник лингвистических терминов. — М.: Просвещение, 1976. - С. 486.
18. Рондо Г. Введение в терминологию. Монреаль, 1979.\
19. Тогоева С.И. Психоллингвистические проблемы неологии. Тверь: Твер.ГУ, 2000. 155 с.
20. Флоренский П.А. Термин // Татаринов В.А. История отечественного терминоведения. Классики терминоведения: очерк и хрестоматия. Т.1. М.: 1994. с.359-400.
21. Циткина Ф. А., Терминология и перевод (К основам сопоставительного терминоведения). – Львов: Виша шк., изд-во при Львов. гос.ун-те, 1988. -С.10.).
22. Шпет Г.Г. Эстетические фрагменты. Вып. 3. Пр., 1923. С.33.
23. Wuster E. Einfurung in die Allgemeine Terminologielehre und terminologishe Lexicographie. Bd 1-2. Vien: N.Y., 1979.

ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРМИНА

Юсупов А.И., Шодиматова М.К.

Кафедра таджикского языка, ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

В данной статье рассматриваются проблемы термина и терминологии с точки зрения лингвистики. Отмечается, что несмотря на многочисленные исследования, посвященные языковым особенностям термина, до сих пор не разработано единое и общепринятое определение понятия «термин». На сегодняшний день существует более 300 определений данного понятия. О причинах

возникновения разногласий в определении термина также существуют разные и противоречивые точки зрения. Это свидетельствует о том, что до сих пор не разработаны единые лингвистические подходы к критериям и нормам термина, а также терминообразования.

Ключевые слова: термин, терминология, определения, лингвистика, аспект.

LINGUISTIC ASPECTS OF THE TERM

Yusupov A.I., Shodimatova M.K.

Tajik language department, SEI «TSMU named after Abualiibn Sino»

This article deals with the problems of the term and terminology from the point of view of linguistics. It is noted that despite numerous studies on the linguistic features of the term, a

single and generally accepted definition of the term “term” has not yet been developed. To date, there are more than 300 definitions of this concept. There are also different and

conflicting points of view on the reasons for the emergence of disagreements in the definition of the term. This indicates that unified linguistic approaches to the criteria and

norms of the term, as well as term formation, have not yet been developed.

Key words: term, terminology, definitions, linguistics, aspect.

Юсупов Абдулло Исмоилович, н.и.ф., дотсенти кафедраи забони тоҷикии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино». E-mail: abdullo-yusupov@inbox.ru, телефон: 985 63 64 65.

Шодиматова Малика Каримовна, кафедраи забони тоҷикии МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, телефон: 985 67 54 84 .

Юсупов Абдулло Исмоилович - кандидат филологических наук, доцент кафедры таджикского языка ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали-ибни Сино», E-mail: abdullo-yusupov@inbox.ru, телефон - 985 63 64 65.

Шодиматова Малика Каримовна, кафедра таджикского языка, ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, телефон: 985 67 54 84 .

Yusupov Abdullo Ismoilovich - candidate of philological sciences, associate professor of the Tajik language department, SEI "Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino", E-mail: abdullo-yusupov@inbox.ru, phone - 985 63 64 65.

Shodimatova Malika Karimovna. Department of the Tajik Language of the State Educational Institution "TSMU named after Abuali Ibni Sino", Phone: 985 67 54 84 .

ЧАШНВОРА



Убайдулло Абдуллоевичи мухтарам,

Шумо бо захмату шабзиндадорихои зиёд пайроҳаи пурпечу тоб ва пур аз монеаҳои касби пурифтихор ва барои инсоният муҳимтарин, яъне пешаи табибиро бо кумаки устодони варзида сарбаландона тай намуда, имрӯз дар шоҳроҳи ин соҳа сарбаландона такомул ғефта истодаед ва худ ба дараҷаи як устоди варзида ва шахсияти маъруф дар ҷомеаи Тоҷикистон шинохта шудаед.

Фаъолияти касбии Шумо аз марҳилаи ординатураи клиникӣ оғоз ғефтааст, ки онро солҳои 1984-86 дар кафедраи ҷарроҳии госпиталии донишгоҳ гузашта, муддате ба ҳайси ҷарроҳ (1987-97) ва мудирӣ шӯбаи ҷарроҳии тармимӣ ва пластикӣ (1997-2003), муовини директори Маркази илмӣ ҷумҳуриявии ҷарроҳии дилу рағҳо ва қафаси сина (2003-05) фаъолият намуда, тавонистед, ки бо дониши баланд ва истеъдоду малакаи сайқалёфта дар ташаккул ва рушди инкишофи ҷарроҳии тармимию реконструктивии ватанӣ нақши муассир гузоред. Боиси ифтихор аст, ки дар баробари ҳамчун табиби мушфиқу варзида ба камол расидан тӯли солҳо тақдирӣ худро бо Донишгоҳи тиббӣ пайваستا, барои омода намудани мутахассисони олимдараҷаи соҳаи тиб талошу заҳматҳои зиёдеро низ паси сар намудаед.

Шуморо дар саросари ҷумҳури ҳамчун ташкилотчии моҳири соҳаи тандурустӣ ме-

шиносанд ва ҳурмату эҳтиром менамоянд. Зимни фаъолияти бенуқсон ба ҳайси ректори ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (солҳои 2005-2016), ректори Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон (аз соли 2016 инҷониб) Шумо қобилияти волои кордонӣ ва ташкилотчигӣ зоҳир намуда, бо ибрати шахсӣ ва талошу кӯшишҳои созандаи худ дар рушду нумӯи соҳаи тандурустии кишвар саҳми босазо гузоштаед.

Ҳамчун олими сермаҳсул фаъолияти илмӣ ҳешро ба таҳқиқи масъалаҳои пешгирӣ, ташхис ва табобати бемориҳои ҷарроҳӣ, ҳусан масоили мубрами соҳаи микроҷарроҳӣ бахшидаед. Тавассути меҳнати софдилона ва талошҳои хастанашаванда сазовори унвонҳои баланди илмӣ доктори илмҳои тиб, профессор ва узви вобастаи АМИТ, Профессори фаҳрии Донишгоҳи байналхалқии Вена гашта, оид ба мушкилоти соҳа зиёда аз 500 таълифоти арзишманди илмӣ ба нашр расонидаед. Зери роҳбариятон 15 нафар мутахассисони ҷавон рисолаҳои номзодии ҳешро ҳимоя намуда, алҳол дар муассисаҳои илмӣ таълимии кишвар садоқатмандона меҳнат намуда истодаанд.

Хизматҳои хоксоронаи Шумо бо Ҷоизаи ҷомсомили ленинии Тоҷикистон (1988), Мукофоти байналхалқии ба номи Сукрот (2007), Ҷоизаи давлатии ҚТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (2013) ва дигар унвону мукофотҳои ифтихорӣ ҳаққонӣ қадрдонӣ гаштаанд.

Убайдулло Абдуллоевичи азиз, Шуморо бо ҷашни мавлудатон самимона муборакбод намуда, бароятон осмони софу беғубор, тандурустиву сарфарозиҳои зиёдро орзу дорем.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал” Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориро таманно доранд.



Матлуба Абдулмачидовнаи мухтарам, Шумо аз ҷумлаи он занони хушбахти тоҷик ҳастед, ки ба сифати як мутахассиси фидоӣ дар марҳилаҳои камолоти касбиатон самтҳои табибӣ, омӯзгорӣ ва илмро муваффақона пеш бурда, дар ҳар кадоми он ба дастовардҳои назаррас ноил гаштаед. Баъди хатми МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” солҳои зиёд дар муассисаҳои гуногуни тандурустии кишвар (1985-2001) ва чанд муддате дар Ҷумҳурии Яман ба ҳайси табиби акушер-гинеколог фаъолият намуда, бо дониш ва таҷрибаи бойи касбӣ ба донишгоҳи азизи худ баргаштед. Солҳои 2005-2008 дар ин даргоҳи маърифат вазифаи муовини декани факултети тибби умумӣ ва муолиҷавӣ ва солҳои 2008-2013 вазифаи де-

кани факултети фарматсевтиро бо сарбаландӣ иҷро намуда, дар ташкили дурусти раванди таълиму тарбия дар донишгоҳи саҳми арзандаи хешро гузоштед.

Маҳз қобилияти баланди ташкилотчиғи-атонро ба назар гирифта, соли 2013 Шуморо директори Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон таъин намуданд, ки то соли 2016 дар ин вазифа сарбаландона меҳнат намудед. Дар давраи ба ҳайси мудири кафедраи акушерӣ-гинекологии № 3 фаъолият намуданатон маҳз тавассuti кордонии масъулиятшиносӣ сазовори ҳурмату эҳтироми ҳамкасбону шогирдон гаштед.

Тӯли ин солҳо фаъолияти илмиро пурсамар пеш бурда, дар мавзӯи «Ҷанбаҳои клиникию эпидемиявӣ ва тиббии иҷтимоии фавти занон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» рисолаи номзадӣ ва дар мавзӯи «Солимии насловарию занон ҳангоми беморӣҳое, ки бо роҳи алоқаи ҷинсӣ меғузаранд», рисолаи доктории худро дифоъ намудед.

Матлуба Абдулмачидовнаи азиз, Шуморо бо ҷашни содрӯзатон самимона муборакбод намуда, бароятон осмони софу беғубор, тандурустиву сарфарозииҳи зиёдро орзу дорем.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал” Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориро таманно доранд.



Саидмуқим Тиллоевичи, Шумо дар ин умри бобаракати худ тавассути меҳнат ва талошҳои пайваста тавонистед, ба қуллаҳои баланди илми тибби муосири тоҷик бирасед ва дар баробари фаъолияти пурсамари илмӣ ҳамчун устои варзидаи Донишгоҳи тиббӣ дар тарбияи як зумра мутахассисони ҷавони соҳа сахмгирӣ намоед.

Солҳои зиёд дар вазифаҳои ассистент (2001-05), дотсент (2005-07), мудири кафедраи анатомияи патологӣ (2007-11) ва мудири кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти латинии ба номи Я.А.Раҳимови МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» (2011-2016) бо муваффақият фаъолият намуда, дар байни

шогирдон ҳамчун устод ва олими пухтакор сазовори обрӯ ва эҳтиром гаштед. Шуморо ҳамчун ташкилотчӣ ёдар давраҳои муовини ректор оид ба илм ва корҳои нашриявӣ (2016-18) ва муовини ректор оид ба корҳои таълимӣ-методӣ (аз соли 2018 инҷониб) ифои вазифа намуданатон мешиносанд.

Шумо ҳамчун олими сермахсул муаллифи 150 таълифоти илмӣ, 1 монография, 11 китоби дарсӣ, 9 дастури таълимию методӣ буда, рисолаи номзодиатон дар мавзӯи «Қарроҳии стенозҳои баромадгоҳи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта бо дарназардошти ҳеликобактерия» ва рисолаи докториатон дар мавзӯи «Тавсифи сохтор ва морфогенези ғадудҳои лимфавии рӯдаи дувоздаҳангушта баъди таваллуд» аз тарафи мутахассисони соҳа баҳои баландро сазовор гаштаанд.

Саидмуқим Тиллоевичи муҳтарам, Шуморо бо ҷашни зодрӯзатон табрику муборакбод намуда, бароятон осмони софу беғубор, тани дурусту хоҳири ҷамъи хушбахтию некномиҳои зиёд орзу менамоем.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал” Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориро таманно доранд.



Саидмахмуд Саидахмадовичи мухтарам,

Шумо, бо меҳнату талошҳои паваста ва шабзиндадорихои зиёд тавонистаед, ки тамоми нозукиҳои касби пуршарафи табиби-ро аз худ намуда, дар як муддати кӯтоҳ қуллаҳои баландтарини онро фатҳ намоед ва имрӯз ҳамчун як мутахассиси соҳибкасбу тачрибадор дар ин роҳ қадамҳои устувор гузоред. Дар ҳақиқат, Шумо беҳтарин лаҳзаҳои умри азизи худро фидои тандурустии аҳли ҷомеа сохтаед ва боиси ифтихор аст, ки тақдири худро тӯли ин солҳо ба Донишгоҳи тиббӣ пайваста, дар тарбияи ҳазорҳо нафар мутахассисони ҷавони соҳаи тиб низ саҳми босазои худро гузоштаед. Фаъолияти касбии Шумо аз вазифаи ассистентии

кафедраи ҷарроҳии умумии № 1 (2002-2016) оғоз шуда, то ба дараҷаи профессори кафедраи ҷарроҳии инноватсионӣ ва трансплантология (аз соли 2018) ва директори Маркази миллии илмӣ пайванди узву бофтаҳои инсон сабзида расидаед ва ба ҳайси як мутахассиси фидоӣ дар марҳилаҳои камолоти касбиатон самтҳои омӯзгорӣ, илм ва табиби-ро тавҷам сохта, дар ҳар кадоми он ба дастовардҳои назаррас ноил гаштаед.

Ҳамчун олими сермахсул муаллифи беш аз 60 таълифоти илмӣ, аз ҷумла, 2 монография ва 2 дастури методӣ мебошед, ки ба масоили гуногуни соҳаи нави тиб-пайвандсозии узву бофтаҳои инсон бахшида шудаанд, нодиртарин ҷарроҳҳои пайвандсозии узвҳоро бори нахуст дар кишвари азизамон анҷом додаед. Ҳамаи насти, ки хизматҳои Шумо бо ордени «Шараф» дараҷаи 2, унвони Аълочии тандурустии Тоҷикистон ва бисёр Ифтихорномаю мукофотҳои моливу пулӣ сазовор қадр карда шудаанд.

Саидмахмуд Саидахмадович, дар ин рӯзи саид Шуморо бо ҷашни зодрузатон табрику муборакбод намуда, бароятон осмони софу бегубор, тани дурусту хоҳири ҷамъ хушбахтию некномиҳои зиёд орзу менамоем.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳаёати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал” Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтию, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориро таманно доранд.

ЁДБУД



**Николай Александрович Раҳматов
(1946-2021)**

17 октябри соли 2021риштаи умри яке аз олимони варзидаи соҳаи тиб, сироятшиноси кӯдакона, омӯзгори мушфиқ ва хушсухан, устои якчанд насли табибони тоҷик номзади илмҳои тиб, дотсент, профессори фахрии Донишгоҳи Раҳматов Николай Александрович канда шуд.

Шахсе аз байни мо рафт, ки тамоми умри азизашро фидои тандурустии ҷомеа сохта, дар баробари ин, давоми беш аз 35 сол дар МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” ба ҳайси устои варзида дар таълиму тарбия ва оморасозии мутахассисони ҷавони соҳаи тиб саҳми бузург гузоштааст. Шодравон санаи 27 октябри соли 1946 дар шаҳри Уротеппа (ҳозира Истаравшан) дар оилаи коргар таваллуд шудааст.

Раҳматов Н.А. дар вазифаҳои ассистенти кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакони МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” (1973-1994), дотсенти филиали ДДТТ дар ш. Хучанд (1994 - 2003), декани филиали ДДТТ дар ш.

Хучанд (2002-2003), баъдан дотсенти кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакона (2003-2007) ва мудири кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакони МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” (2007-2012), сармутахассиси Вазорати тандурустии Тоҷикистон (2003-2012) бо муваффақият фаъолият намуда, дар байни шогирдон ҳамчун устои мумтоз ва олими пухтакор сазовори эҳтиром гаштааст. Ҳамчун олими пурмахсул муаллифи зиёда аз 175 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 2 монография, 12 дастурамалҳои таълимӣ, ки масолеҳи гуногуни ташхис ва табобати бемориҳои сироятии кӯдакона бахшида шуда, имрӯз ҳамчун таълифоти пурарзиш дар байни олимони мутаассисони соҳа қиммати зиёдеро соҳиб мебошанд.

Хизматҳои бисёрсолаи профессори фахрии Донишгоҳ, номзади илмҳои тиб Н.А. Раҳматов бо унвони «Аълочии тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» кадр карда шудааст.

Хотираи неки устои соҳибэҳтиром, олими зақӣ, омӯзгори мушфиқ ва табиби дардошно, профессори фахрии донишгоҳи Н.А. Раҳматов дар дили ҳамкасбону шогирдон ва ёру дӯстон ба таври абадӣ боқӣ хоҳад монд.

Бо суҳанони шоир мегӯем, ки:

Андӯҳиманзи чашми қалам гирия мекунад,
Ё раб, чӣ ҳолатест, ки ғам гирия мекунад.
Барчашми тарҳаёлитубигзаптуашкмонд,
Ту рафтиву нақши қадам гирия мекунад.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал”, кафедраи бемориҳои сироятии МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО

Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авҷи Зухал" Пешниҳод намудани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 14 Times New Roman Tj, ҳошияҳо 2,5 см ва фосилаи байни сатрҳо 1,5 мм хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи варақ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электронии мақола пешниҳод гардад.
2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои ҷудогонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 12 саҳифа зиёд набоянд.
3. Пешниҳод кардани Шохиси УДК (индекси мазкурро аз дилхоҳ китобхонаи илмӣ дастрас намудан мумкин аст).
4. Мақолаҳои хулосавӣ бояд муфассал, фаҳмо ва мушаххас бошанд. Маълумотномаи адабиёт бояд маълумотҳои танҳо ба ҳамин мақолаи баррасишаванда марбутро дар бар гирад. Ҳаҷми мақола бояд аз 12 саҳифа зиёд набояд. Иқтибосҳои библиографӣ на бештар аз 50 номгӯ бошанд, дар матн рақамҳо дар қавсайни квадратӣ □ оварда мешаванд.
5. Мақолаҳои илмӣ бе тақриз қбул карда намешаванд. Дар тақриз аслият, муҳиммият, мубрамият ва қаблан чоп нашудани мақола бояд зикр шавад.
6. Дар аввали мақола унвони он (бо хуруфи Caps Lock сиёҳ), ному насаби муаллиф (нимсиёҳ), номи ҳуқуқи муассиса оварда шавад. Дар охири мақола бо ду забон (русӣ ва англисӣ) маълумот дода шавад. Агар шумораи муаллифон аз 4 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.
7. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, муҳиммият (дар ҳаҷми на бештар аз 1 саҳифа), мақсад, мавод ва усули таҳқиқ, натиҷаҳо ва баррасии онҳо, хулоса, номгӯи адабиёт, суроға барои мукотибот. Аннотатсия (резюме) бояд мазмуни мақоларо дар шакли фишурда ифода кунад. Дар асоси аннотатсия калимаҳои калидӣ на камтар аз 7 то 10 калима ё ибора нишон дода шаванд.
8. Ҳамаи формулаҳо бояд ба таври ҷиддӣ санҷида шуда ва дуруст бошанд. Агар маълумотҳои бо рақам ифодакардашуда зиёд бошанд, онҳоро дар шакли ҷадвал ворид кардан зарур аст. Ҷадвалҳо, диаграммаҳо ва расмҳо бояд мӯъҷаз, ифодаҳо возеҳу равшан, бе ихтисора ва ба забони тоҷикӣ бошанд.
9. Иллюстратсия (ороиш) -ҳо бояд дақиқу возеҳ ва мушаххас бошанд, овардани шарҳ ва ифодаҳои тартибӣ (бо ҳарф ё рақам) ва навиштаҷоти зери расмҳо ҳатмист.
10. Номгӯи адабиёт дар мақолаҳои оригиналӣ бояд аз 20 адад бештар набояд, рақамгузори сарчашмаи адабиёт мувофиқи тартиби дар матн иқтибосшудани онҳо оварда шавад. Рӯйхати адабиёти истифодашуда бояд дар асоси талаботи ГОСТ 7.1-2003 ва ГОСТ 7.0.5-2008 таҳия гардад. Масъулияти дуруст будани маълумот танҳо ба уҳдаи муаллиф вогузор мешавад.
11. Маълумот дар бораи муаллиф ё муаллифони мақола (қойи қор ва вазифаи муаллиф, суроға, телефонҳо барои тамос, почтаи электронӣ) дар шакли пурра бо се забон (тоҷикӣ, русӣ, англисӣ) оварда шавад. Ҳаммуаллифӣ бояд аз се нафар зиёд набояд.
12. Талаботи имлои забони тоҷикӣ ба таври қатъӣ риоя карда шавад.
13. Мақолаҳои қаблан дар нашрияҳои дигар чопшуда қабул карда намешаванд.
14. Идораи маҷалла ҳуқуқи тақриз ва таҳрири мақоларо дорад.

**Мақоларо ба суроғаи зерин фиристонед: 734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон,
ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ-139, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»,**

Идораи маҷаллаи "Авҷи Зухал"

*Ба чопаш 23.02.2022 имзо шуд. Андозаи 60x84 ¹/₁₆
11 ҷузъи ҷотӣ. Адади нашр 100 нусха.*