

ПАЁМИ ДОНИШКАДАИ ТИББӢ- ИҶТИМОИИ ТОҶИКИСТОН

ВЕСТНИК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ИНСТИТУТА ТАДЖИКИСТАНА
HERALD OF THE MEDICAL AND SOCIAL INSTITUTE OF TAJIKISTAN



№1 (1)
Душанбе - 2021

**ПАЁМИ ДОНИШКАДАИ ТИББӢ-ИҶТИМОИИ
ТОҶИКИСТОН**
**ВЕСТНИК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ИНСТИТУТА
ТАДЖИКИСТАНА**
**HERALD OF THE MEDICAL AND SOCIAL INSTITUTE OF
TAJIKISTAN**

Научно-практический журнал

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 2021 г.

1 (1) 2021

Сармуҳаррир: А. Ахмедов – д.и.т., профессор, узви вобастаи Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон

Муовини сармуҳаррир: Икромов Т.Ш. – д.и.т.

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Ибодов Ҳ.И. – д.и.т., профессор, академики Академияи илмҳои тиббӣ-техникии Федератсияи Россия

Мирочов Ғ.Қ. – д.и.т., профессор, академики Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон

Муродов А.М. – д.и.т., профессор, академики Академияи илмҳои тиббӣ-техникии Федератсияи Россия

Одинаев Ф.И. – д.и.т., профессор, узви хориҷии Академияи илмҳои Россия

Пулотов К.Ҷ. – н.и.т.

Расулов У.Р. – д.и.т., профессор

Рофиев Р.Р. – н.и.т., профессор, котиби масъул

Главный редактор: А. Ахмедов – д.м.н., профессор, член-корр. Национальной академии наук Таджикистана

Заместитель главного редактора: Икромов Т.Ш. - д.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ибодов Х. – д.м.н., профессор, академик Медико-технической академии наук Российской Федерации

Мироджов Г.К. – д.м.н., профессор, академик Национальной академии наук Таджикистана

Муратов А.М. – д.м.н., профессор, академик Академии медико-технических наук Российской Федерации

Одинаев Ф.И. – д.м.н., профессор иностранный член Российской академии медицинских наук

Пулатов К.Дж. – к.м.н.

Расулов У.Р. – д.м.н., профессор

Рофиев Р.Р. – к.м.н., профессор, ответственный секретарь

ДУШАНБЕ

**ПАЁМИ
ДОНИШКА-
ДАИ ТИББЌ-
ИЧТИМОИИ
ТОЧИКИСТОН**

**Маҷаллаи
илмӣ-амалии
тиббӣ**

**Ҳар се моҳ чоп
мешавад**

**Соли таъсисаш –
2021**

**Наشريяи МТҒ
“Донишкадаи
тиббӣ-ичтимоии
Тоҷикистон”**

**Маҷалла
дар Вазора-
ти фарҳанги
Ҷумҳурии
Тоҷикистон
таҳти №197/ИҶ-
97 аз 20 майи
соли 2021 ба қайд
гирифта шудааст.**

Подписано в печать
05. 03.2022. Формат
60x84¹/₈. Бумага оф-
сетная. Печать оф-
сетная. Гарнитура
Times New Roman.
Усл. печ. л. 13,0. Ти-
раж 100 экз. Заказ №7.

ООО «Сифат-Офсет»
г. Душанбе, улица
Гастелло 6 пр.,
дом 9.

ШҶРОИ ТАҲРИРИЯ

Ахмадов С.М. – д.и.т., профессор, узви вобастаи Акаде-
мияи миллии илмҳои Тоҷикистон.

Ғоибзода А.Ҷ. – д.и.т., профессор, узви вобастаи АМИТ.

Юсуфӣ С.Ҷ. – д.и.ф., профессор, узви вобастаи АМИТ.

Муҳиддин Н.Д. – д.и.т.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ахмадов С.М. – д.м.н., профессор, член-корр. Националь-
ной академии наук Таджикистана.

Ғоибзода А.Дж. – д.м.н., профессор, член-корр. НАНТ.

Юсуфи С.Дж. – д.м.н., профессор, член-корр. НАНТ.

Муҳиддин Н.Д. – д.м.н.

**Қисман ё пурра нашр кардани маводи дар маҷалла
нашршуда танҳо бо иҷозати хаттӣ идораи маҷалла
раво дида мешавад.**

**Идораи маҷалла масъулияти муҳтавои маводи
таблиғотиро ба уҳда намегирад.**

**Нуқтаи назари муаллифон метавонад, ки муҳолифи
назари идораи маҷалла бошад.**

НИШОНИИ МАҶАЛЛА

734042, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе,
кӯчаи Клара Сеткина – 2,
Тел: +992 933 75 10 75
E-mail: dtit082020@mail.com

Зав. редакцией Муродова М.М.

М У Н Д А Р И Ч А

Паёми табрикоти Ректори МТҒ «Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон», н.и.и. З.Х. Ибодзода	5
Ф.А. Ахмедов, М.Х. Сайфуллоева, А. Ахмедов. Муайян кардани баъзе нишондиҳандаҳои физикӣ-кимиёвӣ ва сифати таркиби витаминҳо, моддаҳои маъданӣ дар буттамеваи зелоли рангорангӣ дар ҳудуди Ҷумҳурии Тоҷикистон рӯянда.....	7
Ш.А. Бадалов, Х. Ибодов, Ш.Ш. Моёнова, Р. Рофиев, Н.С. Ибодов, З.Л. Махмудов. Табобати ҷарроҳии уролитиази оризанокшуда дар кӯдакон.....	17
Р.У. Махмудова. ВНМО – ҳамчун омили хатари гирифторшавӣ ба бемории сил.....	27
М.Ҷ. Мачонова, Н.М. Хочаева. Хусусиятҳои нишондиҳандаҳои клиникаию лаборатории кабудсулфа дар кӯдакон	33
Мижғони Сорбон. Баъзе омилҳои иловагии тиббӣ-иҷтимоӣ ба саломатии модар ва кӯдак таъсиррасон дар шароити пешрафти технологияи нави тиббӣ	42
А.А. Нодиров. Татбиқи қоидаҳои имлои забони тоҷикӣ ва дурнамои он дар донишкада.....	49
Н.Ф. Файзуллоев, Н. М. Хочаева. Арзёбии маълумоти натиҷаҳои омӯзиши клиникаию лабораторӣ оид ба пешгирӣ ва оқибати сирояти вируси НВ дар кӯдакон.....	58
Н.А. Абдурахмонов, А. Ахмедов, М.М. Тошев, И.Ҷ. Негматов, М. Гулбекова, А.Ҷ. Неъматзода. Олудашавии маҳсулоти хоҷагии қишлоқ бо тухми киччаҳо ҳамчун омили паҳн гаштани киччаҳо ва тадбирҳои пешгирии он.....	69
А.А. Раҳматулоев, А.Ахмедов, Б.Л. Киёбеков. Талабот ба омӯзгорони асри XXI	79
Ба диққати муаллифон!.....	86

ОГЛАВЛЕНИЕ

CONTENS

- Поздравительное послание Ректора НОУ «Таджикский медико-социальный институт», к.э.н. **З.Х. Ибодзода** 5 Congratulatory message from the Rector of the PEI Tajik Medical and Social Institute, Ph.D. in Economics **Z.H. Ibodzoda**
- Ф.А. Ахмедов, М.Х. Сайфуллоева, А. Ахмедов.** Определение некоторых физико-химических показателей и качества содержания витаминов, минеральных веществ в ягодах барбариса (разнокистевидного) произрастающего на территории республики таджикистан 7 **F.A. Ahmedov, M.H. Sayfullaefa, A. Ahmedov.** Determination of some physical and chemical indicators and the quality of the content of vitamins, minerals in the berries of barberis (different-closed) growing on the territory of the Republic of Tajikistan
- Ш.А. Бадалов, Х. Ибодов, Ш.Ш. Моёнова, Р. Рофиев, Н.С. Ибодов, З.Л. Махмудов.** Хирургическое лечение осложненного уrolитиаза у детей 17 **Sh.A. Badalov, Kh. Ibodov, Sh.Sh. Moyonova, R. Rofiev, N.S. Ibodov, Z.L. Makhmudov.** Surgical treatment of complicated urolithiasis in children
- Р. У. Махмудова, А. Ахмедов.** ВИЧ – инфекция как фактор риска туберкулёза 27 **R.U. Makhmudova, A. Akhmedov.** HIV – infection as a risk factor for tuberculosis
- М.Дж. Маджонова, Н.М. Ходжаева.** Характеристика клинических и лабораторных показателей при коклюше у детей 33 **M.J. Madzhonova, N.M. Khodzhaeva.** Characteristic of clinical and laboratory indicators for what in children
- Мижгони Сорбон.** Некоторые дополнительные медико-социальные факторы влияющие на здоровья матери и ребенка в условиях развитие новых медицинских технологий 42 **Mizhgoni Sorbon.** Some additional medical and social factors affecting the health of mother and child in the conditions of development of new medical technologies
- А.А. Нодиров.** Изменение правил правописания таджикского языка и ее перспектива в институте 49 **A.A. Nodirov.** Change of the spelling rules of the tajik language and its perspective at the institute
- Н.Ф. Файзуллоев, Н.М. Ходжаева.** Информационная ценность результатов клинико-лабораторных исследований в прогнозировании исходов НВ – вирусных инфекций у детей 58 **N.F. Fayzulloev, N.M. Khodzhaeva.** Information value of the results of clinical and laboratory studies in prediction of outcomes of NV - viral infections in children
- Н.А. Абдурахмонов, А. Ахмедов, М.М. Тошев, И.Х. Негматов, М. Гулбекова, А.Дж. Неъматзода.** Обсеменённость продуктов сельского хозяйства яйцами гельминтов, как фактор распространения гельминтов и меры его профилактики 69 **N.A. Abdurahmonov, A. Akhmedov, M.M. Toshev, I.H. Negmatov, M. Gulbekova, A.J. Nematzoda.** Contamination of agricultural products with helminth eggs, as a factor in the spread of helminths and measures for its prevention
- А.А. Рахматулаев, А.Ахмедов, Б.Л. Киёбеков.** Требования к педагогу XXI века 79 **A.A. Rakhmatulaev, A. Akhmedov, B.L. Kiyobekov.** Requirements for the teacher of the XXI century
- Вниманию авторов! 86 To the attention of the authors!

ПАЁМИ ТАБРИКОТИИ РЕКТОРИ МТҒ «ДОНИШКАДАИ ТИББӢ-ИЧТИМОИИ ТОЧИКИСТОН», Н.И.И. З.Х. ИБОДЗОДА



Устодони гиромӣ, шогирдони арчманд, вори-сони ҳақиқии табиби маъруфу нотакрор, саромади табибони ҷаҳон, яке аз бузургтарин донишмандон ва пизишкони садаҳои миёна, ахтаршинос, кимиёдон, заминшинос, мантиқдон, деринашинос, риёзидон, физикдон, шоир, равоншинос, файласуф, муаллим, адиби бузурги форсу тоҷик ва тоҷики асил Абӯалӣ Хусейн ибни Абдуллоҳ ибни Хасан ибни Алӣ ибни Сино.

Ҳифзи саломатии инсон воқеан рукни муҳими давлатдорӣ ба ҳисоб рафта, ҳама вақт он дар маркази тавачҷуҳи доимии роҳбарияти олии кишвар қарор дорад. Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон мухтарам Эмомалӣ Раҳмон дар яке аз баромадҳои худ (2002)

изҳор дошта буданд, ки – «Саломатии инсон сарвати бебаҳо, омили муҳимтарини рушд ва неқӯаҳволии кишвар мебошад. Аз ин нуқтаи назар, тандурустиро на ҳамчун як соҳаи истеъмолкунанда, балки ҳамчун як соҳаи сармоягузориҳои фиданок, ки барои паст кардани сатҳи камбизоатӣ, сафарбар кардани захираҳои, ки тавачҷуҳи ҷомеаи ҷаҳониро ҷалб мекунанд, баррасӣ кардан лозим аст». Бо мақсади дастгирии сиёсати пайгириҳои роҳбари давлат ҷиҳати тайёр намудани кадрҳо ва расонидани кӯмаки тиббӣ, тиббӣ-психологӣ ва тиббӣ-ичтимоӣ ба беморон ва ниёзмандон, моҳи августи соли 2020, бо ибтиқори Сарвари давлат, Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон мухтарам Эмомалӣ Раҳмон нахустин муассисаи таълимии ғайридавлатии «Донишкадаи тиббӣ-ичтимоии Тоҷикистон» таъсис дода шуд, ки он айни ҳол ҳамчун муассисаи таҳсилоти олии касбӣ сиёсати давлатро дар соҳаи таҳсилоти олии касбӣ дар бахшҳои тиббӣ, тиббӣ-ичтимоӣ, психологӣ, фармасевтӣ ва табобати реабилитатсионӣ, инчунин татбиқи ислоҳоти таҳсилоти тиббӣ ва фармасевтӣ дар ҷумҳурӣ фаъолиятро оғоз намуда, барои таъмини ҳуқуқҳои конститутсионии шаҳрвандон, ҷиҳати дарёфти таҳсилоти олии касбӣ дар соҳаҳои мухталиф шароит фароҳам меоварад, ки ин далели эҳтироми баланди давлат ва мардуми Тоҷикистон ба илму маориф ва донишу маърифат мебошад. Воқеан, миллате, ки ба илму дониш ва фарҳангу маънавият арҷ мегузорад, миллати ояндадор ва тавонову соҳибтамаддун мебошад.

Боиси ифтихор ва фараҳмандӣ аст, ки ин боргоҳи маърифат аз рӯйи 5 ихтисос: кори табобатӣ (1-790101), кори психологияи тиббӣ (1-790105), кори ичтимоӣ

(1-860101), стоматологӣ (1-790107) ва фармасевтӣ (1-790108) – мутахассисонро омода менамояд.

Инчунин бо мақсади баланд бардоштани сифати оmodасозии мутахассисон, бедор намудани фаъолияти эҷодӣ ба таҳқиқотҳои илмӣ ва хулосабарорӣ, ошно сохтани хонандагон бо навигарӣҳои илмӣ, пеш бурдани фаъолияти илмӣ, илмӣ-таҳқиқотӣ ва нашри маводҳои таҳқиқотии ниғаҳдории тандурустӣ, тиббӣ, иҷтимоӣ, психологӣ, реабилитатсионӣ ва фармасевтии ватанию хоричӣ бо риояи талаботи қонунгузории Ҷумҳурии Тоҷикистон Вазорати фарҳанги Ҷумҳурии Тоҷикистон 20 майи соли 2021 (№197/мҷ -97) ба донишкадаи нашри маҷаллаи илмӣ-амалӣ бо номи «Паёми Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон»-ро иҷозат дод.

Итминон комил дорем, ки Шумо табибони асил бо дастгирӣ ва пешниҳоди мақолаҳои илмӣ худ дар рушду нумуъи илми тибби тоҷик хусусан дар самти тиббӣ-психологӣ ва ҳифзи иҷтимоӣ навоариҳои илмӣ ворид намуда дар оянда дар самти ёрии тиббӣ-психологӣ, иҷтимоӣ-реабилитологӣ ҳамзамон, барои татбиқ намудани чунин таҳқиқотҳо дар амалия саҳми босазо мегузored ва вори-сонии аслии Синои бузург будани хешро собит сохта, сатҳи касбии ҳампешагони худро баланд мебардоред.

***Ректори МТҒ «Донишкадаи тиббӣ-
иҷтимоии Тоҷикистон»,
номзади илмҳои иқтисодӣ З.Ҳ. Ибодзода***

УДК 615.32;615.89

Ф.А. Ахмедов¹, М.Х. Сайфуллоева², А. Ахмедов³

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ФИЗИКО - ХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КАЧЕСТВА СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНОВ, МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЯГОДАХ БАРБАРИСА (РАЗНОКИСТЕВИДНОГО) ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

¹ *ГУ «Научный исследовательский фармацевтический центр» при Министерстве здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.*

² *Кафедра фармацевтической химии и фармакологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана».*

³ *Отдел клинической медицины отделения «Медицина и фармация» ГУ «Национальная академия наук Таджикистана»*

Ахмедов Фарход Аламхонович – директор ГУ «Научный исследовательский фармацевтический центр» при Министерстве здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан: тел: +(992) 918-809-948

Цель исследования. Дальнейшее изучение физико-химических показателей и качества содержания витаминов, минеральных веществ в ягодах барбариса (разнокистевидного) произрастающего на территории Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Материалами исследования являются образцы плодов барбариса разнокистевидного произрастающего на территориях различных регионов Республики Таджикистан. Продолжено изучение физико-химических свойств содержания витаминов, минеральных веществ, сахара и экстрактивных растворимых веществ в ягодах местных видов барбариса разнокистевидного произрастающего на территории Республики Таджикистан. Для установления подлинности и качества содержания сахаров и экстрактивных растворимых веществ использован рефрактометр ИРФ-454 Б2м. Определение стабильности сухих экстрактов в естественных условиях проводили в соответствии ОФС 42 – 0075 – 07 «Срок годности лекарственных средств» и Всемирной инструкцией И-42-2-82 [7]. Полученные данные в ходе исследования обработаны методом вариационной статистики с использованием критерий Стьюдента, с вычислением граничных значений доверительного интервала среднего результата и определением ошибки средней арифметической, при различных значениях числа результатов.

Результаты исследования и их обсуждения. Установлено, что барбарис разнокистевидный является одним из многовидовых таксонов среди дикорастущих плодовых растений республики произрастающий в окрестностях Даитиджума района Ш.Шохина, Сари Хосор Балджуванского и Ховалингского районов Кулябской зоны Хатлонской области, Гиссарско-Дарвазском, Южно-и Восточно-Таджикистанском флористических районах. До сих пор

остаются неясными границы разрастаний и имеющий её объём, и их родственные связи. Результаты проведенного анализа образцов свежего и высушенного плодов показали разный процент содержания воды и влажности, золы и органических примесей, витаминов (С, В₁, В₂, В₃, В₆, Р, Е, К) и каротина. Также сделана попытка изучить стабильность состава действующих веществ в высушенных плодах барбариса при хранении, что показало заметное увеличение содержания влажности, незначительное снижение содержания полисахаридов и практически без изменений количество органических кислот и флавоноидов, что дало право проводить технологические исследования по экстрагированию плодов барбариса разнокистевидного, с использованием различных экстрагентов.

Заключение. Проведенный анализ барбариса разнокистевидного произрастающего на территории Республики Таджикистан показал качество, что данные регламентируемые требования к свежим ягодам барбариса при приёме и хранении могут быть использованы для определения подлинности сырья и можно использовать как лекарственное растение в самых разнообразных случаях обладающего выраженной желчегонной, гепатопротекторной и антиоксидантной активностью.

Ключевые слова: Барбарис, народная медицина, минеральные вещества, желчегонная, гепатопротекторная и антиоксидантная терапия, витамины, физико-химические показатели.

F.A. Ahmedov, M.H. Sayfullaefa, A. Ahmedov

DETERMINATION OF SOME PHYSICAL AND CHEMICAL INDICATORS AND THE QUALITY OF THE CONTENT OF VITAMINS, MINERALS IN THE BERRIES OF BARBERIS (DIFFERENT-CLOSED) GROWING ON THE TERRITORY OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

1 State Institution “Scientific Research Pharmaceutical Center” under the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan.

2 Department of Pharmaceutical Chemistry and Pharmacology, NOU “Medical and Social Institute of Tajikistan”.

3 Department of Clinical Medicine of the Department of “Medicine and Pharmacy” State Institution “National Academy of Sciences of Tajikistan”

Akhmedov Farhod Alamkhonovich - Director of the State Institution “Scientific Research Pharmaceutical Center” under the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan: tel: + (992) 918-809-948

Purpose of the study. Further study of the physico-chemical parameters and the quality of the content of vitamins, minerals in the berries of barberry (various racemes) growing on the territory of the Republic of Tajikistan.

Material and research methods. The materials of the study are samples of the fruits of the barberry of various racemes growing in the territories of various regions of the Republic of Tajikistan. The study of the physicochemical properties of the content of vitamins, minerals, sugar and extractive soluble substances in the berries of local species of barberry, which grows in the territory of the Republic of Tajikistan, was continued. Refractometer IRF-454 B2m was used to establish the authenticity and quality of the content of sugars and extractive soluble substances. Determination of the stability of dry extracts under natural conditions was carried out in accordance with OFS 42 - 0075 - 07 “Shelf life of drugs” and the World Instruction I-42-2-82 [7]. The data obtained in the course of the study were processed by the method of variation statistics using Student’s t-test,

with the calculation of the boundary values of the confidence interval of the average result and the determination of the arithmetic mean error, for different values of the number of results.

Results of the study and their discussion. It has been established that the barberry is one of the multi-species taxa among the wild fruit plants of the republic growing in the vicinity of Dashtidjum of the Sh. Until now, the boundaries of growths and its volume, and their family ties remain unclear. The results of the analysis of samples of fresh and dried fruits showed different percentages of water and moisture content, ash and organic impurities, vitamins (C, B1, B2, B3, B6, P, E, K) and carotene. An attempt was also made to study the stability of the composition of active ingredients in dried barberry fruits during storage, which showed a noticeable increase in moisture content, a slight decrease in the content of polysaccharides and practically no changes in the amount of organic acids and flavonoids, which gave the right to conduct technological studies on the extraction of barberry fruits of various racemes, using various extractants.

Conclusion. The analysis of the barberry of various racemes growing on the territory of the Republic of Tajikistan showed the quality that these regulated requirements for fresh barberry berries during reception and storage can be used to determine the authenticity of raw materials and can be used as a medicinal plant in a wide variety of cases with pronounced choleric, hepatoprotective and antioxidant activity.

Key words: Barberry, folk medicine, minerals, choleric, hepatoprotective and antioxidant therapy, vitamins, physical and chemical parameters.

Актуальность. Письменные сведения о барбарисе относятся к VII в. до н.э. В ассирийских климотонных текстах, дошедших до нас, упоминается о лечебном применении плодов барбариса, как о растении, очищающем кровь. В народной медицине многих стран барбарис использовали как лекарственное растение в самых разнообразных случаях, прежде всего в качестве желчегонного, кровоостанавливающего средств, а также при расстройствах пищеварения [5].

До сих пор барбарисы (8 видов) известны как декоративные, лекарственные и пищевые растения. До конца возможность их использования далеко не исчерпана. Их ценные плоды очень мало используют не только в пищевом отношении, но и как продукт, содержащий биологически активные вещества.

Для уточнения ресурсного потенциала барбариса рекомендовано налажи-

вать изучение эколого-ценотического и биолого-морфологического разнообразия местных видов растений.

До сих пор окончательно не решен вопрос о токсологическом составе рода барбариса в республике и практически не исследовался этот род отечественными ботаниками. В народной медицине готовят лекарство из различных частей органа растения и применяют при заболеваниях желтухи, гипертонии, маточных кровотечениях [1, 2].

Плоды барбариса с точки зрения фармацевтической технологии, являются малоизученным объектом, что диктует необходимостью проведения всестороннего исследования её фармацевтической технологии (химический состав, технология получения биологически активных веществ), расширения ассортимента лекарственных средств, разработки потенциальных лекарственных форм, продуктов его переработ-

ки и т.д. [3, 5, 7]. Актуальность в деле создания конкурентоспособной лекарственной формой является налаживание оптимальных путей к созданию качественного, эффективного и безопасного лекарства.

Цель исследования. Дальнейшее изучение физико-химических показателей и качества содержания витаминов, минеральных веществ в ягодах барбариса (разнокистевидного) произрастающего на территории Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов исследования свежих и сушеных плодов барбариса употребляющих в пищу местным населением в окрестностях Даштиджума района Шамсиддина Шохина Республики Таджикистан. Оценку качества сырья проводили по методике Сан Пи Н 2.3.2.1078-01 и ДУ ТР ТС 021/2011. Проведенный анализ образца плодов барбариса показал, что свежие плоды барбариса свидетельствуют о доброкачественности объекта исследования. Отсутствие фармакопейной статьи (ФСП, ВФС, ФС) на сырье плодов барбариса обязывает разработки данного нормативного документа. Для установления подлинности и качества плодов барбариса исследовали содержание сахара и экстрактивных растворимых веществ с помощью рефрактометра ИРФ - 454 Б2 М. Были также исследованы физико-химические показатели качества и стабильность состава действующих веществ в высушенных плодах барбариса. Проведенные нами фармакогностические изучения плодов барбариса позволили разработать характери-

сти подлинности и показатели качества. Статистический анализ полученных результатов проведен методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента, с вычислением граничных значений доверительного интервала среднего результата (M) и определением ошибки средней арифметической (m) при различных значениях числа результатов (n) с применением статистической программы «Microsoft Office Excel». Вероятность ошибочного вывода не превышала 5% ($P \leq (0,05)$) [6].

Результаты исследования и их обсуждение. Морфологическое описание кустарник барбариса разнокистевидного имеет 3-3,5 м высоты. Старые побеги фиолетово-коричневые, растрескивающиеся, молодые побеги коричневые, часто сероватые, голые. Шипы трехраздельные 1-1,2 см длины. Листья широко обратнояцевидные, овальные, иногда почти округлые, зубчатые. Цветки желтые, собраны по 9-40 в разветвленную поникающую кисть. Ягоды округлые или овальные, по 10-25 в одной кисти, 1-1,2 см длины, 0,7-0,9 ширины, при полном созревании черные, округлые или овальные, голые или с восковым налетом. Семена в числе от 2 до 5, овальные, двухгранные, выпуклые с одной стороны. Корень стержневой. Цветет в июле, плодоносит в сентябре - октябре.

Произрастание. Произрастает на высоте 1000-2200 метров на уровне моря в окрестностях Даштиджума района Ш.Шохина, Сари Хосор Балджуванского и Ховалингского районов Кулябской зоны Хатлонской области, Гиссарско-Дарвазском Южно- и Восточ-

но-Таджикистанском флористических районах республики.

Химический состав. Плоды барбариса содержат в себе каротиноиды, углеводы, дубильные и пектиновые вещества, золу, органические кислоты, макро и микроэлементы, витамины Е, С и каротин. Все органы барбариса содержат в себе алкалоиды, основными которых являются берберин, оксиакантин, пальматин, колумбамин и др.

Лекарственное сырьё и заготовка сырья (плоды, листья, корень и кора растения). Листья барбариса заготавливают в период цветения. Корни заготавливают осенью или весной. Плоды во время созревания.

Применение в медицине. Барбарис обладает спазмолитическим, болеутоляющим, а также бактерицидным свойствами. В народной медицине готовят лекарство из различных частей органа растения и применяют при заболеваниях желтухи, гипертонии, маточных кровотечениях.

Свежие и сушеные плоды употребляются в пищу местным населением республики. По данным лаборатории фитохимии Института ботаники, физиологии и генетики растения Национальной академии наук Таджикистана плоды, собранные в Варзобском ущелье, содержат от веса абсолютно сухого вещества в%: сухих веществ 39,9%; инвертного сахара 10,3%; сахарозы 0,86%, общего сахара 11,2%, аскорбиновой кислоты 97,0 мг% в 100 г. сырой мякоти плода и кислотность по яблочной кислоте равна 4,68%.

Числовые показатели плодов барбариса разнокостевидного собранного

в окрестностях Даштиджума района Ш.Шохина проводили на свежем образце в зрелом состоянии и высушенных плодов собранных в 2017 – 2020 гг. Оценку качества сырья проводили по методике Сан Пи Н 2.3.2.1078-01 и ДУ ТР ТС 021/2011. Сравнительные результаты исследования образцов плодов барбариса собранных в окрестностях Даштиджума района Ш.Шохина Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан представлены в таблице 1.

Как показано в таблице 1 проведенный анализ показал, что процент содержания воды в свежих, влажность в сухих плодах барбариса, процент золы общей и содержание органических примесей свидетельствуют о доброкачественности объекта исследования.

Для установления подлинности и качества плодов барбариса исследовали содержание сахаров и экстрактивных растворимых веществ с помощью рефрактометра ИРФ -454 Б2 М. Исследованы физико-химические показатели качества плодов барбариса разнокостевидного, результат которых представлен в таблице 2.

Как видно из таблицы 2 содержание воды составляет - 71,1%, жирные масла - 4,7%, белки - 4,5%, пектиновые вещества - 3,9%, сахара - 3,5%, органические кислоты - 3,3%, клетчатка - 2,9%, дубильные и красящие вещества - 2,6%, зола - 2,2% и сахарокислый коэффициент - 1,3%.

Анализ химического состава ягод барбариса и продуктов его переработки является важным фактором выявления витаминной и минеральной ценности

Таблица 1

Сравнительные результаты содержания воды в свежих плодах и влажность в сухих плодах в анализе образцов свежих и высушенных плодов барбариса собранных в окрестностях Даштиджума района Ш.Шохина Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан

№	Содержание вода в свежем плоды, %	Влажность сухой плоды, %	Зола общая, %	Органические примеси
1.	72,4±1,32%	12,94±1,26%	3,02±0,26%	0,42±0,014%
2.	71,8±1,14%	10,33±1,45%	3,09±0,42%	0,49±0,017%
3.	70,2±1,18%	12,37±1,58%	4,18±0,19%	0,37±0,017%
4.	69,7±1,11%	11,98±1,52%	2,90±0,24%	0,32±0,014%
5.	71,8±1,22%	13,79±1,47%	3,63±0,38%	0,49±0,015%
6.	70,6±1,12%	14,0±1,47%	3,19±0,38%	0,53±0,014%
7.	72,1±1,22%	12,2±1,47%	3,31±0,24%	0,37±0,014%

Таблица 2.

Физико-химические показатели качества плоды барбариса собранных в окрестностях Даштиджума района Ш.Шохина Кулябского региона Хатлонской области Республики Таджикистан

№	Показатель качества	Содержание
1.	Зола, %	2,2
2.	Белки, %	4,5
3.	Вода, %	71,1
4.	Пектиновые вещества, %	3,9
5.	Клетчатка, %	2,9
6.	Дубильные и красящие вещества, %	2,6
7.	Жирные масла	4,7
8.	Сахара, %	3,5
9.	Сахарокислый коэффициент	1,3
10.	Органических кислот (по яблочной кислоте), %	3,3
	Итого:	100%

для организма человека. В таблице 3 представлены данные о содержании витаминов в плодах барбариса и её суточное потребление.

Как видно из таблицы 3 плоды барбариса разнокистевидного содержат значительное количество жизненно важ-

ных витаминов таких как витамин Р (33 мг%), даже превышающую суточную норму на 8,5%. Также в плодах барбариса содержится большое количество витаминов В₁, В₂, Е, К и каротин. Невысокое содержание витаминов В₃ и В₆

Таблица 3.

**Содержание основных видов витаминов в ягодах барбариса
разнокистевидного собранных в окрестностях Даштиджума района
Ш. Шохина Кулябского региона Хатлонской области Республики
Таджикистан и её суточная потребность человека**

№	Наименование ви- тамина	Содержание мг %	Суточная потреб- ность, мг%	% удовлетворе- ния
1.	Аскорбиновая кис- лота	28,5 мг%	80-100 мг%	35,6%
2.	Витамин В ₁	0,06 мг%	1,1-2,1 мг%	5,50%
3.	Витамин В ₂	0,16 мг%	1,5-2,4 мг%	10,70%
4.	Кислота пантотено- вая В ₃	0,31 мг%	10-15 мг%	3.10%
5.	Витамин В ₆	0,1 мг%	1,8-2,0 мг%	5,50%
6.	Витамин Р	33 мг%	30,4 мг%	108,5
7.	Витамин Е	4,2 мг%	8-10 мг%	52,5%
8.	Витамин К	1,45 мг%	2,6мг%	55,7
9.	Каротин	114 мг%	98мг%	116,3

Таблица 4

Содержание витамина С при хранении, мг %

Вид барбариса	Содержание аскорбиновой кислоты, мг%		
	Свежие плоды, мг%	Сухой плоды, мг%	Сухой плоды через 24 мес.
Барбарис разнокисте- видный	28,5 мг%	25,5 мг%	23,3 мг%

Таблица 5

**Содержание минеральных веществ в ягодах барбариса собранных в
окрестностях Даштиджума района Ш.Шохина Кулябского региона
Хатлонской области Республики Таджикистан**

Наименование минеральных веществ	Содержание, мг%	Суточная потребность, мг%	% удовлетворения
Калий	267 мг%	2000 мг%	13,3%
Кальций	45 мг%	1000 мг%	4,5%
Натрия	110 мг%	550 мг%	20,0%
Магний	9 мг%	350 мг%	2,6%
Железо	16 мг%	15 мг%	106,6%

подтверждается в работах Алексашиной С.А. [4].

Сохранность аскорбиновой кислоты при хранении в плодах определялась в свежих ягодах, в свежеприготовленном варенье и в варенье через 12 месяцев хранения. Изменения содержания аскорбиновой кислоты при хранении приведены в таблице 4.

Как видно из таблицы 4 содержание витамина С в плодах при сушки снизилось на 2,5%. После 24 месяцев хранения содержание аскорбиновой кислоты в плодах барбариса также снизилось на 5,2%, что составило 23,3% от исходного.

Также в плодах барбариса разнокистевидного содержится большое количество основных минеральных веществ (калий, кальций, натрий, магний, железо). Содержание основных минеральных веществ в плодах барбариса разнокистевидного представлено в таблице 5.

Как видно из таблицы 5 проведенные исследования показали, что ягоды барбариса разнокистевидного содержат комплекс полезных для человека минеральных веществ. Содержание железа в плодах не только восполняет суточную потребность человека в данном элементе, но и превышает её на 6,6%.

Таким образом, проведенное нами фармакогностическое изучение плодов барбариса разнокистевидного позволяет разработать характеристику подлинности и показатели качества, которые возможно будут использовать при составлении проекта фармакопейной статьи на плоды барбариса.

Исходя из вышеизложенного на основании полученных результатов про-

веденного анализа образцов плодов барбариса разнокистевидного, можно сделать следующие выводы:

1. Кустарники барбариса разнокистевидного произрастают на высоте 1000-2200 метров над уровнем моря и распространены в нашей республике в окрестностях Дастиджума района Ш.Шохина, Сари Хосор Балджуванского и Ховалингского районов Кулябской зоны Хатлонской области, Гиссарско-Дарвазском, южно- и Восточно-Таджикистанском флористических районах;

2. Свежие и сушеные плоды барбариса разнокистевидного значительно мало используют не только в пищевом отношении, но и как продукт, содержащий биологически активные вещества, со стороны местного населения республики;

3. Для уточнения ресурсного потенциала барбариса в республике рекомендуется налаживание изучения эколого-ценотического и биолого-морфологического разнообразия местных видов растений.

4. Плоды барбариса, с точки зрения фармацевтической технологии, является малоизученным объектом и для разработки проекта фармакопейной статьи рекомендуется продолжать исследование в части установления подлинности физико-химических показателей качества в плодах барбариса.

5. Плоды барбариса содержат в себе каротиноиды, углеводы, дубильные и пектиновые вещества, золу, органические золь, макро и микроэлементы, витамины Е, С, каратиноиды и алколоиды (берберин, оксиакантин, пальматин, колумбамин и др.);

6. Содержание аскорбиновой кислоты в сухом виде плодах барбариса через 2 года хранения снижается, но незначительно (на 5,2%).

7. Барбарис обладает спазмолитическим, болеутоляющим, бактерицидными свойствами и в народной медицине готовят лекарство из различных частей органа растения и применяют при заболеваниях желтухи, гипертонии и маточных кровотечениях;

8. Полученные фармакогностические изучения плодов барбариса можно рекомендовать для разработки характеристики подлинности и показателей качества, которые могут быть использованы при составлении проекта фармакопейной статьи на плоды барбариса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абу Райхон Беруни. Избранные произведения / Абу Райхон Беруни. – Изд – во «ФАН» Академия наук Узбекской ССР, Ташкент, 1973. – Т. 1У. – 1120 с.

2. Абуали ибни Сино. Канон врачебной науки / Абуали ибни Сино // - Издательство «ФАН» Академия наук Узбекской ССР. - Ташкент. - 1981. – 502 с.

3. Абдуллина, З.Г. Валидация методики определения содержания органических кислот в препарате «Холосас» / С.Г. Абдуллина, Н.М. Агапова, Р.Ш. Хазиев, С.А. Сидуллина // Фармация. – 2009. - №8. – С. 28-30.

4. Алексашина, С.А. Антиоксидантный потенциал плодов шиповника/ С.А. Алексашина, Н.В. Макарова, Л.Г. Деменина // Вопр. питания. Россия. Самара. -2019. -Т.88, -№3. -С.84-89.

5. Жиленко, В.Ю. Лекарственные свойства барбариса обыкновенного (*B. VULGARIS L.*), произрастающего в Белгородской области / В.Ю. Жиленко, В.И. Дейнека, З.Н. Сорокопудов // НИУ «БелГУ», Белгород. – 2020. – 4с.

6. Закон Республики Таджикистан «О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности», статья 13 глава III (в редакции Закона РТ от 08.12.2003 года №72, от 12.05.2007 года №270, от 18.06.2008 года №409, от 03.07.2012 года №861, от 17.05.2018 года №1531)

7. Попова, Н.В. Повышение эффективности экстракции биологически активных веществ из растительного сырья методом ультразвукового воздействия / Н.В. Попова, И.Ю. Потороко // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Пищевые и биотехнологии. – 2018. – Т. 6. - № 1. – С. 14–22.

REFERENCES

1. Abu Rayhon Beruni. Selected works / Abu Rayhon Beruni. - Publishing house «FAN» Academy of Sciences of the Uzbek SSR, Tashkent, 1973. - T. 1U. - 1120 p.

2. Abuali ibni Sino. Canon of medical science / Abuali ibni Sino // - Publishing house «FAN» Academy of Sciences of the Uzbek SSR. - Tashkent. - 1981.-- 502 s.

3. Abdullina, Z.G. Validation of the method for determining the content of organic acids in the preparation “Holosas” / S.G. Abdullina, N.M. Agapova, R.Sh. Khaziev, S.A. Sidullina // Pharmacy. - 2009. - No. 8. - S. 28-30.

4. Aleksashina, S.A. Antioxidant potential of rosehip fruits / S.A. Aleksashina, N.V. Makarova, L.G. Demenina // Vopr. nutrition. Russia. Samara. -2019. -Т.88, -№3. -S.84-89.

5. Zhilenko, V.Yu. Medicinal properties of common barberry (*B. VULGARIS L.*) growing in the Belgorod region / V.Yu. Zhilenko, V.I. Deineka, Z.N. Sorokopudov // Belgorod State University, Belgorod. - 2020. - 4s.

6. Law of the Republic of Tajikistan “On Medicines and Pharmaceutical Activities”, Article 13 Chapter III (as amended by the Law of the Republic of Tajikistan dated 08.12.2003 # 72, dated 12.05.2007 # 270, dated 18.06.2008 # 409, dated 03.07. 2012 No. 861, dated 17.05.2018 No. 1531)

7. Popova, N.V. Increasing the efficiency of extraction of biologically active substances from plant materials by the method of ultrasonic exposure / N.V. Popova, I. Yu. Potoroko // Bulletin of the South Ural State University. Series: Food and Biotechnology. - 2018. - Т. 6. - No. 1. - P. 14–22.

ХУЛОСА

**Ф.А. Ахмедов, М.Х. Сайфуллоева,
А. Ахмедов**

МУАЙЯН КАРДАНИ БАЪЗЕ НИШОНДИҲАНДАҲОИ ФИЗИКӢ - КИМИЁВӢ ВА СИФАТИ ТАРКИ- БИ ВИТАМИНҲО, МОДДАҲОИ МАЪДАНИ ДАР БУТТАМЕ- ВАИ ЗЕЛОЛИ РАНГОРАНГӢ ДАР ҲУДУДИ ҚУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН РӮЯНДА

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши минбаъдаи нишондиҳандаҳои физикӣ - кимиёвӣ ва сифати таркиби витаминҳо, минералҳо дар буттамеваи зелоли рангорангӣ дар ҳудуди Қумхурии Тоҷикистон рӯянда. Аз нуқтаи назари технологияи фармасевтӣ, меваҳои зелоли як объекти кам омӯхташуда буда, аз ин рӯ гузаронидани тадқиқоти фармакологӣ ва технологияи меваҳои зелоли, таркиби химиявии он, технологияи гирифтани моддаҳои биологии фаъол, васеъ намудани доираи доруҳо, таҳияи шаклҳои эҳтимолии истифода ва маҳсулоти коркарди он ба маврид ва сари вақтӣ мебошад.

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот. Маводҳои таҳқиқотӣ намунаҳои меваҳои зелоли рангоранге буданд, ки дар қаламрави минтақаҳои гуногуни Қумхурии Тоҷикистон мерӯянд. Омӯзиши хосиятҳои физикию химиявии

таркиби витаминҳо, минералҳо, шакар ва моддаҳои ҳалшавандаи истихроҷи дар меваҳои навъҳои маҳаллии зелоли дар қаламрави Қумхурии Тоҷикистон рӯянда давом дода шуд. Барои муқаррар намудани дурустӣ ва сифати таркиби шакар ва моддаҳои ҳалшавандаи истихроҷи рефрактометрӣ тамғаи IRF-454 В2m истифода бурда шуд. Муайян кардани устувории экстракҳои хушк дар шароити муқаррарӣ тибқи ОФС 42 0075-07 «Мӯҳлати нигоҳдории доруҳо» ва Дастурамали Ҷаҳонии I-42-2-82 гузаронида шуд [7]. Маълумоте, ки дар рафти таҳқиқот ба даст омадаанд, бо усули омори вариатсия бо истифода аз критерияи Стюдент, бо ҳисоб кардани қиматҳои сарҳадии фосолаи эҳтимолинокии натиҷаи миёна ва муайян кардани хатои миёнаи арифметикӣ барои коркардҳои гуногун бо арзиши шумораи натиҷаҳо коркард карда шудаанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Муайян карда шудааст, ки зелоли рангоранг яке аз таксонҳои сершумори буттамеваҳои ёбони буда, онҳо дар гирду атрофи маҳаллаи Даштиҷуми ноҳияи Ш.Шоҳин, Сари Хосори ноҳияи Балҷувон ва ноҳияи Ховалинги минтақаи Кӯлоби вилояти Хатлон, минтақаҳои Ҳисору Дарвоз ва Ҷанубу Шарқи Тоҷикистон мерӯянд. То ба ҳол, сарҳади афзоишу ҳаҷми он ва робитаҳои марбут ба онҳо норӯшан боқӣ мемонанд. Натиҷаҳои таҳлили намунаҳои меваҳои тару хушк фоизи гуногуни об ва намӣ, хокистар ва омехтаҳои органикӣ, витаминҳо (С, В₁, В₂, В₃, В₆, Р, Е, К) ва каротинро нишон доданд. Ҳамчунин кӯшиши омӯхтани устувории таркиби моддаҳои фаъол

дар меваҳои хушки зелол ҳангоми нигоҳдорӣ гузаронида шуда, афзоиши назарраси намӣ, андаке кам шудани таркиби полисахаридҳо ва амалан бетағйир будани миқдори кислотаҳои органикӣ ва флавоноидҳо нишон дод, ки он ҳукуқи гузаронидани таҳқиқоти технологӣ оид ба истихроҷи меваҳои зелоли рангорангро бо истифода аз экстракторҳои гуногун дод.

Хулоса. Таҳлили гузаронишудаи зелоли рангорангӣ дар қаламрави Ҷумҳурии Тоҷикистон рӯянда нишон дод, ки ин талаботи танзимшаванда ба

буттамеваи тару тозаи зелол ҳангоми қабул ва нигоҳдорӣ барои муайян кардани ҳаққонияти ашёи хом истифода бурда мешавад ва метавонад ҳамчун гиёҳи шифобахш дар тамоми ҳолатҳои гуногун бо фаъолияти возеҳи холеретикӣ, гепатопротекторӣ ва антиоксидантӣ истифода бурда шавад.

Калимаҳои калидӣ: зелол, тибби анъанавӣ, минералҳо, табобати холеретикӣ, гепатопротекторӣ ва антиоксидантӣ, витаминҳо, нишондиҳандаҳои физикӣ ва химиявӣ.

УДК: 66.6-053.2

Ш.А. Бадалов¹, Х. Ибодов^{2,3}, Ш.Ш. Моёнова², Р. Рофиев³, Н.С. Ибодов², З.Л. Махмудов².

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО УРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ

¹Государственное учреждение «Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан»

²Негосударственное образовательное учреждение «Медико-социальный институт Таджикистана»

³Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Бадалов Шамсиддин Алиевич – соискатель Государственного учреждения. «Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан». Тел.: 918-33-26-73; 887-00-33-85; E-mail: shamsiddin.1985b@gmail.com

Цель исследования. Оптимизация методов хирургического лечения детей с осложненным уролитиазом.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты лечения 200 больных детей с осложненным формам уролитиаза. Пациенты были распределены в основную 150

(75%) и сравнимую группу 50 (25%). Возраст детей от 0 до 15 лет. У детей с мочекаменной болезнью наиболее часто встречались следующие клинические симптомы: протеинурия 47 (23,5%), изменение цвета мочи 34 (17%), пиурия у 32 (16,0%), гематурия у 31 (15,5%), слабость и утомляемость у 29 (14,5%) и болевые ощущения у 27 (13,5%) пациентов. Для объективной оценки степени тяжести мочекаменной болезни у детей учитывались данные рентгено-лучевой диагностики (УЗИ, обзорная рентгенография, экскреторная урография, КТ и МРТ). Исследования почечного кровообращения (тест Реберга-Тареева, доплерографическая сонография), скорость фильтрации клубочковый (CFL) по формуле Кунахана-Барратт.

Результаты исследования и их обсуждения. Хирургические методы лечения осложненного уролитиаза разделены на три части: методы малой хирургии или полиативный, радикальный и методы реконструктивно – пластической хирургии. Метод малой хирургии проведен как мера подготовки к радикальной и реконструктивно-пластической хирургии. В метод радикальной хирургии у детей с уролитиазом включены пиелолитотомия (40), нефролитотомия (30), уретеролитотомия (32), эпицистолитотомия (47), перкутанная нефролитотрипсия (33) и контактная уретеролитотрипсия (18). В отношении реконструктивно – пластической хирургии надо отметить, что больше всего выполнены операции внутривисцеральной пластики шейки большого чашечка. Выявлены сужение шейки большого чашечка почки, приводящее к нарушению уродинамики в полостных образованиях почек что явились причинами образования камней за счет застоя мочи.

Заключение. Единого подхода как оперативного так и консервативного лечения при осложненном уролитиазе нет. При лечении детей с осложненным уролитиазом должно быть индивидуальное отношение в зависимости от вида осложнений, степени нарушений функции почек, степени гидронефроза, активности воспалительного процесса. Практика показала, что двойное дренирование чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) и стентирования после операции дали хорошие результаты.

Ключевые слова: почки, уролитиаз, двойное дренирование, осложнений, дети.

Sh.A. Badalov¹, Kh. Ibodov^{2,3}, Sh.Sh. Moyonova², R. Rofiev³, N.S. Ibodov², Z.L. Makhmudov

SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED UROLITHIASIS IN CHILDREN

SEI «Medical and Social Institute of Tajikistan

SI «Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery» MoHSP of the RT

SEI «Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan»

Badalov Shamsiddin Alievich – Job seeker of the State Institution «Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery» Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan.

Aim. Optimization of surgical treatment methods of children with complicated urolithiasis.

Material and research methods. The results of treatment of 200 sick children with complicated urolithiasis were analyzed. Patients were assigned to the study group 150 (75%) and comparable group 50 (25%). Children from 0 to 15 years old. In children with urolithiasis, the following clinical symptoms were most common: proteinuria in 47 (23,5%) patients, discoloration of urine in 34 (17,5%) and pyuria in 32 (16,0%) patients. Hematuria was observed in 31 (15,5%) children, weakness and fatigue in 29 (14,5%) and pain in 27 (13,5%) patients. For an objective assessment of the severity of

urolithiasis in children, X-ray and radiation diagnostics data were taken into account (Ultrasound, plan radiography, excretory urography, CT scan and Magnetic resonance imaging -MRI). Renal circulation studies (Rehberg – Tareev test, doppler sonography), glomerular filtration rate (CFL) according to Kunahan Barrats formula.

Research results and their discussion. We divided the surgical methods of treatment of complicated urolithiasis into three parts: minor surgery methods or pollative, radical and reconstructive plastic surgery methods. The method of minor surgery was carried out as a measure of preparation for radical and reconstructive plastic surgery. Methods of radical surgery in sick children with urolithiasis include pyelolithotomy (40), nephrolithostomy (30), ureterolithotomy (32), epicystolithotomy (47), percutaneous nephrolithotripsy (33) and contact ureterolithotripsy (18). In relation to reconstructive plastic surgery, it should be noted that the most performed operations are intrarenal plastic surgery of the cervix of the greater calyx. The narrowing of the neck of the large calyx of the kidney was revealed, which led to a violation of urodynamics in the cavity formation of the kidneys and was the cause of the formation of stones due to stagnation of urine.

Conclusions. There is no single approach to both surgical and conservative treatment for complicated urolithiasis. Double drainage of the PCS and stand-by after surgery showed good results. In treating children with complicated urolithiasis, there should be an individual approach depending on the type of complications, the degree of renal dysfunction, the degree of hydronephrosis, and the activity of the inflammatory process.

Key words: kidneys, urolithiasis, double drainage, complications, children.

Актуальность. За последние два десятилетия тактика лечения мочекаменной болезни у детей, как и у взрослых, значительно изменилась. В первую очередь это связано с широким внедрением в клиническую практику новых технологий для дробления камней [5].

Прежде всего при лечении мочекаменной болезни рекомендуется патогенетическое лечение, т.е как можно быстрее воздействовать на причинный фактор и механизмы, способствующие образованию камней. Однако многофакторность мочекаменной болезни затрудняет возможность ее лечения. К тому же причина заболевания в большинстве случаев вовремя или вовсе не обнаруживается [1, 2].

В комплекс лечебных мероприятий, направленных на коррекцию нарушений обмена веществ, входят: диетотерапия, поддержание водного баланса, фито-

терапия, препараты, направленные на рассасывание ряда камней, противовоспалительные средства и хирургические методы лечения [1, 6].

Хирургическое лечение мочекаменной болезни включает: открытые хирургические вмешательства (хирургические операции, направленные непосредственно на удаление камней; хирургические операции, направленные на устранение этиологических и патогенетических факторов камнеобразования; хирургические операции по поводу мочекаменной болезни).

Инструментальные методы удаления камня включают цистолитотрипсию и уретеролитоэкстракцию, уретероскопическое контактное дробление камней. Также инструментальные методы лечения мочекаменной болезни включают перкутанную литолапакцию, контактную литотрипсию в почках, уретеро-

литотрипсию, механическую пиелолитотрипсию со стороны нефростомии, цистолитотрипсию [3-5].

Основными показателями, определяющими выбор лечебной тактики, являются: данные о функции почек; инфекции мочевыводящих путей (тип, титр и чувствительность к антибиотикам), химический состав и размер камня; уродинамическое состояние мочевыводящих путей; почечная недостаточность [7-9]. Заметное снижение функции почек (на 50% и более) недопустимо для перкутанной литотрипсии крупных и караловидных камней [5]. Стрикутры, или аномалии верхних мочевых путей, показаны для открытого хирургического удаления камней с реконструктивной коррекцией выявленных аномалий [4, 6, 7].

Однако, выбор и тактика хирургического лечения у детей и связанные с ним осложнения остаются неясными из-за существования различных клинических форм мочекаменной болезни в сочетании с различными вариантами расположения камней, их размера, продолжительности и степени дилатации мочевыделительной системы [1, 2, 4, 6, 7].

Вопрос о возможности использования различных методов лечения мочекаменной болезни у детей остается открытым. Учитывая широкий спектр современных технологий лечения мочекаменной болезни, важен сравнительный анализ результатов применения современных методов лечения мочекаменной болезни у детей.

Таким образом, изучению уролитиаза посвящено множество исследо-

ваний. Разработаны десятки способов его хирургического лечения, однако, все они, несмотря на свою уникальность, не лишены тех или иных недостатков. Это свидетельствует об актуальности данной проблемы и отсутствии единого мнения по поводу его решения.

Цель исследования. Оптимизация методов хирургического лечения детей с осложненным уролитиазом.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты лечения 200 больных с осложненными формами уролитиазом. Все 200 (100%) пациентов были распределены в основную 150 (75%) и сравнимую группы 50 (25%). Больные основной группы были госпитализированы в период 2015-2020 гг., а контрольная группа охватывала период с 2009-2014 гг. Как в основной группе, так и в сравнимой мочекаменная болезнь чаще встречалась у мальчиков (61,5%).

Количество сельских жителей составляет 119 (59,5%), а городских 81 (40,5%). По возрасту дети были: 0-5 лет – 66, 6-10 лет – 87, 11-15 – 47.

В результате анализа клинического материала выявлено, что среди больных мочекаменной болезнью в удовлетворительном состоянии были - 41 (20,5%), средней тяжести - 96 (48%) и тяжелое состояние - 63 (31,5%).

У детей с мочекаменной болезнью наиболее часто встречались следующие клинические симптомы: протеинурия у 47 (23,5%) пациентов, изменение цвета мочи у 34 (17,0%) и пиурия у 32 (16,0%) пациентов. Гематурия наблюдалось у 31 (15,5%) детей, слабость и

утомляемость у 29 (14,5%) и болевые ощущения у 27 (13,5%) пациентов.

Для оценки общего состояния пациентов брались их жалобы, биографические данные (анамнез), результаты общих анализов крови, уровень остаточного азота, креатинина, мочевины крови, уровни молекул средних масс (МСМ), электролиты крови, кислотно-щелочной статус, коагулограмма и биохимические показатели. Проведены общий анализ мочи, анализ мочи по методу Нечипоренко, бактериологические исследования мочи.

Для объективной оценки степени тяжести мочекаменной болезни у детей учитывались данные рентгено-лучевой диагностики (УЗИ, обзорная рентгенография, экскреторная урография, КТ и МРТ).

Исследования почечного кровообращения (тест Реберга-Тареева, доплерография), скорость клубочковой фильтрации (СФЛ) по формуле Кунахана-Барратт.

Биохимический анализ крови и парамециновый тест, продолжительность жизни парамеций (ПЖП) в минутах.

Рентгенологические исследования проводили с учетом показателей ренокортикального индекса (РКИ), который равен в норме 0,38 (по методике Баклановой, 1967) и паренхиматозного индекса (ИП) по методике М.К. Павлова, 1983 г.

Полученные числовые данные обрабатывали с использованием статистических методов дисперсии и распределения путем вычисления $M \pm m$ и оценки точности результатов по критериям Стьюдента. Обработка цифровых ма-

териалов на компьютере «Pentium IV» осуществляется с помощью специального программного обеспечения.

Результаты исследования и их обсуждение. Хирургические методы лечения осложненного уролитиаза разделены на три части: методы малой хирургии или полиативный, радикальный и методы реконструктивно-пластической хирургии.

Метод малой хирургии проведен у детей с паранефритами (вскрытие паранефрита) (12), пункционная нефростомия (8), пункционная эпицистостомия (4), вскрытие флегмоны промежности (1) и вскрытие парауретральной флегмоны (1).

Методы малой хирургии применялись у детей в тяжелом состоянии с паранефритом, острой обструктивной уropатией и мочевой флегмоной. У 12 детей с паранефритом во время поступления в клинику чаще всего были предъявлены жалобы на слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, головные боли, головокружение, тошноту, рвоту и боли в поясничной области. Состояние оценивалось как тяжелое, выраженная эндогенная интоксикация и явление эксикоза. Обнаруживалось повышение температуры тела более $37,5^{\circ}\text{C}$. У большинства детей отмечались боли в животе и положительный симптом Пастернацкого, дизурические расстройства. У этих детей отмечались припухлость и болезненность в поясничной области, изостенурия, снижение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции, выраженная лейкоцитурия, протеинурия. Этим больным по экстренным показаниям

проведено вскрытие паранефрита и его дренирование. После улучшения состояния в плановом порядке выполнена радикальная операция.

У 8 детей с острой обструктивной уропатией (ООУ) при поступлении диагностирована обтурация камня лоханочно-мочеточникового сегмента. Состояние тяжелое, выраженная эндогенная интоксикация и явление эксикоза. Во время госпитализации температура тела 38,5°C, беспокойство, вялость, тошнота и рвота. У 5 детей наблюдались боли в животе. У этих пациентов отмечалась анурия. 6 детям выполнена пункционная нефростомия для отведения мочи и у 2 стентирование мочеточника.

Тактика лечения детей с обструктивной уропатией (ОУ) определяется с учетом длительности заболевания, уровня и выраженности клинических симптомов и патофизиологических изменений. У 4 детей с обтурацией камня в задней части уретры после безрезультатного консервативного лечения выполнена пункционная эпицистостомия.

У 2 детей отмечалась флегмона промежности и парауретральный абсцесс. Больные поступили в стационар на 10 сутки после начала заболевания, то есть повышение температуры тела, болезненное мочеиспускание, беспокойство, вялость и последние 3 дня задержка акта мочеиспускания, появление отека и покраснения в области промежности. Развитие анурии сопровождалось ЭИ III степени. Выбор лечебной тактики зависит от степени ЭИ и длительности анурии. Этим детям проведено вскрытие флегмоны и абсцесса, дополнительно пункционная эпицистостомия.

При ОПП на фоне обструктивных процессов у детей, предоперационная подготовка должна проводиться с учетом степени тяжести КП и степени морфофункциональных нарушений почек.

Непосредственная подготовка к хирургическому вмешательству и анестезии имеет многогранную цель: стабилизация нейроэндокринных и вегетативных реакций, предотвращение возможных рефлекторных расстройств, снижение токсических эффектов вводимой и основной анестезии; снижение дозы обезболивающих и анальгезирующих препаратов и обеспечение психоэмоционального спокойствия.

Таким образом, лечебно-профилактические меры с учетом состояния пациента обеспечивают надежное поддержание объема хирургического вмешательства на хорошем уровне на всех этапах оперативного вмешательства и ближайшего послеоперационного периода.

Из методов радикальной хирургии у детей с уrolитиазом включены пиелолитотомия, нефролитотомия, уретеролитотомия, эпицистолитотомия, перкутанная нефролитотрипсия и контактная уретеролитотрипсия.

У 40 детей произведена пиелолитотомия (основная группа 22, сопоставимая 18). У этих детей камни, в основном, осложнились обструкцией лоханочно-мочеточникового сегмента. После пиелолитотомии всем больным основной группы выполнено внутреннее стентирование лоханки и мочеточника. Стенты были удалены на 20 день после операции. Осложнений в послеоперационном периоде не было. У детей

сопоставимой группы удалялся камень из лоханки и после ушивания раны лоханки и дренирования забрюшинного пространства, операция заканчивалась. В послеоперационном периоде у 2 пациентов сформировался мочевого свищ и у 1 ребенка стриктура зоны лоханочно-мочеточникового сегмента. В последующем посредством стентирования мочеточника и лоханки свищи закрылись, а у ребенка со стриктурой лоханочно-мочеточникового сегмента произведена повторная операция с резекцией и формированием анастомоза.

У 30 больных осуществлена нефролитостомия: 18 основной группы и 12 сопоставимой. Показаниями для нефростомии были гидронефроз IV – V степени с обструкцией, рецидивные камни – каралловидные и множественные. У детей основной группы после санации ЧЛС помимо нефростомии дополнительно были проведены внутренние стентирования лоханки, мочеточника и мочевого пузыря. Нефростомические трубки были удалены на 4 сутки, а стент удалялся на 20 день. Двойное дренирование ЧЛС способствует профилактики мочевых свищей, сокращению ЧЛС, восстановлению функции почек. У 3 пациентов сопоставимой группы после нефролитостомии отмечалось осложнение: формирование мочевых свищей. Мочевые свищи ликвидированы путем стентирования мочеточника и лоханки через мочевого пузыря. Стенты удалены на 20 день.

Уретеролитотомия, в основном, проведена у детей с обструктивной уропатией. У больных камни были обтурированы в нижней трети мочеточника. Это

операция, в основном, осуществлялась в начале нашей работы до внедрения методов эндоурологии. У детей основной группы (20) после удаления камней выполнено внутреннее стентирование мочеточника. После операции осложнений и рецидива болезни не было. А у детей сопоставимой – 4 и основной группы - 8 после уретеролитомии без внутреннего стентирования отмечались осложнения: формирование мочевых свищей у 4 детей и стриктура мочеточника с развитием уретерогидронефроза у 2 пациентов. С целью устранения мочевых свищей всем детям произведены стентирования мочеточников. У 2 детей со стриктурой нижней трети мочеточника путем цистоскопии и бужирования, а затем баллонной дилатации зоны сужения расширены и вставлены стент в мочеточник. Стент удален через 2 месяца.

С внедрением инновационной технологии нами при рецидивных камнях почки проведены перкутанная нефролитотрипсия у 33 больных основной группы: солитарные камни – 15, коралловидные – 7, множественные камни – 11. У 22 детей послеоперационный период протекал гладко. У 5 больных в послеоперационном периоде отмечалась макрогематурия и снижение гемоглобина крови до 80г/л. После проведения гемостатической терапии на третьи сутки гематурия прекратилась. У 6 пациентов было обострение хронического пиелонефрита, который снят путем назначения антибактериальной терапии согласно чувствительности микрофлоры, уросептики и инфузионной терапии. У 17 детей после литотрипсии исполь-

зовано двойное дренирование ЧЛС, то есть после литотрипсии при подозрении на кровотечение в ЧЛС вставлен катетер Фоллея с надувным балончиком, дополнительно стентирование ЧЛС через мочевого пузырь, мочеточник в лоханку. Нефростома удалялась на 3 сутки, а стент на 20 сутки. Это методика дала хорошие результаты. У 17 детей после литотрипсии осуществлялось внутреннее стентирование ЧЛС, мочеточника, далее мочевого пузыря.

У 10 больных с обтурированными камнями мочеточников: у 5 в нижней трети, у 3 в средней трети и у 2 в лоханочно-мочеточниковом сегменте камни удалялись путем контактной литотрипсии и после операции вставлены стенты, которые удалялись на 20 сутки. При выполнении данной методики осложнений не было.

В отношении реконструктивно – пластической хирургии надо отметить, что больше всего выполнены операции внутрипочечной пластики и шейки большой чашечки. Выявлено сужение шейки большой чашечки почки, приводящее к нарушению уродинамики в полостных образованиях почек, что явились причинами образования камней за счет застоя мочи. Сужение шейки чашечек диагностировано у 27,2% основной группы от общего количества, и 28,5% совместимой группы. У 2 детей совместимой группы после операции в отдаленном периоде развилась вторично сморщенная почка. Этим больным интратенальная пластика была выполнена посредством секционного разреза. В основной группе все операции интратенальной пластики были осуществле-

ны путем каликотомии и секторального разреза почки. По окончании операции произведены двойное дренирование, то есть нефростома + стентирование. Нефростома удалялась на 5 сутки после операции, а стент на 20 сутки. Осложнения после операции отмечались у 2 детей в виде макрогематурии, которые ликвидированы после проведения гемостатической терапии и у 3 больных обострение хронического пиелонефрита.

Активные воспалительные процессы после первичной операции на почке в околопочечной клетчатке и забрюшинном пространстве привели к спаечному процессу вокруг почки и мочеточников, в последующем нарушены функции почек и нарушена уродинамика. В этой связи у 18 детей основной группы и 6 сопоставимой во время повторной операции произведен нефролиз и уретеролиз и у 12 больных основной группы ЧЛС дренирована внутренним стентом.

У 9 детей с врожденными сужениями лоханочно-мочеточникового сегмента выполнены операции неопиелоуретероанастомоза. У 2 детей операция по Ян-Кучера в сопоставимой группе. А у 7 детей основной группы пиелопластика со стентированием. Осложнений после операции не было.

У 6 больных диагностировано сужение надпузырного отдела мочеточника (4 основная группа и 2 сопоставимая). У 2 детей сопоставимой группы осуществлена операция реимплантация мочеточника по методике Политана – Летбеттера и у 4 детей основной группы операция Г.А.Баирова в модификации клиники детской хирургии. В отдаленном сроке после операции у 1 ребенка

сопоставимой группы диагностирован пузырно-мочеточниковый рефлюкс II степени, который в последующем ликвидирован введением объёмобразующего вещества Дам+ в устье мочеточника.

Только у 1 ребенка после первичной операции диагностировано врожденное сужение мочеточника в средней трети и мочеточник резецирован формированием анастомоза между обоими концами мочеточника, затем вставлен стент на 1 месяц.

Заключение. Единого подхода как оперативного, так и консервативного в лечении детей с осложнённым уролитиазом нет. При лечении детей с осложнённым уролитиазом должен быть индивидуальный подход в зависимости от вида осложнений, степени нарушений функции почек, степени гидронефроза, активности воспалительного процесса. Практика показала, что двойное дренирование чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) и стентирование после операции показали положительные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 8-9 см. в REFERENCES)

1. Акилов Ф.А. Послеоперационные инфекционно-воспалительные осложнения эндоскопических операций по поводу уролитиаза /А. Акилов, Ш.Т. Мухтаров, Ш.И. Гиясов, Д.Х. Мирхамидов, Ф.Р. Насиров, Н.Б. Муратова // Ж. Урология. 2013. №1 С.89- 91

2. Аляев Ю.Г. Современные технологии в диагностике и лечении мочекаменной болезни. М., / Ю.Г. Аляев, В.А. Григорян, В.И. Руденко, Н.А. Григорьев, М.Э. Еникеев, Н.И. Сорокин // Издательство «Литера». 2007. -144 с.

3. Дорончук Д.Н. Выбор метода дренирования верхних мочевыводящих путей при мочекаменной болезни. / Д.Н. Дорончук, М.Ф.

Трапезникова, В.В. Дутов // Урология. 2010. №3. С.7–10.

4. Сафедов Ф.Х. Оптимизация способов деривации мочи при аномалиях развития мочевыделительной системы у детей / Ф.Х. Сафедов, И.К. Атоев [и др.] // Вестник Авиценны (Пайёми Сино). - 2010. - № 4. -С. 52-56.

5. Трусов П. В. Эффективность и безопасность мини-перкутанной нефролитотрипсии в лечении крупных и коралловидных камней почек. / П. В. Трусов, М. И. Коган, В. К. Хван. // Вестник урологии. 2017.№5(1). С.32-36. <https://doi.org/10.21886/2308-6424-2017-5-1-32-36>

6. Филиппова А.С. Мочекаменная болезнь. Заболеваемость. Динамика. Прогноз. / А.С. Филиппова//Урологические ведомости. 2015. №5(1). С. 115–116.

7. Яненко Э.К. Оперативное лечение коралловидного нефролитиаза / Э.К. Яненко, С.А. Камынина. // «Хирургия», 2004. №12. С.63-66.

REFERENCES

1. Akilov F.A. Postoperative infectious and inflammatory complications of endoscopic operations for urolithiasis. /A. Akilov, Sh.T. Muhtarov, Sh.I. Hiyasov, D.Kh. Mirkhamidov, F.R. Nasirov, N.B. Muratov // J. Urology. 2013. №1 Pp.89- 91.

2. Alyaev. Y.G. Modern technologies in the diagnosis and treatment of urolithiasis/.G. Alyaev, V.A. Grigoryan, V.I. Rudenko, N.A. Grigoryev, M.E. Enikeev, N.I. Sorokin// M., «Litera» Publishing House. 2007. -144 p.

3. Doronchuk D.N. The choice of the methods of drainage of the upper urinary tract in urolithiasis. / D.N. Doronchuk, M.F. Trapeznikova, V.V. Dutov. // Uralogy. 2010. №3. P.7–10.

4. F.Kh. Safedov. Optimization of urine diversion methods for developmental anomalies of the urinary system in children. / F.Kh. Safedov, I.K. Atoev [and others.] // Avicena Bulletin (The Message of Sino). - 2010. - № 4. -P. 52-56.

5. Trusov P. V. Efficacy and safety of mini-percutaneous nephrolithotripsy in the treatment of large and coral stones. / P. V. Trusov, M. I. Kogan, V. K. Hwang // Vest-

nik Urologii. 2017.№5(1). P.32-36. <https://doi.org/10.21886/2308-6424-2017-5-1-32-36>

6. Filippova A.S. Urolithiasis disease. Dynamics. Forecast. / A.S. Filippova // Urologicheskii vedomosti. 2015. №5(1). P. 115–116.

7. Yanenko E.K. Surgical treatment of coral nephrolithiasis/ E.K. Yanenko, S.A. Kaminina. // «Khirurgiya», 2004. №12. P.63-66.

8. Scales C.D. Prevalence of kidney stones in the United States / C.D. Scales, A.C. Smith, J.M. Hanley. et al. // Eur Urol. – 2012. – Vol. 62. – P. 160–165.

9. Vezzoli G. Calcium-sensing receptor gene polymorphisms in patients with calcium nephrolithiasis / G. Vezzoli, A. Terranegra, L. Soldati // Curr Opin Nephrol Hypertens. — Jul, 2012. 21 (4). P.355-61. [Medline].

ХУЛОСА

**Ш.А. Бадалов, Х. Ибодов,
Ш.Ш. Моёнова, Р. Рофиев,
Н.С. Ибодов, З.Л. Махмудов**

ТАБОБАТИ ҶАРРОҶИИ УРОЛИТИАЗИ ОРИЗАНОКШУДА ДАР КӮДАКОН

Мақсади тадқиқот. Оптимизатсияи усулҳои табобати ҷарроҳӣ, барои кӯдакони гирифтори уролитиази оризанокшуда.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Натиҷаҳои табобати 200 беморон бо уролитиази оризанокшуда таҳлил карда шудаанд. Беморон ба гурӯҳи асосӣ 150 (75%) ва гурӯҳи муқоисашаванда 50 (25%) ҷудо карда шудаанд. Синну соли кӯдакон аз таваллуд то 15 соларо дарбар мегиранд. Дар кӯдакони гирифтори бемории санги пешоб бештари вақт чунин аломатҳои болинӣ баназар мерасанд: протеинурия дар 47 (23,5%) беморон,

тағирёбии ранги пешоб дар 34 (17,0%) беморон ва пиурия дар 32 (16,0%) беморон дида шудаанд. Инчунин гематурия дар 31 (15,5%) беморон, заифӣ ва хастагӣ дар 29 (14,5%) беморон ва ҳиссиёти дард дар 27 (13,5%) нафар беморон низ ба миён омадаанд. Барои баҳои объективӣ додани дараҷаи вазнини бемории санги пешоб дар кӯдакон маълумотҳои таъхиси нурҳои рентгенӣ (ТУС, рентгенографияи оддӣ, урографияи ихроҷӣ, ТК, ТМР) ба инобат гирифта шудаанд. Ҷамчунин низ тадқиқоти гардиши хуни гурдаҳо (озмоиши Реберга – Тареева, сонографияи доплерӣ), суръати филтратсияи гломиулярӣ мувофиқи формулаи Кунахана – Баррат ба инобат гирифта мешавад.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Усулҳои табобати ҷарроҳии уролитиази оризанокшударо мо ба 3 қисм ҷудо кардем: усули хурди ҷарроҳӣ ё ки усули поллиативӣ, усули радикалӣ ва усулҳои ҷарроҳии реконструктивӣ ва пластикӣ. Усулҳои ҷарроҳии хурд, ҷамчун чораи омодагӣ ба ҷарроҳии радикалӣ ва реконструктивӣ ва пластикӣ мебошад. Аз усулҳои ҷарроҳии радикалӣ дар кӯдакони гирифтори уролитиаз, чунин амалиётҳо ҷарроҳӣ иҷро карда шудаанд: пиелолитотомия ба (40) нафар беморон, нефролитостомия ба (30) нафар беморон, уретеролитотомия ба (32) беморон, эпистолитотомия ба (47) беморон, нефролитотрипсияи перкутанӣ ба (33) беморон, уретеролитотрипсияи тамосӣ ба (18) нафар беморон. Оиди ҷарроҳҳои пластикии реконструктивӣ бояд қайд кард, ки бештар амалиёти ҷарроҳии пластикаи дохилигурдавии гарданаи косачаи калон

ичро карда шудааст. Яке аз сабабҳои вайроншавии гардиш ва чамъшавии пешоб дар дохил ва ковоқиҳои гурда, пайдошавии сангҳо дар гурда ин ошкор намудани тангии гарданаи косачаи хурди гурда ба ҳисоб меравад.

Хулоса. Табобати ягонаи чарроҳӣ ва консервативии кӯдакон гирифтори бемории уролитиази оризанокшуда айни ҳол нест. Ҳангоми табобати кӯдакони гирифтори уролитиази ори-

занок, вобаста аз намуди ориза, дараҷаи вайроншавии вазифаи гурда, дараҷаи гидронефроз ва фаъолнокии протсеси илтиҳобӣ бояд муносибати инфиродӣ ба миён гузошта шавад. Дренажгузорию дукаратаи системаи косачаҳою ҳавзак ва стендгузорӣ пас аз амалиёти чарроҳи натиҷаҳои хубро нишон додаанд.

Калимаҳои калидӣ: гурдаҳо, уролитиаз.

УКД 616-002.07

Р. У. Махмудова¹, А. Аҳмедов²

ВИЧ – ИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ТУБЕРКУЛЁЗА

¹ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

²НОУ «Медико-социальный институт»

Махмудова Рухсора Ульмасовна - ассистент кафедры фтизиопульмонологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» г. Душанбе, проспект И.Сомони 59; e - mail: dr.zakirova@gmail.com, тел: 90755 9995

Цель исследования: изучить амбулаторные карты (форма №25/у) 786 ВИЧ инфицированных лиц и выявить пациентов, страдающих туберкулезом и оценить фактор риска развития ТБ.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами произведен ретроспективный анализ амбулаторных карт (формы 25/у) 786 ВИЧ инфицированных лиц, (509 дети (64,8%) и 277 взрослые (35,2%), которые находились на диспансерном учете в Центрах по борьбе и профилактике ВИЧ, и оценены эпидемиологические факторы риска высокой инфицированности туберкулезом.

Результаты исследования. Из числа 509 обследованных детей живущих с ВИЧ (от 0 до 17 лет) выявлен ТБ у 47 (9,2%), из числа 277 взрослых (от 18 до 59 лет) выявлен у 36 (13%) ТБ от общего 786 (100%) обследованных ВИЧ инфицированных пациентов составлял 83 (10,6%). Среди взрослых пациентов в возрастной группе от 18 до 39 лет, с показателем ВИЧ/ТБ 13 человек (36,1%), для которого характерны высокая инфицированность туберкулёз и ВИЧ-инфекцией.

Изучение эпидемиологического фактора риска из числа 51 пациента с легочной формой ТБ у 27 (52,9%) выявлено микобактерия туберкулёза, из них 13 (48,1%) были с лекарствен-

но устойчивой формой ТБ. Среди детей выявлено микобактерия туберкулёза у 11 (40,7%) детей, из них с лекарственно устойчивых форм ТБ составлял у 6 (46,2%), а среди взрослых выявлен микобактерию туберкулёза у 16 (59,3%) из них с лекарственно устойчивой формой ТБ составлял у 7(53,8%).

Заключение. Установлено, что люди, живущие с ВИЧ-инфекцией относятся к группе риска развития активного туберкулёза, особенно его лекарственно устойчивых форм. Ведущим фактором риска по туберкулёзу являлся семейный контакт с больным активной формой туберкулёза выделяющий МБТ и близкими родственниками, знакомыми. Для предупреждения развития активного ТБ у ВИЧ-инфицированных лиц необходимо после исключения активного ТБ проведение 6-месячного курса профилактического лечения изониазидом, и контроль за приемом антиретровирусной терапии.

Ключевые слова: туберкулёз, факторы риска, ВИЧ инфекция.

R.U. Makhmudova, A. Akhmedov

HIV – INFECTION AS A RISK FACTOR FOR TUBERCULOSIS

GOU “Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan”

Makhmudova Rukhsora Ulmasovna - Assistant of the Department of Phthisiopulmonology, State Educational Institution “Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan”, Dushanbe, I. Somoni Avenue 59; e - mail: dr.zakirova @ gmail.com, tel: 90755 9995

Objective of the study: to study outpatient cards (form No. 25 / y) of 786 HIV-infected persons and identify patients suffering from tuberculosis and assess the risk factor for developing TB.

Material and research methods. To achieve this goal, we carried out a retrospective analysis of outpatient cards (form 25 / y) of 786 HIV-infected persons, (509 children (64.8%) and 277 adults (35.2%) who were registered at the Centers for Combating and HIV prevention and assessed epidemiological risk factors for high tuberculosis infection.

Research results. Of the 509 children living with HIV (from 0 to 17 years old) tested, TB was detected in 47 (9.2%), out of 277 adults (from 18 to 59 years old), TB was detected in 36 (13%) of the total 786 (100%) of examined HIV-infected patients was 83 (10.6%). Among adult patients in the age group from 18 to 39 years old, with an HIV / TB rate, there are 13 people (36.1%), who are characterized by a high infection rate with tuberculosis and HIV infection. Study of the epidemiological risk factor out of 51 patients with pulmonary TB, 27 (52.9%) were diagnosed with *Mycobacterium tuberculosis*, of which 13 (48.1%) were with drug-resistant TB. Among children, *mycobacterium tuberculosis* was detected in 11 (40.7%) children, of whom with drug-resistant forms of TB was in 6 (46.2%), and among adults, *mycobacterium tuberculosis* was detected in 16 (59.3%) of them with drug resistant TB was in 7 (53.8%).

Conclusions. It has been established that people living with HIV are at risk of developing active tuberculosis, especially its drug-resistant forms. The leading risk factor for tuberculosis was family contact with a patient with active tuberculosis excreting MBT and close relatives and acquaintances. To prevent the development of active TB in HIV-infected individuals, after excluding active TB, it is necessary to carry out a 6-month course of preventive treatment with isoniazid, and control the intake of antiretroviral therapy.

Актуальность. За последнее время частота заболеваемости туберкулезом существенно увеличилось в популяциях, где широко распространены ВИЧ инфекции. Риск развития туберкулезом у ВИЧ инфицированных 10-15 раз выше, чем без ВИЧ инфекции [1, 4, 6]. ВИЧ инфекция повышает восприимчивость человека к туберкулезной инфекции и могут являться причиной прогрессирования бессимптомного течения туберкулезной инфекции [1, 5, 8].

ВИЧ - инфицированные повышает риск заражения первичным туберкулезом и способствует реактивации ранее существовавшей у пациента латентной туберкулезной инфекции, а также усиливает степень прогрессирования и активации у лиц раннее перенесших ТБ и недавней или скрытой текущей инфекции [4, 8, 10]. Низкая продолжительность жизни ВИЧ - инфицированных пациентов, страдающих туберкулезом, обусловлена поздней диагностикой патологического процесса, возникновением резистентных форм МБТ, что объясняется нарушением режимов антибактериальной терапии, факторами риска социальной дезадаптации и сопутствующими заболеваниями [6, 8, 9].

Высокий фактор риска заражения и распространения ВИЧ инфекцией является среди уязвимых групп населения, контактных лиц (до 80%) с активным туберкулёзным больным, выделяющим патогенные микобактерии туберкулёза, чаще среди детей из контакта, мигрантов, заключенных, потребителей наркотиков, работников коммерческого секса, лиц с гомосексуальной ориентацией [2, 5, 7,8]. Основным фактором

риска развития и распространения лекарственно устойчивого туберкулёза у ВИЧ позитивных пациентов, это позднее обращение и выявление, и начало специфического лечения, неэффективное предыдущее лечение, особенно прерванное и незаконченное, несоблюдение больным режима лечения [3, 7, 10].

Цель исследования: изучить амбулаторные карты (форма №25/у) 786 ВИЧ инфицированных лиц и выявить пациентов, страдающих туберкулезом и оценить факторы риска развития ТБ.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами произведен ретроспективный анализ амбулаторных карт (формы 25/у) 786 ВИЧ инфицированных лиц, (509 дети (64,8%) и 277 взрослые (35,2%), которые находились на диспансерном учете в Центрах по борьбе и профилактике ВИЧ, и оценены эпидемиологические факторы риска высокой инфицированности туберкулезом.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 786 обследованных пациентов с ВИЧ инфекцией 72% составляли жители сельской местности, 28% – городские, (мужчины составили 73,6%, женщины – 26,4%) выявлен туберкулёз у 83 (10,6%). Из числа 509 обследованных детей живущих с ВИЧ (от 0 до 17 лет) выявлен ТБ у 47 (9,2%) человек. Из числа 277 взрослых (от 18 до 59 лет) обследованных на ТБ выявлен у 36 (13%) пациентов активная форма ТБ. Среди взрослых пациентов в возрастной группе от 18 до 39 лет, с ВИЧ/ТБ самый высокий показатель составлял 13 человек (36,1%), для кото-

рого характерны высокая инфицированность туберкулёза с ВИЧ-инфекцией.

Изучение эпидемиологического фактора риска из числа 51 пациента с легочной формой ТБ у 27 (52,9%) выявлена микобактерия туберкулёза, из них у 13 (48,1%) были с лекарственно устойчивой формой ТБ. Среди детей выявлена микобактерия туберкулёза у 11 (40,7%), из них с лекарственно устойчивой формой ТБ составлял у 6 (46,2%), а среди взрослых выявлено микобактерия туберкулёза у 16 (59,3%) из них с лекарственно устойчивой формой ТБ составлял у 7 (53,8%). У детей ведущим фактором риска по туберкулезу в основном был семейный контакт с родителями страдающими активной формой туберкулёза и выделяющих микобактерии туберкулёза. Выявленные у детей МБТ были идентичны с МБТ родителей и близких родственников 4 (66,6%). Среди взрослых 15 человек (5,4%) отбывали срок, в исправительных учреждениях и 16 (5,8%) были в трудовой миграции в основном в Российской Федерации, из которых 3 пациента, также отбывали срок в исправительных учреждениях Российской Федерации, в анамнезе заболевания более 15 лет, страдал туберкулезом, и периодически принимали противотуберкулёзное лечение, на момент исследования страдали множественными и широкими лекарственно устойчивыми формами ТБ. Факторами риска у ВИЧ инфицированных пациентов является в основном контакт с активным больным ТБ выделяющих микобактерии ТБ, особенно его лекарственно устойчивых форм. Также влияет и сопутствующие

заболевания которыми страдали 69% больных хроническими заболеваниями, (гепатитами В и С 21%, анемией - 33%, хроническим заболеванием ЖКТ- 47%, и урогенитальной инфекцией- 16%).

Все пациенты наблюдались в Центре по профилактики ВИЧ/СПИД, им назначали антиретровирусную терапию. При ко-инфекцией ВИЧ/ТБ наблюдались и лечились у специалистов Центров ВИЧ/СПИДа и по защите населения от туберкулёза, также ПМСП.

Выводы. 1. Установлено, что люди живущие с ВИЧ-инфекцией относятся к группе риска развития активного туберкулёза, особенно его лекарственно устойчивых форм.

2. Изучение эпидемиологического фактора риска из числа 51 пациента с легочной формой ТБ у 27 (51,9%) выявлен микобактерию туберкулёза, из них 13 (48,1%) были с лекарственно устойчивой формой ТБ. Среди детей выявлен микобактерию туберкулёза у 11 (40,7%) детей, из них лекарственно устойчивых форм ТБ составлял у 6 (46,2%). Среди взрослых выявлен микобактерию туберкулёза у 16 (59,3%) из них лекарственно устойчивых форм ТБ составлял у 7(53,8%).

Ведущим фактором риска по туберкулезу являлся семейный контакт с больным активной формой туберкулёза выделяющий МБТ и близкими родственниками, знакомыми.

3. Для профилактики туберкулёза у ВИЧ-инфицированных лиц важно проведение 6-месячный курс профилактические лечение изониазидом, и постоянное, совместное наблюдение ЛЖВ со

стороны врачей общей лечебной сети, инфекционистом и фтизиатром.

4. Для снижения риска развития ТБ у ВИЧ – инфицированных лиц необходимо своевременное назначение и контроль за приемом антиретровирусной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 8-9 см. в REFERENCES)

1. Бородулина Е.А. Динамика характеристик группы пациентов с комарбидностью ВИЧ - инфекции и туберкулёза за 3-летнее наблюдение / Е.А. Бородулина, Б.Е. Бородулин, Е. С. Вдоушкина и др. // Туберкулез и болезни легких 2016 -№5. - С. 35-38.

2. ВИЧ-инфекция: информационный бюллетень № 40 // Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. – М., 2015. – С. 56.

3. Еременко Е. П. Вич-инфекция у детей как фактор риска туберкулёза/ Е.П. Еременко, Е. А. Бородулина, Е. А. Амосова // Туб. и болезни лёгких, - 2017. - Том 95. - № 1. С. 18-21

4. Нечаева О.Б. Клиническая проявления и течение впервые выявленного туберкулёза, сочетанного с ВИЧ –инфекцией, по материалам динамического четырёхлетнего проспективного кагорного диспансерного наблюдения/ Нечаева О. Б.// Вестник ЦННИТ. №1. 2018. – С. 52-62.

5. Сиродждинова У.Ю. Факторы риска, влияющие на туберкулёзный процесс у детей из очагов инфекции / У.Ю. Сиродждинова, К.И. Пиров, О. И. Бобоходжаев и др // Ж. Наука, новые технологии инновации Кыргызстана - 2017. -№8 –С. 101-104.

6. Покровский В.В. «ВИЧ-инфекция и туберкулёз в России: Оба хуже» / В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, Е.В. Соколова // Туберкулёз и болезни лёгких. - 2014. – С. 4-7.

7. Шугаева С. Н. Клинические проявления иммунопатологии как фактор риска туберкулёза у детей при моноинфекции и коинфекции ВИЧ / С. Н. Шугаева, А. Г Петрова // Туб

и болезни лёгких, - 2017. - Том 95. - №11. С.69-73.

REFERENCES

1. Borodulina E.A. Dynamics of characteristics of a group of patients with comorbidity of HIV infection and tuberculosis for 3-year follow-up / E.A. Borodulina, B.E. Borodulin, E.S. Vdushkina et al. // Tuberculosis and lung diseases 2016 -№ 5. - S. 35-38.

2. HIV infection: information bulletin No. 40 // Federal Scientific and Methodological Center for the Prevention and Control of AIDS. - M., 2015.-- P. 56.

3. Eremenko E P. HIV infection in children as a risk factor for tuberculosis / E.P Eremenko, E.A Borodulina, E.A Amosova // Tub. and lung diseases, - 2017. - Volume 95. - No. 1. P. 18-21

4. Nechaeva O B. Clinical manifestations and course of newly diagnosed tuberculosis, combined with HIV infection, based on the materials of a dynamic four-year prospectus Kagorny dispensary observation. / O B Nechaeva. // Vestnik CNNIT. # 1. 2018.-- S. 52-62.

5. Sirodzhidinova U.Yu. Risk factors affecting the tuberculosis process in children from foci of infection / U.Yu. Sirodzhidinova, K.I Pirov, O.I Bobokhodzhaev et al. // J. Science, new technologies of innovation in Kyrgyzstan, ISSN 1694-7649. - 2017. -№8 -С. 101-104.

6. Pokrovsky V.V. “HIV infection and tuberculosis in Russia: both are worse” / V.V. Pokrovsky, N.N. Ladnaya, E.V. Sokolova // Tuberculosis and lung diseases. - 2014.-- S. 4-7.

7. Shugaeva S. N. Clinical manifestations of immunopathology as a risk factor for tuberculosis in children with HIV mono-infection and coinfection / S. N. Shugaeva, A. G Petrova // Tuberculosis and lung diseases, - 2017. - Volume 95. - No. 11. S.69-73.

8. WHO/HTM/TB/2016.13 Global Tuberculosis report 2016. [Electronic resource] //URL: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en.

9. World Health Organization, Global tuberculosis report 2017. [cited 2017 Aug

2]; Available from http://www.who.int/tb/publications/global_report/en.

ХУЛОСА

Р.У. Махмудова

ВНМО – ҲАМЧУН ОМИЛИ ХАТАРИ ГИРИФТОРШАВӢ БА БЕМОРИИ СИЛ

Мақсади тадқиқот: Омӯзиши корти амбулатории (шакли №25/у) 786 –нафар шахсони бо ВНМО зиндагикунанда (64,8% кудакон ва 35,2% калонсолон), ки дар байни онҳо 83 нафарашон бо беморони сил дарёфт гаштааст, ва баҳо додан ба таъсири омилҳои хатари гирифторшавӣ ба бемории сил.

Метод ва усули тадқиқот. Барои ноил гаштан ба мақсади гузашта шуда, тахлили кортҳои дармонгохӣ (шакли 25/у) 786 – нафар сироятёфтагони ВНМО омӯхта шуданд, ки аз онҳо 509 (64,8%) кудакон ва 277 (35,2%) калонсолоне, ки дар қайди диспансерии Марказҳои мубориза ва пешгирии ВНМО буданд. Аз 786-нафар 72% истиқоматкунандагони деҳот ва 28% – шаҳрҳо буда, мардон 73,6% ва занон – 26,4% ташкил доданд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо: Аз шумораи 786 нафар ташхисшудагони шахсони гирифтори ВНМО ҳамагӣ 83 (10,6%) нафар беморони сил дарёфт карда шуд, ки аз 509 нафар кудакони 0 -17 сола бо бемории ВНМО 47- нафарашон (9,2%) беморони сили фаъол дарёфт гардид. Аз 277 нафар калонсолони гирифтори ВНМО 36 нафар (13%) беморони сили фаъол ба қайд гирифта шуд. Дар байни гуруҳи аз 18 то

39 сола нишондоди баланди Сил/ВНМО (36,1%) ба қайд гирифта шуд, ки дар ин синну сол сироятёби бо бемории сил ва ВНМО нисоят зиёд мебошад. Омӯзиши омилҳои эпидемиологии хатари гирифторшавӣ бо бемории сил, аз шумораи 51- нафар гирифторони сили шуш, дар 27 нафар (52,9%) микобактерияи сил (МБС) дарёфт гардид, аз онҳо 13 нафар (48,1%) микобактерияи сили ба доруҳои зиддисилӣ мутобиқ буданд. Дар байни кудакон ҳамагӣ 11 нафар (40,7%) МБС буданд, 6 то нафар (46,2%) микобактерияи сили ба доруҳои зиддисилӣ мутобиқ буданд. Дар байни калонсолон дар 16 нафар (59,3%) МБС дарёфт гардида 7 нафар (53,8%) намуди мутобиқи микобактерияи сил буданд. Дар байни кудакон манбаи асосии сироят ин тамос бо гирифторони бемории сил, фаъоли хориҷкунандаи МБС дар оила (падар ё модар), дар 17 нафар (36,2%) наздикон ва ҳешовандони гирифтори бемории сил ва дар 9 (19,1%) шиносон буданд. Аз 36 нафар калонсолон 15 нафар (41,7%) дар маҳбас буданд ва 17 – нафар (47,2%) дар муҳоҷирати меҳнати асосан дар Федератсияи Русия буданд. Аз шумораи умумии беморон маълум гашт, ки онҳо 3 –нафарашон зиёда аз 15-сол дар маҳбас буданд, ва бо бемории сил гифтор гашта гоҳ-гоҳ таъбиқи зиддисили мегирифтанд ва гирифтори сили мутобиқгашта ва васеъмутобиқи МБС буданд. Омилҳои хатари гирифторшавӣ ба бемории сил ин асосан тамос бо беморони сил, масофаи кӯтоҳи байни ҳамдигар ва бемориҳои музминӣ мавҷуда 89%, (гепатити музминӣ В и С 21%, камхунӣ

33%, бемориҳои рӯдаю меда 30% ва роҳҳои пешобрав (16%) буданд).

Хулоса. Омилҳои асосии сирояти бемории сил дар байни шахсони гирифтории ВНМО ин тамос бо бемории сили хоричкунандаи микобактерияи сил мебошанд. Барои пешгири намудани

бемории сил дар байни гирифторони ВНМО гузаронидани табобати пешгирикунандаи 6-моҳа бо изониазид, баъд аз инкор намудани сили фаъол таъиноти табобати зиддивируси зарур аст.

Калимаҳои калидӣ: Сил, омилҳои хатар, ВНМО.

УДК 616. 921. 8-053. 2

М.Дж. Маджонова, Н.М. Ходжаева

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ КОКЛЮШЕ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Маджонова Манижа Джумаевна – кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» тел. +992 93 404 94 34

Актуальность. Проблема коклюша в настоящее время вновь актуальна для практического здравоохранения всех стран мира. Несмотря на проводимую вакцинопрофилактику этого заболевания, интенсивность эпидемического процесса и показатели заболеваемости неуклонно растут. Рост заболеваемости коклюшем связан с нарушениями проведения профилактических прививок среди детей до 1-го года, медицинскими отводами от вакцинации, несвоевременностью начала проведения иммунизации [1-3].

Цель исследования. Изучить клинические особенности коклюша у детей в период подъёма заболеваемости.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 150 детей коклюшем в возрасте от 1-го месяца до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в ГМЦ №1 имени К.Ахмедова (г.Душанбе). Диагноз заболевания верифицирован клиническими, эпидемиологическими и лабораторными методами диагностики (обнаружение возбудителя коклюша в гортанно-глоточных смывах и серологическими исследованиями).

Возрастной состав больных был распределен следующим образом: детей до 1-го года-66, от 1-3 лет – 44, от 4-7 лет-25, от 7-14 лет- 15.

Касаясь форм тяжести болезни у больных коклюшем, следует отметить, что у детей с легкой формой коклюша было-26 (17,3%), среднетяжелой формой -66 (44,0%) и тяжелой формой – 58 (38,7%) больных.

Результаты исследования и их обсуждение. Продолжительность инкубационного периода при коклюше у 120 (80,6% больных) в среднем составляла 7-8 дней, а у новорожденных детей у 30 (20,4% больных) укорачивался до 5 дней. Длительность предсудорожного периода колебалась от 3 до 14 дней. У больных до 1 года он был достоверно короче по сравнению с

другими возрастными группами и составлял $6,5 \pm 0,34$ дней, а у детей старше 7 лет $9,0 \pm 0,34$ дней. Основным симптомом предсудорожного периода у всех больных был сухой навязчивый кашель с постепенным его усилением и приобретением характера спазматического на 2-3-й неделе заболевания, особенно в ночное время суток. Температура тела у большинства больных (94,6%) оставалась нормальной. Кратковременный субфебрилитет достоверно чаще регистрировался у детей в возрасте 7-14 лет и был связан с присоединением ОРВИ.

Заключение. Коклюш может встречаться во всех возрастных группах, включая и детей до 1-го месяца, сохраняя свою типичность, чаще протекая в среднетяжелой форме. Тяжелые формы чаще встречаются у больных первого года жизни, у которых предсудорожный период отмечается у всех больных, длительность которого достоверно короче у детей 1 года жизни.

Ключевые слова: Коклюш, апноэ, реприз, судорожный синдром, приступ кашля.

M.J. Madzhonova, N.M. Khodzhaeva

CHARACTERISTIC OF CLINICAL AND LABORATORY INDICATORS FOR WHAT IN CHILDREN

¹Department of Pediatric Infectious Diseases, State Educational Institution "TSMU named after Abuali ibni Sino ". Tajikistan

Madzhonova Manizha Dzhumaevna - Ph.D. Abuali ibni Sino "tel. +992 93 404 94 34

Relevance. The problem of whooping cough is now again topical for practical health care in all countries of the world. Despite the ongoing vaccination of this disease, the intensity of the epidemic process and incidence rates are steadily growing. The increase in the incidence of whooping cough is associated with violations of preventive vaccinations among children under 1 year of age, medical withdrawals from vaccination, and delayed initiation of immunization.

Aim. To study the clinical features of pertussis in children during the period of rising incidence.

Material and methods. Under our supervision there were 150 children with whooping cough at the age from 1 month to 14 years old, who were hospitalized at the State Medical Center No. 1 named after K. Akhmedov (Dushanbe). The diagnosis of the disease was verified by clinical, epidemiological and laboratory diagnostic methods (detection of the causative agent of whooping cough in laryngeal-pharyngeal washes and serological studies).

The age structure of patients was distributed as follows: children under 1 year-66, from 1-3 years old - 44, from 4-7 years old-25, from 7-14 years old - 15.

Regarding the forms of severity of the disease in patients with whooping cough, it should be noted that in children with a mild form of whooping cough there were 26 (17.3%), a moderate form of 66 (44.0%) and a severe form of 58 (38.7%) patients.

Results and discussion. The duration of the incubation period for whooping cough in 120 (80.6% of patients) averaged 7-8 days, and in newborns in 30 (20.4% of patients) it was shortened to 5 days. The duration of the preconvulsive period ranged from 3 to 14 days. In patients under 1 year old, it was significantly shorter than in other age groups and amounted to 6.5 ± 0.34 days, and in children over 7 years old, it was 9.3 ± 0.34 days. The main symptom of the preconvulsive period in all patients was a dry obsessive cough with its gradual intensification and the acquisition of a spasmodic character in the 2-3rd week of the disease, especially at night. The body temperature in the majority of patients (94.6%) remained normal. Short-term subfebrile condition was significantly more often recorded in children aged 7-14 years and was associated with the addition of ARVI.

Conclusion. Whooping cough can occur in all age groups, including children under 1 month of age, retaining its typicality, more often proceeding in a moderate form. Severe forms are more common in patients in the first year of life, in whom the preconvulsive period is observed in all patients, the duration of which is significantly shorter in children of 1 year of age.

Key words: Whooping cough, apnea, reprises, convulsive syndrome, coughing fit.

Актуальность. Проблема коклюша в настоящее время вновь актуальна для практического здравоохранения всех стран мира. Несмотря на проводимую вакцинопрофилактику этого заболевания, интенсивность эпидемического процесса и показатели заболеваемости неуклонно растут. Рост заболеваемости коклюшем связан с нарушениями проведения профилактических прививок среди детей до 1-го года, медицинскими отводами от вакцинации, несвоевременностью начала проведения иммунизации [1-3]. При этом увеличение количества манифестных форм коклюша создает условия для вовлечения в эпидемический процесс детей первых месяцев жизни, что сопряжено с увеличением тяжести течения заболевания и летальности, а атипичных, клинически невыраженных форм к отсутствию настороженности клиницистов к этой инфекции с первых дней болезни [4-7].

Цель исследования. Изучить клинические особенности коклюша у детей в период подъёма заболеваемости.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 150 детей коклюшем в возрасте от 1-го месяца до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в ГМЦ №1 имени К.Ахмедова (г. Душанбе). Диагноз заболевания верифицирован клиническими, эпидемиологическими и лабораторными методами диагностики (обнаружение

возбудителя коклюша в гортанно-глоточных смывах и серологическими исследованиями).

Возрастной состав больных был распределен следующим образом: детей до 1-го года-66, от 1-3 лет – 44, от 4-7 лет-25, от 7-14 лет- 15.

Касаясь форм тяжести болезни у больных коклюшем, следует отметить, что у детей с легкой формой коклюша было-26 (17,3%), среднетяжелой формой -66 (44,0%) и тяжелой формой – 58 (38,7%) больных.

Как видно из приведенных данных, данная инфекция встречается практически у всех детей, независимо от возраста, а также характеризуется преимущественно, среднетяжелым и тяжелым течением, что согласуется с результатами исследований других клиницистов (2, 3, 5).

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании особенностей клинической картины заболевания и его основных проявлений при различных формах течения было определено, что у детей с лёгкой формой коклюша спазматический кашель наблюдался во всех случаях и продолжался до $19,5 \pm 0,7$ дней. Кашель сопровождался гиперемией лица у 55,5% больных с продолжительностью $13,9 \pm 0,6$ дней, а также отхождением вязкой тягучей мокроты в течение $10,2 \pm 0,3$ дней. При кашле у детей наблюдалось высыва-

ние языка (61,1%) и набухание шейных вен (33,3%) с продолжительностью до $3,2 \pm 0,5$ дней. Тахикардия отмечалась у 38,9% детей в течение $6,6 \pm 0,5$ дней. При лёгкой форме у 27,7% больных наблюдалась осложнение в виде острого бронхита.

Среднетяжёлая форма имела свои особенности и характеризовалась выраженностью следующих симптомов: спазматический кашель с гиперемией лица (33,3% случаев), с появлением цианотичности (59,2% случаев), наличие реприза (39,8% случаев), задержка дыхательных движений (60,2% случаев), паралитическое апноэ (4,6% случаев), отёчность лица (65,7%) и тревожность (58,3% случаев).

Продолжительность кашля в среднем составляла до $25,5 \pm 0,3$ суток, гиперемия исчезала к $15,3 \pm 0,2$ суткам, спадание цианоза наблюдалось на $12,7 \pm 0,2$ сутки, исчезновение реприза отмечалось на $16,1 \pm 0,2$ сутки, исчезновение паралитического апноэ на $12,2 \pm 0,2$ сутки, отёчность лица спадала к $10,4 \pm 0,2$ суткам, чувство беспокойства исчезло на $9,6 \pm 0,2$ сутки.

Симптомы интоксикации были зарегистрированы у 0,9% больных. Катаральные симптомы в виде покраснения горла были констатированы у 4,6% больных продолжительностью $4,1 \pm 0,1$ дней. Тошнота и рвота наблюдались у 37% детей, $8,2 \pm 0,1$ и рвота $7,9 \pm 0,1$ дней, вздутие живота - 4,6% и диарея - 5,5% больных. Наблюдались симптомы поражением сердечно-сосудистой системы-тахикардия у 88,9% больных с длительностью $9,0 \pm 0,1$ дней.

При среднетяжёлой форме коклюша осложнение констатировано у всех больных в виде бронхопневмонии (64,8%) и острого бронхита (35,2%).

Результаты изучения симптомокомплекса спазматического периода показали, что частота кашлевых приступов у пациентов младшего возраста, в основном, составляла 16-28 раз и выше в течение дня.

Тяжёлая форма коклюша характеризовалась учащением частоты приступа спазматического кашля свыше 25 раз за сутки, а иногда и до 40-50 раз и больше за сутки в течение $31,3 \pm 0,3$ дней, частота репризов достигала до 10 раз за сутки с продолжительностью до $20,7 \pm 0,2$ дней. Приступы кашля протекали с общим цианозом у 99,1% больных, длительность которого составляла $15,9 \pm 0,2$ дней, с нарушением дыхания вплоть до апноэ у 96,6% в течение $15,3 \pm 0,2$ дней, а также синкопальное апноэ 46,1% у детей в возрасте до 1 года в течение $11,6 \pm 0,2$ дней. Кашель сопровождался высовыванием языка и набуханием шейных вен у больных с длительностью $24,3 \pm 0,2$ и $23,7 \pm 0,2$ дней, а также отхождение мокроты до $19,1 \pm 0,1$ дней. Самочувствие ребёнка нарушалось в виде беспокойства 93,2% больных, появлением симптомов интоксикации 5,0% и повышения температуры 12,7% детей, диспепсические нарушения 69,7%. У детей раннего возраста было зарегистрировано вздутие живота до 33,9%- $4,5 \pm 0,1$ дней, диарея до 7,0%- $8,5 \pm 0,1$ дней.

Со стороны органов дыхания наблюдались одышка 79,6% длительностью $9,4 \pm 0,1$ дней, боль в грудной

Таблица 1.

Продолжительность клинических симптомов у больных коклюшем при различных формах тяжести, дни

Симптомы	Лёгкая форма (n=18)	Среднетяжёлая форма (n=108)	Тяжёлая форма (n=118)
	Количество дней (M±m; Me (25q-75q))		
Катаральные сим- птомы	-	4,1±0,1 (4,0-5,0)	6,1±0,1 5,0 (4,0-7,0)
Кашель	19,5±0,7 20,0 (17,0-21,0)	25,5±0,3 25,0 (23,5-27,0) p ₁ <	31,3±0,3 31,0 (29,0-33,0) p ₁ <
Цианоз	-	12,7±0,2 13,0 (10,0-14,0)	15,9±0,2 16,0 (15,0-17,0) p ₂ <
Гиперемия	13,9±0,6 14,0 (13,0-15,0)	15,3±0,2 15,0 (14,0-16,0) p ₁ >	13,6±0,2 14,0 (13,0-15,0) p ₁ >
Мокрота	10,2±0,3 10,0 (10,0-11,0)	14,1±0,1 14,0 (13,0-15,0) p ₁ <	19,1±0,1 19,0 (18,0-20,0) p ₁ <
Реприз	3,6±0,1 4,0 (3,0-5,0)	16,1±0,2 16,0 (15,0-17,0) p ₁ <	20,7±0,2 20,0 (18,0-21,0) p ₁ <
Апноэ	-	12,2±0,2 12,5 (10,0-14,0)	15,3±0,2 15,0 (14,0-16,0) p ₂ <
Синкопальное апноэ	-	8,1±0,0 8,0 (6,0-9,0)	11,6±0,2 11,0 (10,0-12,0)
Высовывание язы- ка	8,8±0,5 8,0 (7,0-9,0)	18,1±0,2 18,0 (16,0-19,0) p ₁ <	24,3±0,2 24,0 (22,0-25,5) p ₁ <
Набухание шей- ных вен	3,2±0,5 4,0 (0,0-5,0)	16,0±0,1 16,0 (15,0-16,0) p ₁ <	23,7±0,2 23,0 (21,0-24,0) p ₁ <
Одутловатость лица	-	10,4±0,2 11,0 (8,0-12,0)	15,7±0,1 15,0 (15,0-16,0) p ₂ <
Тошнота	-	8,2±0,1 8,0 (7,0-9,0)	12,2±0,2 12,0 (10,0-13,0) p ₂ <

Рвота	-	7,9±0,1 8,0 (6,0-9,0)	12,2±0,2 12,0 (10,0-13,0) p ₂ <
Беспокойства	-	9,6±0,2 10,0 (7,0-11,0)	15,2±0,2 15,0 (14,5-16,0) p ₂ <
Судороги	-	-	6,1±0,2 6,0 (4,0-7,0)
Тахикардия	6,6±0,5 6,0 (4,0-7,0)	9,0±0,1 10,0 (8,0-11,0) p ₁ <	13,7±0,1 14,0 (13,0-14,0) p ₁ <
Носовые кровоте- чения	-	9,2±0,1 9,0 (8,0-10,0)	10,2±0,1 10,0 (9,0-11,0) p>
Одышка	-	7,4±0,1 7,0 (6,0-8,0)	9,4±0,1 10,0 (8,0-11,0) p ₂ <
Сухие и влажные хрипы	4,8±0,2 5,0 (4,0-5,0)	13,8±0,1 14,0 (13,0-15,0) p ₁ <	16,5±0,1 16,0 (16,0-17,0) p ₁ <
Боль в грудной клетке	-	10,5±0,2 10,0 (9,0-11,0)	12,2±0,1 12,0 (11,0-13,0) p ₁ <
Вздутие живота		3,5±0,1 3,0 (3,0-5,0)	4,5±0,1 4,0 (4,0-6,0) p ₂ >
Диарея		5,2±0,1 5,0 (4,0-7,0)	8,5±0,1 8,0 (7,0-9,0) p ₂ <

Примечание: p₁-статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми при лёгкой форме тяжести; p₂-статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми при среднетяжёлой форме (по U-критерию Манна-Уитни).

клетке у 3,4% больных 12,2±0,1 дней, а также у всех больных выслушивались сухие и влажные хрипы в течение 16,5±0,1 дней.

Сердечно-сосудистая система характеризовалась тахикардией до 13,7±0,1 дней. Следует отметить, что при данной форме тяжести у 3,4% детей в течение 6,1±0,0 дней были зарегистрированы су-

дороги, а также носовые кровотечения у 4,2% больных продолжительностью 10,2±0,1 дней. Длительность основных симптомов заболевания в зависимости от тяжести представлена в таблице 1.

Лабораторные исследования показателей крови проводились у всех детей с коклюшем. Кровь на анализ брали при поступлении больного в клинику,

до назначения лечения, что в основном соответствовало периоду разгара болезни. Лабораторные показатели крови у больных при различных формах тяжести приведены в таблице 2.

Как видно из таблицы, изменения гематологической картины при коклюше у детей характерны для бактериальной инфекции.

При лёгкой форме заболевания гематологические показатели изменялись в следующем русле: наблюдался умеренный лейкоцитоз и лимфоцитоз,

остальные показатели находились в пределах нормы.

При среднетяжёлой форме заболевания отмечается лейкоцитоз и выраженный лимфоцитоз, что соответствует данным других авторов.

Показателей периферической крови у больных при тяжёлой форме коклюша, характерны, преимущественно, выраженный лейкоцитоз и выраженный лимфоцитоз и ускоренный СОЭ.

Глубина и характер изменения гематологических показателей напрямую

Таблица 2.

Лабораторные показатели крови у больных при различных формах тяжести (M±m)

Показатель	Лёгкая форма (n=18)	Средне-тяжёлая форма (n=108)	Тяжёлая форма (n=118)	Н-критерий Краскела-Уоллиса
Гемоглобин	116,3±4,1	112,0±1,6	113,6±1,4	>0,05
Эритроциты	3,9±0,1	3,9±0,1 p ₁ >0,05	3,7±0,1 p ₁ >0,05 p ₂ <0,01	<0,01
Тромбоциты	408,3±59,8	439,6±23,7	422,9±34,5	>0,05
Лейкоциты	11,2±1,1	12,9±0,6 p ₁ >0,05	19,6±0,6 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	<0,001
Нейтрофилы	36,4±8,1	30,0±1,8	33,4±2,3	>0,05
Палочкоядерные	2,2±0,6	1,4±0,2	1,6±0,1	>0,05
Сегментоядерные	34,6±7,5	28,6±1,7	31,8±2,2	>0,05
Эозинофилы	2,2±0,5	2,0±0,3	2,0±0,3	>0,05
Лимфоциты	53,6±8,0	60,7±1,9	58,3±2,2	>0,05
Моноциты	8,0±1,6	8,2±0,5	7,2±0,4	>0,05
СОЭ	7,9±1,2	7,5±0,4 p ₁ >0,05	12,1±0,5 p ₁ <0,01 p ₂ <0,001	<0,001

Примечание: p₁ – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми при лёгкой форме тяжести; p₂ – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми при среднетяжёлой форме (по U-критерию Манна-Уитни).

были связаны с тяжестью течения болезни. Чем тяжелее протекает заболевание, тем выраженные гематологические показатели.

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что до сих пор проблема коклюша актуальна для практического здравоохранения во всех странах мира, в том числе и для практического здравоохранения Республики Таджикистана. Несмотря на проводимую профилактическую вакцинацию, интенсивность эпидемического процесса и показатели заболеваемости неуклонно растут. Рост заболеваемости коклюшем связан с нарушением проведения профилактических прививок среди детей до 1 года, медицинскими отводами и несвоевременным проведением иммунизации.

Выводы.

1. Коклюш может встречаться во всех возрастных группах, включая и детей до 1-го месяца, сохраняет свою типичность, чаще протекая в среднетяжелой форме.

2. Тяжелые формы чаще встречаются у больных первого года жизни, у которых предсудорожный период отмечается у всех больных, длительность которого достоверно короче у детей 1 года жизни.

3. Изменения гематологической картины при коклюше у детей характерны для бактериальной инфекции и напрямую связаны с тяжестью течения болезни. Чем тяжелее заболевание, тем выраженные гематологические показатели.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахмутская Е.В. Коклюш- заболеваемость, тактика иммунизации и методы диагностики в различных европейских странах /Е. В. Бахмутская, А.Я. Миндлина //Эпидемиология и вакцинопрофилактика.-2018.-Т.-99.-№2.-С.71-82.

2. Попова О. П. Современные аспекты коклюша у детей / О.П. Попова, А.В. Горелов.// – 2017. – С.80.

3. Гаврилова О.А. Особенности клиники коклюша и подходы к его терапии /О.А. Гаврилова // Военная медицина.-2018.- №4.- С.114-118.

4. Гаврилова О.А. Современный взгляд на заболеваемость коклюшем /О.А. Гаврилова // Медицинский журнал.-2018.- №4.- С.9-12.

Ешмоллов С.Н. Цитокины ФНО- α Крамарь Л. В. Случай тяжелого осложненного течения коклюша у ребенка с сопутствующими инфекциями / Л. В. Крамарь, К. О. Каплунов // Волгоградский научно-медицинский журнал.-2017.-№2.-С.51-53.

Маркова С.В. Клинический случай коклюша у детей раннего возраста /С.В. Маркова // Вестник северо-восточного федерального университета имени К.М. Аммосова Серия «Медицинские науки».-2018.-Т.12.-№3.- С.29-33.

REFERENCES

1. Bakhmutskaya, E.V. Pertussis - morbidity, tactics of immunization and diagnostic methods in various European countries / E. V. Bakhmutskaya, A. Ya. Mindlina // Epidemiology and vaccine prophylaxis.-2018.-Т.-99.-No. 2.-P.71-82.

2. Popova, OP Modern aspects of whooping cough in children / OP Popova, A.V. Gorelov. - 2017.-- P. 80.

3. GavriloVA, O.A. Features of whooping cough clinic and approaches to its therapy / O.A. GavriloVA // Military medicine. -2018.- No. 4.- P.114-118.

4. GavriloVA, O.A. Modern view of the incidence of whooping cough / O.A. GavriloVA // Medical Journal.-2018.- No. 4.- P.9-12.

5. Eshmolov, S.N. Cytokines TNF-, IFN- γ , IL-1, IL-4, IL-8 and their role in the immune

response in infectious lesions of the central nervous system in children / S.N.Eshmolov, I.G. Sitnikov, I.M. Melnikova // Children's infections. -2018.-Т.17.-№1.-С.17-21.

6. Kramar, L. V. A case of severe complicated course of whooping cough in a child with concomitant infections / L. V. Kramar, K. O. Kaplunov // Volgograd scientific medical journal.-2017.-№2.-P.51- 53.

7. Markova, S.V. Clinical case of whooping cough in young children / S.V. Markov // Bulletin of the North-Eastern Federal University named after K.M. Ammosov Series "Medical Sciences".-2018.-Т.12.-No.3.- P.29-33.

ХУЛОСА

М.Ч. Мачонова, Н.М. Хочаева

ХУСУСИЯТҲОИ НИШОНДИҲАНДАҲОИ КЛИНИ- КИЮ ЛАБОРАТОРИИ КАБУДСУЛ- ФА ДАР КЎДАКОН

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои клиникии бемории кабудсулфа дар кӯдакон дар давраи хуручи беморӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти назорат 150 нафар кӯдакони синни аз 1 моҳа то 14 солаи гирифтори кабудсулфа қарор доштанд, ки онҳо дар Маркази тиббии шаҳрии №1 ба номи К.Ахмедов (ш. Душанбе) бистарӣ буданд. Ташхиси ин беморон бо усулҳои ташхиси клиникӣ, эпидемиологӣ ва лабораторӣ (ошкор кардани ангебандаи кабудсулфа дар натиҷаи шустанҳои ҳалқу даҳон ва таҳқиқоти серологӣ) тасдиқи худро ёфтаанд. Сохтори синну соли беморон ба таври зайл тақсим карда шудааст: кӯдакони то 1 сола -66, аз 1 то 3 сола

- 44, аз 4 то 7 сола – 25 ва аз 7 то 14 сола -15 нафар.

Нисбат ба шаклҳои вазнинии беморӣ дар беморони кабудсулфа, бояд қайд кард, ки дар кӯдакони гирифтори шакли сабуки кабудсулфа 26 (17,3%), шакли миёна - 66 (44,0%) ва шакли вазнинии кабудсулфа - 58 (38,7%) беморонро ташкил меод.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Давомнокии давраи инкубатсионии кабудсулфа дар 120 нафар (80,6%-и беморон) ба ҳисоби миёна 7-8 рӯз ва дар тифлони навзод дар байни 30 нафар (20,4%-и беморон) то 5 рӯз кӯтоҳ шудааст. Давомнокии давраи конвулсионӣ аз 3 то 14 рӯзро ташкил дод. Дар беморони то 1 сола, он нисбат ба дигар гурӯҳҳои синну соли хеле кӯтоҳтар буда $6,5 \pm 0,34$ рӯз ва дар кӯдакони аз 7 сола боло $9,3 \pm 0,34$ рӯзро ташкил дод. Аломати асосии давраи конвулсионӣ дар ҳама беморон ин сулфаи хушки васвосии оҳиста - оҳиста шиддаташ баландшаванда ва пайдо шудани хусусияти спазмӣ дар ҳафтаи 2-3-юми беморӣ, махсусан дар давраи шабона ба мушоҳида расид. Ҳарорати бадан дар аксари беморон (94,6%) муқаррарӣ буд. Ҳолати кӯтоҳмуддати ҳарорати субфебрилӣ дар кӯдакони 7-14 сола ба таври назаррас бештар ба қайд гирифта мешуд, ки ин ҳолатҳо бо илова гардидани сирояти вирусии роҳҳои нафас алоқаманд буд.

Хулоса. Кабудсулфа метавонад дар ҳама гурӯҳҳои синну сол, аз ҷумла кӯдакони то 1 моҳа пайдо шавад, ки хосияти худро нигоҳ дошта, бештар дар шакли вазнинии миёна мегузарад. Шаклҳои вазнинии беморӣ бештар дар

беморони соли аввали ҳаёт маъмуланд, ки дар онҳо давраи конвулсионӣ дар ҳама беморон мушоҳида мешавад, ки давомнокии онҳо дар кӯдакони то 1 сола хеле кӯтоҳтар мебошад.

Калимаҳои калиди: кабудсулфа, апоноэ, репризҳо, аломатҳои конвульсивӣ, сулфа.

УДК 61:681.3

Мижғони Сорбон

НЕКОТОРЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЕ НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Мижғони Сорбон - кандидат медицинских наук, проректор по учебной работе и практики НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» тел. 918-67-74-48

Цель исследования. Представить дополнительные сведения об медико-социальные факторы, влияющие на здоровья матери и ребенка, основанные на комплексном медицинском и социологическом исследовании качества медицинского обслуживания беременных женщин и детей.

Материал и методы исследования. Проводился социологический опрос 324 женщин фертильного возраста, имеющих детей в возрасте от 0 до 1 года по специально разработанной карте.

Результаты исследований и их обсуждение. Уровень экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ) в обеих группах был в среднем одинаковый. Так, в первой группе на 1 беременную пришлось 2,3 ЭГЗ, а во второй группе - 2,6. Течение беременности в обеих группах с одинаковой частотой осложнилось угрозой прерывания, кольпитом, ОРВИ, обострением хронического пиелонефрита и т.д.

Беременные обеих групп родоразрешены через естественные родовые пути. Достоверной разницы между группами в частоте проводимого родовозбуждения и родостимуляции также не было.

Заключение. Таким образом внедрение в практику некоторых новых медицинских технологий способствуют нормальному течению периода родов и адаптации новорожденных.

Ключевые слова: новорожденные, гуманизация, медицинское обеспечение, беременность, роды, ребёнок.

Mizhgoni Sorbon

SOME ADDITIONAL MEDICAL AND SOCIAL FACTORS AFFECTING THE HEALTH OF MOTHER AND CHILD IN THE CONDITIONS OF DEVELOPMENT OF NEW MEDICAL TECHNOLOGIES

NEI «Medical - Social Institute of Tajikistan»

Mizhgoni Sorbon - candidate of Medical Sciences, Vice Rector for Academic Affairs and Practice of the NEI “Medical - Social Institute of Tajikistan” tel. 918-67-74-48

Purpose of the study. Provide additional information on medical and social factors affecting the health of mothers and children, based on a comprehensive medical and sociological study of the quality of medical care for pregnant women and children.

Material and research methods. A sociological survey was conducted of 324 women of fertile age with children aged 0 to 1 year according to a specially developed map.

Research results and their discussion. The level of extragenital diseases (EHD) in both groups was, on average, the same. So, in the first group, there were 2.3 EHZ per 1 pregnant woman, and in the second group - 2.6. The course of pregnancy in both groups with the same frequency was complicated by the threat of termination, colpitis, acute respiratory viral infections, exacerbation of chronic pyelonephritis, etc.

Pregnant women of both groups were delivered through the vaginal birth canal. There was also no significant difference between the groups in the frequency of labor induction and birth stimulation.

Conclusion. Thus, the introduction of some new medical technologies into practice contributes to the normal course of the period of childbirth and the adaptation of newborns.

Keywords: newborns, humanization, medical aid.

Актуальность: В последние годы проблемы выхаживания новорожденных изучение факторов, влияющих на здоровье новорожденного ребенка и развитие в течение первого года его жизни является актуальными проблемами и приобретают особую значимость в связи с развитием новых медицинских технологий, обеспечивающих снижение ранней неонатальной смертности детей с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении на этапе переходного периода [2].

Актуальность изучаемой проблемы обусловлена высокой перинатальной смертностью, которая, не имеет тенденции к снижению, особенно в странах с

ограниченными финансовыми ресурсами, тяжелыми последствиями заболеваний у новорожденных в отдаленные сроки вплоть до развития первичной инвалидности [1-3].

Проблемы связанные с нарушением принципов рационального выхаживания и кормления детей в период новорожденности имеют не только медицинские но и социально-экономические последствия. Раздельное пребывание матери и новорожденного, предлактационное кормление, дача жидкостиребенку между кормлением грудью, отсутствие компетентной консультации по грудному вскармливанию, могут привести к смешанному или к раннему искусствен-

ному вскармливания и росту затрат семьи на приобретение искусственных смесей [4]. Для выработки адекватных мер против искажения технологий с доказательной эффективностью и их совершенствования регулярно на национальном и региональном уровнях проводят исследование факторов влияющих на внедрение современных технологий выхаживания новорожденных детей [5].

Гуманизация медицинского обеспечения новорожденных внедренные экспертами ВОЗ преимущественно в родовспомогательных учреждениях, могут применены и в других учреждениях ЛМСП, в частности центрах репродуктивного здоровья, медицинских центрах здоровья детей, детских отделениях стационаров, которые по роду своей деятельности обслуживают детский контингент, начиная с периода новорожденности [3, 6].

Проведение исследований по изучению влияния гуманизации медицинского обеспечения новорожденных и детей раннего возраста на уровень предотвратимых потерь, здоровье рожениц, новорожденных, детей раннего возраста, и разработки законодательной базы по повсеместному внедрению элементов доброжелательного отношения к ребенку остается проблемой чрезвычайно важной.

Цель исследования. Представить дополнительные сведения об медико-социальные факторы влияющие на здоровья матери и ребенка, основанные на комплексном медицинском и социологическом исследовании качества медицинского обслуживания беременных женщин и детей.

Материал и методы исследования.

Проводился социологический опрос 324 женщин фертильного возраста, имеющих детей в возрасте от 0 до 1 года по специально разработанной карте.

Первую группу (1) составили 170 женщин (52,5%) с новорожденными детьми, которые получали медицинскую помощь в ЛПУ г. Душанбе, в которых внедрена «Инициатива, доброжелательная к ребенку» (ИБДР) и Программа «Поощрения и поддержки грудного вскармливания в больнице, доброжелательной к ребенку» (ЮНИСЭФ, ВОЗ).

Вторую группу (2) составили 154 женщины (47,5%) с новорожденными, которые получали медицинскую помощь в ЛПУ, в которых не была внедрена «Инициатива, доброжелательная к ребенку» (ИБДР) и Программа «Поощрения и поддержки грудного вскармливания в больнице, доброжелательной к ребенку» (ЮНИСЭФ, ВОЗ).

В первой группе (1) женщин с новорожденными детьми были обеспечены всеми составляющими гуманизации медицинской помощи до зачатия, которые включали: снижение воздействия «пренатальных переживаний», минимальную интервенцию в интранатальном и раннем неонатальном периодах, раннее пережатия пуповины, максимум условий для раннего прикладывания новорожденного к груди матери и сохранение и поддержку грудного вскармливания.

Изучались медико-социальные факторы, влияющие на здоровье матери и ребенка, образ жизни матерей, состояние здоровья женщины во время беременности, соматический статус ново-

рожденных и детей первого года жизни. Проводилось клиническое обследование новорожденных (оценку состояния при рождении по шкале Апгар и антропометрические данные) изучались показатели нервно-психического (Л.Т. Журба и О.В. Тимонина, 2001) и физического развития, заболеваемость детей в зависимости от вида кормления у детей до одного года жизни и лабораторные методы исследования (изучение микрофлоры кишечника, исследования гормонов).

Для статистической обработки материала использовалась программа Statistica 6.0. Различия оценивались как достоверные при вероятности 95% ($P < 0,05$). Ранговая значимость признаков оценивалась на основании

дискриминантного анализа и неоднородной последовательной процедуре по прогностическому коэффициенту ($ПК = 100 \lg P(SiBi1/SiBi2)$) (Е.В. Гублер, 1990).

Результаты исследований и их обсуждение. Уровень экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ) в обеих группах был в среднем одинаковый. Так, в первой группе на 1 беременную пришлось 2,3 ЭГЗ, а во второй группе - 2,6. Течение беременности в обеих группах с одинаковой частотой осложнилось угрозой прерывания, кольпитом, ОРВИ, обострением хронического пиелонефрита и т.д.

Беременные обеих групп родоразрешены через естественные родовые пути. Достоверной разницы между группами

Таблица 1

Негативные факторы, влияющие на формирование патологии у новорожденных и детей раннего возраста ($M \pm m\%$)

Показатели	Группы	
	1-я группа	2-я группа
Хронические заболевания матери до беременности	5,1 ± 0,7**	23,0 ± 1,4
Профессиональные вредности	9,1 ± 1,0	12,5 ± 0,9
Использование гормональных средств до наступления беременности	13,8 ± 1,1	16,2 ± 1,9
Аборты в анамнезе	22,9 ± 1,2*	36,3 ± 1,8
Поздние роды	10,9 ± 1,2*	19,9 ± 1,4
Хронические заболевания у отца	4,1 ± 0,8	4,8 ± 0,9
Крупный вес новорожденного	16,8 ± 1,0*	29,5 ± 1,1
Ранний перевод на искусственное вскармливание	9,6 ± 0,6 **	35,3 ± 1,5
Акушерские пособия в родах	15,4 ± 1,4 *	38,7 ± 1,6
Угроза выкидыша	12,2 ± 0,6 **	47,2 ± 1,1
Курение в семье	5,1 ± 0,1*	9,2 ± 0,6
Позднее первое прикладывание к груди	7,0 ± 0,2**	55,0 ± 1,8

Примечание: *достоверность различий в сравниваемых группах $p < 0,05$; **достоверность различий в сравниваемых группах $p < 0,001$.

в частоте проводимого родовозбуждения и родостимуляции также не было.

Факторы негативно влияющие на состояние новорожденных позднее прикладывание к груди ($54,0 \pm 1,5\%$) и ранний перевод на искусственное вскармливание ($32,3 \pm 1,8\%$) во 2 группе обследованных отмечалось достоверно чаще, чем в 1 группе ($P < 0,001$) (табл.1).

Негативное влияние перечисленных выше медико-социальных факторов на заболеваемость новорожденных преобладало во 2 группе: высокий риск - у $17,8 \pm 0,9\%$, средний риск - у $53,8 \pm 1,6\%$ ($P < 0,05$) (табл.2).

В 1 группе отмечен достоверно чаще низкий риск заболеваемости новорожденных ($72,6 \pm 1,4$) ($P < 0,05$).

Таблица 2

Уровни риска заболеваемости новорожденных при условии воздействия негативных факторов до зачатия ($M \pm m, \%$)

Группы / Уровень риска	1 группа	2 группа
Низкий риск	$72,6 \pm 1,4^*$	$28,4 \pm 1,0$
Средний риск	$25,6 \pm 1,1^*$	$53,8 \pm 1,6$
Высокий риск	$1,8 \pm 0,3^*$	$17,8 \pm 0,9$

Примечание. * достоверность различий в сравниваемых группах $p < 0,05$.

Негативное влияние факторов интра- и постнатального периода на состояние здоровья новорожденных более значимо в сравнении с влиянием средовых и медико-социальных факторов. При условии воздействия негативных факторов в интра- и постнатальном пе-

риодах высокий и средний риск заболеваемости новорожденных преобладал также во 2 группе ($P < 0,001$ и $P < 0,05$ соответственно) (табл.3).

Таблица 3

Уровни риска заболеваемости новорожденных при условии воздействия негативных факторов в интранатальном и постнатальном периоде ($M \pm m, \%$)

Группы / Уровень риска	1 группа	2 группа
Низкий риск	$63,2 \pm 1,9^{**}$	$2,2 \pm 0,5$
Средний риск	$20,7 \pm 1,5^*$	$28,3 \pm 1,2$
Высокий риск	$16,1 \pm 0,9^{**}$	$69,5 \pm 2,7$

Примечание: * достоверность различий в сравниваемых группах $p < 0,05$; ** достоверность различий в сравниваемых группах $p < 0,001$.

Таким образом, медицинской обеспечение женщин и новорожденных в ЛПУ с инициативой доброжелательного отношения к ребенку и поощрения грудного вскармливания, приверженных принципам гуманизации медицинского обеспечения в антенатальном, интранатальном и постнатальном периодах по отношению к женщинам с новорожденными которые получали медицинскую помощь в ЛПУ, где не было внедрена «Инициатива, доброжелательная к ребенку» и программа «Поощрения и поддержки грудного вскармливания в больнице доброжелательной к ребенку» обеспечивает низкий риск заболеваемости новорожденных соответственно

(72,6±1,4) ($p < 0,05$) и 17,8±0,9%± ($p < 0,05$).

Выводы.

1. Факторами риска патологии у новорожденных детей является медико-социальные факторы в период беременности (наличие аборт, хронических заболеваний у матери, вредные привычки у беременной, соматическая патология, урогенитальные инфекции, нежеланная беременность), в перинатальном периоде – поздние роды, осложненное течение родов.

2. Прекращение грудного вскармливания обусловлено комплексом субъективных (нарушения принципов «доброжелательного отношения к ребенку») и объективных факторов (неравномерный лактогенез, низкое содержание пролактина, сужение млечных протоков, медленная инволюция послеродовой матки). Перечисленные факторы способствуют формированию у 28,3±1,2% новорожденных среднего риска, а у 69,5±12,7% - высокого риска патологии новорожденных.

3. Эффективность адаптации новорожденных при условии применения принципов гуманизации медицинского обеспечения (партнерские роды, ранний контакт, совместное содержание матери и ребенка, исключительно грудное вскармливание по требованию ребенка) подтверждается оптимальной прибавкой веса и роста, повышением колонизационной резистентности новорожденных, снижением гнойно-воспалительных заболеваний на 17,6%, инфекционной заболеваемости на 4,8%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абольян Л. В. Консультирование по грудному вскармливанию: роль медицинских работников и групп материнской поддержки России Грудное вскармливание в современном мире: / Л. В. Абольян, // материалы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 2016. – С. 12–13.

2. Абольян Л.В. Опыт внедрения современных принципов грудного вскармливания, лежащих в основе Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку», в практику детских поликлиник / Л. В. Абольян, А. А. Корсунский, В. Е. Ломовоких // Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII конгресса педиатров России (18-21 февраля 2003 г.). – М. – С. 2.

3. Абольян Л. В. Техническое совещание ВОЗ ЮНИСЕФ по питанию младенцев и детей раннего возраста. Краткий обзор материалов / Л. В. Абольян // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2000. – № 5. – С. 47–48.

4. Буцык И. И. Влияние совместного пребывания матери и ребенка на гнойно-септическую заболеваемость/ И. И. Буцык, Н. Н. Наумкин // Материалы V Российского форума «Мать и дитя». – М., 2002. – С. 210–211.

5. Кильдиярова Р. Р. Взаимосвязь способов переноски младенцев с грудным вскармливанием / Р. Р. Кильдиярова, Е. В. Сергиенко, Е. Г. Гаприндашвили [и др.] // Грудное вскармливание в современном мире: материалы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 2016. – С. 58–59.

6. Джунусова З. Ж. Формирование мотивации грудного вскармливания у родильниц в послеродовом отделении / З. Ж. Джунусова, С. А. Бурова // Педиатрическая фармакология. – 2017. – Т. 14, № 6. – С. 536–538.

REFERENCES

1. Abolyan L. V. Counseling on breastfeeding: the role of medical workers and maternal support groups in Russia [Text] / Breastfeeding in the modern world: materials of the II All-Russian

scientific and practical conference with international participation, 2016. - pp. 12-13.

2. Abolyan L. B. Experience of introducing modern principles of breastfeeding, which are the basis of the Baby-friendly Hospital Initiative, into the practice of children's clinics [Text] / L. V. Abolyan, A. A. Korsunsky, V. E Lomovokikh // Modern problems of preventive pediatrics: materials of the VIII Congress of Russian Pediatricians (18-21 February 2003). - M. - S. 2.

3. Abolyan L. B. WHO / UNICEF Technical Meeting on Infant and Young Child Nutrition. A brief review of materials / LV Abolyan // Disease prevention and health promotion. - 2000. - No. 5. - P. 47-48.

4. Butsyk I.I Influence of joint stay of mother and child on purulent-septic / II Butsyk, NN Naumkin // Materials of the V Russian Forum "Mother and Child". - M., 2002. - S. 210-211.

5. Kildiyarova R.R. The relationship between the methods of carrying babies with breastfeeding / R.R Kildiyarova, EV Sergienko, EG Garpindashvili [and others] // Breastfeeding in the modern world: materials of the II All-Russian scientific and practical conference with international participation, 2016. - pp. 58-59.

6. Dzhunusova, Z. Zh. Formation of motivation for breastfeeding in puerperas in the postpartum ward / Z. Zh. Dzhunusova, SA Burova // Pediatric pharmacology. - 2017. - T. 14, No. 6. - P. 536-538.

ХУЛОСА

Мижғони Сорбон

БАЪЗЕ ОМИЛҲОИ ИЛОВАГИИ ТИББӢ-ИҶТИМОӢ БА САЛОМАТИИ МОДАР ВА КӢДАК ТАЪСИРРАСОН ДАР ШАРОИТИ ПЕШРАФТИ ТЕХНОЛОГИЯИ НАВИ ТИББӢ

Мақсади таҳқиқот. Пешниҳод намудани маълумоти иловагӣ дар бораи

омилҳои тиббӣ-иҷтимоии ба саломатии модар ва кӯдак таъсиррасон, дар асоси таҳқиқоти маҷмӯии тиббӣ-иҷтимоии сифати хидматрасонии тиббӣ ба занони ҳомила ва кӯдакон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Аз рӯи нақшаи махсус тартибдодашуда дар байни 324 нафар занони синну соли таваллуд, ки кӯдакони аз 0 то 1 сола до-ранд, пурсишномаи иҷтимоӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дарачаи бемориҳои таносули беруна (БТБ) дар ҳарду гурӯҳ ба ҳисоби миёна як хел буд. Ҳамин тариқ дар гурӯҳи якум ба 1 зани ҳомиладор 2,3 (БТБ) ва дар гурӯҳи дуюм- 2,6 рост омад. Раванди ҳомиладорӣ дар ҳарду гурӯҳ бо якхела ба басомади якхела бо таҳдиди қатъшавӣ, колпит, сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ, авҷ гирифтани пиелонефрити музмин ва ғ.

Занони ҳомилаи ҳарду гурӯҳ бо роҳи табиӣ таваллуд карданд. Дар басомади таваллуд низ байни гурӯҳҳо фарқияти назаррас вучуд нашофт.

Хулоса. Ҳамин тариқ, дар амал қорӣ намудани баъзе технологияи нави тиббӣ ба раванди мӯътадили давраи таваллуд ва мутобиқшавии кӯдакони навзод мусоидат мекунад.

Калимаҳои калидӣ: навзод, гуманизатсия, хизматрасониҳои тиббӣ, ҳомиладор

УДК 81
ББК 81.2

А.А. Нодиров

ТАТБИҚИ ҚОИДАҲОИ ИМЛОИ ЗАБОНИ ТОЧИКӢ ВА ДУРНАМОИ ОН ДАР ДОНИШКАДА

Кафедраи забонҳои МТҶ “Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”

Нодиров Ахрор Асрорович – ассистенти кафедраи забонҳои МТҶ “Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон” тел. 889 90-00-60

Мақсади таҳқиқот. Таҳлили рафти татбиқи қоидаҳои имлои нави забони тоҷикӣ дар МТҶ “Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Сарчашмаҳои илмӣ таҳқиқоти гузаронидаи моро Қоидаҳои имлои забони тоҷикӣ (соли 1998), Тағйиру иловаҳо ба Қоидаҳои имлои забони тоҷикӣ (солҳои 2011 ва 2021), фикру андешаҳои муҳаққиқони соҳа, дигар сарчашмаҳо ва суҳанрониҳои Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ-пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон дар робита ба забон ва нигориши тоҷикӣ ва ҳамчунин забони матбуоти тоҷик ташиқ медиҳад. Дар мақола аз усули таҳлили муқоисавӣ истифода бурда, натиҷагирӣ карда шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. То қабули тағйироту иловаҳои ахир дар баҳши қоидаи имло мушиқоти зиёде вучуд доштанд, ки ҳатто баъзе аз омӯзгорони фанни забон ва адабиёти тоҷик ба хатоҳои нобаҳшиданӣ роҳ медоданд.

Бо қабул гардидани тағйироту иловаҳо ба Қоидаҳои имлои забони тоҷикӣ масъалаҳои зиёди мубрам роҳи ҳалли худро дарёфт намуданд. Вале аз назари бархе донишмандону забоншиносон, ҳангоми назар дӯхтан ба шабакаҳои иҷтимоӣ ва рӯзномаву маҷаллаҳо, ҳоло ҳам камбудии гуногун дар ин ҷода ҷой доранд, ки ислоҳи онон дар оянда ногузир аст.

Хулоса. Гарчанде татбиқи Қонуни забони давлатӣ вазифаи ҳамаи соҳибзабонон бошад, ҳам мутаассифона маишуғулиятҳои фанни забони тоҷикӣ барои ихтисосҳои гайрифилологӣ аз 72-соати солҳои гузашта ба 48-соат поён фуруварда шудааст. Кам гардидани соатҳои таълимии фанни забони тоҷикӣ сабаби хуб аз худ накардани ҳамаи нозуқиҳои имлоӣ ва услубии он гафта истодааст. Таҳлилҳо нишон доданд, ки имрӯз бояд соатҳои таълимии ин фан бамаротиб зиёд карда шаванд.

Вожаҳои калидӣ: забони тоҷикӣ, соҳибзабонон, муқаддасот, қоидаи имло, ҳуҷҷатнигорӣ, суҳанварӣ, омӯзиш, таълим, тағйиру иловаҳо, лаҳҷа, шева, хато.

А.А. Нодиров

ИЗМЕНЕНИЕ ПРАВИЛ ПРАВОПИСАНИЯ ТАДЖИКСКОГО ЯЗЫКА И ЕЕ ПЕРСПЕКТИВА В ИНСТИТУТЕ

Кафедра языков среднего класса “Медицинский институт Таджикистана”

Нодиров Ахрор Асрорович - ассистент кафедры языков РТУ «ТХЦ Медицинский институт Таджикистана» тел. 889 90-00-60.

Цель исследования: Анализ внедрения новых правил правописания таджикского языка в учреждениях Республики Таджикистан.

Материалы и методы исследования: Научные источники нашего исследования и правила правописания таджикского языка (1998 г.), Поправки к Правилам правописания таджикского языка (2011 и 2021 г.), мнения исследователей, книги и выступления Президента страны, Эмомали Рахмона по таджикскому языку и письменности, а также языку таджикской прессы. В данной статье мы использовали метод сравнительного анализа для подведения итогов.

Результаты исследования и обсуждение: До принятия последних изменений и дополнений было много проблем в области орфографии, и даже некоторые учителя таджикского языка и литературы допускали непростительные ошибки.

С принятием поправок в Правила правописания таджикского языка решены многие насущные вопросы. Однако, по мнению некоторых ученых и лингвистов, при взгляде на социальные сети и газеты и журналы, в этой области все еще существуют различные недостатки, которые необходимо устранить в будущем.

Выводы: Реализация Закона РТ «О языке РТ» в образовательных учреждениях зависит в первую очередь от нескольких важных факторов, которые могут повлиять на качество преподавания специальных предметов. В первую очередь необходимо, чтобы все составные части учреждения и его подразделения вели свою деятельность на государственном языке в соответствии с требованиями настоящего Закона. В этом контексте Комитету по терминологии и языку при Правительстве Республики Таджикистан необходимо разработать комплекс нормативно-правовых документов, распространить их во все органы управления и распорядителя в качестве ориентира и осуществлять контроль за их исполнением на регулярной основе. Профильные кафедры участвуют в разработке терминологических словарей, учебников и пособий в постоянной деятельности преподавателей. Установить определенные льготы при их выполнении. В связи с этим поощрять учителей, предпринимающих благородные и новаторские шаги в реализации Закона Республики Таджикистан о государственном языке, и повышать интерес других специалистов в этой области. Только тогда мы сможем внести свой вклад в осуществление этого жизненно важного закона.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что администрация школы, а особенно учредитель, предпринявший много созидательных шагов для осуществления этого доброго дела, продолжит делать это и впредь.

Ключевые слова: таджикский язык, носители, святыне, орфографические правила, документация, речь, изучение, образование, изменения, диалекты, диалекты, ошибки.

A.A. Nodirov

CHANGE OF THE SPELLING RULES OF THE TAJIK LANGUAGE AND ITS PERSPECTIVE AT THE INSTITUTE

Department of Languages, NEI "Medical - Social Institute of Tajikistan",

Nodirov Ahror Asrorovich - Assistant of the Department of Languages, NEI "Medical - Social Institute of Tajikistan", tel. 889 90-00-60

Aim of the study: Analysis of the implementation of the new spelling rules of the Tajik language at the NEI "Medical - Social Institute of Tajikistan" of the Republic of Tajikistan.

Materials and research methods: Scientific sources of our research and rules of spelling of the Tajik language (1998), Amendments to the Rules of spelling of the Tajik language (2011 and 2021),

opinions of researchers, books and speeches of the President of the country, Emomali Rahmon on the Tajik language and writing, as well as the language of the Tajik press. In this paper, we have used the method of comparative analysis to summarize.

The results and research discussion: Before the adoption of the latest changes and additions, there were many problems in the field of spelling, and even some teachers of the Tajik language and literature made unforgivable mistakes.

With the adoption of amendments to the Rules of spelling of the Tajik language, many pressing issues have been resolved. However, according to some scholars and linguists, when looking at social networks and newspapers and magazines, there are still various shortcomings in this area, which need to be addressed in the future.

Conclusion: Implementation of the Law on the State Language is the duty of all native speakers. Today, classes in the Tajik language for non-philological specialties have been reduced from 72 hours in previous years to 48 hours. With the reduction of teaching hours in the Tajik language, it is impossible to master all the nuances of spelling and style. From our point of view, today the number of teaching hours in this subject should be significantly increased.

Keywords: Tajik language, native speakers, saints, spelling rules, documentation, speech, study, education, changes, dialects, dialects, mistakes.

Муҳиммият: Забон бо шарофати яке аз муқаддасоти миллӣ буданаш, барои ҳар як шахс азизу муътабар ба ҳисоб рафта, поку беолоиш ниғаҳ доштани он чун рукни имон ҳамсони Меҳан ва Модар қарзи инсонӣ ва ва-зифаи ҷонии ҳар як фарди худшинос маҳсуб меёбад.

Забони тоҷикӣ дар дарозии таърих ба ҳамаи гирудорҳои саҳт ва тохтутозҳои бераҳмонаи аҷнабиёни истилогар, на танҳо ҳастӣ ва покии худро эмин нигоҳ дошта тавонист, балки ғосибонро маҷбур кард, ки онро ҳамчун забони девону дафтар ва давлатдорӣ хеш қабул намоянд. Забони ҳар як миллат ёдгории беҳамтоест, ки решаи он аз сарчашмаи чандин наслҳои наҷоди ӯ об хӯрда, мояи ифтихору худшиносии наслҳои баъдина мегардад. Забони миллӣ дар пойдорӣ ва бақои давлати миллӣ арзиши волоро молик буда, дар давраҳои пуросӯбу пурмочарои таърих дар таъмини ваҳдату ягонагии миллат

парчами муборизони ҷодаи озода ва Истиқлол мебошад.

Миллати шариф ва куҳанбунёди тоҷик пас аз сӣ соли замони Истиқлол шоҳиди тағйиротҳои бузург ва бесобиқа дар татбиқи сиёсати Президент, давлат ва Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон дар бораи забон, баҳусус забони давлатӣ мебошад. Бояд таъкид намуд, ки пешоҳанг ва ташаббускори ҳамаи ин иқдоми наҷиб дар робита ба забони давлатӣ ва забони миллии кишвар Сарвари давлат Эмомалӣ Раҳмон буда, дар ин ҷодаи басо душвор дар даври Истиқлол аз худ хидмату талошҳои бесобиқа ба ҳарч додааст ва имрӯз низ барои пиёда кардани ин амалҳои наҷиб дар роҳи ниғаҳдошт ва эҳёи яке аз арзишҳои миллӣ – муқаддасоти забонӣ ҳамвора ҷаҳду талош менамояд. Хизматҳои густурда ва бемонанди ин сарвари оқилу хештаншинос бесобиқа буда, фақат бо дарҷ кардани чанд нуқот мо ин ҷо иқтифо менамоем. Аз он

ҷумла тағйироту иловаҳо ба Қонуни забони давлатӣ, эълон кардани соли 2008 ҳамчун Соли забони тоҷикӣ, навиштани китоби дучилдаи “Забони миллат-ҳастии миллат”, ду маротиба қабул намудани Барномаи рушди забони давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон (солҳои 2012-2016, ва 2020-2030), як маротиба қабул намудани Қоидаҳои имлои забони тоҷикӣ ва ду маротиба ворид намудани тағйироту иловаҳо ба Қоидаҳои имлои нави забони тоҷикӣ ва ғайра гувоҳи гуфтаҳои боло мебошанд. Имрӯз мо вазифадорем, ки баҳри дар амал пиёда кардани ин иқдомҳои созанда тамоми азму талошамонро дар ин роҳ ба харҷ диҳем.

Бо таҳия ва тасвиби Қарори Шӯрои Вазирони ҚТ зери унвони Чорабиниҳо оид ба такмили забони тоҷикӣ дар ҷумҳурӣ» дар санаи 04. 05. 1988, раванди омӯзишу таълими фанни забони тоҷикӣ дар тамоми муассисаи олии таълимии кишвар маҷрои тоза ва муайяни худро пайдо намуд. Иқдоми шарифи давлату ҳукумат дар мавриди забони тоҷикӣ ва қабули Қонуни забон имрӯз заминаҳои созгореро дар такмили васоити омӯзиш ва тарвиҷи раванду усули таълими забони тоҷикӣ фароҳам сохтаанд. Имрӯз раванди омӯзиши забони тоҷикӣ дар факултаҳои ғайрифилологӣ ба усулҳои нави таълим ниёз дорад. Аз ин рӯ таълифу таҳияи васоити нави омӯзишӣ ва мувофиқати усули онҳо бо низомии нави таҳсилу услуби нави таълим дархӯри замон ва талаботи шароити имрӯз ба ҳисоб меравад.

Хотиррасон бояд намуд, ки фанни забони тоҷикӣ дар баробари фанҳои дигари таълимӣ мақоми хоссаеро мо-

лик буда, барои баланд бардоштани савияи дониши донишҷӯён мусоидат менамояд. Маҳорати суҳанварӣ, ки дар машғулиятҳои забони тоҷикӣ омӯзонда мешавад, барои аз бар намудани фанҳои дигар ва андешаи худро буррову фаҳмо баён намудан ёрӣ мерасонад.

Донишҷӯёне, ки дар гурӯҳҳои низомии кредитӣ фанни забони тоҷикиро меомӯзанд, бояд дар баробари қоидаву қонунҳои забон бо беҳтарин намунаҳои адабиёти бадеӣ, санъати суҳанварӣ ва тарзҳои дурусти ҳуҷҷатнигорӣ шинос шуда, дорои завқи баланди бадеӣ ва хассосияти комил бошанд. Ин мақсад дар сурате амалӣ мегардад, ки хангоми таълими фанни забони тоҷикӣ чунин тарзу усулҳои нави таълим истифода шаванд.

Бояд гуфт, ки дар шароити имрӯза омӯзиши ин фан барои мутахассисони соҳаи тиб аз ҳар ҷиҳат манфиатовар аст, зеро ки каломии хуш ва забони ширини табиб як роҳи муҳими табобат ба шумор меравад. Аз ин рӯ омӯзишу дониستانی забони давлатӣ ва риояи меъёри имлои забони тоҷикӣ баҳри мутахассиси соҳибтаҷриба амри зарурӣ ба ҳисоб рафта, ширинзабонию хушгуфторӣ ба маротиба ҷойгоҳи ҳар як шахсро дар зинаҳои баланд қарор медиҳад.

Барномаи таълимӣ аз фанни забони тоҷикӣ барои донишҷӯёни факултетҳои ғайрифилологии муассисаҳои таҳсилоти олии касбӣ, ки бо қарори мушовараи Вазорати маориф ва илми Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 30-юми июли соли 2016 таҳти рақами 11/14 тасдиқ шудааст, бо назардошти талаботи замон ва масоили мубрами назариявӣ амалии забони тоҷикӣ таҳия гардидааст. Барно-

маи мазкур барои баланд бардоштани ҳисси хештаншиносӣ ва ифтихор аз забони милливу такмили нутқи хаттиву шифоҳии донишҷӯёни факултетҳои ғайрифилологӣ метавонад ба гунаи некӯ мусоидат намояд. Дар асоси ин барнома таҳияи дастурҳои таълимию методӣ бо назардошти технологияҳои муосирӣ таълимӣ аз вазифаҳои муҳимтарини устодони забон ва адабиёти тоҷик ба ҳисоб меравад.

Мақсади таҳқиқот: Ҳадафи асосии мо баҳри иншои ин мавод татбиқи Қоидаҳои имлои забони тоҷикӣ дар таълимгоҳ маҳсуб меёбад, зеро имло ва тарзи дурусти навишти он яке аз қисматҳои асосии шоҳаи забоншиносӣ маҳсуб ёфта, риояи он барои ҳамагон шарт ва зарур аст.

Боиси тазаккур ва ёдоварӣ аст, ки дар МТҒ “Донишкадаи тиббӣ-ичтимоии Тоҷикистон” имрӯз Комиссияи татбиқи Қонуни ҚТ “Дар бораи забони давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон” амал менамояд. Сарвари ин комиссияро А. Аҳмедов – доктори илмҳои тиб, профессор, узви вобастаи АМИТ ба уҳда дорад. Хотиррасон бояд намуд, ки эшон ҳамчун шахси ботаҷрибаву серталаб нисбати ин масъала ниҳоят ҷиддӣ муносибат намуда, қору фаъолияти худро аз рӯи Низомнома ва нақшаи тасдиқгардида ба роҳ мондаанд. Дар зарфи як соли сипаригардида аъзоёни комиссия қорҳои зиёдеро ба сомон расониданд, ки аз он ҷумла тартиб, таҳия ва тасдиқи Низомномаи татбиқи қонуни забони давлатӣ ва Нақшаи чорабиниҳо оид ба татбиқи Қонуни забони давлатӣ дар донишкада далели гуфтаҳои фавқуззикр мебошад.

Айни замон имрӯз аз оғози соли хониш аъзоёни Комиссияи татбиқи Қонуни забони давлатӣ санҷиши китобхонаи таълимгоҳ, кафедраи “Биология ва фармакогнозия”, “Баҳши қор бо занон ва бонувони донишкада”-ро ба анҷом расониданд, ки аз натиҷаи санҷиш маълумотномаҳо ба ҷаласаҳои Шӯрои олимон ва Раёсати донишкада пешниҳод гардида, қарорҳои судманд баҳри рафъи камбудихо қабул гардиданд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Сарчашмаҳои илмӣ таҳқиқоти моро Қоидаҳои имлои забони тоҷикӣ (соли 1998), Тағйиру иловаҳо ба Қоидаҳои имлои забони тоҷикӣ (солҳои 2011 ва 2021), фикру андешаҳои муҳаққиқони соҳа, дигар сарчашмаҳо ва суханронӣҳои Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ-пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, мухтарам Эмомалӣ Раҳмон дар робита ба забон ва нигориши тоҷикӣ ва ҳамчунин забони матбуоти тоҷик ташкил медиҳад. Дар мақола аз усули таҳлили муқоисавӣ истифода бурда, натиҷагирӣ карда шудааст.

Мақсад аз нигоштаҳои банда перомунӣ мушқилоти имлои забони тоҷикӣ дар донишкада ва роҳҳои ислоҳи он маҳсуб меёбад. Бояд иқрор шуд, ки ин мушқилот солиёни зиёд аст, ки дар Тоҷикистон даҳсолаҳои ахир идома дошт ва дар зарфи ин солиён он пайваستا дар саҳифаҳои матбуот, радио ва телевизион ба як масъалаи доғи ҷомеа мубаддал гардид.

Хушбахтона бо саъйу талошҳои Сарвари давлат, Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, мухтарам

Эмомалӣ Раҳмон, ки дар ҳақиқат пуштибон ва ҳомии ҳамешагии забон ва фарҳанги худ ҳастанд, дар чорабини бахшида ба “Рӯзи забони давлатӣ”, ки дар санаи 5-уми октябри соли 2019 баргузор гашт, оид ба ин масъала баромеди пурмуҳтавое намуда, ба дастандаркорони Кумитаи истилоҳот ва забони назди Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон супориши қатъӣ доданд, ки қоидаҳои нави имлои забони тоҷикиро таҳия намуда, ба ин бесарусомониҳо нуқтаи охир гузоранд. “Зеро вазъи номуайяни қоидаҳои имлои забони тоҷикӣ ва возеҳу равшан набудани бисёр бандҳои он боиси баҳсу мунозираҳои нолозим шуда, ба сатҳи саводнокии мардум, махсусан, насли наврасу ҷавон таъсири манфӣ расонида истодааст”. Бояд иқрор шуд, ки то қабули тағйироту иловаҳои ахир дар баҳши имло мушкилоти зиёде вучуд доштанд, ки ҳатто баъзе аз омӯзгорони фанни забон ва адабиёти тоҷик ба хатоҳои нобахшиданӣ роҳ меоданд.

Бо қабул гардидани тағйироту иловаҳо ба Қоидаҳои имлои забони тоҷикӣ масъалаҳои зиёд мубрам роҳи ҳалли худро дарёфт намуданд. Вале аз назари бархе донишмандону забоншиносон ҳангоми назар дӯхтан ба шабакаҳои иҷтимоӣ ва рӯзномаву маҷаллаҳо ҳоло ҳам камбудии гуногун дар ин ҷода ҷой доранд, ки ислоҳи онон дар оянда ногузир аст.

Татбиқи Қонуни забони давлатӣ дар донишкада кори танҳо чор омӯзгори фанни забони тоҷикӣ набуда, балки вазифаи ҳамаи омӯзгорон ва донишҷӯёни донишкада мебошад. Имрӯз машғулиятҳои фанни забони

тоҷикӣ аз рӯи ихтисос аз 72-соати соли гузашта ба 48-соат поён фуруварда шуд. Бо кам гардидани соатҳои таълимии фанни забони тоҷикӣ омӯзиш ва таълими он баҳри хуб аз худ намудани ҳамаи нозуқиҳои он нокифоя аст. Аз нуқтаи назари мо имрӯз бояд соатҳои таълимии ин фан бамаротиб зиёд карда шаванд. Зеро баҳри омӯзиши забонҳои хориҷӣ нахуст донишҷӯ бояд ба қадри кофӣ забони модарии худро донанд. Чуноне ки шоири шаҳри тоҷик Тошхочаи Асирий мефармояд;

Ҳар к-ӯ ба забони худ суҳандон гардад,
Доништани сад забон осон гардад.

Ман итминони комил дорам, ки ин пешниҳодот ба назар гирифта шуда, шумораи соатҳои таълимии ин фан зиёд мегарданд. Танҳо бо омӯзиши ин фан донишҷӯ дар зарфи 48-соат наметавонад ҳамаи талаботи забон ва имлои онро аз худ намояд. Аз ин рӯ мо тавсия ва пешниҳод менамоем, ки омӯзгорони ҳамаи фанҳои таълимӣ, ки бо забони давлатӣ машғулияҳои роҳандозӣ мешаванд, дар ин ҷода хизмати арзишмандеро ба субот расонанд. Ин пеш аз ҳама ҳангоми истифодаи лексия, дарсҳои амалӣ, қабули реферат, корҳои мустақилона ва дигар чоработо инҳо дахл дорад. Онон бояст ба имлои навишти матнҳо диққати ҷиддӣ дода, риояи қатъии имлои дурусти калимотро аз донишҷӯён талаб намоянд.

Имрӯз ҳақиқатан забони давлатӣ ба як забони омиёна монанд гардида, аз тарафи аксарияти аҳли ҷомеа бо истифодаи лаҳҷаву шева ва калимаҳои забони ғайр омезиш ёфта, як ҳолати нигаронкунандаро ба мо нишон медиҳад. Ҳарчанд

аз қабули қонуни аввал 32-сол ва аз қабули қонуни дуввум 12- сол сипарӣ гардида бошад ҳам, то кунун на ҳамаи талаботҳои он роҳи ҳалли худро ёфтаанд. Ин пеш аз ҳама аз хунукназарӣ ва безътиноии соҳибзабонон гувоҳӣ медиҳад. Кулли зиёди омӯзгорон ҳини машғулият худ бо лаҳча бо шогирдон муошират менамоянд, ки ин як мушкилоти дигареро сари роҳи мо қарор медиҳад. Дар ин радиф махсусан омӯзгорони ҷавонро метавон номбар кард. Онон одитарин қоидаҳои навишт ва меъёрҳои забони адабиёти риоя наменамоянд ва дар кори ҳуҷҷатнигорӣ бо ду пой меланганд. Инро метавон аз натиҷаи диктантҳои санҷишиё, ки аз тарафи гурӯҳи корӣ дар якҷанд кафедра ба роҳ монда шуд, ҳарф зад.

Мушкилоти дигар ин сатҳи пасти саводи донишҷӯён вобаста ба фанни забони давлатӣ аст, ки ин пеш аз ҳама аз заминаи дониши сусти онон дар мактабҳои миёна мебошад. Натиҷаи имтиҳоноти қабули донишҷӯёне, ки бе маркази миллии тестӣ ҳамасола қабул мешаванд, бозгӯи гуфтаҳои мо мебошанд. Ин раванд имрӯз дар саросари кишвар ба назар мерасад. Ин пеш аз ҳама аз таълими сарсарии ин фан, ноогоҳ ва дур мондани хонандагон аз адабиёти бадеӣ ва мероси гузаштаи ниёкон, дониши номукаммали бисёре аз омӯзгорони фанни забон ва адабиёти тоҷик, бахусус омӯзгорони ҷавон вобастагӣ дорад. Солиёни пеш ба хонандагони макотиби миёна аз тарафи омӯзгорони фанни мазкур дар баробари аз худ намудани барномаи таълимӣ инчунин мутолиаи адабиёти бадеиро ҳамчун хониши берун аз синф тавсия

дода, онро бозпурсӣ менамуданд, вале ин анъана ба фикрам имрӯз тамоман аз байн рафтааст, ки оқибатҳои нохушояндаро дар оянда ба бор меоварад.

Имрӯз хушбахтона бо роҳандозӣ намудани иқдомҳои наҷиби Сарвари давлат ба монанди озмуни “Фурӯғи субҳи доной...”, ки як қишри ҷомеаро таконе бахшида онро ба мутолиаи адабиёти бадеӣ раҳнамун сохт, метавон бо садоқат ҳарф зад. Вале бо ҷорӣ кардани ин як иқдом наметавон ин мушкилотро бартараф сохт, зеро худшиносӣ худогоҳӣ ва дӯст доштани забону рӯй овардан ба асолати миллии хеш аз муҳити оила ва боғчаи кӯдакон сарчашма мегирад.

Нуқтаи дигаре, ки имрӯз бисёр ногувор аст, ин риоя накардани меъёрҳои забони адабӣ дар таълимгоҳ мебошанд. Бояд ҳамагон аз омӯзгор сар карда то донишҷӯ бояд дар дохили донишкада бо забони адабӣ муошират намоянд. Вале мутаассифона имрӯз, ки аз тамоми манотиқи кишвар донишҷӯён таҳсилдоранд ва бо лаҳчаву шеваҳои худ муошират менамоянд. Моро зарур аст, ки дар ин бахш низ ҷорачӯӣ намуда, корҳои фаҳмондадиҳиро дар як низоми муайян ба роҳ монем. Мо пайваста дар машғулиятҳои худ ин масоилро мавриди таҳлилу баррасӣ қарор медиҳем, вале бо азми як ё ду нафар ба ин мушкилот роҳи ҳалро ёфтан хело дар гумон аст.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо: Бартараф намудани хатогиҳои имлоӣ ва рафъи он низ кори якрӯза набуда, фурсати андакero аз мо талаб менамояд. Хатоҳои имлоӣ анқариб дар тамоми овеза ва навиштаҳои донишкада, инчунин дар корҳои ҳуҷҷатнигорӣ,

навиштаҳои аудиторияҳо, синфхонаҳои лексионӣ ва роҳравҳо вомехӯранд, ки мо онро дар конференсияи илмӣ бахшида ба “Рӯзи забони давлатӣ” дар санаи 5-уми октябри соли 2021 баргузор гардид, ба самъи иштирокчиён пешниҳод намуда будем. Мо пешниҳод менамоем, ки дар оянда тамоми овеза ва навиштаҳое, ки барои донишкада омода мегарданд, пеш аз чоп барои баррасӣ ба гурӯҳи кории Комиссияи татбиқи Қонуни забони давлатӣ пешниҳод гардида, баъдан чоп шаванд. Ба хулосаи мо имрӯз шахсоне, ки дар нуқоти гуногуни шаҳри Душанбе ба чоп кардани навишта ва овезаҳо машғуланд, аз меъёр ва навишти қоидаҳои имлои забони тоҷикӣ фарсахҳо дур ҳастанд. Аз ин рӯ, бояд дар бахш низ шахсони масъул пайи рафъи ин мушкилот чораҳои судманд андешанд. Дар умум имрӯз ба Қоидаҳои нави имлои забони тоҷикӣ 119 тағйироту иловаҳо ворид гардиданд, ки мо ният дорем бо ташкил кардани машғулиятҳои семинарӣ ва иловагӣ бо бахшҳои ҷудогона ба омӯзгорон онро фаҳмонем. Бояд ёдрас шуд, ки дар аввали соли хониш аз тарафи омӯзгорони фанни забони тоҷикӣ як дастури таълимӣ аз фанни забони тоҷикӣ таҳия ва чоп гардид. Мо ният дорем, ки дар соли хониши нав бо таҳриру иловаҳо онро чун китоби дарсӣ баҳри донишҷӯён омода намоем.

Дар тағйироту иловаҳои пешниҳодшуда асосан чунин тағйироту иловаҳо ворид карда шуданд, ки онон ба таври умумӣ чунинанд:

1. Ба ғайр аз ҳарфҳои Йй (йот), Кк (ка), Ђъ (сакта), Аа (а), Ии (и), Оо

(о), Уу (У), Ее (йе), э, ю, я номи дигар ҳарфҳо иваз карда шуд.

2. Дар “Қоидаҳои имлои забони тоҷикӣ” аксарияти мисолҳо, ки дар имлои пешина ҷой доштанд, аз нав дида баромада шуда, онон бо анъанаю суннат ва арзишҳои миллӣ мутобиқ карда шуданд.

3. Дар имлои нав имлои садонокҳо тибқи ҳатти таърихии забон ва мувофиқи расму суннатҳои сеҳазорсолаи савтиёти миллӣ танзим гардида, ҳар яке дар мавқеи худ мувофиқ кунонида шуд.

4. Инчунин имлои ҳамсадоҳо низ ба тартиб оварда шуда, мувофиқати онҳо бо савтиёти мавҷудаи забони тоҷикӣ ва талаботи давраи истиқлол мутобиқ карда шуд.

5. Ҳангоми танзими “қоидаҳо” ҷузъҳои фарқкунандаи ҳиссаҳои нутқ ва шакли навишти дурусти онҳо дар матн пурра ба инобат гирифта шуд.

6. Имлои ҳиссаҳои нутқ дар талаботи шароити замони нав таҳия гардида, тарзи дурусти навишти воҳидҳои луғавӣ, шаклҳои калимасозӣ ва сохтани ибораҳо муайян гардид.

7. Дар имлои ҳиссаҳои нутқ тарзи дурусти истифодаи аломатҳои китобат, унсурҳои ёрирасон ва артиклҳои иқтибосӣ пурра ба тартиб дароварда шуд.

8. Калимаҳои ташдиддор ва аз сатр ба сатр гузаронидани ҳиҷои калимаҳо низ ба танзим дароварда шуд.

9. Қоидаҳои имло вобаста ба хусусият ва арзишҳои миллии номгузориҳои маҳалҳо, кӯчаю хиёбонҳо, лавҳаҳо, навиштаҷоти кӯчаю хиёбонҳо, шиору овеза, эълон, борчасп, сатри раво ни телевизионӣ, сулолаҳои таърихӣ,

исми хоси таркиби қонунҳо, санадҳои меъёрию ҳуқуқӣ, муқаддасоти динӣ аҳаммияти хос дода, онҳоро пурра танзим намуд.

10. Ҳангоми муайян кардани имлои дурусти ҳиссаҳои нутқ ҷойгоҳи категорияҳои мавҷудаи калимаҳо ба назар гирифта шуда, тарзи дурусти истифодаи онҳо нишон дода шудааст.

11. Истисноҳо ва эзоҳоти имлои пешин хело кам карда шудаанд.

12. Тарзи дурусти навишти артикли “ал” низ муайян карда шуд.

13. Бо мақсади мукамалтар шудани “Қоидаҳои имлои забони тоҷикӣ” ба он аломатҳои китобати забони тоҷикӣ низ ҳамроҳ карда шуд.

Дар қоидаҳои ҷадиди имлои забони тоҷикӣ таъкид шудааст, ки “ҷинсияти грамматикӣ калимаҳои иқтибосӣ дар имлои забони тоҷикӣ қорбурд намешавад”. Дар ин замина муаллима, раиса, котиба, шоира, адиба, ки дар навиштору гуфтори тоҷикистониён зиёд истифода мешаванд, бар асоси қоидаҳои нави имло нодуруст мебошанд. Дар умум масъалаҳои марбут ба номи ҳарфҳо, имлои овозҳои садоноку ҳамсадоҳо, калимаҳои содаю мураккаб ва таркибҳо, калимаҳои мушаддад, иқтибосӣ, аз сатр ба сатр гузаронидани ҳиҷои калима, имлои ҳиссаҳои нутқ, махсусан навишти ихтисораҳо, ҳарфҳои калону хурд, тарзи навишти имлои артикли “ал”, якҷоя, ҷудо ва бо нимтире навиштани калимаҳо, тарзи дурусти навишти морфемаҳои насабсоз, имлои номи муассисаю корхонаҳо, номи ҷуғрофӣ, асару китобҳо, маҷаллаҳо, мансабу вазифа ва рутбаҳо, имлои нумеративҳо, бандакҳо, пешванду пасвандҳо мавриди

баррасӣ қарор гирифта, имло ва тарзи навишти онҳо мушаххас нишон дода шудаанд.

Хулоса, татбиқи Қонуни ҚТ дар бораи Қонуни забони ҚТ дар муассисаҳои таълимӣ пеш аз ҳама ба чанд омилҳои муҳим, ки онҳо метавонанд ба сифати таълими фанҳои таҳассусӣ таъсир расонанд, вобаста аст. Пеш аз ҳама тамоми ҷузъҳои таркибии муассиса ва бахшҳои коргузорию онро лозим меояд, ки тибқи талаботи Қонуни мазкур фаъолияти коргузорию худро ба забони давлатӣ ба роҳ монанд. Дар ин замина Кумитаи истилоҳот ва забони назди Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистонро лозим меояд, ки намунаи ҳуҷҷатҳои меъёрию ҳуқуқиро таҳия намуда, ба тамоми сохторҳои роҳбарикунанда ва коргузорию чун дастурамал паҳн намояд ва татбиқи онҳоро дар зерин назорати доимии худ қарор диҳад. Кафедраҳои таҳассусӣ ҳамзамон дар таҳияи луғатҳои истилоҳӣ, таҳияи китобҳои дарсӣ ва дастурҳои таълимиро дар фаъолияти доимии омӯзгорон ба роҳ монда. Дар татбиқи онҳо имтиёзҳои муайян муқарар намоянд. Дар ин самт устодон, ки дар татбиқи Қонуни ҚТ дар бораи забони давлатӣ иқдомҳои наҷиб ва навоҷарӣ менамоянд, ҳавасманд гардонда, таваҷҷуҳи мутахассисони дигарро дар ин самт боло бардорад. Танҳо дар ҳамин ҳолат мо метавонем дар татбиқи ин қонуни ҳаётан муҳим саҳмгузорию намоем.

Дар фароварди сухани худ ман бояд таъкид намоям, ки маъмурияти таълимгоҳ ва махсусан муассиси он ки баҳри амалӣ гардидани ин амали хайр бисёр иқдомҳои созандаеро то

инҷониб ба анҷом расониданд, дар оянда низ онро идома медиҳанд. Зеро ки ҳифзу бузургдошти забони миллӣ ва поқу беолоиш ниғаҳ доштани он вазифаи муқаддаси ҳар яки мо ба шумор меравад.

АДАБИЁТ

1. Эмомалӣ Раҳмон. Забони миллат – ҳасти миллат. – Душанбе: “Эр-граф”, 2016. – 516 с.
2. Қоидаҳои имлои забони тоҷикӣ. – Душанбе, 1998.
3. Қоидаҳои имлои забони тоҷикӣ. – Душанбе, 2011.
4. Қоидаҳои имлои забони тоҷикӣ. – Душанбе, 2021.
5. Саймиддинов Д. Пажӯҳишҳои забоншиносӣ. – Душанбе, 2013. – 208 с.
6. Шарофзода Г., Матробиев С. Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ – Пешвои миллат,

Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, мухтарам Эмомалӣ Раҳмон ва сиёсати давлатӣ дар бораи забон (нашри 2 бо тағйиру иловаҳо). – Душанбе, 2018. – 232 с.

REFERENCES

1. Emomali Rahmon. “Language of the Nation – Existing of the Nation”. – Dushanbe “Ergraph”, 2016. – 516 pages.
2. Rules of Tajik Language Orthography – Dushanbe, 1998.
3. Rules of Tajik Language Orthography – Dushanbe, 2011.
4. Rules and orthography of Tajik language – Dushanbe, 2022.
5. Saymiddinov D. Research of Linguistic.- Dushanbe, 2013.-208p.
6. Sharofzoda G., Matrobieon S., “Founder of peace and national Unity,— Leader of the Nation” (second edition, with changing and adds). – Dushanbe, 2018.-332.

УДК 616 36. 002-022-036.66

Н.Ф. Файзуллоев¹, Н.М. Ходжаева²

ИНФОРМАЦИОННАЯ ЦЕННОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ НВ – ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

¹ *Отдел медицины и фармации ГУ «Национальная академия наук Таджикистан»*

² *Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»*

Файзуллоев Нусратулло Файзуллоевич – академик, Национальная академия наук Таджикистана

Цель исследования. Оценить информационную ценность клинических признаков и результатов лабораторных и инструментальных исследований для прогнозирования развития неблагоприятных исходов при НВУ-инфекции у детей, направленных для принятия мер, направленных на раннюю диагностику и назначения адекватной терапии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 167 детей с острым вирусным гепатитом В (ОВГВ) и 113- с хроническим гепатитом В (ХГВ) как в период активного патологического процесса, так и в период реконвалесценции. Диагноз установлен на основании клинико-эпидемиологических данных и результатов биохимических (определение уровня билирубина и его фракций, активности гепатоцеллюлярных ферментов, белково-осадочных проб, общего белка и белковых фракций, основных классов иммуноглобулинов, циркулирующих иммунных комплексов), серологических HBV (HBsAg анти-HBs, HBeAg анти-HBe, анти HBc IgM), морфологических и инструментальных (УЗИ) исследований.

Результаты исследования и их обсуждение. Преджелтушный период при ОВГВ наиболее часто сопровождался астено-вегетативным синдромом (79,5%), симптомами интоксикации выраженность которых соответствовал тяжести заболевания. У 10,3% больных отсутствовали признаки преджелтушного периода. Данная стадия ОВГВ продолжалась у большинства больных 5-7 дней (8,7%), у остальных- до 2-х недель. Следует подчеркнуть, что дебют заболевания был коротким при тяжелых формах патологического процесса, что соответствовало данным других авторов [4].

Заключение. Таким образом, обобщая данные о хроническом течении HB вирусной инфекции можно констатировать, что поражение печени минимальной активности в большинстве случаев заканчивается стойкой ремиссией, нередко с полным исчезновением всех клинико-лабораторных болезней; ХГВ с выраженной активностью патологического процесса протекает длительно с редкими и непродолжительными ремиссиями.

Ключевые слова: гепатит, дети, инфекция, ремиссия.

N.F. Fayzulloev¹, N.M. Khodzhaeva²

INFORMATION VALUE OF THE RESULTS OF CLINICAL AND LABORATORY STUDIES IN PREDICTION OF OUTCOMES OF NV - VIRAL INFECTIONS IN CHILDREN

¹ National Academy of Sciences of Tajikistan

² Avicenna Tajik State Medical University

Fayzulloev Nusratullo Fayzulloevich - Academician of the National Academy of Sciences of Tajikistan

Aim. To assess the informational value of clinical signs and results of laboratory and instrumental studies for predicting the development of unfavorable outcomes in HBV infection in children, aimed at taking measures aimed at early diagnosis, and prescribing adequate therapy.

Materials and methods. The study included 167 children with acute viral hepatitis B (AVHV) and 113 children with chronic hepatitis B (CHB) both during the period of an active pathological process and during the period of convalescence. The diagnosis was established on the basis of clinical and epidemiological data and biochemical results (determination of the level of bilirubin and its fractions, the activity of hepatocellular enzymes, protein-sediment samples, total protein and protein fractions, the main classes of immunoglobulins, circulating immune complexes) serological HBV (HBsAg anti-HBs, HBeAg anti-HBe, anti HBc IgM), morphological and instrumental (ultrasound) studies.

Results and discussion. The preicteric period in AVHV was most often accompanied by asthenic-vegetative syndrome (79.5%), the symptoms of intoxication, the severity of which corresponded to the severity of the disease. In 10.3% of patients, there were no signs of the preicteric period. This

stage of AVHV lasted 5-7 days in most patients (8.7%), in the rest - up to 2 weeks. It should be emphasized that the onset of the disease was short in severe forms of the pathological process, which is consistent with the data of other authors [4].

Conclusion. Summarizing the data on the chronic course of HB viral infection, it can be stated that liver damage of minimal activity in most cases ends in persistent remission, often with the complete disappearance of all clinical and laboratory diseases; CHB with a pronounced activity of the pathological process proceeds for a long time with rare and short-term remissions.

Key words: hepatitis, children, infection, remission.

Актуальность. Вирусные гепатиты остаются серьезной проблемой здравоохранения во всем мире в связи с высокой распространенностью, формированием неблагоприятных исходов, латентным течением. Среди этих патологий особое место занимает вирусный гепатит В – одна из самых распространенных на земном шаре инфекций. Около трети населения планеты имеют маркеры перенесенной HB-вирусной инфекции. Почти пол млрд. человек являются хроническими носителями вируса гепатита В (HBV). Более 1 млн. смертей в мире ежегодно связано с заболеваниями, обусловленными данной патологией (циррозы печени, гепатоцеллюлярная карцинома и т.д.). Желтуха — одна из важнейших симптомов болезней печени, характеризующаяся окрашиванием в желтый цвет кожных покровов, склер и слизистых оболочек [1- 4]. Увеличение печени может быть обусловлено дистрофией гепатоцитов, лимфо-макрофагальной инфильтрацией, развитием регенераторных узлов и фиброза при циррозах; холестазом, очаговыми поражениями при опухолях [5-8]. Это проблема особенно важна в педиатрии, так как 60-80% от общей заболеваемости гепатитами приходится на детский возраст, а по распростра-

ненности вирусные поражения печени уступают лишь острым респираторным и кишечным инфекциям [4]. Течение и исходы заболевания печени, вызванного HBV-инфекцией, во многом определены взаимоотношениями иммунной системы организма человека и вируса. В ходе естественного течения хронической HBV инфекции выделяют несколько фаз, не обязательно последовательно сменяющих друг друга, отличающихся присутствием серологических маркеров и показателей биохимического анализа крови (HBeAg, HBV ДНК, АЛТ) [9- 12].

Особую актуальность и социальную значимость HB-вирусная инфекция приобретает в Таджикистане, который по уровню носительства HBsAg у детей (13,9%) входит в число высокоэндемичных зон [1-3]. Для сравнения – в США, Канаде, Австралии и многих Европейских странах вирусоносительство в популяции менее 1% [1, 4].

Для практического здравоохранения чрезвычайно важно исследование, направленные на выявление клинико-лабораторных отклонений, позволяющих на ранних этапах HB-вирусной инфекции прогнозировать возможность развития неблагоприятных исходов заболевания (фульминантного гепатита, формирования хронизации, первичного

рака и цирроза печени). До сих пор не потеряла значимость фраза «Мы знаем с чего начинается вирусный гепатит, но когда и чем заканчивается не знаем».

Цель работы. Оценить информационную ценность клинических признаков и результатов лабораторных и инструментальных исследований для прогнозирования развития неблагоприятных исходов при HBV-инфекции у детей, направленных для принятия мер, направленных на раннюю диагностику, назначения адекватной терапии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 167 детей с острым вирусным гепатитом В (ОВГВ) и 113- с хроническим гепатитом В (ХГВ) как в период активного патологического процесса, так и в период реконвалесценции. Диагноз установлен на основании клинико-эпидемиологических данных и результатов биохимических (определение уровня билирубина и его фракций, активности гепатоцеллюлярных ферментов, белково-осадочных проб, общего белка и белковых фракций, основных классов иммуноглобулинов, циркулирующих иммунных комплексов) серологических HBV (HBsAg анти-HBs, HBeAg анти-HBe, анти HBc IgM), морфологических и инструментальных (УЗИ) исследований.

Из 167 больных с ОВГВ у 71 (42,5%) констатирован легкая, у 48 (28,7%) среднетяжелая и у 18 (10,8%) – тяжелая форма болезни. У 30 детей диагностирован безжелтушный вариант болезни (10,8%). Детей до 1-го года было 18 (10,8%), от 1-го года до 3-лет -65 (38,9%), от 3-х до 7 лет -54 (32,3%),

от 7 до 11 лет – 18 (10,8%), старше этого возраста – 12 (7,2%).

ХГВ (при длительности заболевания более 6 месяцев) протекал с минимальной активностью патологического процесса (75,2%) и выраженной активностью (24,8%). Отмечено сцепленное с полом и этносом различия: при минимальной активности ХГВ мальчиков более 51, девочек-34, местных жителей-38, европейцев-47, при ХГВ выраженной активности соответственно 15,13,18 и 10. Катамнестическое наблюдение за наблюдаемым контингентом продолжалось от 1-го до 12 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Преджелтушный период при ОВГВ наиболее часто сопровождался астено-вегетативным синдромом (79,5%), симптомами интоксикации выраженность которых соответствовал тяжести заболевания. У 10,3% больных отсутствовали признаки преджелтушного периода. Данная стадия ОВГВ продолжалась у большинства больных 5-7 дней (8,7%), у остальных- до 2-х недель. Следует подчеркнуть, что дебют заболевания был коротким при тяжелых формах патологического процесса, что соответствует данным других авторов [4].

Период разгара заболевания характеризовался нарастанием симптомов интоксикации, появлением иктеричности кожи и склер желтуха была довольно интенсивной при тяжелых формах болезни, менее яркой при среднетяжелой и легких формах ОВГВ. Обычно этот симптом выявлялся в течение 10-14 дней, но у 25% детей иктеричность

сохранялась более продолжительное время (3-4 недели).

Увеличение размеров печени до 3-х см из под края реберной дуги отмечено у 10,7% больных, от 3-х до 5см у 64,3%, больше 5см- у 25%. В числе последних были в основном дети со среднетяжелой и тяжелой формами болезни. Нормализация размеров печени во время пребывания в стационаре не произошла ни у одного ребенка, ко дню выписки отмечено некоторое уменьшение ее размеров. Спленомегалия была констатировано у 13,4% детей, у 1/3 из них селезенка достигала нормальных размеров к концу пребывания в стационаре.

Периоду разгара была свойственна гипербилирубинемия за счёт прямой фракции, повышение активности АлАТ и АсАТ у многих детей- нарушение белково-осадочных проб. Уровень билирубина как одного из индикаторов тяжести ОВГВ был при легкой форме $64,7 \pm 3$ (мкмоль/л, при среднетяжелой $12,3 \pm 7,3$, при тяжелой- $152,4 \pm 9,7$). Повышение уровня билирубина в крови у 39,0% сохранялось менее 2-х недель, у 30,5% на протяжении 2-3-х недель и у такого-же количество больных около месяца (преимущественно у больных со среднетяжелой и тяжелой формами болезни).

Показатели уровня циркулирующих иммунных комплексов были в пределах нормы у 41,9% детей, умеренное их повышение (до 0,600 ед. оптической плотности) у 55,8% больных, высокие значения- всего лишь у 2,3%. Нормализация уровня данного теста за период пребывания в стационаре отмечено у

1/3 детей, имевших исходно повышенные значения.

НВsAg обнаружен у 158 больных, НВеAg у 45%, анти-НВсAg IgM- у всех; у 44,9% детей в остром периоде заболевания и у 93,4% больных в период реконвалесценции констатирована сероконверсия НВеAg на анти – Нbe.

ХГВ минимальной активности диагностирован у 4-х детей до 1-го года, у 47- в возрасте 1-3 года, у 26 от 3-х до 6 лет, у 7 от 7 до 11 лет и у одного- в возрасте 12 лет; ХГВ с выделенной активностью соответственно у 2-х, 6, 14, 5 и 1 ребенка.

У всех детей с ХГВ минимальной активности печень выступала на 3-5см из под края реберной дуги, спленомегалия выявлена у 38,8%. Из вышеперечисленных признаков наиболее часто регистрировались носовые кровотечения (12,9%), сосудистые «звездочки» (11,8%), пальмарная эритема (17,6%), экзантема (10,6%), артралгия- у 3-х, боли в животе – у 11,3% детей.

Умеренное повышение гепатоцеллюлярных ферментов (более 3-х ммоль/гл) выявлено у каждого десятого ребенка, у остальных отклонения были незначительными. Показатели тимоловой и сулемовой проб были изменены соответственно у 65% и 70,6% детей. При нормальных показателях общего белка сыворотки крови, выявлены отклонения в содержании его фракции. Гипоальбуминемия имела место у 22,3% больных, гипергаммаглобулинемия – у 91,7%.

Уровень циркулирующих иммунных комплексов у 56,3% больных был умеренно повышен, у 17,1%-значительно (от 0,600 до 1,000 ед оптической плот-

ности), у остальных в пределах нормы. Основные классы иммуноглобулинов исследованы у 34 больных. Дисиммуноглобулинемия имела неоднородный характер (увеличение IgG установлено у 25 больных, IgM – у 22, снижение IgA – у 19. HBsAg выявлен у всех детей, HBeAg у 3-х, а у остальных анти- HBe, анти-HBc Ig обнаружен у 6 больных. УЗИ показало незначительные отклонения в структуре печени.

Морфологическое исследование гепатобиопсии 67 больных выявило незначительную воспалительную инфильтрацию, скудный очаговый фиброз в зоне портальных трактов, расширение портальных полей, интактность пограничной пластинки, слабовыраженные дистрофические изменения гепатоцитов. В ходе катамнестического наблюдения констатировано восстановление размеров печени у 15,3% детей, селезенки – у 84,8%. Белково-осадочные пробы у 78,0% больных достигли допустимых параметров, нормализация показателей иммунных комплексов выявлена у 39,0% детей. Гипоальбуминемия исчезла у всех, гипербетаглобулинемия – у 45,0%, гипергаммаглобулинемия – у ¼ больных.

Анализ течения ХГВ минимальной активности показал, что у 51 больных наступает стойкая ремиссия, у остальных ремиссия была непродолжительной (у 19 больных) или без нее (у 15 детей). ХГВ выраженной активности характеризовалась отчетливой гепатомегалией (более чем на 5см), спленомегалией (82,1%), пальмарной эритемой (42,9%), сосудистые «звездочки» (32,1%), носовые кровотечения (28,6%). Активность

АлАТ и АсАТ была повышена у всех детей (42,9% показатели превышали 3-х ммоль/чл; у 67,9% больных гиперферментемия сохранялась стабильно в течение 4-5 лет наблюдения). Результаты исследования белково-осадочных проб выявили повышение показателей тимоловой (82,2%) и снижение сулемовой (76,4%). Констатировано также отклонение соотношения белковых фракций сыворотки крови, а именно снижение концентрации альбумина (32,2%), повышение количество бета (83,1%) и гаммаглобулинов у всех детей.

Уровень циркулирующих иммунных комплексов у всех обследованных был высоким: до 0,600ед. оптической плотности- лишь у 6 больных, у остальных – от 0,600 до 1,000ед оптической плотности ($p < 0,05$). Основные классы иммуноглобулинов исследованы у 17 детей. Количество IgA было снижено у 10 больных, повышено у 7, IgM и IgG были в пределах нормативных показателей у 4 и 1, снижено у 5 и 6, повышено – у 8 и 10 соответственно.

HBsAg был выявлен у всех детей, HBeAg у 6-х, анти- HBe – у 21, анти- HBc IgM у 7 больных.

УЗИ печени выявлено редкие, но высокие (около 3-хсм) импульсы исходящие от линии развертки у 1/3 больных, у остальных эхо сигналы были частыми, такими же высокими, частично исходящими развертки. «Плато» не выявлено ни у одного ребенка.

Морфологическая верификация диагноза проведена у 26 больных. В биоптатах печени выявлена умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация, фиброз в портальных трактах, дистро-

фия и очаговый некроз гепатоцитов. У 12 детей отмечено явное нарушение целостности пограничной пластинки, у остальных она была изменена незначительно. Дольковая архитектура печени у всех больных была сохранена.

В процессе диспансерного наблюдения отмечена нормализация размеров печени у 10,7% детей, селезенки – у 39,2%. Тимоловая проба достигла допустимого уровня у 52,2%, сулемовая – у 22,2%. Нормализация циркулирующих иммунных комплексов отмечено лишь у двоих детей из 28 обследованных. Картина УЗИ печени нормализовалась у 4 больных, у 16 изменения сохранялись незначительно.

ХГВ выраженной активности характеризуется продолжительной гиперферментемией (но активность АсАТ и АлАТ при этом не превышали 2-3 ммоль/ч.л.), у 28,6% детей к 3-5 годам катamnестического наблюдения отмечается стойкая или непродолжительная ремиссия.

Таким образом, клиническая симптоматика отклонения со стороны лабораторных показателей находятся в прямой зависимости от тяжести патологического процесса в печени. К числу информативных показателей характеризующих степень тяжести заболевания и риска развития злокачественных форм ОВГВ у детей могут быть следующие: ранний возраст (до 1 года), короткий преджелтушный период, выраженность симптомов интоксикации в желтушном периоде, геморрагический синдром (рвота «кофейной гущей»), выраженность желтухи, уменьшение размеров печени, изменение ее консистенции

(край становится мягким), болезненность при пальпации.

Из лабораторных тестов в этом плане более характерно повышение уровня билирубина до высоких цифр, нарушение его конъюгации и захвата (одновременное повышение непрямой фракции) билирубин- ферментная (выраженная гипербилирубинемия на фоне незначительного повышения гепатоцеллюлярных ферментов) и билирубин-протеиновая (повышение уровня билирубина и снижение содержания белка) диссоциация (5,6). Падение протромбинового индекса (нулевые значения всегда свидетельствует о неблагоприятном прогнозе), выраженная диспротеинемия, резкое уменьшение показателей В-липопротеидов. Массивное падение возбудителя в организме (переливание инфицированной крови), низкие показатели СОЭ (1-2мм/час при выраженной интоксикации), также должны быть включены число факторов риска развития неблагоприятных исходов ОВГВ у детей [1,4].

Длительное сохранение патологического процесса при ХВГ, свидетельствует о высоком риске формирования неблагоприятных исходов (цирроз печени и гепатоцеллюлярной карциномы).

Хотя по нашим наблюдениям эти исходы при хронической НВ-вирусной- инфекции тем не менее вероятного всего эти последствия могут в более старшем в более старшем возрасте. Наиболее информативным в плане ХГВ могут быть выраженная гепатоспленомегалия, плотная консистенция печени, нарушение ее белково - синтетической активности. В пользу ин-

формативности последних, свидетельствуют морфологические исследования гепатобиопсии проведенных у этих же детей. Кроме того наблюдается корреляция показателей уровня данного метода с активностью процесса в печени. Так высокие цифры циркулирующих иммунных комплексов часто встречались у детей с ХГВ ($p < 0,001$). У последних также установлен высокий процент снижения показателей данного теста в процессе катамнестического наблюдения по сравнению с ХГВ выраженной активности ($p < 0,005$).

Известно также существование четкой взаимосвязи между активностью патологического процесса при ХГВ и концентрацией HbsAg [1]. Наши исследования также подтверждают эту зависимость. Так, высокие концентрации HbsAg (о чем свидетельствует его обнаружение методом реакции преципитации в геле. При ХГВ минимальной активности были обнаружены активности были обнаружены у 52,9% больных, ХГВ выраженной активности у 78,6% ($p < 0,005$). Циркуляция в крови HbsAg и особенно анти HBcIgM являются также свидетельством продолжающегося активного патологического процесса в печени и коррелируют обычно с периодом обострения ХГВ выраженной активности. Это обстоятельство связано с тем, что активная репродукция HB вируса способствует более выраженной экспрессии его антигенов на поверхность печеночных клеток и возникновению более активных иммунопатологических реакций, повышающих риск развития неблагоприятных исходов ХГВ.

Анализ результатов УЗИ печени проведенное при различных формах хронической HB вирусной инфекции дает основание считать, что данный метод позволяет выявить изменения в микроструктуре печени в зависимости от длительности и степени активности патологического процесса в ее ткани. Хотя по информативности он полностью не заменяет морфологическое исследование, тем не менее, в комплексе с клинико-биохимическими, иммунологическими и серологическими данными способствует своевременной постановке диагноза, а также позволяет выявить степень активности патологического процесса в динамике и следить за ходом восстановления структуры печени. Это представляется чрезвычайно важным в плане катамнестического наблюдения за детьми с хроническим гепатитом и возможно коррекция лечения. Информативность данного метода не вызывает сомнений о чем свидетельствует совпадение в большинстве случаев результатов УЗИ с морфологическим исследованием гепатобиопсии, что необходимо принимать во внимание в педиатрической практике, когда проведение прижизненной пункционной биопсии печени, по целому ряду известных причин, не представляется возможным. Важными аргументами в пользу УЗИ печени при обследовании и мониторинге хронической заболелании печени является доступность, неинвазивность и малозатратность метода [4].

Морфологическая картина цирроза печени не была выявлена ни в одном случае при ХГВ у детей, несмотря на заметные отклонения в гистострукту-

ре печени, вплоть до изменений в пограничной пластинке при выраженной активности патологического процесса. Представляется важным дальнейшее наблюдение за этой категорией больных поскольку не исключена вероятность формирования цирроза печени в будущем.

К фактором риска формирования ХГВ можно также отнести сепление с калом и этносом различия: среди обследуемого контингента мальчиков было больше, у детей- европейцев встречались менее активные формы заболевания по сравнению с местными жителями. Аналогичные данные получены другими авторами у взрослых [3, 4].

Обобщая данные о хроническом течении НВ вирусной инфекции можно констатировать, что поражение печени минимальной активности в большинстве случаев заканчивается стойкой ремиссией, нередко с полным исчезновением всех клинико-лабораторных болезней; ХГВ с выраженной активностью патологического процесса протекает длительно с редкими и непродолжительными ремиссиями.

Следовательно, по нашим данным ХГВ у детей характеризуется доброкачественным и благоприятным течением, о чем свидетельствует отсутствие высокоактивные формы болезни, формирование цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. Учитывая развитие неблагоприятных исходов в будущем, необходимо продолжить катамнестическое наблюдение при наличии изменений результатов лабораторных исследований под эгидой подростковой и взрослой службы здравоохранения.

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что до сих пор вирусные гепатиты, особенно вирусный гепатит В, остаются серьезной проблемой здравоохранения в Таджикистане в связи с высокой их распространенностью и формированием неблагоприятных исходов и своим латентным течением. Обобщая данные о хроническом течении НВ вирусной инфекции можно констатировать, что поражение печени минимальной активности в большинстве случаев заканчивается стойкой ремиссией, нередко с полным исчезновением всех клинических симптомов и лабораторных показателей. ХГВ с выраженной активностью патологического процесса протекает с редкими и непродолжительными ремиссиями.

Выводы.

1. До сих пор вирусные гепатиты (особенно вирусный гепатит В) остаются серьезной проблемой здравоохранения Республики Таджикистан в связи с высокой распространенностью, формированием неблагоприятных исходов и латентным течением.

2. Преджелтушный период часто сопровождался астено-вегетативным синдромом (79,5%) и симптомами интоксикации, выраженность которых соответствовало тяжести заболевания.

3. Поражение печени минимальной активности в большинстве случаев заканчивается стойкой ремиссией, нередко с полным исчезновением всех клинико-лабораторных признаков.

4. Хронический вирусный гепатит В с выраженной активностью патологического процесса протекает с редкими и непродолжительными ремиссиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В. Т. Алгоритмы диагностики и лечения в гепатологии. Справочные материалы / В. Т. Ивашкин, М. В. Маевская, М. С. Жаркова, И. Н. Тихонов, Е. А. Федосьина, Ч. С. Павлов. - М: Медпресс-информ, 2016 - 176 с.

2. Ивашкин В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной - М// ГЭОТАРМедиа. - 2018. - ISBN 978-5-9704-4406-1 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.htm>.l 61

3. Ивашкин В. Т. Лекарственные поражения печени (клинические рекомендации для врачей) / В. Т. Ивашкин, А. Ю. Барановский, К. Л. Райхельсон с соавт.// - Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2019. - № 1. -С. 101–131. Дополнительная

4. Моисеев В.С. Внутренние болезни. В 2 т. Т. 2.: учебник / В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин// - 3-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2015. - С. 896 - ISBN 978-5-9704-3311-9 - Режим доступа: Электронная библиотека медицинского вуза «Консультант студента»: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433119.html>.

5. Рекомендации Европейской ассоциации по исследованию печени. EASL. - 2015 EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis B. - 2015.

6. Руководство по хроническому гепатиту В: профилактика, помощь и лечение», ВОЗ, Женева, 2015. - С. 166.

7. «Руководство по скринингу, оказанию помощи и лечению при хронической инфекции, вызванной вирусом гепатита С. ВОЗ. Женева. - 2016.

8. Рекомендации Европейской ассоциации по исследованию печени, EASL. - 2016 EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C. - 2016.

9. Рахманова А.Г. Хронический вирусный гепатит С и цирроз печени / А.Г. Рахманова, А.А. Яковлев// - Санкт Петербург. - 2016.

10. Технические вопросы и определения случая для повышения эффективности над-

зора за вирусными гепатитами. ВОЗ. Женева. - 2016. - С. 167.

11. Учайкин, В. Ф. Руководство по детским инфекционным болезням / В.Ф. Учайкин. - 2014. - С. 576.

12. Ющук Н.Д. Вирусные гепатиты. Клиника, диагностика, лечение. / Н.Д. Ющук, Е.А. Климова// - ГЭОТАРМЕДИА. - Москва. - 2015

REFERENCES

1. Algorithms for diagnosis and treatment in hepatology. Reference materials / V. T. Ivashkin, M. V. Maevskaya, M. S. Zharkova, I. N. Tikhonov, E. A. Fedosyina, Ch. S. Pavlov. - M: Medpress-inform, 2016 - 176 p.

2. Ivashkin V.T. Gastroenterology. National leadership [Electronic resource] / ed. V. T. Ivashkina, T. L. Lapina - M. // GEOTARMedia. - 2018. - ISBN 978-5-9704-4406-1 - Access mode: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.htm>.l 61

3. Ivashkin VT Medicinal lesions of the liver (clinical recommendations for doctors) / VT Ivashkin, A. Yu. Baranovsky, K. L. Raikhelson et al. // - Russian journal of gastroenterology, hepatology, coloproctology. - 2019. - No. 1. -S. 101-131. Additional

4. Moiseev V.S. Internal illnesses. In 2 volumes. T. 2. [Electronic resource]: textbook / V.S. Moiseev, A.I. Martynov, N.A. Mukhin // - 3rd ed., Rev. and add. - M.: GEOTAR-Media. - 2015. - P. 896 - ISBN 978-5-9704-3311-9 - Access mode: Electronic library of the medical university "Student's Consultant": <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433119.html>.

5. Recommendations of the European Association for the Study of the Liver. EASL. - 2015 EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis B. - 2015.

6. Guidelines for chronic hepatitis B: prevention, care and treatment ", WHO, Geneva, 2015. - P. 166.

7. "Guidelines for screening, care and treatment for chronic hepatitis C virus infection. WHO. Geneva. - 2016.

8. Recommendations of the European Association for the Study of the Liver, EASL. - 2016

EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C. - 2016.

9. Rakhmanova A.G. Chronic viral hepatitis C and liver cirrhosis / A.G. Rakhmanova, A.A. Yakovlev // - Saint Petersburg. - 2016.

10. "Technical issues and case definitions to improve the effectiveness of viral hepatitis surveillance". WHO. Geneva. - 2016.-- S. 167.

11. Uchaikin, VF Guidance on children's infectious diseases / VF. Uchaikin. - 2014.-- S. 576.

12. Yushuk N.D. Viral hepatitis. Clinic, diagnostics, treatment. / N. D. Yushchuk, E.A. Klimova // - GEOTARMEDIA. - Moscow. - 2015

ХУЛОСА

Н.Ф. Файзуллоев, Н. М. Хочаева

АРЗЁБИИ МАЪЛУМОТИ НАТИЧАҲОИ ОМУЗИШИ КЛИ- НИКИЮ ЛАБОРАТОРӢ ОИД БА ПЕШГИРӢ ВА ОҚИБАТИ СИРОЯТИ ВИРУСИ НВ ДАР КӮДАКОН

Мақсади таҳқиқот. Арзёбии арзиши иттилоотии аломатҳои клиникӣ ва натиҷаҳои таҳқиқоти лабораторӣ ва инструменталӣ барои пешгӯии рушди оқибатҳои номатлуб дар сирояти НВВ дар кӯдакон, ба андешидани тадбирҳои муфид барои ташҳиси барвақтӣ ва таъини табобати мувофиқ нигаронида шудаанд.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Дар зер назорат ва тадқиқот 167 кӯдаки гирифтори гепатити шадиди вирусии В (AVHV) ва 113 кӯдаки гирифтори гепатити музмини В (СНВ) ҳам дар давраи раванди фаъоли патологӣ ва ҳам дар давраи барқароршавӣ фаро гирифта шудаанд. Ташҳис дар асоси маълумоти клиникӣ-эпидемиологӣ

ва натиҷаҳои биохимиявӣ (муайян кардани сатҳи билирубин ва фраксияҳои он, фаъолияти ферментҳои гепатоцеллюлярӣ, намунаҳои сафеда-тахшинҳо, протеинҳои умумӣ ва фраксияҳои сафедаҳо, фраксияи асосии иммуноглобулинҳо дар гардиши хун) муқаррар карда шудаанд. комплексҳои иммунӣ) серологии НВВ (НВsAg anti-НВs, НВeAg anti-НВe, зидди НВс IgM), таҳқиқоти морфологӣ ва инструменталӣ (ультрасадоӣ) гузаронида шудааст.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Давраи пешаззардшавӣ дар AVHV аксар вақт бо синдроми астеникӣ-вегетативӣ (79,5%), аломатҳои захролудшавӣ, ки шиддати он ба ҳолати беморӣ мувофиқат мекард, ҳамроҳӣ мекард. Дар 10,3% беморон ягон аломати давраи пешаззардшавӣ вучуд надошт. Ин марҳилаи AVHV дар аксари беморон (8,7%) 5-7 рӯз, дар боқимонда беморон то 2 ҳафта давом мекард. Бояд қайд кард, ки оғози беморӣ дар шаклҳои вазнини раванди патологӣ кӯтоҳ буда, бо маълумоти дигар муаллифон мувофиқат мекард.

Хулоса. Дар ҳолати осебёбии минималии чигар зер таъсири сирояти НВВ вирусии қарор дошта дар аксар вақтҳо дар ҷараёни онҳо ремиссияи бардавом ба мушоҳида мерасад, ки ҳатто он бо пурра аз байн рафтани ҳама аломатҳои клиникӣ ва нишондиҳандаҳои лабораторӣ анҷом меёбад. Гепатити музмини В-и бо ҷараёни баланди патологияи чигар ҷараён ёфта қариб, ки ремиссия намедихад ва дуру дароз давом медихад.

Калимаҳои калидӣ: гепатит, кӯдакон, сироят, ремиссия.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 614.88; 616.995

Н.А. Абдурахмонов, А. Ахмедов, М.М Тошев, И.Х. Негматов, М. Гулбекова, А.Дж. Неъматзода

ОБСЕМЕНЁННОСТЬ ПРОДУКТОВ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА ЯЙЦАМИ ГЕЛЬМИНТОВ, КАК ФАКТОР РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОВ И МЕРЫ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

Кафедра биологии и фармакогнозии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Абдурахмонов Нуритдин Атакузиевич – д.б.н., и.о. зав. кафедрой биологии и фармакогнозии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» e mail: n_abdurahmonov_5@mail.ru тел: 918-98-56-46

В данной статье проведен обзор литературы посвященный вопросам обсеменённости продуктов растениеводства яйцами гельминтов, как фактор распространения гельминтов в природе и среди населения. Заражение людей инвазиями происходит различными способами. Цисты паразитических простейших и яйца гельминтов могут попадать в организм человека с плохо вымытыми овощами, ягодами, и с грязными руками. Одним из основных причин распространения глистной инвазии являются низкий уровень санитарных социально-бытовых условий, невысокое социально-экономическое развитие страны, скученность людей, недоступность антигельметных препаратов, их высокие цены, несвоевременное лечение, здоровое носительство, низкая информированность населения о путях передачи глистной инвазии, низкий эпидемиологический надзор со стороны ответственных ведомств, необеспеченность постоянной питьевой водой, особенность культурных традиций, отсутствие центральной канализации, особенно, в сельской местности, использование необеззараженных органических удобрений животного происхождения и другие. Поэтому меры борьбы с гельминтами и их профилактика являются весьма важным для сохранения здоровья населения, которому посвящена данная работа.

Ключевые слова: гельминты, паразиты, цисты, нематоды, лекарственные растения, профилактика.

N.A. Abdurahmonov, A. Akhmedov, M.M. Toshev, I.H. Negmatov., M. Gulbekova. A.J. Nematzoda

CONTAMINATION OF AGRICULTURAL PRODUCTS WITH HELMINTH EGGS, AS A FACTOR IN THE SPREAD OF HELMINTHS AND MEASURES FOR ITS PREVENTION

Department of “Biology and Pharmacognosy” NOU “Medical and Social Institute of Tajikistan”

Abdurakhamonov Nuritdin Atakuzievich - D. B.N., I.O, Head. Department of Biology and Pharmacognosia NOU “Medico-Social Institute of Tajikistan” E-mail: N abdurahmonov 5 @ mail / ru. Tel: 918 98 56 46.

This article conducted a review of the literature dedicated to the issues of crop production of crop eggs with helminths, as a factor in the propagation of helminths in nature and among the population. Infection of people invasions occurs in various ways. Cysts of parasitic simple and helminth eggs can fall into the human body with poorly washed vegetables, berries, and with dirty hands. One of the main reasons for the propagation of glides invasion are the low level of sanitary socio-living conditions, the low socio-economic development of the country, the crowdability of people, inaccessible antiforms, their high prices, late treatment, healthier carriage, low public awareness of the transmission paths of glucitan invasion, low Epidemiological supervision of the responsible departments, the insecurity of constant drinking water, the peculiarity of cultural traditions, the lack of central sewage, especially in rural areas, the use of underacted organic fertilizers of animal origin and others. Therefore, measures to combat helminths and their prevention are very important to preserve the health of the population, which is devoted to this work.

Key words: *helminths, parasites, cysts, nematodes. drug plants, prevention.*

Гельминтозы – болезни человека, животных и растений, вызываемые паразитическими червями, резко отличающиеся по своей биологии от других живых возбудителей: вирусов, бактерий и др. микроорганизмов. В этиологической структуре последних 85-90% приходится на гельминты и 10-15% на протозозы [1-4]. По данным ВОЗ (2016), каждый год приблизительно каждый второй человек на планете заражается одним из трёх основных видов гельминтов, что приводит к энтеробиозу (1,2 млрд. человек) анкилостомозу (900 млн.) и трихоцефалезу (до 700 млн.). К гельминтам относят представителей ленточных червей, или цестод, сосальщиков, или трематод (обе эти группы относятся к плоским червям) и круглых червей, или нематод. Для сохранения вида все паразиты в процессе размножения покидают организм хозяина. Переходя во внешнюю среду или организм нового хозяина другому, определяют пути циркуляции паразитов и вызываемые ими заболевания животных и человека. Важную роль в понимании путей играет понятие переносчик в организме

которых паразит развивается на одном из циклов, например, для эхинококка человек является промежуточным хозяином, а волк – окончательным. По способу передачи, часто пищевое заглатывание яиц или личинок, например с водой [3-6].

Можно отдельно выделять аскариду, поскольку свежие яйца этого паразита не инвазивны (они созревают в почве около месяца, однако храниться в почве могут до 3 лет, перенося отрицательные температуры и ультрафиолет). В кишечнике человека самка аскариды откладывает ежедневно до 240 тыс. яиц. Они покрыты тремя оболочками наружная (окрашена билирубином в цвет фекалий), очень устойчивы к внешним воздействиям. В почве при определённой температуре, влажности и доступе кислорода в яйце развивается личинка. Формирование её в яйце продолжается от 2 недель до нескольких месяцев (в зависимости от температуры окружающей среды) [4-7] При попадании в кишечник человека зрелого яйца под действием пищеварительных соков личинка освобождается от оболочки и

внедряется в кровеносные сосуды стенок кишечника. С током крови личинка начинает «путешествие» по кровеносной системе к различным органам тела, но активизируется только в капиллярах легочных альвеол (личинка – аэроб, но взрослые формы анаэробны). Личинка, питаясь кровью, растёт и поднимается в бронхи, вызывая кашель (через 4-5 дней после первичной инвазии). Через откашливание и заглатывание личинка со слизью опять попадает в кишечник, где и развивается во взрослую особь. Взрослая аскарида живёт в кишечнике до года, непрерывно откладывая яйца, выходящие с калом [4-7, 10].

Представители круглых червей (нематод) – длиной 20-40 см, самец несколько меньше самки и отличается от неё загнутым в виде крючка задним концом тела. Взрослые формы населяют тонкий кишечник, могут активно ползать, продолжительность их жизни – около года; личиночные формы поражают органы дыхания. Аскаридоз – заболевание, характеризующееся интоксикацией, часто острой непроходимостью кишечника, иногда требующей экстренного хирургического вмешательства. Ещё один представитель нематод – власоглав. Длиной 2-5 см. Особенность заболевания трихоцефалеза в том, что может быть причиной развития аппендицита. В качестве характерных симптомов данного заболевания также отмечают интоксикацию и анемию [7, 9-10].

Развитие гельминтов происходит в несколько стадий, в результате которых они меняют несколько хозяев или развиваются без смены хозяев. Обычно не-

зрелые яйца выделяются во внешнюю среду, где дозревают, попадают в промежуточного хозяина, образуют личинку, которая растёт и тем или иным путём попадает в основного хозяина, где и образует половозрелую особь. Некоторые виды могут сменить до четырёх хозяев. Созревание каждой стадии возможно только в подходящих организмах-носителях, так же, как и половое размножение. То есть личинки гельминтов, имеющих хозяином копытных, при попадании в организм хищника или всеядного могут выжить, и развиваться во взрослую особь, но не отложат яиц. Гельминты имеют иммунологические отношения с организмом - хозяином, то есть зависят от иммунитета хозяина, и сами влияют на него, в результате чего не могут жить или развиваться при другой иммунной среде [7, 9-10]. Паразитизм широко распространен в природе. Приблизительно 6-7% общего числа видов животных – паразиты. Различают паразитизм истинный и ложный. При истинном паразитизме взаимоотношения паразита и хозяина закономерны и эволюционно закреплены. Истинными паразитами являются трипаномы, лейшманиозы, малярийные плазмодии, свиной и бычий цепень, аскарида и многие другие виды живых организмов. Ложный паразитизм возникает в том случае, если отдельные особи свободноживущего вида случайно попадают в организм другого вида, где сохраняют жизнеспособность и вызывают нарушения нормальной жизнедеятельности хозяина. После непродолжительного паразитирования в организме хозяина ложные паразиты погибают или

выбрасываются в окружающую среду. Обычно цисты проходят через кишечник и выделяются во внешнюю среду с фекалиями. В некоторых случаях амёбы в кишечнике человека выходят из цист и на непродолжительный период времени переходят к паразитическому образу жизни. По степени зависимости от хозяина паразиты подразделяются на факультативные и облигатные. Факультативный предполагает возможность для вида вести как свободный, так и паразитический образ жизни. Облигатные паразиты не могут размножаться вне хозяина, т. е. без питания за счет хозяина на пример аскарида. В зависимости от локализации в организме хозяина различают наружных (эктопаразитов) и внутренних (эндопаразитов) паразитов. Эктопаразиты встречаются в большинстве типов животного царства, однако паразитами человека служат, как правило, насекомые и клещи [4, 5, 7].

Паразитов, средой обитания которых служат клетки, ткани и полости тела хозяина, называют эндопаразитами. Эндопаразиты могут поражать любой орган. Известны паразиты кишечника (ленточные и круглые черви, простейшие), мочеполовой системы (шистосомы, трихомонады), паразиты печени (сосальщики), и других органов. Микропаразиты: вирусы, бактерии некоторые грибы способны обитать внутри клеток хозяина. Макропаразиты, некоторые гельминты: аскарида, трематоды, цестоды приспособились к обитанию в бескислородных условиях. Для этих паразитов характерна редукция некоторых систем органов, наличие защитных покровов, органов

прикрепления, большая плодовитость. Например, самки аскариды откладывают до 200 тыс. яиц в сутки. Заражение людей инвазиями происходит различными способами. Цисты паразитических простейших и яйца гельминтов могут попадать в организм человека с плохо вымытыми овощами, ягодами, с грязных рук. Предметы, овощи, руки, с которых инвазионное начало попадает в рот и кишечник, называют конечными факторами передачи. В процессе распространения инвазионных цист или яиц гельминтов могут последовательно участвовать различные объекты, как механические, так и биологические [5, 6, 17].

В Таджикистане наибольшее распространение имеют нематоды – паразитарные заболевания, вызванные круглыми червями (нематодами) передающиеся фекально – оральным путем. Самыми известными представителями этой группы гельминтов являются аскариды, острицы, власоглавы. У нас в стране из общего количества зарегистрированных случаев наиболее число составляли: энтеробиоз - 35%, аскаридоз - 35%, гименолепидоз -25% и другие гельминтозы - 5% [7, 11, 12].

Ухудшается ситуация по гельминтозам, связанная с заражением сельскохозяйственных животных и употреблением мяса таких животных в пищу (трихинеллёз, тениидозы). Расширение тепличного и индивидуального овощеводства, связанного с использованием удобрения почвы необезвреженными фекалиями человека, сопровождается ростом числа больных геогельминтами (аскаридоз, трихоцефалез) [7, 8, 10].

Все пастбищные угодья Таджикистана в настоящее время круглый год испытывают очень большие нагрузки. Число жвачных животных на один гектар пастбищ составляет 5-7 овец и 2-3 головы коз и несколько крупные рогатые скот. Почти весь год на пастбищах идет обсеменение яйцами и личинками гельминтов. Мелкие и крупные жвачные инвестируются личинками стронгилят с начала марта до конца осени. Заражённость мелкого рогатого скота нематодами достигает 90% при высокой интенсинвазированнойности (до 492 экз. на одну голову [7, 10]. Поэтому весьма актуально, как в практическом, так в научном плане изучение фауны, биологии, экологии и распространения гельминтозов. Особенно стронгилятозов мелких жвачных на различных экологических зонах Таджикистана. Выявление фаунистического состава нематод овец и коз, как множественной инвазии, обусловлено тем, что большое число их являются общими для этих жвачных, постоянно выпасающийся вместе [7, 8, 13].

Учеными Таджикистана в результате исследований органов пищеварительного и лёгочного тракта, методами копрологических анализов и дифференциальной диагностики обнаружено 20 видов гельминтов, которые относятся к подотряду Strongylata. Из них 19 являются паразитами пищеварительного тракта и один вид (*Dictyocaulus filaria*) лёгочного. Отмечено очень широкое распространение стронгилятозов среди овец и коз. Заражённость некоторыми их видами составляет от 32 до 88% при интенсинвазированнойности 45 - 492 экз. земпляров [7-9].

В результате применения высокоэффективных антигельминтных препаратов инвазированность поголовья мелкого и крупного рогатого скота некоторыми гельминтозами снижается. Заражённость жвачными трематодами колебалось от 2 до 11% при интенсинвазированнойности 4 – 73 экз. цестодами 5-95% и 4-29 экз. или пузырь, нематодами в. ч. стронгилятами пищеварительного и лёгочного тракта 2- 90% и 12-1640 экз. [10, 15].

Основные причины распространения глистной инвазии: низкий уровень санитарных, социально-бытовых условий, невысокое социально-экономическое развитие страны, скученность людей; особенности культурных традиций; необеспеченность постоянной проточной, централизованной питьевой водой, необеспеченность центральной канализацией, использование природных необеззараженных удобрений, недоступность антигельминтных препаратов, их высокие цены, несвоевременное лечение, здоровое носительство, низкая информированность населения о путях передачи глистной инвазии, низкий эпидемиологический надзор со стороны ответственных ведомств [7, 10, 15, 17].

Почва является фактором распространения различных инфекционных и инвазионных болезней. В ней постоянно находятся возбудители раневых инфекций и эпидемических заболеваний. Кроме того, в почве в течение нескольких лет могут сохраняться яйца гельминтов. И во время возделывания овощей, картофеля и ягод, особенно в месте с урожаем корнеплодов (репа, редка, морковь, лук, картофель, клуб-

ника и др.) сохраняется долго. И при несоблюдении санитарных, гигиенических норм и правил приготовления салатов, мясных и овощных блюд очень легко могут попасть в кишечник людей и животных [10, 16, 17].

Распространение гельминтозов привязано к определённой территории и зависит от природных и социальных факторов. Некоторые из гельминтов встречаются повсеместно, другие – чаще на территории определённых географических регионов. Природные условия включают в себя климат, характер почв, или отсутствие необходимых для жизненного цикла паразита хозяев или переносчиков. Распространение паразитов с простым жизненным циклом в значительной степени зависит от социальных условий [5, 6]. Так как на территории республики Таджикистане существуют благоприятные природные условия для развития яиц аскарид и бычьего цепня, однако в городах аскаридоз и трихоцефалез распространён в значительно меньшей степени, чем в кишлаках и небольших посёлках, где нет проточной канализации и существует обычай удобрять сады и огороды необезвреженными человеческими фекалиями [7, 8, 17].

Острицы и аскариды живут повсеместно на всём земном шаре. Власоглав широко распространён во влажных районах тропического, субтропического и умеренного климата. Бычий цепень – встречается повсеместно в регионах развитого скотоводства. Обычно активные очаги заражения существуют в Закавказье и Средней Азии. Карликовый цепень живёт повсеместно,

преимущественно в зонах с сухим и жарким климатом Средней Азии. Печёночный сосальщик распространён повсеместно. Спорадические заболевания регистрируют на северо-западе России, Закавказье и Средней Азии [3, 10, 16]. Яйца большинства гельминтов обладают феноменальной устойчивостью к неблагоприятным воздействиям. Капсулы с личинками трихинелл переносят не только замораживание, кипячение, но и многократное прохождение через пищеварительную систему рыб, птиц, насекомых и ракообразных, не теряя жизни способности. Нередко паразиты даже модифицируют поведение одних хозяев таким образом, что в результате облегчается их попадание к другим. Так, рыбы, поражённые личинками ленточных червей, плавают в основном у поверхности воды и чаще вылавливаются рыбаками и хищными животными [18]. У млекопитающих, существует комплекс условий и он часто неспецифичен: температура тела около 37°C, водная среда и высокая её кислотность, а также наличие ферментов желудочного сока. Такие условия характерны для желудка любого млекопитающего, поэтому цисты, яйца и другие инвазионные стадии паразитов, у разных млекопитающих могут, попадая в желудок человека, начинать развитие. Иллюстрируя конвергентный характер эволюции организмов разных видов, классов и типов, адаптирующихся к сходным условиям [6, 14, 17].

Лечение гельминтозов – очень обширный раздел. Сюда входят самые различные нозологические единицы: аскаридоз и альвеококкоз, цистицеркоз

и эхинококкоз, трихинеллёз и шистосомоз. В общей практике применяются препараты альбендазола, мебендазол – при цестодах, левамзола, пирантела, пиперазина и авермектина. В тяжёлых случаях: препараты эфедрина, адреналин и др. [7, 17].

С переходом на рыночную экономику интерес к лекарственным растениям значительно возрос, а поиски новых лекарственных растений с каждым годом все больше и больше увеличиваются. Лекарственные растения являются живыми организмами и синтезируют вещества, более физиологичные по отношению к организму животных и человека, чем синтетические препараты, получаемые на химических фабриках. Более того растения и их препараты действуют на больной организм мягко, не вызывая побочных явлений, хотя терапевтический эффект развивается медленно, но он продолжителен. Широкое применение растительного сырья, из которого готовят лекарственные препараты, имеет особое значение в медицине и ветеринарии. Поскольку они стоят дешевле синтетических, что будет способствовать снижению себестоимости продукции [19, 21, 22].

По предварительному подсчету, в Таджикистане произрастает свыше 150 видов растений, применяемых и рекомендованных в научной медицине, более 1500 видов используются в народной медицине [23]. Противоглист-ные средства, применяемые против кишечных гельминтов, подразделяются на две группы: 1) вещества, действующие на круглых червей – нематод, к которым относятся аскариды, острицы,

власоглав, анкилостомиды, кишечные игрецы и трихостронгилиды; 2) вещества, действующие на плоских червей, цестод, к которым относятся широкий лентец, вооруженный цепень, невооруженный цепень и карликовый цепень [24]. Механизм действия большинства противоглистных средств растительного происхождения состоит в том, что они вызывают или интенсивное сокращение, или паралич мускулатуры паразита, лишая его способности удерживаться в кишечнике. При достаточной интенсивности действия препарата может наступить гибель гельминтов. Многие глистогонные средства при всасывании в кровь оказывают вредное действие на организм человека. Лечение противоглистными средствами проводят по определенному плану: накануне производят очищение кишечника, на другой день после легкого завтрака или натощак вводят лекарство, затем снова дают слабительное, чтобы удалить из кишечника паразитов и остатки глистогонного препарата. [24-26].

Таким образом, в новых социально – экономических условиях развития республики до сих пор имеются определенные недостатки в плане профилактики глистной инвазии среди членов семей, обусловленные несоблюдением правил личной гигиены (обязательная обработка рук, продуктов питания перед употреблением пищи и предметов кухонного обихода; воздержание от купания в загрязнённых пресных водоёмах, расположенных неподалеку от пастбищ и водопоев животных; регулярная санитарная обработка предметов обихода и мест проживания детей и школьников;

тщательная термическая обработка сырой рыбы и мяса, перед употреблением в пищу, особенно шашлыков и барбекю), дегельминтизация домашних животных и уличных питомцев (дворовых собак и кошек) при помощи лекарственных растений (кашицы, настой и отвар), запрещение выбросов канализационных труб в окружающую среду в небольших городах и посёлках, на тепличных хозяйствах и в приусадебных участках, запрещение использования органических удобрений без обеззараживания, особенно фекалиями.

Исходя из вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. Распространение паразитов зависит как от природных, так и от социальных факторов. Социальные факторы, это уровень санитарной культуры населения, образа и укладки традиционной жизни, сферы деятельности, видов работ и пищи, а также материальной обеспеченности людей. Природные условия и факторы - это климат, характер наличия или отсутствия необходимых для жизненного цикла паразита хозяев или переносчиков.

2. В Таджикистане существуют благоприятные природные условия для развития яиц гельминтов. Обычно цисты проходят через кишечник и выделяются во внешнюю среду с фекалиями.

3. Заражение людей инвазиями происходит различными способами. Цисты паразитических простейших и яйца гельминтов могут попадать в организм человека при употреблении продуктов питания плохо вымытыми руками.

4. В процессе распространения инвазионных цист или яиц гельминтов мо-

гут последовательно участвовать различные объекты, как механические, так и биологические.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абу Али Ибн Сина. Канон врачебной науки / Авиценна // Книга 2, - Ташкент: «Фан», 1980.

2. Справочник по защите растений / Под редакцией А.О.Сагитова, Ж.Д. Исмухамбетова. – Алматы, 2004. - 320 с.

3. Программа против гельментных болезней в Республике Таджикистан на 2011-2015 гг. (Барномаи мубориза бо бемориҳои гельминтӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2011-2015)

4. Джереми Тейлор. Здоровье по Дарвину: Почему мы болеем и как это связано с эволюцией / Jeremy Taylor // “Body by Darwin: How Evolution Shapes Our Ytalth and Transforms Medicint”. -М. Альпина Паблшер,: 2016. - 333 с.

5. Скрябин, К.И. Определитель паразитических нематод. Стронгиляты: монография / К.И.Скрябин// - М. 1952. - 890 с.

6. Скрябин К.И. Основные этапы развития гельминтологии в СССР за 50 лет: монография / К.И. Скрябин // Паразитология. Т. 1, Вып.5, 1967. - С. 354-369.

7. Ортикова М.М. Распространенность часто встречаемых глистных инвазий в Республике Таджикистан и пути совершенствования профилактической деятельности на уровне первичной медико - санитарной помощи: автореф.. дис...канд. мед. наук: 14.02.03. / Ортикова Мунира Мамуржоновна. – Душанбе, 2020. - 32с.

8. Холбеков М.Ё. Краткий курс медицинской биологии: учебное пособие / М.Ё.Холбеков, О.А.Ризоева О.М. Шахсуфбекова//. - Душанбе. «Эр-граф», 2020, - 152 с.

9. Абуладзе, К.И. Практикум по диагностике инвазивных болезней сельскохозяйственных животных: учебное пособие / Абуладзе К.И., Акбоев М.Ш. и др.// – М.: Колос, 1984. - С. 112-127.

10. Худойдодов Б.И. Видовой состав стронгилят овец и коз в равнинной зоне Центрального Таджикистана: / Б.И. Худойдодов // Доклады Таджикской Академии сельскохозяйственных наук. Душанбе. 2018. №1. -С. 68-71.

11. Мухитдинов С.М. Нематодҳои паразитӣ (муфтхӯр). Вобастагии нематодҳо ба ғизо / С.М.Мухитдинов, Н.Ш.Саидов, Ш.Б. Баротов // Дар китоби:Усулҳои биологии ҳифзи растаниҳо аз зараррасонҳо. Душанбе. 2007. - С. 70-77

12. Болдырева Е.П. Биология, экология и эффективность паразита кровяной тли- афилины (Aphelinus mali Hold) в Таджикистана.: автореф. дис...канд. биол. наук: 06.00.11 / Болдырева Е.П. Душанбе. 1974. - 24 с.

13. Тряпикин В.А. Паразиты и хищники вредители сельскохозяйственных культур. / В.А.Тряпикин, В.А.Шапиро, В.А. Щепетильникова // Ленинград. 1983. - 217 с.

14. Холбеков, М.Ё. Биологияи тиббӣ: учебное пособие /Холбеков М.Ё.// Душанбе: ”Эр-граф” 2018. – 395 с.

15. Разиқов Ш.Ш. Ассоциация гельминтов у овец в предгорной зоне Таджикистана / Ш.Ш.Разиқов, Э.А.Монилова, Б.И.Худойдодов // Материалы пятой международной конференции “Экологические особенности биологического разнообразия”. Худжанд. 13-14 мая 2013 г. - С. 100-101.

16. Разиқов Ш.Ш. Стронгилятозы овец и коз в Центральном Таджикистане / Ш.Ш.Разиқов, Б.И.Худойдов, Г.Н. Каримов // Материалы международной научной конференции “Теория и практика борьбы с паразитарными болезнями” Выпуск 18. Москва. 16-17 мая 2017. ФГБНУ ВНИИП им. Скрыбина. 2017. - С.370-373.

17. Богдавленский Ю.К. Биология для студентов медицинских ВУЗов: учебное пособие / Ю.К. Богдавленский// – М «Медицина» 1985. –С. 448-533.

18. Шабунов А.А. Паразиты рыб, земноводных и чайковых птиц в экосистемах крупных водоёмов Вологодской области: монография / А.А.Шабунов, Н.М. Радченко. Вологодский государственный технический

университет, Рец.: Н.А. Рыбакова, И.В. Филоненко// Вологда: ВоГТУ, 2012. - 244 с.

19. Жоробеков М.И. Лекарственные растения, применяемые при лечении животных (в помощь фермеру) / М.И. Жоробеков, М.Б.Айтматов, А.Э.Эргешов, С.А.Абдырасулов// Бишкек. 2003. - 118 с.

20. Авакянц Б. Лекарственные растения в ветеринарной медицине: монография / Б. Авакянц// - Москва: “Аквариум ЛТД”, 2001. - 210 с.

21. Мазнев Н.И. Народные способы лечения болезней: монография / Н.И. Мазнев// – Москва. “Медицина”, 1984. - 317 с.

22. Рабинович М.И. Ветеринарная фитотерапия: монография / Рабинович М.И// – Москва. “Знание, 1983. - 125 с.

23. Каримов Х.С. Некоторые биологические особенности и способы вегетативного размножения представителей рода EREMURUS ВIEB южной части Гиссарского хребта: автореф. дис. ... канд. биол. наук: 03.02.01 / Каримов Хасан Сайфуллоевич// - Душанбе, 2020. - 54 с.

24. Волынский Б.Г. Растения, содержащие противоглистные вещества / Б.Г.Волынский, К.И. Бендекр и др. // в кн. Лекарственные растения в научной и народной медицине, 1981: Саратовский Университет, 2981, - С. 210-218.

25. Соколов С.Я. Справочник по лекарственным растениям: /С.Я. Соколов, И.П. Замотаев // Москва, Изд-во: «Медицина», 1990. -188 с.

26. Ужегов, Г.Н. - 2500 рецептов целителей древности: монография / Г.Н. Ужегов// Донецк, Изд-во: «Сталкер», 2002. - 176 с.

REFERENCES

1. Abu Ali Ibn Sina. Canon of Medicine / Avicenna, // Book 2, - Tashkent: “Fan”, 1980.

2. Guide to plant protection / Edited by AO Sagitov, Zh.D. Ismukhambetov - Almaty, 2004, -320 p.

3. The program for the fight against helminthiasis in Tajikistan for the period 2011-2015.

4. Jeremy Taylor. Darwin’s Health: Why We Get Sick and How It Is Related to Evolu-

tion / Jeremy Taylor, / "Body by Darwin: How Evolution Shapes Our Ytalth and Transforms Medicint." - M. Alpina Publisher,; 2016.-333 p.

5. Skryabin K.I. Keys to parasitic nematodes. Strongylates: monograph / Skryabin K.I., M. 1952, -890 p.

6. Skryabin K.I. The main stages of the development of helminthology in the USSR for 50 years: monograph / Skryabin K.I. Parasitology. T. 1, Issue 5, 1967., p. 354-369.

7. Ortikova M.M. –The prevalence of frequently encountered helminthic invasions in the Republic of Tajikistan and ways to improve preventive activities at the level of primary health care: abstract of thesis... cand. Honey. Sciences: 14.02.03./ Ortikova Munira Mamurzhonovna, Dushanbe 2020, -32s.

8. Holbegov M.Y. - A short course in medical biology.: study guide / Kholbegov M.Y., Rizoeva O.A., Shakhsufbekova O.M. Dushanbe "Er-graph", 2020, -152 p.

9. Abuladze K.I., - Workshop on the diagnosis of invasive diseases of farm animals: a tutorial. / Abuladze K.I., Akboev M.Sh. et al. M, Kolos, 1984 p. 112-127.

10. B.I. Khudoidodov Species composition of strongylate sheep and goats in the plain zone of Centralgo Tajikistan: Khudoidodov B.I - / Reports of the Tajik Academy of Agricultural Sciences. Dushanbe, 2018, No. 1, p. 68-71.

11. Muhitdinov SM - Parasitic nematodes. Dependence of nematodes on food.: Muhitdinov SM, Saidov N.Sh., Barotov Sh.B. / In the book: Biological methods of plant protection from pests. Dushanbe, 2007, p. 70-77

12. Boldyreva E.P. Biology, ecology and efficacy of the blood aphid parasite (*Aphelinus mali* Hold) in Tajikistan.: abstract.. dis... cand. biol. Sciences: 06.00.11, / Boldyreva E.P. Dushanbe, 1974, -24 p.

13. Tryapikin VA, –Parasites and hishniks, pests of agricultural crops. / Tryapikin V.A., Shapiro V.A., Schepetilnikova V.A., / Leningrad, 1983, -217 p.

14. Holbegov M.Y. –Biology and Tibb: textbook Holbegov M.Y. Dushanbe: "Er-graph" 2018, –395 p.

15. Razikov Sh.Sh., - Associations of helminths in sheep in the foothill zone of Tajikistan: Razikov Sh.Sh., Monilova E.A., Khudoidodov B.I. / Materials of the Fifth International Conference "Ecological Features of Biological Diversity", Khujand, May 13-14, 2013 P.100-101.

16. Razikov Sh.Sh., -Strongylatosis of sheep and goats in Central Tajikistan / Razikov Sh.Sh., Khudoydov B.I., Karimov G.N. / Materials of the international scientific conference "Theory and practice of combating parasitic diseases" Issue 18. Moscow, May 16-17, 2017, FGBNU VNIIP them. Scriabin., 2017, pp. 370-373.

17. Bogoyavlensky Yu.K. Biology for medical students: textbook. / Bogoyavlensky Yu.K. - M, "Medicine" 1985., 448-533.

18. A.A. Shabunov - Parasites of fish, amphibians and gull birds in the ecosystems of large reservoirs of the Vologda region: monograph / Shabunov A.A., Radchenko N.M. Vologda State Technical University; Speaker: N.A. Rybakova, I.V. Filonenko Vologda: VOSTU, 2012, -244 p.

19. Zhorobekov M.I. - Medicinal plants used in the treatment of animals (to help the farmer) / Zhorobekov M.I. Aitmatov M.B., Ergeshov A.E., Abduyrasulov S.A., Bishkek, 2003, - 118 p.

20. Avakayants B. - Medicinal plants in veterinary medicine: monograph / Avakayants B. Moscow,: "Aquarium LTD", 2001, -210 p.

21. Maznev N.I. - Folk methods of treating diseases: monograph / Maznev Moscow: "Medicine", 1984 -317 p.

22. Rabinovich M.I. Veterinary herbal medicine: monograph / Rabinovich M.I. - Moscow,: «Knowledge», 1983, -125 p.

23. Karimov Kh.S. –Some biological features and methods of vegetative reproduction of representatives of the genus *EREMURUS* BIEB in the southern part of the Gissar ridge: abstract of thesis... cand. Biological Sciences, 03.02.01. / Karimov Hasan Sayfulloevich, Dushanbe, 2020, -54 p.

24. Volynsky B.G. - Plants containing anti-helminthic substances.: Volynsky B.G., Bendekr K.I., et al / in the book. -Medicinal plants in scientific and folk medicine, 1981, Saratov University, 2981, pp. 210-218.

25. Sokolov S.Ya. - Reference book on medicinal plants: Sokolov S.Ya., Zamotaev I.P. / Moscow, Publishing house: "Medicine", 1990, -188 p.

26. Uzhegov G.N. -2500 recipes of ancient healers: monograph / Uzhegov G.N., Donetsk, Publishing house: "Stalker", 2002, -176 p.

ХУЛОСА

**Н.А. Абдурахмонов, А. Ахмедов,
М.М. Тошев, И.Х. Негматов, М.
Гулбекова, А.Ч. Неъматзода**

**ОЛУДАШАВИИ МАҲСУЛОТИ
ХОЧАГИИ ҚИШЛОҚ БО ТУХМИ
КИЧЧАҲО ҲАМЧУН ОМИЛИ
ПАҲН ГАШТАНИ КИЧЧАҲО ВА
ТАДБИРҲОИ ПЕШГИРИИ ОН**

Дар мақолаи мазкур таҳлили адабиётҳо бахшида ба масъалаи олудашавии маҳсулоти хочагии қишлоқ бо тухми киччаҳо ҳамчун омили паҳншавии киччаҳо ва роҳҳои пешгирии онҳо оварда шудааст.

Инчунин масъалаҳои сабаб (этиология), паҳншавии киччаҳо (эпидемиология), бо роҳҳои гуногуни сироятёбии мардум аломатҳои клиникӣ ва роҳҳои пешгирии он инъикос шудааст. Оид ба муносибатҳои гуногун нисбати пешгирии он баҳсу муҳокимаҳо дарҷ гардидааст.

Калимаҳои калидӣ: гелминтҳо, муфтхӯрон, системаҳо, нематодҳо, растаниҳои доругӣ, пешгирий.

УДК 37

ББК 74

А.А. Рахматулаев¹, А.Ахмедов², Б.Л. Киёбеков¹

ТРЕБОВАНИЯ К ПЕДАГОГУ XXI ВЕКА

¹*Кафедра морфологических дисциплин НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»*

²*Отделение медицины и фармации Национальной академии наук Таджикистана*

Рахматулаев Азамшоҳ Асламшоевич – соискатель ученой степени кандидата медицинских наук кафедры терапевтических дисциплин НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», заведующий кафедрой морфологических дисциплин НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», улица Клара Цеткина 2, тел: (+992)552-05-70-00; E-mail: azamshoh64@gmail.com

В статье проведен анализ современной литературы, посвященной проблеме, изменения, произошедшие в процессе преподавания вслед за появлением цифровых технологий. Технологические достижения изменили многие сферы жизни. В XXI веке общение, сотрудничество, обучение и преподавание стало иным. Изучать можно что угодно, как угодно, где угодно. Учителя больше не являются носителями уникальных знаний, но никто не отнимет у них

мастерство педагогики, которое помогает адаптировать информацию для учащихся и студентов, общаться с ними, вдохновлять. Чтобы привлечь внимание и вызвать интерес к предмету у современных учеников и студентов, что должен знать и уметь педагог? Приводится 5 характеристик учителя XXI века.

Ключевые слова: учитель XXI века, мастерство педагогики, качество выполнения задач, компьютер, литературный обзор.

A.A.Rakhmatulaev¹, A. Akhmedov², B.L. Kiyobekov¹

REQUIREMENTS FOR THE TEACHER OF THE XXI CENTURY

¹*Department of morphological disciplines of Non-State Educational Institution "Medical and social institute of Tajikistan"*

²*Department of Medicine and Formation of the National science academy of Tajikistan.*

RahmatulaevAzamshohAslamshoevich – applicant for the degree of candidate of Medical sciences of the Department of Therapeutic of the medical and Social Institute of Tajikistan, Head of the department of morphological disciplines of the «Medical and Social Institute of Tajikistan», street K. Setcina 2, tel.(+992) 552-05-70-00; e – mail: azamshoh64@gmail.com

The review of scientific literature analyzes some of the changes that have occurred in the teaching process following the advent of digital technologies.

Technological advances have changed many areas of life. In the 21st century, communication, collaboration, learning and teaching have changed. You can study anything, anywhere. Teacher are no longer bearers of unique knowledge, but no one will take away their pedagogical skill, which helps to adapt information for pupils and students, communicate with arouse interest in the subject among modern pupils and students, what should a teacher know and be able to do? And 5 characteristics of the teacher of XXI century are given:

Key words: teacher of the XXI century, mastery of pedagogy, quality of task performance, computer, literature review.

Учитель это древнейшая профессия, которая является востребованной и по сегодняшний день. Ведь еще с древних времен обладатели данной профессии являлись необычайно добрыми, но в то же время строгими, уважающими личность, интересными, любящими людьми. Современный педагог - это не профессия, это образ жизни. Мы сами должны сделать так, чтобы слушатели, студенты (ученики) с удовольствием посещали наши уроки [3].

Ещё Сократ более двух тысяч лет назад сказал: «В каждом человеке солн-

це, только дайте ему светить» [5]. Каждый из нас может подарить частичку своего тепла, любви к другим. Великий мыслитель Конфуций писал: «Кто постигает новое, лелея старое, тот может быть учителем» [5].

Быть учителем сложно в любом веке. Если человеку дан дар быть педагогом, то он будет работать в любой школе, средне-специальном или высшем учебном заведении, в любой ситуации и при любой обстановке. Главное чтобы было желание быть педагогом.

Выбор такой профессии – очень ответственный шаг.

Вопрос: Каким должен быть педагог XXI века? Талантливым или просто, хорошим специалистом. Здесь ответ может быть неоднозначным. Прежде чем ответить на вопрос, давайте посмотрим на наличие талантливых студентов, учащихся и учеников учащихся в Вузах, Сузах и школах страны. Поэтому разумно было бы видеть хороших специалистов, т.е. специалистов и мастера своего дела, которые научат, покажут, сформируют и воспитывают [3]. Поэтому считаем, что нужны и те и другие.

Современный учитель должен идти в ногу со временем: в своей работе использовать инновации, различные методики, должен в совершенстве владеть преподаваемым материалом. Но прежде всего он должен быть **ЧЕЛОВЕКОМ С БОЛЬШОЙ БУКВЫ**. Не так уж важно, кто ты: преподаватель географии или истории, врач или финансист – будь тем самым **ЧЕЛОВЕКОМ!** А **ЧЕЛОВЕКОМ** ты можешь быть при одном условии: умей видеть **ЧЕЛОВЕКА** в других, даже самых маленьких [1, 3].

Ведь преподаватели всегда считались вторыми родителями, которые принимают участие в нашем воспитании и развитии. Когда мы окончим школу, станем взрослыми людьми, то всегда будем с любовью и трепетом вспоминать учебные годы, слова и пожелания наших школьных учителей.

Как и в большинстве профессий, в преподавании сейчас происходят крупные преобразования, которые вызваны социальными и технологическими изменениями. Необходимые условия для

плодотворной работы педагога теперь изменились; современные учителя должны обладать такими навыками, которые были неизвестны их предшественникам.

Преподаватель сегодняшнего дня – это человек, преданный своему делу и своим наставником.

Современный учитель – это человек, владеющий педагогическим мастерством, душевной щедростью, эмоциональной уравновешенностью, способный к творчеству.

Чтобы быть хорошим преподавателем надо любить то, что преподаешь, и любить тех, кому преподаешь. Учитель должен быть всевидящим и все слышащим, порядочным, честным, а главное брать на себя ответственность за тех, кому преподаешь.

Как бы ни укреплялась материальная техническая база, какие бы технологии и инновации ни приходили, ведущей фигурой в учебных заведениях остается преподаватель. От его таланта и умения зависит успех обучения. Преподаватель должен личным примером зажечь наставников к саморазвитию, пробудить требовательность и ответственность. Не каждому в жизни выпадает счастье выбрать профессию учителя.

Профессиональный современный педагог это не только человек, который обладает большим багажом знаний и постоянно занимающийся самообразованием, но и тонкий психолог.

В условиях современных учебных заведениях деятельность педагога разнообразна, и все-таки центральное место занимает урок. Хороший урок про-

ходит незаметно, чтобы заинтересовать своих наставников преподаватель должен удивить их, подобрать современные технологии, позволяющие это сделать. Поэтому педагог 21 века в своей деятельности должен использовать технологии критического мышления, проектно-исследовательскую деятельность.

Учитель должен быть терпеливым и сдержанным, обязан, как актер перевоплощаться, как машинист вести свой состав, вопреки своему настроению. Только своим примером и любовью он может вести наставников за собой через «тернии к звездам». Это профессионал, владеющий комплексом качеств, которые способствуют успешной передаче знаний [2].

Современные технологии, как и программы в высших учебных заведениях не стоят на месте, а с каждым годом удивляют нас своими необычными решениями, новшествами. И лишь душевные качества преподавателя не меняются. Поэтому студенты, которые хотят стать педагогами должны действительно этого хотеть и помнить о том, что преподаватель несет ответственность не только за себя и свою семью, но и за своих наставников.

Неважно, в каком веке мы живем, важно не потерять знания, уважение, любовь, понимание, ведь обладая этими качествами можно стать не только хорошим учителем, но и замечательным преподавателем!

Преподаватель сегодняшнего дня – это человек, преданный своему делу и своим наставникам.

Увлечь за собой с первых мгновений урока, приоткрыть тайну и зажечь

страстное желание разгадать её, поддерживать познавательный интерес – ступенька к достижению целей и задач современного урока. Способность к тщательному перспективному планированию отличает учителя 21 века [3].

Цель педагога не только формировать знания, умения, навыки, но и помочь наставникам сформироваться как личность, развить желание и стремление в преодолении жизненных трудностей, умение правильно оценивать свои поступки, результаты своего труда.

В XXI веке преподаватель вошел в век новых информационных и коммуникативных технологий (ИКТ). И не вызывает сомнения то, что современному педагогу необходимо быть компетентным в области ИКТ и внедрять их в учебный процесс. Занятия с применением мультимедиа и интернета повышают интерес к изучаемому материалу, возрастает эффективность самостоятельной работы, появляется возможность шире реализовать свои творческие возможности.

У современного педагога кардинально изменено отношение к наставнику, уходит из практики авторитарность. Педагог должен уважать наставника. У каждого из них свои качества, потребности, цели, желания, поэтому преподаватель должен относиться к наставнику как человек к человеку. Учитель не должен видеть ученика только в будущем, каким он должен стать, а понять его сегодняшнего, такого, какой он есть: с его трудностями в учебе, переживаниями. У современного хорошего преподавателя должен быть построен индивидуальный образовательный маршрут для каждо-

го наставника. На занятиях наставник и преподаватель должны быть сотрудниками. Только в деловой и доброжелательной обстановке наставник будет раскрывать и реализовывать свои возможности.

Главным работником на занятии должен быть обучающийся. Современные требования к преподавателю таковы, что он помогает обучающемуся учиться самому, воспитывает потребность в образовании. Преподавателю надо научить студента добывать знания собственными усилиями, и только тогда можно воспитать думающего, свободно рассуждающего, не боящегося высказывать и отстаивать свое мнение наставника.

Однако хочется надеяться, что, как бы далеко ни зашел процесс автоматизации обучения, преподаватель 21 века не забудет о важности непосредственного общения со своими наставниками. Никакая, даже самая совершенная техника, не может заменить живого собеседника, выразить свое отношение к изучаемому материалу. Нельзя согласиться с теми, кто говорит о возможном упразднении нашей профессии в будущем. Любое техническое средство обучения, даже самое современное и перспективное, – лишь верный помощник для педагога, вспомогательное средство. Живое, эмоциональное учительское слово ничем не удастся заменить. Трудно представить, как даже самая умная машина будет заниматься духовно- нравственным воспитанием учащихся или пробуждать в них желание творить самим.

В век автоматизации от человека потребуется максимальная степень на-

пряжения своих интеллектуальных сил. Роль человеческого разума еще более возрастет. В ряде профессий специалист будет оцениваться, прежде всего, по своим интеллектуальным возможностям, таким образом, будет существовать конкуренция не людей, а их интеллектов. Этот процесс начался уже сейчас. Чтобы подготовить такие сильные кадры, педагогу 21 века нужно быть специалистом высшего уровня по своему предмету, имеющим глубокие знания не только в рамках учебной программы, но и за ее пределами, чтобы быть готовым к любому вопросу учащихся [1].

В наше время ученые, педагоги, психологи неоднократно обращаются к проблеме преподавателя, давая этому понятию иные названия, например, «компетенции», «профессиональные качества» преподавателя. Этот вопрос остается актуальным, так как, естественно, с течением времени изменяется государство и общество, а значит, меняются требования, предъявляемые государством и обществом к преподавателю. Остается открытым вопрос, какие качества преподавателя (или «компетенции») должны быть константными, т.е. не зависящими от времени, а какие качества должны быть «подвижны», т.е. необходимыми учителю-педагогу в связи с требованием «нового» времени. Так, например, всего 15-20 лет назад владение компьютерными технологиями не входило в число «компетенций» преподавателя, а сейчас это качество необходимо современному преподавателю. Эти вопросы актуальны и для педагогического образования: «Какого

преподавателя должен готовить педагогический ВУЗ?», и для ректоров ВУЗов: «Какой ассистент должен работать в современном ВУЗ-е?»; «Какой ассистент необходим современному студенту?».

На наших глазах происходит заметная трансформация учебных заведений в производственные учреждения, предоставляющие образовательные услуги населению, где действуют планы, контракты, развивается конкуренция – неизбежный спутник рыночных отношений. В этих условиях особую важность приобретают те качества педагога 21 века, которые становятся профессионально значимыми предпосылками для создания благоприятных отношений в учебно–воспитательном процессе. В ряду их человечность, доброта, терпеливость, порядочность, честность, ответственность, справедливость, обязательность, объективность, щедрость, уважение к людям, высокая нравственность, оптимизм, эмоциональная уравновешенность, потребность к общению, интерес к жизни воспитанников, доброжелательность, самокритичность, дружелюбие, сдержанность, достоинство, патриотизм, принципиальность отзывчивость, эмоциональная культура и др. Обязательное для учителя качество – гуманизм, т.е. отношение к растущему человеку как высшей ценности на земле, выражение этого отношения в конкретных делах и поступках. Гуманность складывается из интереса к личности, сочувствия ей, помощи, уважения ее мнения, знания особенностей развития, высокой требовательности к учебной деятельности и озабоченности ее развитием. Ученики видят эти проявления,

следуют им сперва неосознанно, приобретая со временем опыт гуманного отношения к людям [4].

Каковы же требования к педагогу XXI века. По данным Кожевниковой Т.П., обобщенный и формализованный портрет педагога XXI века включает следующие характеристики:

1. Высокая гражданская и нравственная позиция, социальная активность;

2. Любовь к детям, педагогическая наблюдательность, выдержка и чувство юмора;

3. Подлинная интеллигентность, умение через призму духовно-нравственной культуры смотреть на воспитание детей и взаимодействовать с их родителями;

4. Внутренний профессионализм, инновационный стиль научно-педагогического мышления, готовность к принятию нестандартных творческих решений;

5. Потребность в постоянном самообразовании и готовность к нему, компьютерная грамотность;

6. Физическое и психическое здоровье, профессиональную работоспособность, выносливость, терпеливость;

7. Педагогическая импровизация, педагогическая находчивость и актерское мастерство [5].

Преподаватель 21 века – творец в самых различных сферах педагогической деятельности: опытный технолог, организатор, обязательно стремящийся к подведению итогов своей работы, обобщению своего опыта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кожевникова Т.П. ПЕДАГОГ XXI ВЕКА // Вестник Бурятского государственного университета Образование. Личность. Общество. 2017 №4 - С. 16-18;

2. Романова К.Е. <https://nsportal.ru/shkola/gaznoe/library/2017/12/26/pedagog-21veka>. Опубликовано 26.12.2017- 22:44.

3. Фатхутдинова Р.Р. Каким должен быть учитель 21 века? МБОУ «Гимназия№3» Чистопольский муниципальный район Республики

Татарстан, <https://www.o-detstve.ru/forteachers/educstudio/profession/6567.html> 21.04.2021.

4. Филиппова С.В. УЧИТЕЛЬ XXI ВЕКА... КАКОЙ ОН? // Организация: МБОУ «Мужевская СОШ им. Н.В. Архангельского» <https://www.1urok.ru/categories/21/articles/21356>.

5. Черкесов Б.А., Лобода О.Б. УЧИТЕЛЬ XXI ВЕКА: КАКОЙ ОН? // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 1-2. – С. 305-310.

БА ДИҚҚАТИ МУАЛЛИФОН!

Дар давраи таҳияи мақолаҳо барои чоп, ҳайати таҳририяи маҷаллаи “Паёми Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон” эҳтиромона хоҳиш мекунад, ки қоидаҳои зеринро риоя кунед:

1. Маводе, ки барои нашр фиристода шудааст, бояд бо ҳуруфи стандартӣ 12 дар фосилаи 1,5 дар як тарафи варақи андозаи стандартии А4 (210x297) бо ҳошияҳои 3 см дар тарафи чап ва 1,5 см дар тарафи рост чоп шуда бошад. Як саҳифаи чопӣ бояд 29-30 сатр (1800 аломат, бо назардошти фосила) иборат бошад. Мақолаҳо бо ду нусхаи чопӣ қабул карда шуда, будани мавод дар шакли электронияш ҳатмист.

2. Дар саршавии саҳифаи аввал УДК нишон дода мешавад; насаб ва номи муаллиф бо ҳаммуаллифон; номгуи пурраи мақола бо ҳарфҳои калон; маълумот дар бораи муассиса, аз ҷумла кафедра, шӯба ё озмоишгоҳ, шаҳр. Мақола бояд шахсан аз тарафи муаллиф ва ҳаммуаллифон ба имзо расонидашуда, бо нишондоди насаб, ном, номи падар, ҷои кор, вазифа, дараҷа ва унвони илмии онҳо пурра навишта шавад. Маълумот барои тамос ба яке аз муаллифон – пурра насаб, ном, номи падар, рақами телефон, суроғаи почтаи электронӣ нишон дода мешавад. Маълумот дар бораи набудани ихтилофи манфиатҳо байни муаллифон истинод карда мешавад.

Ҳаҷми тавсияшудаи мақолаҳо 8-10 саҳифа, тавсифи мушоҳидаҳои алоҳидаи инфиродӣ - 5 саҳифа, баррасии адабиёт - 15 саҳифа, маълумот, мактуб ба суроғаи муҳаррир ва дигар маводҳо - 3 саҳифа.

3. Мақола бояд шарҳи мухтасар (резюме) бо се забон тоҷики, русӣ, ва англисӣ аз (100-300) калима навишта шуда ҷудо аз мақола нашр кардан мувофиқ бошад.

4. Таҳқиқотҳои аслий бояд сохтори зерин дошта бошад. Хулосае, ки дар он дар шакли кӯтоҳ, ҳадафи таҳқиқот, мавод ва усулҳо, натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо, ҷамъбаст ва ё хулоса, калимаҳои калидӣ (3-10 калима) барои индексатсияи мақола дар системаҳои ҷустуҷӯи иттилоотӣ нишон дода мешавад. Дар мақолаҳои шарҳи, дар хулосаи он мазмуни мухтараси мақола ва калимаҳои калиди нишон дода мешавад. Баъди ин бояд: муқаддима (кӯтоҳ бошад ва хонандаро дар робита бо ҳадафи таҳқиқи масъала, мушкилот, муҳиммият ва вазифаҳои тадқиқот), мавод ва усулҳои тадқиқот (тавсифи миқдорӣ ва сифатии таҳқиқшудагон, усулҳои таҳқиқот ва усулҳои коркарди маълумоти оморӣ), натиҷаҳои таҳқиқот (пешниҳоди пайдарпаии мантиқӣ дар матн, ҷадвалҳо, расмҳо); муҳокима ва хулоса (ҷанбаҳои нави муҳими таҳқиқот, муқоиса бо маълумоти манбаъҳои дигар, тавсияҳои асоснок ва хулосаи кӯтоҳ)-ро дар бар мегирад.

5. Дар сурати мавҷуд будани ҳаммуаллифон, набудани ихтилофи манфиатҳо истинод мешавад.

6. Ҳангоми коркарди маводҳо аз системаи воҳидҳои СИ истифода бурда мешавад. Мақола бояд аз ҷониби муаллиф бодикқат таҳқиқ карда шавад: иқтибосҳо,

формулаҳо, чадвалҳо ва миқдорҳо аз ҷониби муаллифон дар ҳошия тасдиқ карда мешаванд. Эзоҳ ба иқтибосҳо манбаъро нишон медиҳад (муаллиф, номгӯй, нашр, сол, ҳачм, рақам, саҳифа).

7. Ба мақола бояд танҳо расмҳои зарурӣ барои равшан кардани матн замима карда шаванд, ки набояд маводи чадвалҳоро такрор кунанд. Сарлавҳаҳои расм дар поёни расм, дар паҳлӯи рақами силсилави оварда мешавад. Аксҳо (сиёҳ ва сафед ё ранга) дар қоғази чилодор бо андозаи 9x12 см, бояд возеҳ пешниҳод карда шаванд. Нусха аз рентгенограммаҳо дар тасвири мусбӣ оварда мешаванд.

Чадвалҳо бояд маълумоти фишурдашуда ва лозимиро дар бар гирад. Ҳама рақам, чамъбаст ва фоизҳо бояд бо рақамҳои дар матн оварда шуда мувофиқ бошанд. Сураг ва чадвалҳо қабул карда намешаванд.

8. Рӯйхати адабиётҳо тибқи тартиби алифбой (аввал ватанӣ, баъд муаллифони хориҷӣ) тибқи ГОСТ-7.1.-2003 тартиб дода шуда, инчунин транслитератсия тибқи талаботи пойгоҳҳои байналмилалӣ ва нашрияҳои иттилоотӣ-маълумотӣ (бо назардошти шохиси иқтибосоварӣ) пешниҳод карда мешавад. Дар матн истинод ба рақами пайдарпай дар қавсҳои квадратӣ медиҳад.

Истинод ба маводҳои нашрнашуда манъ аст.

Шумораи Сарчашмаҳо барои мақолаҳои шарҳӣ (обзор) на бештар аз 40 муқаррар карда шудааст.

9. Ба редакция фиристодани асарҳое, ки ба дигар нашрияҳо фиристода шудаанд ё чоп шудаанд, манъ аст.

10. Таҳририя ҳуқуқ дорад мақолаҳоро кӯтоҳ кунад ва аз тақриз гузаронад, дар сурати баррасии манфии тақризгар, радди хаттии асоснок дода мешавад.

11. Мақолаҳое, ки тибқи қоидаҳои зикргардида таҳия нашудаанд, бидуни баррасӣ ба муаллифон баргардонида мешаванд.

12. Барои чопи мақола ройгон танҳо барои кормандони Донишкадаи тиббӣ-ичтимоии Тоҷикистон мебошад. Аз тарафи дигар муассисаҳо пардохт ҳатмист.

Мақолаҳо бояд ба суроғи зерин фиристода шаванд: шаҳри Душанбе, ноҳияи Сино, кучаи Клара Сеткина, 2.

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ!

При оформлении статей для печати, редакция журнала «Вестник Медико-социального института Таджикистана» просит соблюдать следующие правила:

1. Направляемый для публикации материал должен быть напечатан стандартным шрифтом 12 на интервал 1,5 на одной стороне стандартного листа формата А4 (210x297) с полями 3 см слева и 1,5 справа. На машинописной странице должно быть 29-30 строк (1800 знаков, включая пробелы). Статьи принимаются в двух экземплярах, обязательно наличие материала в электронной версии.

2. В начале первой страницы указывается УДК; фамилия и инициалы автора и соавторов; название статьи полностью заглавными буквами; данные об учреждении, в том числе кафедра, отдел или лаборатория, город. Статья должна быть собственноручно подписана автором и соавторами с указанием полностью фамилии, имени, отчества, места работы, должности, ученой степени и звания. Контактная информация указывается на одного из авторов – полностью фамилия, имя, отчество, телефон, эл.адрес. Дается ссылка на отсутствие конфликта авторов.

3. Рекомендуемый объем статей - 8-10 страниц, описания отдельных наблюдений - 5 страниц, обзор литературы - 15 страниц (перед текстом должно быть резюме с переводом его на английский язык), информации, письма в редакцию и другие материалы - 3 страницы.

4. Оригинальные исследования должны иметь следующую структуру. Резюме, в котором краткой форме (100-250 слов) указывается: цель исследования, материалы и методы, результаты и их обсуждение, заключение или выводы, ключевые слова (3-10 слов) для индексирования статьи в информационно-поисковых системах. Для обзорных статей в резюме указывается актуальность, краткое содержание статьи и ключевые слова (100-250 слов) Резюме должно иметь перевод на английский язык. После чего следует: введение (оно должно быть кратким и ориентировать читателя в отношении цели исследования проблемы, её актуальности и задач исследования); материал и методы исследования (приводятся количественные и качественные характеристики обследованных, методы исследований и способы обработки статистических данных); результаты исследования (представляются в логической последовательности в тексте, таблицах, рисунках); обсуждение и заключение (включает новые и важные аспекты исследования, сопоставление с данными других источников, обоснованные рекомендации и краткое заключение).

5. При наличии соавторов указывается отсутствие конфликта интересов.

6. При обработке материала используется система единиц СИ. Статья должна быть тщательно выверена автором: цитаты, формулы, таблицы, дозы визируются авторами на полях. В сноске к цитатам указывается источник (автор, название, издание, год, том, номер, страница)

7. К статье следует прилагать только необходимые для пояснения текста рисунки, которые не должны повторять материал таблиц. Подписи к рисункам даются внизу рисунка, рядом с порядковым номером. Фотографии (черно-белые или цветные), представляемые на глянцевой бумаге, должны быть контрастными, размером 9x12 см, рисунки - чёткими. Фотокопии с рентгенограмм дают в позитивном изображении.

Таблицы должны содержать сжатые, необходимые данные. Все цифры, итоги и проценты должны соответствовать проводимым в тексте. Фото и таблицы не принимаются.

8. Список литературы составляется в алфавитном порядке (сначала отечественные, затем зарубежные авторы) по ГОСТу Р7.0.5.-2008, а также предоставляется транслитерация по требованиям международных баз данных и информационно-справочных изданий (с учетом индекса цитирования). В тексте дается ссылка на порядковый номер в квадратных скобках.

Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

Количество Источников для обзора/ов не больше 40.

9. Направление в редакцию работ, которые посланы в другие издания или напечатаны в них, не допускаются.

10. Редакция вправе сокращать и рецензировать статьи, при отрицательной рецензии дается письменный аргументированный отказ.

11. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

12. Плата с авторов статей не за публикацию рукописей не взимается.

Статьи следует направлять по адресу: г.Душанбе, район Сино, улица Клары Сеткиной, 2. Управление науки и инноваций НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана».