

**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 (6) 2023

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

Муовини сармухаррир: 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

Пулотов К.Қ. – н.и.т.

Расулов У.Р. – д.и.т., профессор

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

Вохидов А.В. – д.и.т., профессор

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 Академии медико-технической наук Российской Федерации

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

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

Пулатов К.Дж. – к.м.н.

Расулов У.Р. – д.м.н., профессор

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

Вахидов А.В. – д.м.н., профессор

ДУШАНБЕ

**ПАЁМИ
ДОНИШКА-
ДАИ ТИББӢ-
ИҚТИМОИИ
ТОҶИКИСТОН**

**Маҷаллаи
илмӣ-амалии тиббӣ**

**Ҳар се моҳ ҷоп
мешавад**

**Соли таъсисаш –
2021**

**Наشريи МТҒ
“Донишкадаи
тиббӣ-иқтимоии
Тоҷикистон”**

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

Подписано в пе-
чать 30.06.2023. Фор-
мат 60x84¹/₈. Бума-
га офсетная. Печать
офсетная. Гарнитура
Times New Roman.
Усл. печ. л. 11,25.
Тираж 100 экз. Заказ
№12.

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

ШҶҶҶҶҶ ТАҲРИРИЯ

Аҳмадов 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 пайвастаи АМИТ.

Муҳиддин Н.Д. – д.и.т.

Исмоилов К.И. – д.и.т., профессор.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Аҳмадов 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, академик НАНТ.

Муҳиддин Н.Д. – д.м.н.

Исмоилов К.И. – д.м.н., профессор.

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

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

**Нуқтаи назари муаллифон метавонад 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

Мудири редакция Муродова М.М.

М У Н Д А Р И Ч А

Абдурахмонов Н.А., Тошев М.М., Негматов И.Х., Нодиров А.А., Ёров К. Табобати бемориҳои гельминтӣ ба воситаи растаниҳои шифобахш ва набототи Тоҷикистон.....	5
Ёров К.Н. Навъу намудҳои тут ва хосиятҳои анатомия морфологияи он дар ноҳияи Айнии вилояти Суғд.....	15
Каримова Г.Р. Ташаккули ақидаҳо ва таълимотҳои фалсафӣ дар Осиёи Миёна (то асрҳои миёна).....	24
Мирзоев Д.С. Истифодаи шудани гемодилюсияи гиперволемикӣ дар табобати бемори гиришпруг дар кӯдакон	31
Муродова Н.С. Системаи сиёсии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар замони истиқлолият	40
Рофиева Ҳ.Ш. Вариатсияи кардиофосила ва вайроншавии қори эндотели дар занҳои гирифтори сактаи шадиди дил дар давраи перименопаузали.....	48
Шодиева Л.А. Соҳаи иҷтимоии ҳаёти шахс, мавқеъ ва вазъи он дар ҷомеа...59	
Шехов И.Ф. Хусусиятҳои тарҷумаи рубоиёти Умари Хайём аз тарафи Эдвард Фитзҷералд ба забони англисӣ	62
Эгамова М.М., Ахмедов А., Қурбонова С.М. Қори иҷтимоӣ - касби оянда аст	70

ТАҶСИР

Каримов М.Б., Маҳмадзода Ш.Қ., Останаева П.М. Назари муосир оид ба аҳамияти ғафсии қабати нахҳои асаби босира дар ташҳиси глаукомаи аввалиндараҷаи кунҷкушода	78
--	----

ТАЪЗИЯНОМА

Мирзоева Зухро Амондуллоевна	88
---	----

ОГЛАВЛЕНИЕ

Абдурахмонова Н.А., Тошев М.М., Негматова И.Х., Нодиров А.А., Еров К. Лечение глистных инвазий с помощью лекарственных растений произрастающих на территории республики Таджикистана

Ёров К.Н. Сорта и его анатомо-морфологическая характеристика тутовичника в Айнийском районе Согдийской области

Каримова Г.Р. Формирование философских идей и учений в Средней Азии (до средневековья)

Мирзоев Д.С. Применение гиперволемической гемодилюции в лечении болезни Гиршпрунга у детей

Н.С. Муродова. Политическая система Республики Таджикистан в годы независимости

Х.Ш. Рофиева. Анализ вариации кардиоинтервала и нарушения эндотелиальной дисфункции у женщин с острым инфарктом миокарда в перименопаузальном периоде

Л.А. Шодиева. Социальная сфера жизни человека, его положение и статус в обществе

И.Ф. Шехов. Особенности перевода рубаи Омара Хайяма Эдвардом Фицджеральдом на английский язык

М.М. Эгамова, А. Ахмедов, С.М. Курбонова. Социальная работа - профессия будущего

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

М.Б. Каримов, Ш.К. Махмадзода, П.М. Останаева. Современный взгляд на значение толщины слоя нервных волокон сетчатки в диагностике первичной открытоугольной глаукомы

НЕКРОЛОГ

Мирзоева Зухра Амондуллаевна

CONTENS

5 **Abdurakhmonova N.A., Toshev M.M., Negmatova I.H., Nodirov A.A., Erov K.** Treatment of helminthic diseases with the help of medicinal plants and plants of Tajikistan

15 **Yorov K.N.** Varieties and its anatomical and morphological characteristics of the mulberry stud in the Aini district of the Sughd region

24 **Karimova G.R.** Formation of philosophical ideas and teachings in Central Asia (before the middle ages)

31 **Mirzoev D.S.** Application of hypervolemic hemodilution in the treatment of hirshprung disease in children

40 **N.S. Murodova.** The political system of the republic of tajikistan in the years of independence

48 **Kh.Sh. Rofieva.** Analysis of cardio interval variation endotelial function in women with acute myocardial infarct in the perimenopaysal period

59 **L.A. Shodieva.** The social sphere of a person's life, his position and status in society

62 **I.F. Shekhov.** Features of the translation of Omar Khayyam's rubaiyat by Edward Fitzgerald into english

70 **M.M. Egamova, A. Akhmedov, S.M. Kurbonova.** Social work is the future profession

REVIEW OF LITERATURE

78 **M.B. Karimov, Sh.Q. Makhmadzoda, P.M. Ostanaeva.** Modern view on the value of the thickness of the layer of nerve fibers of the retina in the diagnostics of primary open-coal glaucoma

NECROLOGY

88 Mirzayeva Zukhra Amondullayevna

ТДУ 615.32; 616.995

Абдурахмонов Н.А., Тошев М.М., Негматов И.Х., Нодиров А.А., Ёров К.

ТАБОБАТИ БЕМОРИҲОИ ГЕЛМИНТӢ БА ВОСИТАИ РАСТАНИҲОИ ШИФОБАХШ ВА НАБОТОТИ ТОҶИКИСТОН

MTF “Донишқадаи тиббӣ иҷтимоии Тоҷикистон”

Абдурахмонов Нуритдин Атакузиевич – д.и.б., и.в. мудири кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетика MTF “Донишқадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”.
E-mail: Nabdurahmonov 5@mail.ru; тел: (+992) 918 98 56 46

Мақсади таҳқиқот. Таҳлили чараёни сироятёбӣ бо кирми кичча дар байни ҷавонони Ҷумҳурии Тоҷикистон ва табобати онҳо ба воситаи растаниҳои шифобахш ва набототи Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар асоси дастури методҳои олимони Федератсияи Россия ва Ҷумҳурии Тоҷикистон бо истифодаи усулҳои таҳлилӣ ва омӯзишӣ иҷро карда шудааст. Ба таҳқиқот 1000 нафар донишҷӯёни курси якум ва дуҷуми факултетҳои тиббӣ, стоматологӣ ва фармацияи MTF “Донишқадаи тиббӣ - иҷтимоии Тоҷикистон” ҷалб карда шудаанд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Таҳлилҳои гузаронидашуда нишон доданд, ки дар қаламрави Ҷумҳурии Тоҷикистон растаниҳои гуногуни кичҷарон ба мисли: кадуи муқаррарӣ, гозичой, сирпиёз, папоротники мардона, пажмаи гуногунбарг, явшони дармонамонанд, явшони талх, ҳасанаки ришчадор ва ғайра мерӯянд. Инчунин намаки маъдани зокаи зард, ки дар ҳудуди Ҷумҳурии Тоҷикистон волеҳӯрад, ба таври васеъ истифода мебаранд. Ҳамаи онҳо аз якдигар, аз рӯйи ҷамъоварӣ, коркард, тарзи истифодабарӣ ва роҳҳои табобат аз якдигар фарқияти кулӣ доранд. Таъсири моддаҳои растаниҳои доругӣ дар он аст, ки онҳо кӯтоҳшавӣ, қатъшавӣ ва фалаҷшавии мускулатураи паразитҳоро ба вуҷуд оварда, онҳо қобилияти нигоҳдоштани худро дар меъдаю рӯда гум карда, пас аз он мемиранд ва аз организм берун мешаванд.

Ҳулоса. Қариб 68% ҷавонони Тоҷикистон ба касалии кирми гичча сироят ёфтаанд. Ҳоло табобати онҳоро бештар ба воситаи маводҳои доругӣ ба монанди алибендазол ва мебендазол мегузаронанд, ки онҳо аз як тараф арзиши ниҳоят гарон дошта бошанд, аз тарафи дигар онҳо камёфт буда, натиҷаи дилхоҳ надода истодаанд. Дар қаламрави Ҷумҳурии Тоҷикистон растаниҳои гуногуни кичҷарон ба мисли: кадуи муқаррарӣ, гозичой, сирпиёз, папоротники мардона, пажмаи гуногунбарг, явшони дармонамонанд, явшони талх, ҳасанаки ришчадор ва ғайра мерӯянд. Инчунин Ҷумҳурии Тоҷикистон дорои кони намаки маъдани зокаи зард мебошад, ки онҳо хосияти қатъшавӣ ва фалаҷшавии мускулатураи организми онҳоро доранд.

Калимаҳои калидӣ: растаниҳои шифобахш, бемориҳои гельминтӣ, табобат, кирми кичча, нӯшобаҳо, шарбати растанигӣ, фитонсидҳо.

Abdurakhmonova N.A., Toshev M.M., Negmatova I.H., Nodirov A.A., Erova K.

TREATMENT OF HELMINTHIC DISEASES WITH THE HELP OF MEDICINAL PLANTS AND PLANTS OF TAJIKISTAN

NOU “Medical and Social Institute of Tajikistan”

Abdurakhmonov Nuritdin Atakuzievich - acting head of the Department of Medical Biology with the Basics of Genetics, Medical and Social University of Tajikistan. E-mail: N.abdurahmonov5@mail.ru; phone: Tel: 918 98 56 46.

The purpose of the study. Analysis of the course of infection with pinworms among the youth of the Republic of Tajikistan and the treatment of helminthic diseases by means of medicinal plants and medicine of Tajikistan.

Research materials and methods: The study was carried out based on the instructions and methods of scientists of the Russian Federation and Tajik scientists on the basis of analytical and educational methods. 1000 students of the first and second year of the medical, stomatological and pharmaceutical faculties of the Medical and Social University of Tajikistan were involved in the study.

The results of their research and discussion. The conducted analyzes showed that in the territory of the Republic of Tajikistan, various succulent plants grow, such as: ordinary pumpkin, gozichoi, garlic, male fern, multi-leaved pygmy, medicinal gorse, bitter gourd, bearded hasanak, etc. They also use salt from the yellow rock mineral, which is available in the territory of the Republic of Tajikistan. All of them are completely different from each other in terms of collection, processing, usage and treatment methods. The effect of medicinal plant substances is that they cause shortening, contraction and paralysis of the muscles of the parasites, which lose their ability to stay in the gastrointestinal tract, then die and leave the body.

Conclusion. Almost 68% of Tajik youths are infected with tapeworms. Currently, their treatment is mostly carried out by drugs such as alibendazole and mebendazole, which, on the one hand, are very expensive, on the other hand, they are rare and the desired result is not achieved. In the territory of the Republic of Tajikistan, there are various plants growing in the territory of the Republic of Tajikistan, such as: ordinary pumpkin, gozichoi, garlic, male fern, multi-leaved pygmy, medicinal yarrow, bitter yarrow, thorny hasanak, yellow root mineral salt, etc., which causes muscle paralysis. .

Key words: medicinal herbs, fungal diseases, treatment, wormwood, drinks, herbal juice, phytoncides.

Муҳиммият. Табобат ба воситаи маводҳои набототӣ, аз ҳама қадимтарин ва ҷавонтарин илм буда, дар худ таҷрибаи бисёрсолаи қадима ва наватаринро мучассам гардонидааст. Бе сабаб нест, ки алломаҳои илми тиб, якчанд ҳазорсол пеш ба мисли Гиппократ ва Абуалӣ ибни Сино бо табобати растаниҳои шифой машғул буданд. Дар айни замон бошад қариб дар тамоми шаҳрҳои дунё, табибони Хитон ба гиёҳдармони машғул мебошанд, аз он ҷумла Тоҷикистон низ.

Мақсади таҳқиқот. Таҳлили қараёни сироятёбӣ бо кирми кичча дар байни ҷавонони Ҷумҳурии Тоҷикистон ва табобати онҳо ба воситаи растаниҳои шифобахш ва набототи Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар асоси дастури методҳои олимони Федератсияи Россия ва Ҷумҳурии Тоҷикистон дар асоси усулҳои таҳлилий ва омузишӣ иҷро карда шудааст. Ба таҳқиқот 1000 нафар донишҷӯёни курси якум ва дуюми факултетҳои тиббӣ, стоматологӣ ва фармасевтии МТФ “Донишқадаи тиббӣ

- иҷтимоии Тоҷикистон” ҷалб карда шу-
даанд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Таҳлилҳои гузаронидашуда нишон доданд, ки дар қаламрави Ҷумҳурии Тоҷикистон растаниҳои гуногуни кичҷарон ба мисли: кадуи муқаррарӣ, ғозичой, сирпиёз, папоротники мардона, пижмаи гуногунбарг, явшони дармонамонанд, явшони талх, ҳасанаки ришчадор ва ғайра мерӯянд. Инчунин ҳудуди Ҷумҳурии Тоҷикистон дорои кони намаки маъдани зокаи зард, мебошад. Ҳамаи онҳо аз якдигар, аз рӯйи ҷамъоварӣ, коркард, тарзи истифодабарӣ ва роҳҳои табобат аз якдигар фарқияти кулӣ доранд. Таъсири моддаҳои растаниҳои доругӣ дар он аст, ки онҳо кутоҳшавӣ, қатшавӣ ва фалаҷшавии мускулатураи паразитҳоро ба вучуд оварда, онҳо қобилияти нигоҳдоштани худро дар меъдаю рӯда гум карда, пас аз он мемиранд ва аз организм берун мешаванд.

Таҳқиқотҳои пештараи мо нишон дода буданд, ки дар байни донишҷӯёни курси якуми МТҒ “Донишкадаи тиббӣ - иҷтимоии Тоҷикистон” аз 1000 нафар, 676 (67,6%) нафари он ба бемории кирми рӯда мубтало мебошанд. Дар байни онҳо аз ним зиёд - 382 (56,5%) нафар бо лямблии серологӣ, 141 (20,8%) нафар бо аскаридоз; 87 (12,9%) нафар бо гименолепидоз ва 66 (9,8%) нафар бо энтеробиоз сироят ёфтаанд [1, 2].

Дар ин асос бо мақсади гузаронида ни таҳқиқотҳои илмӣ оид ба табобати бемориҳои гельминтиро ба воситаи набототи Тоҷикистон пеш гузаронидем.

Табобати сирояти гельминтозҳо доираи ниҳоят васеъ дошта ба он воҳидҳои гуногуни нозологӣ: аскаридозҳо

ва алвеококкозҳо, системсеркозҳо, эхинококкозҳо, трихинеллезҳо ва шистосомозҳо дохил мешаванд [1, 2]. Дар айни замон, бештар маводҳои доругӣ ба мисли алибендазол, мебендазолро истифода меkunанд. Дар ҳолатҳои вазнин бошад асосан эфедрин, адреналин ва дигар маводҳои доругиро истифода мебаранд. Инҳо арзиши бисёр гарон дошта, ниҳоят камёфт мебошанд. Бо гузариш ба иқтисодиёти бозорӣ, таваҷҷуҳ ба растаниҳои шифобахш ба таври назаррас афзоиш ёфт ва ҷустуҷӯи онҳо ҳар сол бештар рушд ёфта истодааст. Растаниҳои шифобахш организмҳои зинда буда, моддаҳоро синтез меkunанд, аз ҷиҳати физиологӣ бештар нисбат ба моддаҳои синтетикӣ дар фабрикаҳои химиявӣ ҳосил карда шаванда, дар робита ба организмҳои ҳайвонот ва инсон мувофиқат меkunанд. Ба ғайр аз ин маводҳои растанигӣ ва дорухое, ки асосан растаниҳо мебошанд, ба организмҳои бемор таъсири муътадил расонида, гарчанде таъсири табобаташон оҳиста рушд кунад ҳам, аммо бе таъсири манфӣ мегузарад. Истифодаи васеи растаниҳои шифой ва ашъи хоми онҳо, ки аз онҳо дору омода карда мешавад аз лиҳозе, ки онҳо нисбат ба маводҳои синтетикӣ арзонтар ҳастанд аз давраҳои қадим, аҳамияти хоса дар соҳаи тиб ва тибби бойторӣ доранд [3-10].

Тибқи ҳисоботи қаблӣ, дар Тоҷикистон, зиёда аз 150 намуди растаниҳое ки дар илми тиб ва зиёда аз 1500 намуд дар тибби анъанавӣ мавриди истифода қарор доранд [3]. Таъсири моддаҳои растаниҳои доругӣ дар он аст, ки онҳо кутоҳшавӣ, қатшавӣ ва

фалаҷшавии мускулатураи паразитҳоро ба вучуд меоранд, ки онҳо қобилияти нигоҳдошташавии худро дар меъдаю рӯда гум карда, мемиранд ва аз организм ихроҷ карда мешаванд. Аксарияти маводҳои зидди гелминтӣ, ҳангоми ба хун ҷаббида шуданашон ба организми одам таъсири манфӣ мерасонанд.

Табобат ба воситаҳои маводҳои зиддигелминтӣ мувофиқи нақшаи мушаххас гузаронида мешавад. Дар арафайи табобат тозакунии рӯда гузаронида шуда, рӯзи дигар пас аз наҳории сабук ё ба шиками ҳолӣ ба организм маводи доругӣ ворид карда мешавад ва баъдан боз бори дигар меъдаю рӯда аз муфтхӯрҳои паразитӣ ва боқимондаҳои маводҳои доругӣ ба воситаи имола (клизма) тоза карда мешавад.

Растаниҳои шифой ба монанди: кадуи муқаррарӣ (*cucubbita pereo L*), ки маводи табобатии он тухми на бештар аз 2 сол нигоҳ дошта шуда мебошад, меваи каду ва маводҳои доругии аз он тайёр кардашуда бар зидди тасмакирми гов ва хук, ки ба организми инсон таъсири манфӣ намерасонад, истифода бурда мешавад. Тухми пухтарасида ё дар ҳаво хушк карда шуда бар зидди кирми кичча истифода карда мешавад. Барои ин 300 г (барои калонсолон) донаи каду ро гирифта дар уғӯрча кӯфта, ба қисмҳо ҷудо намуда дар охир бо 50-60 мл об шуста, ҳамаи маводи тайёршударо ба табақча гирифта, 50-100 г асал ё мураббо ба он илова намуда мавод тайёр менамоянд. Маводи тайёршударо бо қисмҳои хурд ҷудо намуда, дар дили наҳор ба бемор ва ё дар муддати як соат пеш аз хӯрок истеъмол кардан тавсия дода мешавад. Баъди се соат маводҳои

мулоимкунандаи рӯда дода, пас аз ним соат имола (клизма) гузаронида мешавад. Барои кӯдакони синнашон 3-4 сола 75 г. дона ва ба 5-6 сола -100 г. ва то 10 сола ва аз он калон 150-200 г. тавсия карда мешавад [13, 14].

Таҳлилҳо нишон медиҳанд, ки олуҷашавии маҳсулоти хоҷагии қишлоқ бо тухми киччаҳо, яке аз омилҳои паҳншавии киччаҳо ва системаи мебошад [1, 2, 15]. Аз ҳамин сабаб, он ҳайвонотҳое, ки дар як муҳит, макон ва замон бо мо одамон дар якҷоягӣ зиндагӣ мекунанд ба мисли сағ, гурба, асп, парандаҳо ва ғайра тез-тез гирифтори бемориҳои гелментӣ мегарданд ва эҳтимолияти гузаштани тухм ва системаи аз ҳайвонотҳо ба одам ва баръакс вучуд дорад. Аз ин лиҳоз гузаронидани таҳхис ва табобати онҳо низ бисёр муҳим ва муфид мебошад. Аксарияти набототи шифоиро низ дар бойторӣ низ истифода карда мешавад. Аз он ҷумла дона ва тухми каду ро чун маводи антигелминтӣ истифода мебаранд. Барои ин як килограмм донаи тухми кадуи майдакардашударо гирифта бо 8-10 қисм об илова мекунанд. Баъдан атолаи ҳосилшударо дар муддати як соат ҷӯшониди, рағанҳои дар рӯйи об ҷудо шударо гирифта партофта, қанд ва сабӯси орди гандум ё орди ҷав то ҳосил шудани массаи як ранга илова мекунанд. Маводи тайёршударо ба шиками ҳоли ба ғозҳо 20-40 г, ба сағҳо 100-200 г се маротиба баъди ҳар як 7-8 рӯз хӯронида мешавад. Ин чорабинӣ пурра ҳайвонҳоро аз муфтхӯрҳо озод менамояд [13, 14, 16, 17].

Ғозичой – Бессмертник *Helichrysum frenarium L*-ро барои маҳсулоти

доруворӣ гулбаргҳои онро ҷамъоварӣ мекунанд. Ҳангоми шукуфтани гул ба воситаи қайчӣ гулро бо думчааш то 1 см ба дарозияш бурида баъдан ба сабадчаҳо андохта дар ҷойҳои салқини хушк, хушк мекунанд. Қиём ва ҷӯшобаи гулҳои растании ғозичой хусусияти талхаронӣ, антисептикӣ, инсектосидӣ, антигелминтӣ бар зидди кирми киччаро дорад. Усулҳои тайёр кардан ва истифодабарии он чунин аст: як қошук (15 г) гулҳои онро дар зарфи сирдор андохта ба болояш ду стакан (400 мл) об рехта дар оташи паст 10-дақиқа меҷӯшонанд. Пас онро полонида гармогарм як стакани (200 мл) 3 бор дар як рӯз пеш аз ғизо истифода мекунанд. Меъёри қабул барои аспҳо 20-40 г, барои сағҳо аз 0,5- то 1,0, 2-3 маротиба дар як рӯз ва инчунин экстракҳои қоқи препарати фламин истифода карда мешавад [7, 14, 18].

Дар тибби муосир сирпиёз – (*allium sativum* l) барои табобат, асосан пиёзаки сир ва маводҳои он истифода карда мешавад (аллилсат, сативин в ғ). Дар ҳолати атонияи рӯда барои паҳш намудани раванди пӯсиш ва турушшавӣ дар рӯда, ҳангоми колит, дизентерия ҳамчун маводи самаранок бар зидди кирми кичча, ҳазми хӯрокро беҳтар намуда, фаъолияти ғадудҳои чинсиро ба хурӯҷ меоварад, Шарбати сирпиёз ва қисми майда кардашудаи он таъсири беҳтарин ҳангоми табобати касалиҳои пӯстро дорад. Барои табобати касалиҳои гелминтӣ, 10-20 қатра шарбати нав тайёркардашудаи онро гирифта бо (200 мл) шир, дар як рӯз 2-3 маротиба пеш аз ғизо истеъмол мекунанд. Барои киччаронии острисаҳо имола (клизма)

мегузаронанд ва ба 1-2 қошуқи ҷой шарбати сирпиёз ним стакан (100 мл) ширӣ гарм илова мекунанд. Дар айнаи замон бисёртар маҳлулҳои спирти сирпиёз истифода карда мешавад. Барои тайёр намудани он 100 г. сирпиёзи майдакардашударо гирифта дар 0,5 л спирти ректификат ҳал менамоянд. Баъдан 12-14 шабонарӯз онро дар ҳарорати ҳуҷрагӣ нигоҳ медоранд. Пеш аз истифода кардан дар таносуби 1:4-1:5 бо об омехта мекунанд. Миқдори маҳлули спиртӣ барои ҳайвони калони шохдор 40-90 мл; барои ҳайвони майда 10-60 мл; сағҳо 10-40 мл истифода бурда мешавад [13, 14, 18].

Маводи доругии папоротники мардона - (*Dryopteris filix mas* (L) Schott) беҳрешаи он аст, ки хусусияти баланди заҳарнокӣ дорад. Дар амалияи илми тиб дар шакли экстракти эфирӣ бештар бар зидди тасмакирмҳои гов ва ҳук истифода мебаранд. Табобат дар зерин назорати табиб бо нақшаи муайян гузаронида мешавад [8, 9].

Пиҷмаи гуногунбарг (*Tanacetum heterophyllum*) растании алафии бисёрсолаи дорои рангҳои мураккаб буда, қадаш 15-40 см буда, маводи табобатияш сабадчаи гул (*Flores Tanaceti*) бе думчаи гул ҳисоб меёбад. Онро тамоми тобистон ҷамъоварӣ кардан мумкин аст. Маҳсулоти тайёрро дар халтаҳо ва куттиҳои қоғазӣ то 2-3 сол нигоҳ доштан мумкин аст. Гулҳои пиҷма дар таркибаш рағани эфирӣ дошта хусусияти киччаронӣ дорад. Хусусан ҳангоми аскаридоз ва острис самаранок мебошад. Бо ин мақсад гулҳои қоқкардашударо дар шакли хока ё дору, ё дар намуди (1:10), имола (клизма) ис-

тифода мебаранд [7, 19, 20]. Усули дигари он, як қошуқ (5 г) гули пижмаро ба 1 стакан (200 мл) оби чӯш андохта, 3-4 соат нигоҳ медоранд ва баъди болоидан ҳар 4-5 соат се қошуки (45 г) се маротиба дар як рӯз ба шиками наҳор истеъмол мекунанд. Тухми хушки кӯфтаи пижмаро дар таносуби 1:10 дар ҳарорати то 60°C нигоҳ дошта, шому сахар ним стакани (100 мл) нӯшидан лозим аст, ки ин амал воситаи беҳтарини зидди кирми меъда мебошад.

Асосан дар Осиёи Миёна инчунин дар Тоҷикистон явшони дарманамонанд (*Artemisia ciniformis*) мерӯяд. Дар соҳаи тиб сабадчаҳои гулҳои қоқкардашуда (*Flores Cinae*) чун маводи киччарон истифода карда мешавад. Бо ин мақсад сабадчаҳои гулҳои қоқкардашударо дар уғӯрча кӯфта, баъди тайёр намудани бемор барои мулоича, бо шакар, асал, ё мураббо омехта карда дода мешавад. Барои калонсолон 50 г маводро 3 маротиба дар як шабонарӯз, 1,5 -2 соат пеш аз истеъмоли хӯрок, дар муддати 2 рӯз истифода бурда мешавад. Баъдан пас аз қабул намудани миқдори охири мавод, шабона пеш аз хоб, қабули мулоимкунандаҳо (слабителҳо) лозим мешавад [7, 10, 17]. Хосияти киччаронӣ доштани он дар осорҳои Диоскорид, Закриёи Розӣ, Плиний, Гален ва дигар олимони давраи қадим ва асримиёнагӣ зикр шудааст. Аз ҳамаи давраҳо оғоз карда, дар тиббиёти Осиёи Марказӣ, Тоҷикистон, Туркменистон, Ўзбекистон, Озарбойҷон ва Қрим обҷӯши донамеваҳо (*Ascroptilon repens* L.) ҳамчун маводи киччарон ва табобати дигар бемориҳо ниҳоят васеъ истифода карда мешавад [7, 17].

Олими намоёни муосир Г.Берди-муҳамедов дар тибби анъанавӣ явшони дарманамонандро чун воситаи асосии киччаронӣ ҳисобида тавсия медиҳанд, ки ба ин мақсад истифодаи тӯдагули он мувофиқ аст [7]. Дорувории гваязулеин, ки ба таркиби он таҳач низ дохил мешавад, барои мулоичаи астма, экзема тавсия шудааст. Муаллиф усулҳои омодаسازی ва тарзи истеъмоли онро чунин баён мекунад: як қошуки ошхӯри (15 г) тӯдагулро ба 2 стакан (400 мл) оби чӯшонида шуда андохта, дар зарфи сирдор 10 дақиқа чӯшонида баъдан болоида, бо қошуки ошхӯрӣ (15) онро се маротиба гарм-гарм нӯшидан лозим аст, усули дигар: ду қошуки ошхӯрии (15 г) тӯдагулро ба як стакан (200 мл) рағани офтобпараст ва ё зайтун андохта, дар зарфи шишагини сарпӯшаш маҳкам гузоштан лозим аст. Баъдан онро чанд карат омехта намуда, баъди болоидан ба воситаи қошуки ошхӯрӣ (5 г) ҳар рӯз се маротиба истеъмол намудан лозим аст.

Дар ҷаҳон беш аз 400 намуди явшони талх (*artemisia absinthium*) мерӯяд. Онро талхтарин растании олам мешуморанд. Растании бисёрсолаи алафии рост баромада ва сершоха, танаш пашмина, баландиаш 60-120 см буда, баргҳои гуногуншакл доранд. Тӯдагулаш гирд, сабадчаҳои кашоли кутраш 3 мм дар шохчаҳои кӯтоҳ, дар думчаҳои яктарафа ҷамъ мешаванд. Ба сифати маводи давой алафи он ва баъзан баргашро низ истифода мебаранд. Явшони талхро дар саршавии давраи гулкуниаш ҷамъ меваранд. Алафу баргҳои онро дар соя дар болои коғаз ва ё матоъ мехушкунанд. Дар асари худ “Ал-Қонун” Абӯалӣ ибни Сино навиштааст, ки “явшони

талх ранги рӯйро беҳ намуда, сиёҳии гирди пилки чашмон ва доғҳои пӯсти баданро дур мекунад. Ҳанӯз дар асри 17 шираи явшони талхро чун маводи баҳамоварандаи ҷароҳат медонистанд. То имрӯз онро барои табобати камхунӣ ва кичҷаронии калонсолон истифода мебаранд [7, 9, 12, 19]. Ба ин мақсад як қошуқ (15 г) барги явшони талхро ба як стакан (200 мл) оби ҷӯшонидашуда андохта, баъдан полонида, 10 рӯз се қошуқи ҷойи онро субҳ дар шиками наҳор, шом пеш аз хоб истеъмол кунанд, гиччаи гирд (аскарида)-и калонсолон ва атфолро меронад. Ҳар дафъа баъди истеъмоли он ним стакан сабзии тарошидаро хӯрдан мувофиқи мақсад мебошад. Барои аз кирми рӯда озод шудан обҷӯши явшони талхро бо қиёми сирпиёз омехта намуда имола (клизма) мегузаронанд ва ба як стакан об 1-1,5 стакан обҷӯши явшону сирпиёзро омехта намуда, ин чорабиниро якчанд рӯз пайи ҳам, то тамои шудани кичча тақрир мекунад.

Ба сифати маводи давоӣ беҳбун ва барги онро тайёр мекунанд. Дар халтаҳои коғазӣ нигоҳ медоранд. Муҳлати нигоҳдории он як сол мебошад. Ҳасанаки ришчадор (*Dryopteris barbigera*) чун маводи давоӣ аз даврҳои қадим маълуми машҳур буд. Дар асарҳои Диоскорид ва Плинийи Калонӣ дар бораи ин растанӣ чун маводи кичҷарон ёдовар шудааст. Феофаст онро барои муолиҷаи кирми гирдшакл тавсия медиҳад. Дар асарҳои Абӯалӣ ибни Сино “Ал-Қонун”, Абурайҳони Берунӣ “Дорушиносӣ дар тиб” ва Сайид Исмоили Гургенлӣ “Захираи Хоразмшоҳ” хусусиятҳои шифоии ин гиёҳ дар мавриди ба ҳам оварда-

ни ҷароҳат, чун воситаи кичҷарон баён шудааст. Дар тибби халқии туркманҳо об ҷойи онро барои кичҷаронӣ, тоза кардани хун, дарди буғумҳо истифода мебаранд [4-7, 10, 11]. Ба ин мақсад як қошуқи ошхӯрӣ (15 г) беҳбунӣ майдакардаи онро ба як стакан (200 мл) об андохта, дар зарфи сирдори сарпӯшаш мустақкам 5-10 дақиқа ҷӯшонидида, баъдан меполаянд, аз он чоряк стакан (50 мл) гирифта то таом рӯзе 3 маротиба истеъмол мекунанд.

Яке аз гиёҳшиносони намоёни тоҷик Ҳомидҷон Зоҳидов дар асари худ “Қанзи шифо” дар фасли давоҳои бечон, дар бораи маъдани зокаи зард навиштаанд [3, 4, 10]. Зокаи сафедро ба забони ўзбекӣ аҷчиқтошт меноманд, дар ҳақиқат таъмаш турш аст, ки аз қонаш дар шакли намак гирифта, бештар барои ранг намудани матоҳо истифода мебаранд. Мардуми водии Фарғона ҳислатҳои шифобахши онро истифода карда, ҳамаи навҳои кирми меъдари мерезонанд, варам ва саҳтии сипурзро муолиҷа менамояд. Миқдори як маротиба истифода аз зокаи зард, ки беҳатар мебошад то 0,5 г аст (аз ин зиёдаш зарарнок мебошад) [10].

Хулоса.

1. Дар қаламрави Тоҷикистон растаниҳои гуногуни кичҷарон ба мисли: кадуи муқаррарӣ, ғозичой, сирпиёз, папоротники мардона, пажмаи гуногунбарг, явшони дармонамонанд, явшони талх, ҳасанаки ришчадор ва ғайра мерӯянд. Инчунин қонҳои маъдани намаки зокаи зард мавҷуд мебошад. Ҳамаи онҳо аз рӯйи ҷамоварӣ, қорқард, тарзи истифодабарӣ ва роҳҳои табобат аз якдигар фарқ доранд.

2. Дар солҳои охир болоравии сатҳи беморшавии бемориҳои гелментӣ хусусан дар байни ҷавонон бештар ба мушоҳида мерасад. Дар айни замон, бештар маводҳои доругӣ ба мисли алибендазол ва мебендазолро истифода меkunанд. Дар ҳолатҳои вазнин асосан эфедрин, адреналин ва дигарҳоро истифода мебаранд, ки онҳо камёфт ва нархи гарон доранд.

3. Бо гузариш ба иқтисодиёти бозоргонӣ, таваҷҷуҳ ба растаниҳои доруворӣ ба таври назаррас афзуда ҷустуҷӯи растаниҳои нави шифобахш ҳар сол бештар афзоиш ёфта истодааст. Растаниҳои шифобахш организмҳои зинда, моддаҳоро синтез меkunанд, ки аз ҷиҳати физиологӣ бештар дар робита ба организмҳои ҳайвонот ва инсон мувофиқат меkunанд ва нисбат ба маводҳои синтетикӣ, ки дар фабрикаҳои кимёвӣ истеҳсол карда мешаванд, якчанд карат арзонтар мебошанд.

4. Дастрасӣ ва бо осонӣ тайёр намудан, истифодаи бисёр қулай, надоштани таъсирҳои манфӣ ба мардум имконият медиҳад, ки хусусиятҳои табобатии барг, поя, тана, меваю сабзавотҳоро дар ҳаёти ҳаррӯзаашон истифода баранд ва онҳоро ба дорухонагӣҳои хонаводагӣ табдил диҳанд.

АДАБИЁТҲО

1. Абдурахмонов Н.А., Обсеменённость продуктов сельского хозяйства яйцами гильминтов, как фактор распространения гельминтов и меры его профилактики // Абдурахмонов Н.А., Ахмедов А., Тошев М.М., Негматов И.Х., Гулбекова, А, Негматзода А.Дж. - Вестник медико-социального института Таджикистана, Душанбе, 2021, (1) - С. 69-79.

2. 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.

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

4. Абу-Али- Ибн Сина. Канон врачебной науки /Авецена, // Книга 5, - Ташкент: Изд-во АН УзССР. 1960 -330 с.

5. Абуали ибни Сино. Алвоҳия. Избранные произведения (на таджикском языке) т.1,2. –Душанбе: Ирфон,1980, -430 с.

6. Абу Райххан Беруни. Избранные произведения, т. IV. Ташкент: Изд-во АН УзССР 1973, -1120 с.

7. Бердимухамедов Г. Рустаниҳои шифобахши Туркменистон: Душанбе, -2010. - 342с.

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

9. Авакянц Б. -Лекарственные растения в ветеринарной медицине: монография/ Авакянц Б. Москва,:"Аквариум ЛТД". 2001. -210 с.

10. Зоҳидов Ҳ. Канзи шифо. (нашри дуюм). –Душанбе , Ирфон, 1993. – 720 с

11. Нуралиев Ю.Н. Медицина эпохи Авиценны 1981, –Душанбе: Ирфон,-190 с.

12. Нуралиев Ю.Н. Медицинские трактаты Авиценны, Душанбе , Ирфон 1982 – 190 с.

13. Хайдаров К.Х. –Лечебные растения Таджикистана. Душанбе: Ирфон 1988, -88с.

14. Нуралиев Ю.Н. –Лекарственные растения , Душанбе “Маориф” 1989, -286 с.

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

16. Попов А.П. Лекарственные растения в народной медицине.- Киев: Здоровья, 1969,-315 с.

17. Волынский Б.Г.- Растения, содержащие противоглистны́е вещества,: . Волынский Б.Г., Бендекр К.И., и др / в кн. -Лекарственные растения в научной и народной медицине,1981,: Саратовского Университета, 1981, с.210-218.

18. Попов А.П. Лекарственные растения в народной медицине.- Киев: Здоровья, 1969,-315 с.

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

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

REFERENCES

1. Abdurakhmonov N. A., -Contamination of agricultural products with helminth eggs as a factor in the spread of helminths and measures for its prevention.// Abdurakhmonov N.A., Akhmedov A., Toshev M.M., Negmatov I.H., Gulbekova, A, Nematzoda A.J. -Bulletin of the Medical and Social Institute of Tajikistan, Dushanbe , 2021, (1) pp. 69-79

2. Ortikova M.M. – The prevalence of frequently encountered worm infestations in the Republic of Tajikistan and ways to improve preventive activities at the level of primary health care: abstract. dis... Candidate of Medical Sciences: 02/14/03./ Ortikova Munira Mamurzhonovna, Dushanbe 2020, -32с.

3. Abu-Ali-Ibn-Sina. Canon of medical science /Avecena,// Book 2, - Tashkent: “Fan”, 1980.

4. Abu-Ali-Ibn Sina. Canon of medical science /Avecena,// Book 5, - Tashkent: Publishing House of the Academy of Sciences of the Uzbek SSR. 1960 -330 p .

5. Abuali ibni Sino. Alvoxiya. Selected works (in Tajik) vol.1,2 –Dushanbe: Irfon, 1980, -430 p.

6. Abu Raykhan Beruni. Selected works, vol. IV. Tashkent: Publishing House of the Academy of Sciences of the Uzbek SSR 1973, -1120 p.

7. Berdimuhamedov G. Rustanioi shifobakhshi Turkmaniston: Dushanbe,-2010, - 342 p.

8. 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 .

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

10. Zoids. Kanzi shifo. (nashri duyum) – Dushanbe, Irfon, 1993 – 720 s

11. Nuraliev Yu.N. Medicine of the Avicenna era 1981, –Dushanbe: Irfon,-190 p.

12. Nuraliev Yu.N. Medical treatises of Avicenna, Dushanbe, Irfon 1982 – 190 p .

13. Khaidarov K.Kh. – Medicinal plants of Tajikistan. Dushanbe: Irfon 1988, -88 p.

14. Nuraliev Yu.N. –Medicinal plants , Dushanbe “Maorif” 1989, -286 p.

15. Holbegov M.E. – A short course of medical biology.: textbook / Holbegov M.E., Rizoeva O.A., Shakhsufbekova O.M. Dushanbe “Er-graf”, 2020, -152 p.

16. Popov A.P. Medicinal plants in folk medicine.- Kiev: Zdorovya , 1969,-315 p.

17. Volynsky B.G. - Plants containing anthelmintic substances,: . Volynsky B.G., Bendekr K.I., and others / in the book -Medicinal plants in scientific and folk medicine, 1981,: Saratov University, 1981, pp.210-218.

18. Popov A.P. Medicinal plants in folk medicine.- Kiev: Zdorovya , 1969. -315 p.

19. Sokolov S.Ya. – Handbook of medicinal plants: Sokolov S.Ya., Zamotaev I.P. / Moscow, Publishing house: “Medicine”, 1990. -188 p.

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

Выводы

**Абдурахмонова Н.А., Тошев М.М.,
Негматова И.Х., Нодиров А.А.,
Еров К.**

ЛЕЧЕНИЕ ГЛИСТНЫХ ИНВАЗИЙ С ПОМОЩЬЮ ЛЕКАРСТВЕН- НЫХ РАСТЕНИЙ ПРОИЗРАСТА- ЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ РЕ- СПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАНА

Цель исследования. Анализ заражения гельминтами среди молодежи Республики Таджикистан и их лечение с помощью лекарственных растений произрастающих на территории Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Научные исследования проводились в соответствии с научными рекомендациями и методикой ученых Российской Федерации и Республикой Таджикистан на основе аналитических и обучающих методов. В исследовании на добровольной основе привлечено 1000 студентов первого и второго курсов медицинского, стоматологического и фармацевтического факультетов НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана».

Результаты исследования и их обсуждение. Выяснилось, что на территории Таджикистана произрастают различные виды глистогонных растений, таких как: тыква обыкновенная, годжичои, горный чеснок, папоротник мужской, пижма многолистная, яшон

лекарственный, яшон горький, гасанак, и др. А также на территории республики имеется месторождение желтокорневой минеральной соли. Все они совершенно отличаются друг от друга по способам сбора, обработки, использования и лечения. Действие лекарственных растительных веществ заключается в том, что они вызывают укорочение, сокращение и паралич мышц организма паразитов, которые теряют способность удерживаться в желудочно-кишечном тракте, а затем погибают и выбрасываются из организма.

Заключение. Почти 68% молодежи Таджикистана заражены глистами. В настоящее время их лечение в основном осуществляется такими препаратами, как алибендазол и мебендазол, которые, с одной стороны, очень дорого стоящие, с другой - встречаются редко и в третьем не всегда дают желаемый результат. На территории Республики Таджикистан произрастают различные растения, такие как: тыква обыкновенная, гозичои, горный чеснок, папоротник мужской, пижма многолистная, тысячелистник лекарственный, тысячелистник горький, гасанак колючий, и др., вызывающие паралич мышц в организме паразитов. А также на территории Таджикистана находится месторождение желтокорневой минеральной соли.

Ключевые слова: лекарственные растения, глистные заболевания, лечение, глистная инвазия, травяной сок, фитонциды.

ТДУ 581.8:615.4 (575.3)

Ёров К.Н.

НАВЪУ НАМУДҶОИ ТУТ ВА ХОСИЯТҶОИ АНАТОМИЮ МОРФОЛОГИИ ОН ДАР НОҶИЯИ АЙНИИ ВИЛОЯТИ СУҒД

МТҒ “Донишқадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”

Ёров Комрон Нарзиқулович - и.в. ассистенти кафедраи химияи умумӣ, ғайриорганикӣ, биоорганикӣ, таҳлилӣ, биологӣ, физколлоидӣ ва химияи токсикологии МТҒ “Донишқадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон” E-mail: komron- 01.96@mail.ru. Тел: (+992) 931839252

Мақсади таҳқиқот: омӯхтани намуди тут ва навъҳои паҳншудаи он дар ноҳияи Айнии вилояти Суғд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: маводи омӯзиширо дарахтони мевадиҳандаи тут, ки дар деҳаҳои Дарғ, Қаздон, Шамтуч, Вешаб ва Утоғари ноҳияи Айни паҳн шудаанд, ташиқ медиҳанд. Таҳқиқотҳо дар соли 2021-2023 ба таври экспедитсионӣ гузаронда шуданд. Дар рафти таҳқиқот дар ин ноҳия, маълумотҳои олимони Н.В. Смолский ва В.И. Запрягаева тасдиқ гардиданд, ки дар қитъаҳои наздиқавлигӣ ва бозҳои мардуми маҳалӣ ду намуди тут; тути сиёҳ - *Morus nigra* L. ва тути сафед - *Morus alba* L. дучор мешаванд.

Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии онҳо. Дар рафти таҳқиқот аз сарчашмаҳои илмӣ ва маводҳои интернетӣ, инчунин методҳои умумии илмӣ таҳқиқот ба монанди методи арзишӣ - меёрӣ, таърихиву муқоисавӣ ва омӯрӣ васеъ истифода бурда шудааст. Ҳангоми таҳқиқот дар деҳаҳои Дарғ, Қаздон ва Шамтуч муайян гардид, ки миқдори дарахтони тут (тути сафед) хеле кам шудааст. Сол то сол агар аз як тараф миқдори дарахтони тут аз ҳисоби таъсири антропогенӣ кам шуда истода бошанд, пас аз тарафи дигар таҳқиқотҳои гузаронида шуда нишон дод, ки камшавии миқдори дарахтон аз ҳисоби заҳматталаб будани хушконидаи меваи он, дур будан аз бозори истеъмолӣ ва талаботи камтар доштани аҳоли ба меваи тут мебошад. Аз ҳамин лиҳоз таҳқиқот нишон дод, ки мардуми маҳалӣ солҳои охир мутаасифона дидаву доништа дарахти тутро парвариши накарда истодаанд. Дар натиҷа рӯз аз рӯз миқдори дарахтони тут дар деҳаҳои номбурда кам шуда истодааст.

Дар рафти таҳқиқот дар ин мавзӯ як навъи тути сиёҳ – Шоҳтут ва 5 навъи тути сафед дарёфт карда шуд, ки инҳо (Хасак, Марворид ё Марвартак, Бедона, Балхӣ ва Сиёҳтут) мебошанд.

Хулоса. Дар натиҷаи таҳқиқот маълум гардид, ки дар солҳои охир аз як тараф аз сабаби таъсири антропогенӣ миқдори дарахтони тут дар ноҳия хеле кам шуда бошад, аз тарафи дигар таҳқиқотҳои гузаронида шуда нишон дод, ки заҳматталаб будани хушконидаи мева, дур будан аз бозори истеъмолӣ ва талаботи камтар доштани аҳоли ба меваи тут мебошад. Ҳоло дарахтони тутро бурида ба шакли аловӣ истифода мебаранд, ки ин ба нестшавии генофонди ин дарахтон оварда мерасонад.

Калимаҳои калидӣ: тут, таркиб, табобатӣ, мевадиҳанда, барг, оила, шифобахш, абрешим.

Yorov K.N.

VARIETIES AND ITS ANATOMICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE MULBERRY STUD IN THE AINI DISTRICT OF THE SUGHD REGION

NEL “Medical-Social Institute of Tajikistan”

Yorov Komron Narzikulovich – a.d. assistant of the department of general, inorganic, bioorganic, analytical, biological, physicolloid and toxicological chemistry of the Medical and Social University of Tajikistan. E-mail: komron-01.96 @mail.ru. Tel: (+992) 931839252

The purpose of the study: omukhtani namudi here va navkhai pahnshudai on dar nokhiyai Ainii viloyati Sughd

Study material and methods: mavodi omuzishro darakhthoni mevadihandai here, ki dar dehakhoi Darg, Kazdon, Shamtuch, Veshab va Utogari nohiyai Ainii pakhn shudaand, tashkil medihand. Taḥқиқотkho gift of salt 2021-2023 ba tavri ekspeditsioni guzaronda shudand. Dar rafti taḥқиқот dar in noḥiya, malumotkhoi olimon N.V. Smolsky and V.I. Zapryagaeva tasdik gardidand, ki dar қитаъи наздиқавлиги ва боғҳои мardumi mahali du namudi here; tuti siēh - Morus nigra L.va tuti safed - Morus alba L duchor meshavand. Dar rafti taḥқиқот az sarchashmahoi ilmi va mavodhoi interneti, inchunin methodhoi umumii ilmii taḥқиқот ba monandi metodi arzishi meyor, tarikhivu mukoisavi va omori vase istifoda burda shud.

Study results and their review. During research in the villages of Dargh, Kazdon and Shamtuch, it was found that the number of mulberry trees (white mulberry) has decreased significantly. Year by year, if on the one hand the number of mulberry trees is decreasing due to anthropogenic influence, then on the other hand other studies have shown that the decrease in the number of trees is due to the difficulty of drying its fruit, the distance from the consumer market, and the lower demand of the population for mulberry fruit. From this point of view, the research showed that the local people have been deliberately not growing mulberry trees in recent years. As a result, the number of mulberry trees in the mentioned villages is decreasing day by day. During the research in this area, one type of black mulberry - Shahtut and 5 types of white mulberry were found, which are (Hasak, Marvorid or Marvartak, Bedona, Balkhi and Syohtut).

Conclusion. The results of the study showed that in recent years, on the one hand, due to anthropogenic influence, the number of mulberry trees in the district is decreasing, on the other hand, the conducted studies showed that drying the fruit is laborious, far from the consumer market, and there is less demand. population is like mulberry fruit. Now, mulberry trees are cut down and used for burning, which leads to the destruction of the gene pool of these trees.

Keywords: mulberry, composition, treatment, fruiting, leaf, family, healing, silk.

Муҳиммият. Ноҳияи Айнӣ яке аз ноҳияҳои кӯҳии вилояти Суғд буда, ба музофоти табиӣ-географии Зарафшон дохил мешавад. Масоҳати он 9%-и масоҳати Ҷумҳурии Тоҷикистонро ташкил менамояд, ки ба 12,5 ҳаз. км² баробар аст [1]. Ноҳияи Айнӣ аз ҷиҳати тақсимои маъмурӣ ба ҳудуди вило-

яти Суғд дохил шуда, дар қисмати ҷанубии он ҷой гирифтааст. Маркази ноҳия деҳаи Айнӣ номдошта, он дар қисми ҷанубии қаторкӯҳи Зарафшон ҷойгир гардидааст. Қаламрави ноҳияи мазкурро аз Шарқ ба Ғарб қаторкӯҳҳои Туркистон, Зарафшон ва Ҳисор бурида мегузаранд, баландии теғаҳои кӯҳ аз

сатҳи баҳр ба 3500-4500 м, қуллаҳои алоҳида бошанд зиёда аз 5000 м баландӣ доранд (Чимтарға дар деҳаи Каздон, 5494 м). Дар ин ноҳия ғайриҷағдориҳо, яъне зироаткорӣ, боғпарварӣ ва чорводорӣ бештар истифода мешавад. Дар ин ҷо зотҳои гуногуни чорвои хонагӣ ва навъу намунаҳои зиёди зироатҳои кишоварзӣ парвариш карда мешаванд [1].

Тут аз ҷумлаи он дарахтоне мебошад, ки аз давраи қадим парвариш карда мешавад. Он нафақат ҳамчун растани мевадиханда, балки ҳамчун хӯроки асосии кирми пилла ба шумор меравад. Тутро на фақат дар Тоҷикистон балки дар бисёр мамлакатҳои дунё аз ҷумла Афғонистон, Эрон, Туркия, Кавказ, Ҳиндустони Шимолӣ ва ғайра ҳамчун дарахти мевадиханда барои доштани хусусияти ғизоӣ ва шифоии он парвариш карда мешавад. Тибқи маълумоти Декандоль, 1885; Керн, 1932; Федоров, 1954 ватани асосии тут ин Хитой Шарқӣ ба шумор меравад.

Мақсади таҳқиқот: аз омӯзиши генофонд ва таърихи мухтасари дарахти тут ва навъҳои пахншудаи он дар ноҳияи Айнӣ, вилояти Суғд иборат мебошад.

Тутро ҳамчун дарахти мевадиханда дар ҳудуди Тоҷикистони Шимолӣ ҳанӯз дар аввалҳои асри XX олим Н.В. Смолский (1935) омӯхтааст. Мувофиқи маълумоти ӯ тут дар вилояти Суғд бештар дар водии Зарафшон парвариш карда мешавад.

Қариб 75 сол мешавад, ки дар бораи генофонди тут, ҳамчун дарахти мевадиханда дар ин ноҳия кори илмӣ гузаронда нашудааст.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Маводи омӯзишро дарахтони моделии мевадихандаи тут, ки дар деҳаҳои Дарғ, Каздон, Шамтуч, Вешаб ва Утоғари ноҳияи Айнӣ пахн шудаанд, ташкил медиҳанд. Таҳқиқотҳо дар соли 2021-2023 ба таври экспедитсионӣ гузаронда шуданд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Ҳангоми мушоҳида дар деҳаҳои Дарғ, Каздон ва Шамтуч муайян гардид, ки миқдори дарахтони тут (на ин ки тути сиёҳ, балки тути сафед) хеле кам шудааст. Сол то сол миқдори дарахтони тут аз ҳисоби таъсири антропогенӣ кам мешавад. Мумкин ин аз ҳисоби заҳмати зиёд сарф кардан барои хушккондани мева, дур будан аз бозор ва талаботи камтар доштан ба меваи тут, мардуми маҳалӣ солҳои охир тутро парвариш намеkunанд. Дар натиҷа руз аз руз миқдори дарахтони тут дар ин деҳаҳо кам шуда истодааст.

Дар рафти таҳқиқот дар ин ноҳия, маълумоти олим Н.В. Смолский ва В.И. Запрыгаева тасдиқ гардиданд, ки дар қитъаҳои наздиҳавлигӣ ва боғҳои мардуми маҳалӣ ду намуди тут; тути сиёҳ - *Morus nigra* L. ва тути сафед - *Morus alba* L. дучор мешаванд. Чи хеле, ки натиҷаи таҳқиқотҳо дар Помири Ғарбӣ (Мубалиева, 2011) нишон медиҳанд, дар ин ҷо низ тути сиёҳ як намояндаи дошта, ба миқдори хеле кам дар боғҳо дучор мешавад, баъзан дар як деҳа 1 ё 2 дарахти тути сиёҳ - Шоҳтут дучор мешаваду халос. Тути сафед *Morus alba* L. бошад ҳам аз ҷиҳати миқдори дарахт ва ҳам гуногуншакли аз аввалааш фарқи калон дорад.

Тути сиёҳ- *Morus nigra* L. асосан дарахтони калон бо шохсори васеи анбӯҳ, баландиашон 12-15м, ранги пусти дарахт бўртоб, нисбат ба тути сафед тиратар буда, тарқишҳои ба дарозӣ тӯл кашида дорад. Шохронии зиёд дошта, шохчаҳояш кӯтоҳи каме қачу қилеб мебошанд. Навдаҳо асосан ғафси буғумдор буда, байнибуғумҳои он нисбат ба навдаҳои тути сафед кӯтоҳтаранд. Пустлохи навдаҳои ҷавон бо чечевичка-нуктаҳои байзашакл-гирдшакл пӯшонда шудааст, ки ранги онҳо бўртоби равшан мебошад. Навдаҳои сабз баъзан бо антосеан пӯшонда шудаанд. Навдаҳои яқсолаи ҷавон дар қисми ҷубнашуда патдор мебошанд.

Муғчаҳо содда, калон, 4-8 мм баландӣ ва 3.1- 4.6мм паҳноӣ доранд. Шаклашон тухмшакл ё силиндрӣ- конусшакли рангашон бўрии тира, луч ва ё каме патдор мешаванд.

Баргҳои Шохтут пурра, паррадор буда, хеле кам буридашуда доранд, тухмшакл ё дилшакл, гирд баъзан бодбезакшакл шуда, асоси барг дилшакли чуқур, нӯгтези дар охир кунд мешавад. Канораҳои барг аррамонанди дандонмонанд ё аррамонанди дандонаҳояш нисбат ба барги тути сафед калонтар, шаклан секунҷаи гирдшакл, гирдшакли нӯгтез ва доирашакл мебошанд. Қисми болоии барг одатан шахшӯл (дурушт), рангаш сабзи тираи ҷилдор, рағҳои базали бо муякчаҳои саҳт пӯшонда шудааст ва ё баъзан бе муякча [1].

Аз руи консистенсия барги тути сиёҳ нисбат ба барги тути сафед хеле дурушт аст. Дарозии барг аз 7 то 22 см, ва паҳноӣ аз 6 то 18 см; таносуби дарозӣ ба паҳноӣ 1.1-1.2 –ро ташкил

медихад. Думҷаи барги тути сиёҳ нисбати думҷаи барги тути сафед кӯтоҳтар буда, ғафс ва муякчадор мешавад. Дарозии он аз 1.8 то 3.5 см, паҳноӣ 1.3 то 2.3см мешавад.

Шохтут ду намуди тудагул дорад нарина ва модина. Тудагулҳои нарина шакли силиндрӣ дошта, нисбат ба тути сафед ғафстаранд; гулҳо низ калонтар буда, муякчаҳои зиёд доранд.

Гулҳои занона байзашакли нишаста, баргчаҳои пешгул бештар муякчадор, канораҳояш мижгонакҳои зиёд дорад, дарозии гардгирак 2-2.5мм, одатан парешони кӯноқакдор мешаванд. Сутунча надорад [2].

Тӯдамеваи тути сиёҳ байзашакл, байзашакли силиндрӣ ё гирдшакл, андозаашон калон 1.2 то 2.3 см дарозӣ ва 1.1 то 1.7 см паҳноӣ доранд. Ранги мева дар аввали пухтан сурх буда, дар давраи пурра пухтарасӣ ранги сиёҳи дурахшон дорад, мевачаҳо ба ҳамдигар зич ҷой гирифта, хеле обдор мебошанд. Мазаи мева турши ширинмазаи тароватбахш мебошад.

Тути сафед- *Morus alba* L. Тути сафед нисбат ба тути сиёҳ дар ҳудуди ноҳия бештар паҳн шуда дар боғҳои тамоми сокинони ноҳияи Айни дучор мешаванд. Дарахтони ин намуд аз 20 то 25 м қад кашида, хеле кам ба шакли бутта дучор мешаванд. Шохсори онҳо парешон, пирамидашакл ё овезон мешавад. Пусти поя ва шохҳои скелети ранги хокистарӣ, хокистарӣ-бӯрӣ ва бӯрӣ дошта, қад-қадди поя кафидагӣҳо дида мешаванд. Чуби тути сафед устувор, мустаҳкам ва душворшикан мебошад.

Навдаҳои ҷавон борик, парешон, рости вертикалӣ ва баъзан овезон ме-

шаванд. Ранги пусти навдаҳои чубгашта хокистарӣ, хокистариҳои бӯр ё бӯри хокистарранг буда, дар навдаҳои нимчубшуда хокистариҳои сабз ва дар қисмати сабзаш ранги сабз доранд. Дар болои пусти нуқтаҳои (чечевички) бисёри рангашон сафедтоби доирашакл, байзашакл ва дарозрӯя доранд. Дарахти тут ду намуди навда дорад; навдаҳои нашивӣ ва генеративӣ. Навдаҳои вегетативӣ нисбат ба генеративӣ дарозтар буда, 25-30 см ва дар баъзе навҳо то 2-3 м дарозӣ дошта, баргҳои калонтар доранд. Навдаҳои генеративӣ бошанд кӯтоҳтар (4.5 то 8.0 см) ва баргҳои андозаашон майдатари дурушт доранд. Навдаҳои нимчубшуда ва сабз дар масофаи байни буғумҳои 1-2-3 ғи болои муякчадор ё ин ки тамоман луч мешаванд.

Муғчаҳо тухмшакл ё тухмшакли паҳн, нӯгтез ё нугашон кунди нишаста ва ё каме барҷаста, луч ё муякчадор рост, дарозиашон аз 6 то 6.6 мм ва паҳноиашон 4.5 мм мешавад. Пулакчаҳои муғча барҷаста ё тухмшакли паҳн буда, миқдорашон то 7 адад мешавад. Муғчаҳо аз руи андоза, шакл, ранг ва миқдори пулакча, инчунин андозаю шакли пулакчаҳои чуфти беруна ва пушиш бо муякча фарқ мекунанд. [3, 4].

Баргҳо батартиб, хазонрез, аз руи тавсифи лаълиҷаи барг пурра, паррадорӣ симметрӣ ва ғайри симметрӣ шуда, миқдори парраҳо аз ду тараф баробар ё нобаробар мешаванд. Парраҳои асосӣ то 5 адад, аммо парраҳои болоӣ ва паҳлугӣ одатан якчанд парраҳои тартиби дуумро пайдо мекунанд (парраҳои бештар буридашуда). Ҳамин тавр миқдори парраҳо аз 9 то 11 ададро таш-

кил медиҳанд. Дарахтон аз руи шакли баргҳо чунинанд; баргашон пурра (дар мавриде, ки дар тамоми шохсор баргҳои пурра ҷой гирифтаанд); гуногунбарг (дар як дарахт ҳам баргҳои пурра ва ҳам паррадор ҷойгир шудаанд); буридабарг ё баргашон бурида (дар шохсори дарахт ягон барги пурра дида намешавад). Барги тут аз руи шакл тухммонанд, тухммонанди дарозруя, тухммонанди паҳн, дилшакл, байзашакл ва ғайра мешавад. Канораҳои барг аррамонанд, аррамонанди-дандоначадор, дандонадор ва ғайра мешаванд.

Дарозии баргашон асосан аз 3.0 то 26.0 см-ро ташкил дода, таносуби дарози ба паҳноӣ хеле гуногун мешавад, индекси он аз 1.1 то 1.9-ро ташкил медиҳад. Андозаи барги растаниро ҳангоми ҷудо кардани навӣ тут истифода бурдан мумкин аст, вале ҳамчун аломати пурраи ҷудошавандаи он шуда наметавонад, чунки барои ҷудо кардани намуд ва навӣ тут комплекси аломатҳо ба инобат гирифта мешаванд. Ба сифати аломати фарқкунанда, на ин ки андозаи барг, балки индекси онро ба ҳисоб мегиранд. Дарозии думҷаи барг аз 1.0 то 8.0 см-ро ташкил медиҳад [5].

Гулҳо якҷинса ва баъзан дучинса мешаванд. Тудагулҳои мардона цилиндрий ё овезон, ки дар он гулҳо ҷудогона ва ё зич ҷой гирифта, дарозиашон аз 7 то 35 мм мешаванд. Гулбараш муякчадор ё қариб луч, 3ғ16 мм дарози доранд; баргчаҳои пешгул, байзашакл ё гирдшакл, муякчадор ё луч, канораҳояш мижгончадор, гардбаргҳо 4-то, дарозии риштаи гар 2-3 мм, гаргирак духонага 0-1.75 мм паҳноӣ до-

рад. Ранги гулҳо сабз, зарди сабзтоб, ё рахдор (қахваранги сабз) мешавад.

Гулҳои занона байзашакл буда, дарозиашон бо гулбар (цветонос) баробар, ё каме дарозтар мешавад. Гулбар каме муякчадор ва ё луч мебошад, гулҳо нишаста, баргчаҳои пешгул каме муякчадоранд, ё ин ки баъзан луч, канораҳояш мижғонакдор, байзашакл, доирашакли тухмшакл ё мудаваар мебошанд. Пояча надорад, ё ки он хеле кӯтоҳ аст, шохачаҳои гард кӯноқакдори луч ё каме муякчадор мебошанд, дарозиашон 1.25 то 4 мм-ро ташкил медиҳад [5].

Баъзе параметрҳои морфологӣ ва андозаи меваҳои гуногуни дарахти

тути ноҳияи Айнии вилояти Суғд дар чадвали 1 ва 2 оварда шудааст.

Чи тавре, ки аз чадвали 1 ва 2 бармеояд, андоза ва паҳноии барг, дарозии думчаи барг, дарозӣ ва ғафсии наждаи як сола, миқдори дарозӣ ва паҳноии тудамева, миқдори тухм дар тудамева, дарозӣ ва ғафсии думчаи мева дар наждаҳои тути Шохтут, Марворид, Сафедтут, Тертут ва Балхӣ гуногунанд.

Тудамеваи тути сафед шакли цилиндрий, цилиндри-конусшакл, байзашакл ё мудаваар дошта, ранги мева сафед, сафеди зардтоб, гулобии беранг, рангоранг, бунафш, бунафши тира, сурхи сиёҳтоб ё сиёҳ мешавад. Дарозии

Чадвали 1.

Баъзе параметрҳои морфологӣи дарахти тут дар ноҳияи Айний

Навҷу шаклҳои тут	Андозаи барг, мм	Паҳноии барг, мм	Дарозии думчаи барг, мм	Дарозии наждаи яксола, см	Ғафсии наждаи яксола, мм	Миқдори барг, адад	Миқдори тудамева, адад
Хастут	90.0 ±1.5	70±1.4	55±1.7	10.5±1.5	3.0±0.8	6	4
Бедона	70±1.8	55±1.6	40±0.9	13.6±1.4	2.8±0.7	7	5
Марворид	60±1.7	50±1.1	30±1.5	10.0±1.2	2.8±0.7	8	4
Балхи	55±1.7	65±0.7	28±1.6	20.0±1.5	3.8±1.2	8	5
Шохтут–	130±1.3	120±1.6	1.0±0.4	3.0±0.8	4.8±2.3	3	2

Чадвали 2.

Андозаи меваи наждаҳои гуногуни тут дар ноҳияи Айний

№ б/т	Номгӯии навҷу шаклҳои тут	Дарозии тудамева (мм)	Паҳноии тудамева (мм)	Миқдори тухм дар тудамева (адад)	Дарозии думчаи мева (мм)	Ғафсии думчаи мева (мм)
1	Шохтут	29±3.2	20±0.6	6±0.6	5±0.3	2.0±0.04
4	Марворид	14±1.7	16±0.9	-	9±0.9	1.2±0.03
7	Бедона	16±0.6	10±0.6	-	6±0.3	1.0±0.03
8	Сафедтут	17±0.6	11±0.3	23±0.9	7.1±0.6	1.0±0.03
20	Тертут	19±0.3	9±0.9	30±0.3	11±0.6	1.2±0.04
21	Балхи	23±0.6	19±0.3	-	8±0.3	10±0.03

тудаева 0.7 то 4.0 см буда, сертухм, камтухм ва тамоман навъҳои бетухм, ки мардуми маҳалӣ онҳоро бедона меноманд, дучор мешаванд. Тухмҳо мудаввари сеқиррагаи каме пачақшуда буда, рангашон зардчаи паст мебошад. Пайдоиши ин намуди тутро бисёрии олимон аз Хитой, Манҷурия ва Корея ҳисоб мекунанд. Дар ватани мо тути сафед ба ғуруҳи дарахтони дар давраи қадим интродуксияшуда дохил мешавад.

Илова бар ин дар рафти таҳқиқот дар ин мавзӯ 1 навъи тути сиёҳ – Шоҳтут ва 5 навъи тути сафед дарёфт карда шуд, ки инҳо Хасак, Марворид (Марвартак), Бедона, Балхӣ ва Сиёхтут мебошанд. Дар зер баъзе хусусиятҳои морфологии навъҳои маъмулро меорем:

Марворид ё баъзе одамон онро Марвартак меноманд, ба миқдори хеле кам 1 ё 2 дарахт дар деҳаҳои номбурда дучор мешаванд. Ин номро тут аз ҳисоби меваи сафеди марворидмонанд буданаш гирифтааст, агар бархе аз меваи тару тозаи онро ҷамъ карда нигоҳ кунем, он ба марворид монанд аст. Ранги мева сафед, шаклаш мудаввари ҳамвор, маззаашон аз ҳисоби қанди зиёд доштан, ширин мебошад. Меваи он бетухм-партенокарпӣ мебошанд. Дарахтони ин навъ 12-14 м баландӣ дошта, шохсори онҳо шакли мудаввари куррашакл ва шохчаҳои хеле зиёд дорад. Пусти поя ва шохҳои скелети хокистарии равшан буда, навдаҳои кутӯҳ дорад. Дарозии навдаҳои вегетативӣ ё қалқашанда 18-28 см ва навдаҳои генеративӣ 7-9 см мебошад. Дар як навдаи генеративӣ аз 4 то 6 тудамева дида мешавад.

Баргҳои ин навъ нисбат ба дигарҳо аз ҷиҳати андоза майдатар буда, 50-65 мм дарозӣ ва 30-60 мм паҳноӣ доранд. Ранги барг сабзи баланд ва барг нафис мебошад. Думчаи барг аз 20 то 30 мм дарозӣ дорад. Тути навъи Марворид ба ғуруҳи тутҳои пепазак дохил шуда, меваи хеле зиёд мебандад. Аммо аз боронгарӣҳои аввали тобистон дар мавзӯи номбурда зарар мебинад. Бисёрии мева нопухта мерезад. Аз як дарахти 15-20 сола тақрибан 40-60 кг меваи тару тоза мегиранд. Меваи ин навъро дар шакли тару тоза, хушконида ва коркардшуда истифода мебаранд.

Бедона – аз сабаби надоштани тухм дар мева ин навъ номи тути бедона ном гирифтааст. Ин навъ аз дигар навъу шаклҳо аз руи андоза ва ранги мева фарқ мекунад. Дарахтони тути бедона то 20 м қад қашида, шохсори паҳни парешон дорад. Тудамеваи он ранги сафед дошта баъзан тобиши бунафш дорад. Шакли силиндрӣ ва баъзан байзавӣ дорад. Дар таркиби мева қанд хеле зиёд аст. Вазни мева аз 0.8 то 2.6 грамм ва андозаи 19x11 мм-ро ташкил медиҳад. Думчаи мева 4-5 мм дарозӣ дорад.

Баргаш содда, 60-90 мм дарозӣ ва 45-75 мм паҳноӣ, шакли тухммонанд дорад. Асоси барг мудаввар буда, нугаш тез мебошад. Ранги барги ин навъи тут сабзи равшан буда, мулоими ҷилдор мебошанд. Думчаи барг 30-40 мм дарозӣ дорад. Тути бедона ба навъҳои пешпазак дохил шуда, гули бисёр карда, меваи зиёд мебандад, ягона норасоии ин навъ резиши бисёри мева (аз ҳисоби ноустувории думчаи мева) мебошад. Меваи ин навъи тут хеле ши-

рин аст. Як дарахти 30-35 сола то 70 кг меваи тарутоза медиҳад [5,7].

Балхӣ - ин навъи тут дарахтони азимчуссаи баландиашон дар сарҳади байни ноҳияи Айни бо Мастҷоҳ деҳаи Дарғ то 24 м мерасад. Шохсори бақуввати парешони васеъ доранд. Хусусияти фарқкунандаи он ин андозаи калони мева ва ширинии аз ҳад зиёд мебошад. Барғҳояш пурра 55-65 мм дарозӣ ва 60-75 мм паҳноӣ дошта шакли тухммонанд доранд. Вазни як тудамеваи ин навъ 2.5-2.6 граммо ташкил дода, андозаи миёнаи он 22x15 мм мебошад. Меваҳои алоҳидае дучор мешаванд, ки то 3.6 граммо ташкил медиҳанд. Ранги мева зарди сафедтоб, шаклаш байзавӣ-силиндри мебошад. Аз як дарахт то 70 кг мева гирифтани мумкин аст. Пусти поя ва шохҳои скелети хокистарранг доранд. Навдаҳои вегетативӣ то 45-55 см ва генеративӣ бошанд 20-25 см-ро ташкил медиҳанд (ҷадв.1). Дар як навдаи генеративӣ то 7 адад тудамева ба қайд гирифта шуд. Ин навъи тут низ ба қатори тутҳои тезпаз дохил мешавад [6, 8].

Хулоса. Дар натиҷаи таҳқиқотҳои гузаронидашуда маълум гардид, ки дар солҳои охир, аз як тараф аз сабаби таъсири антропогенӣ миқдори дарахтони тут дар ноҳияи Айни хеле кам шуда бошад, аз тарафи дигар таҳқиқотҳои гузаронида шуда нишон дод, ки захираҳои будани хушконидаи мева, дур будан аз бозори истеъмолӣ ва талаботи камтар доштани аҳоли ба меваи тут мебошад. Ҳоло дарахтони тутро бурида ба шакли аловӣ истифода мебаранд, ки ин ба нестшавии генофонди ин дарахтон оварда мерасонад.

АДАБИЁТ

1. Абдуллаев И. К Плодовой шелковице - больше внимания. Садоводство, 1962 - №6. - С.18-20.
2. Абдуллаев И.К., Гусейнова П.О. О химическом составе листа искусственно полученных тетраплоидных форм шелковицы. Докл.АН АзССР. 1962.№11.С53-56.
3. Абдуллаев И.К., Тагиева Л.А. Сравнительно-анатомическое изучение листа шелковицы в связи с плоидностью. В сб.: «Экспериментальная полиплоидия у шелковицы», т.V1, Баку, «Элм»,!976. С.190-197.
4. Абдуллаев И.К., Тагиева Л.А. Анатомические особенности полиплоидной шелковицы. Баку. «Элм»1984. 52 С.
5. Абдуллаев И.К., Мустафаев А.С. Изучение продуктивности новых тетраплоидных сортов шелковицы при весенней эксплуатации. Тр. Ин-та генетики и селекции АН АзССР. Баку: Элм. 1985.10.С. 47-52.
6. Арсеньев А.Ф., Бромлей Н.В., Селиванова Т.В. Марганец и медь в листьях шелковицы и дуба Тр. Моск вет.акад.Москва – Кузминки.1957.С 222-231.
7. Атлас Тадж. ССР,Душанбе-Москва, АН Тадж. ССР ГУГК, 1968. 162с.
8. Бабаханова О.И. Динамика накопления каротина и аскорбиновой кислоты в листьях шелковицы. Тр. АзНИИ шелководства. Гянджа.1967. С.259-264.

REFRENSSES

1. Abdullaev I. K Plodovoy shelkovice - more attention. Sadovodstvo, 1962 - No. 6. - P.18-20.
2. Abdullaev I.K., Guseynova P.O. The chemical composition of artificially obtained tetraploid forms of mulberry leaves. Dokl. AN AzSSR. 1962. No. 11. C53-56.
3. Abdullaev I.K., Taghieva L.A. Comparative-anatomical study of a mulberry leaf in connection with ploidy. В sb.: «Experimental polyploidy and shelkovitsy», vol. V1, Baku, «Elm»,!976. P. 190-197.

4. Abdullaev I.K., Taghieva L.A. Anatomical features of polyploid mulberry. Baku. «Science» 1984. 52 S.

5. Abdullaev I. K., Mustafaev A.S. Study of the productivity of new tetraploid varieties of mulberry in spring use. Tr. In-genetics and selection AN AzSSR. Baku: Elm. 1985.10.S. 47-52.

6. Arsenyev A.F., Bromley N.V., Selivanova T.V. Manganese and copper in sholkovitsy leaves Tr. Moscow vet. akad. Moscow - Kuzminki. 1957. P 222-231.

7. Atlas Taj. SSR. Dushanbe-Moscow, AN Taj. SSR GUGK, 1968. 162 p.

8. Babakhanova O.I. Dynamics of accumulation of carotene and ascorbic acid in mulberry leaves. Tr. Shelkovodstva Research Institute. Ganja. 1967. P. 259-264.

ВЫВОДЫ

Ёров К.Н.

СОРТА И ЕГО АНАТОМО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУТОВИЧНИКА В АЙНИЙСКОМ РАЙОНЕ СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Цель исследования: изучение вида шелковицы и ее широко распространенных сортов в Айнинском районе Согдийской области.

Материалы и методы исследования: материалом исследования явились тутовые деревья, которые распространены в селах Дарг, Каздон, Шамтуч, Вешаб и Утогар Айнинского района. Исследования проводились в экспедиционном порядке в 2021-2023 гг. В ходе исследований в этом районе были использованы данные ученых Н.В. Смольского и В.И. Запрягаева, которые подтвердили, что на приуса-

дебных участках и в огородах местных жителей растет шелковица двух видов; шелковица черная - *Morus nigra* L. и шелковица белая - *Morus alba* L. В ходе исследования широко использовались научные источники и материалы Интернета, а также общенаучные методы исследования, такие как ценностно-нормативный, историко-сравнительный и статистический метод.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследований в селах Дарг, Каздон и Шамтуч было установлено, что количество тутовых деревьев (тутовника белого) значительно уменьшилось. Год от года, с одной стороны, количество тутовых деревьев уменьшается из-за антропогенного воздействия, с другой стороны, проведенные исследования показали, что количество тутовых деревьев уменьшается, из-за трудоемкости требуемой сушки их плодов и меньшей потребности населения в плодах шелковицы. Также исследование показало, что местные жители в последние годы намеренно не выращивают тутовые деревья. В результате количество тутовых деревьев в указанных селах с каждым днем уменьшается.

В ходе исследований в этом районе был обнаружен один вид шелковицы черной - Шахтут и 5 видов шелковицы белой, а именно (Хасак, Марворид, Марвартак, Бедона, Балхи и Сиёхтут).

Заключение. Результаты исследования показали, что в последние годы, с одной стороны, из-за антропогенного воздействия количество тутовых деревьев в районе сокращается, с другой стороны, проведенные исследования показали, что сушка плодов трудоем-

ка, далеко от потребительского рынка, поэтому и спрос меньше. Сейчас тут-овые деревья вырубают и используют для получения тепла, что приводит к

уничтожению генофонда этих деревьев.

Ключевые слова: шелковица, состав, лечение, плодоношение, лист, семейство, целебные, шелк.

ТДУ 1 (091) (575.3)

Каримова Г.Р.

ТАШАККУЛИ АҚИДАҶО ВА ТАЪЛИМОТҶОИ ФАЛСАФӢ ДАР ОСИӢИ МИӢНА (ТО АСРҶОИ МИӢНА)

MTF “Донишгадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”

Каримова Гулчехра Раҳимовна – и.в. ассистенти кафедраи фанҳои ҷомеашиносии MTF “Донишгадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон” тел: (+992) 915 18 56 61

Мақсади таҳқиқот. Инъикоси воқеии ақидаҳо ва таълимотҳои фалсафии дар асрҳои VI, VII ва VIII дар Осӣи Миёна, урфу одати Зардуштиён фарҳангу фалсафаи аҷдодон иборат аст.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар рафти таҳқиқоти мавзӯ аз сарчашмаҳои таърихӣ миллати форсу тоҷик, пеш аз ҳама “Авесто” аз осорҳо ва мақолаҳои фалсафии олимони кишварҳои Осӣи Миёна ба таври васеъ истифода карда шуда, дар заминаи мазкур муҳимтарин омилҳои фалсафӣ мавриди таҳлил қарор дода шудааст. Дар рафти таҳқиқот аз методҳои муқоисавӣ, адабиёту матбуотӣ давравӣ истифода бурда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки аз замони қадим бо инкишофи ҷомеаи башарӣ дар Осӣи Миёна раванди ташаккул, инкишофи ақидаҳо ва таълимоти фалсафӣ ба амал омад. Дар асрҳои VI – VII аксарияти аҳолии Осӣи Миёна ба дини зардуштӣ ва буддизм эътиқод дошт. Дар асоси омехташавии ақидаҳои гуногуни динӣ маданияти моддӣ ва маънавии Осӣи Миёна ташаккул ва инкишоф ёфта буд. Дар замони Муҳаммад, ислом аз худ як низоми ягонаи диниро пешниҳод мекард. Дар миёнаи асри VII дар ислом ҷудоии сиёсӣ ба амал омад. Сунӣ ба як равияи ҳукмрон табдил ёфт. Аз ҳамин лиҳоз бо мақсади таълиму тарбияи ҷавонони Тоҷикистон, ақидаҳои фалсафаи Осӣи Миёна, фалсафаи исломӣ ва муҳимтарин вожаҳои фалсафаи давраи Эҳи Шарқро бояд омӯхт.

Ҳулоса. Ҳамин тариқ тавассути маъхазҳои фалсафии асрҳои VI, VII ва VIII дар Осӣи Миёна ба ақидаи дини Зардуштӣ, таълимоти зардуштиён, ақидаҳои гуногуни динӣ мавриди таҳқиқот қарор гирифтааст.

Калимаҳои калидӣ. Ҷаҳони муосир, оташи муқаддас, Аҳура-мазда, ҷасади мурдагон, Осу-ари, дайри буддой, маъбади буддой, несториан, санъати тасвирӣ, фикраи саффоӣ, Қоштеппа, коҳин, мазҳаб, рӯзи қиёмат, Куфа ва Басра, анимизм, догма, Наҳравон.

Karimova G.R.

**FORMATION OF PHILOSOPHICAL IDEAS AND TEACHINGS IN CENTRAL ASIA
(BEFORE THE MIDDLE AGES)**

Karimova Gulchehra Rakhimovna – a.d. assistant of the Department of Sociology of the NGO “Medical and Social Institute of Tajikistan” tel: (+992) 915 18 56 61

The purpose of the study. The real reflection of Falsafi’s ideas and teachings in the centuries of VI, VII and VIII in Central Asia, the customs of the Zoroastrians includes the culture and philosophy of their ancestors.

Materials and methods of research. In the course of case studies from historical sources of the Tajik-Persian people, primarily Avesto, philosophical artifacts and articles by scientists from Central Asian countries were widely used, on the basis of which the most important philosophical factors were analyzed. In the course of research, comparative methods, periodical literature and press were used.

The result of the study and their discussion. The results of the research showed that since ancient times, with the development of human society in Central Asia, the process of formation, development of ideas and philosophical teachings took place. In the VI-VIII centuries, the majority of the population of Central Asia believed in Zoroastrianism and Buddhism. The material and spiritual culture of Central Asia was formed and developed on the basis of the mixing of different religious beliefs. At the time of Muhammad, Islam was a unified religious system. In the middle of the 7th century, there was a political division in Islam. Sunni became a dominant trend. From this point of view, for the purpose of educating the youth of Tajikistan, it is necessary to learn the ideas of Central Asian philosophy, Islamic philosophy and the most important vocabulary of the philosophy of the Eastern Renaissance.

Conclusion. Thus, through the philosophical sources of the centuries VI, VII and VIII in Central Asia, the ideas of the Zoroastrian religion, the doctrines of the Zoroastrians, and various religious views were explored.

Keywords. Modern world, sacred fire, Ahura mazda, corpses of the dead, Osu-ari, Buddhist monastery, Buddhist temple, Nestorian, fine art, Saffoli rhyme, Khoshtepa, priest, sect, Judgment Day, Kufa and Basra, animism, dogma, Nahravne.

Мубрамият. Имрӯз ҷаҳони муосир босуръат тағйир меёбад. Хар рӯз масъалаҳо ва вазифаҳои нав ба нав ба вуқӯъ меоянд. Тоҷикистон ҳамчун субъекти ҷомеаи ҷаҳонӣ дар арсаи Созмони Милали Муттаҳид қорҳои назаррасеро ба анҷом расонида истодааст. Ва яке аз муҳимтарин нақшаҳои Тоҷикистон ин таълиму тарбияи ҷавонон аст, ки бояд қадимтарин ақидаҳои фалсафии Осиёи Миёна, фалсафаи исломӣ ва муҳимтарин вижагиҳои фалсафаи давраи Эҳёи Шарқро омӯзанд.

Дар асрҳои VI-VII-ум аксарияти аҳолии Осиёи Миёна ба дини зардуштӣ ва буддизм эътиқод дошт. Дар Хоразм,

Сугд ва Ҷоҳ зардуштиён ҳукмфармо буда, дар шаҳрҳо маъбадҳои зардуштӣ - вағн мавҷуд буданд. Оташи муқаддас - адар-хурра дар оташқада (маъбади оташ) пайваста шабу рӯз месӯзад. Зардуштиён аз хурдсол то пир, хоҳ одӣ ва хоҳ шахси воломақом, қурбониро ба маъбад ба воситаи қоҳин меғузоштанд ва аз оташи муқаддас меҳрубонӣ ва дастгирӣ меиҷориданд [1].

Мақсади таҳқиқот. Инъикоси воқеии ақидаҳо ва таълимотҳои фалсафи дар асрҳои VI, VII ва VIII дар Осиёи Миёна, урфу одати Зардуштиён фарҳангу фалсафаи аҷдодон иборат аст.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар рафти таҳқиқоти мавзӯ аз сарчашмаҳои таърихӣ миллати форсу тоҷик, пеш аз ҳама “Авесто” аз осорҳо ва мақолаҳои фалсафии олимони кишварҳои Осиёи Миёна ба таври васеъ истифода карда шуда, дар заминаи мазкур муҳимтарин омилҳои фалсафӣ мавриди таҳлил қарор дода шудааст. Дар рафти таҳқиқот аз методҳои муқоисавӣ, адабиёту матбуоти давравӣ истифода бурда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки аз замони қадим бо инкишофи ҷомеаи башарӣ дар Осиёи Миёна раванди ташаккул, инкишофи ақидаҳо ва таълимоти фалсафӣ ба амал омад. Дар асрҳои VI – VII аксарияти аҳолии Осиёи Миёна ба дини зардуштӣ ва буддизм эътиқод дошт. Дар асоси омехташавии ақидаҳои гуногуни динӣ маданияти моддӣ ва маънавии Осиёи Миёна ташаккул ва инкишоф ёфта буд. Дар замони Муҳаммад, ислом аз худ як низомӣ ягонаи диниро пешниҳод мекард. Дар миёнаи асри VII дар ислом ҷудоии сиёсӣ ба амал омад. Сунӣ ба як равиши ҳукмрон табдил ёфт. Аз ҳамин лиҳоз бо мақсади таълиму тарбияи ҷавонони Тоҷикистон, ақидаҳои фалсафаи Осиёи Миёна, фалсафаи исломӣ ва муҳимтарин вожаҳои фалсафаи давраи Эҳёи Шарқро бояд омӯхт.

Ба ақидаи дини зардуштӣ дар ҷаҳон ду асос - некӣ ва бадӣ байни ҳам мубориза мебаранд. Некиро ҳудуди онҳо Аҳура-Маздо ва ёварони ӯ, ки ақидаҳои тафаккури нек, ҳақиқат, камолот, ҷовидонӣ ва ғайраро ифода намудаанд, таҷассум мекунанд. Бад ҳудуди Аҳриман ва сарпарастони ӯ девҳо

(махлукҳои ҳашмигини афсонавӣ) мебошанд. Инсонро Аҳура-Маздо офаридааст, вале дар андеша ва кирдораш озод аст ва аз ин рӯ, ба таъсири рӯҳҳои бад дастрас аст. Вай бояд бо фикру зикр, гуфтор, кирдор, инчунин покии ҷисмониву рӯҳии худ ба муқобили мавҷудоти бад мубориза барад.

Зардуштиён ба ҷуз Аҳура-Маздо як маъбади пурраи ҳудоён ва сарпарастон - Митра, Фарна, Нана ё Анахита, Миррих ва Хубӣ доштанд. Оташро зардуштиён муқаддас медонистанд. Манбаи гармӣ офтоб аст. Офтоб ба олам ҳаёт мебахшад, бо шуоҳҳои он тамоми мавҷудоти зинда бедор мешавад. Оташ як қисми тақрибии он аст.

Тибқи таълимоти зардуштиён олам аз ҷаҳор унсур иборат аст: оташ, замин, об ва ҳаво. Онҳо муқаддас ҳисобида мешуданд. Ҷасади мурдагонро ба замин, оташ, об додан ё дар болои алаф гузоштан манъ буд. Дар ҳонае, ки марҳум истиқомат мекард, чанд рӯз оташ намеафрӯхтанд ва ҳӯрок намепухтанд. Ҷасади мурдагонро дар тепаҳои санглох ё дар болои боми дахма - мазори махсусе, ки берун аз шаҳр сохта шудааст, мемонданд. Пас аз он ки даррандаҳо бофтаҳои нармро меҳӯрданд ва офтоб устухонҳоро то зардшавӣ хушк мекард, онҳо дар оссуарӣ ҷамъ карда шуданд. Пас аз анҷоми тамоми маросимҳои дафн, оссуарий бо боқимондаҳои марҳум ба қабри махсус - наус ҷойгир карда мешуд [2].

Дар ноҳияҳои ҷанубии Осиёи Миёна, дар шаҳрҳои Тахористон, Фарғона, Ҳафтрӯд ва махсусан дар Туркистони Шарқӣ дини буддоия паҳн шуда буд. Дар охири асри VI - ибтидои VII ҳатто

баъзе ҳоқонҳои туркии ғарбӣ дини буддоиро қабул карда, маъбадҳои буддой сохтанд. Дар асри VII танҳо дар шаҳри Балх сад дайри буддой, дар Тирмиз даҳ дайр ва дар Кубодиён се дайр буд. Дар мавзеи Кува, ки дар наздикии Фарғона воқеъ аст, харобаҳои ду маъбади буддоии ибтидоӣ асрҳои миёна кашф ва кофта шуданд. Дар ин ҷо якҷанд муҷассамаҳои гилинии рангоранги Буддо ва ибодатхонаҳо, инчунин дар наздикии Тирмиз, дар Зангтепа дастхатҳои буддоии асрҳои VII-VIII-ум ёфт шуданд. Ба гуфтаи Суан Сзын, сайёҳи хитоӣ асри VII, танҳо дар Туркистони Шарқӣ чандсад маъбади буддой мавҷуд будааст, ки дар онҳо зиёда аз даҳ ҳазор роҳибон зиндагӣ карда, ба дини худ фидокорона хизмат мекарданд. Суан Сзын навиштааст, ки муҷассамаи тиллоӣ Буддо, ки дар яке аз маъбадҳои Туркистони Шарқӣ гузошта шудааст, баландии 12 метрро ташкил медед. Таблиғкунандагони буддой тавассути Чоч ва водии Фарғона, Ҳафтрӯд ва Туркистони Шарқӣ баъзан ба минтақаҳои дохилии Чин мерасиданд. Тарҷумаи дастхатҳои буддой ба забонҳои тахорӣ, сипас чинӣ ва туркӣ аз ҷониби олимони Суғд, Тохористон ва Марв анҷом дода шудааст. Таълимоти буддой ахлоқ, қоида ва меъёрҳои рафтор, як такони рӯҳиро тарғиб намуда, одамкушӣ, дуздӣ, дурӯғ, бадахлоқиро манъ мекард.

Мувофиқи маъхазҳои хаттӣ дар Осиёи Миёна қисм ати муайяни аҳоли зандагонӣ мекарданд, ки ба несторианӣ (яке аз равияҳои насронӣ) эътиқод доштанд. Ноҳияи Ургути вилояти Самарқанд на танҳо дар Суғд, балки дар тамоми Осиёи Миёна маркази дини

насронӣ ба ҳисоб мерафт. Ба эҳтимоли зиёд дини насронӣ дар асрҳои V-VI аз Марв ба Суғд омада буд. Дар асри VI дар Самарқанд минбар (кафедра)-и епископӣ ва дар асри VIII ноҳияи маъмурӣ (митрополия) таъсис ёфт. Муаллифони араби асрҳои VIII - IX низ дар асарҳои худ аз насронӣ хеле, ки дар ҳудуди Бухоро, Самарқанд ва Ҳафтрӯд зиндагӣ мекарданд, ёдоварӣ кардаанд. Мавҷудияти ҷамъиятҳои насронӣ дар ин минтақаҳо бозёфтҳои археологӣ – катибаҳои насронӣ ба забонҳои туркӣ, суғдӣ ва суриявӣ низ шаҳодат медиҳанд. Масалан, дар фикраи сафолие, ки дар Коштеппаи назди Ургут ёфт шудааст, яке аз расму оинҳои асосии насронӣ — таъмид тасвир ёфтааст. Инчунин расми коҳине, ки дар дасти чапаш китоб ва дар дасти росташ салиб дошта, дар назди диндорон бе сару либос зону зада меистад, тасвир шудааст. Аз ин рӯ, онро пеш аз ҳама тоҷирони шаҳрҳо, дворянҳои бо савдои байналмиллалӣ машғул ва ҳокимони маҳаллӣ қабул карданд. Китобҳои динии тарафдорони монӣ аз форсӣ ба суғдӣ, тахорӣ, туркӣ ва чинӣ тарҷума шудаанд.

Дар асрҳои VI - VIII монӣ тавассути воҳаҳо (оазис)-и Мурғоб, Тахористон ва Суғд ба Туркистони Шарқӣ ва Чин ворид гардиданд. Аз асри VIII ин таълимотро императори Чин дини миллии «мулкҳои ғарбӣ» ва дини давлатии Ҳоконияти Уйғур эълон кардааст. Ба суғдиён иҷозат дода шуд, ки дар ҳудуди империяи Чин маъбадҳои маниёнро созанд. Санъати тасвирӣ ва мусиқӣ дар расму оинҳои монӣ нақши калон бозид, ки бешубҳа, ба инкишофи ин санъатҳо дар Осиёи Миёна таъсир расонд [4].

Дар байни аҳолии чорводори Ҳокони Турк шаманизм аз қадим вучуд дошт. Ин шакли ибтидоии динӣ дар асоси ақидаи анимистӣ (анимизм - ақидаи одамони ибтидоӣ, ки тамоми мавҷудоти дунёро ҷондор мепиндоштанд) ташаккул ёфтааст. Туркони дараи бостон дини худро Ком номидаанд. Дар асрҳои VI - VIII дар байни қисми чорводории аҳолии Ҳокони Турк Ғарбӣ ҷамъиятҳои буддӣ ва насронӣ пайдо шуданд ва ҳатто ҳокимони турк ин динҳоро сарпарастӣ мекарданд. Аммо аксариияти аҳоли то ҳол ба шаманизм бовар доштанд, ки онро метавон эътиқод ба худои Тенгрӣ тавсиф кард, ки коинотро аз ҳеч чиз офаридааст ва барои ӯ бояд мунтазам, масалан, аспӣ сиёҳро бояд қурбонӣ кард.

Ҳамин тариқ, дар асрҳои VI - VIII Осиёи Миёна бо таҳаммулпазирии динӣ фарқ мекард. Аҳолии он ба мазҳабҳову таълимотҳои зардуштӣ, буддӣ, насронӣ, монӣ ва шаманӣ буд. Дар ҳудуди як қатор вилоятҳо расму оинҳои динӣ ба ҳам пайваست шуда, дар ҳаёти маънавии ҷамъият нақши калон бозиданд.

Дар асоси омехташавии ақидаҳои гуногуни динӣ маданияти моддӣ ва маънавии Осиёи Миёна ташаккул ва инкишоф ёфта буд.

Таълимоти ислом дар китоби муқаддаси Қуръон баён шудааст, ки тибқи ривоятҳо аз ҷониби Аллоҳ ба воятаи фаришта Ҷабраил ба Муҳаммад пайғамбар нозил шудааст. Ислом бар ҳафт догма таъба мекунад. Ин имон доштан ба Худои яқто - Аллоҳ, ба фариштагон, ба китобҳои муқаддас, ба ҳамаи паёмбарони Аллоҳ, ба охирати дунё, ба

тақдир ва рӯзи Қиёмат (эҳёи мурдагон) аст [6].

Дар замони Муҳаммад, ислом аз худ як низоми ягонаи диниро пешниҳод мекард. Пас аз ғавти паёмбар масъалаи соҳибхотирӣ ба миён омад. Ворисони паёмбар – халифаҳо бояд таъмин мекарданд, ки мардум тибқи Қуръон ва Суннат (қиссаҳо ва ҳадисҳо дар бораи кирдор ва гуфтори Муҳаммад) зиндагӣ кунанд. Аз нигоҳи таърихӣ, ҷудошавии аввалин дар ислом ба ҳодисаҳои соли 656, ки ба соли охири ҳукмронии халифаи сеюм Усмон рост меояд, иртибот дорад.

Аввалҳои моҳи майи соли 656 ҳаёти вакилони мисриён аз ҳукмронии ӯ норозӣ шуда, ба Мадина омаданд. Даъвоҳо, пеш аз ҳама, ба сарватмандӣ ва ноадолатона ғайбӣ кардани баъзе аз ҳокимони вилоятҳо, ки Усмон онҳоро таъин намуда буд, дахл доштанд. 17 июни соли 656 исёнгарон бо сардории Абдуллоҳ писари халифаи аввалини одил Абубакар ба хонаи Усмон ворид шуда, ӯро куштанд. Бо пешниҳоди мисриён, ки намояндагони Куфа ва Басра аз онҳо пуштибонӣ карданд, Алӣ, амаки Муҳаммад, домоди паёмбар, ки бо духтараш Фотима издивоҷ кардааст, халифаи нав интихоб шуд. Алӣ яке аз аввалин шахсоне буд, ки исломро қабул карда, дар ҷангҳои Бадр, Уҳуд ва дигар набардҳо бо шӯҳрати ҷангии худ машҳур шуд. Халифа интихоб шудани Алиро бисёре аз мусалмонон пуштибонӣ карданд, аммо на ҳама. Волии Сурия, яке аз ҳешовандони Усмон, Муовия Алиро ба даст доштан дар қаштари халифаи сеюм муттаҳам

кард. Муқовимат бо Муовия чанд сол тӯл кашид [3].

Моҳи июли соли 657 дар Сиффин байни лашкари Алӣ ва Муовия ҷанг ба амал омад. Барои ғалаба намудан Муовия ба сарбозонаш фармуд, ки варақаҳои Қуръонро ба найзаҳои камонашон маҳкам карда, ки гӯё маъноӣ ба ҳукми илоҳӣ даъват карданро дорад. Алӣ ҷангро бас карда, ба гуфтушунид розӣ шуд. Ноустувории Алӣ, ки воқеан аз пирӯзӣ даст кашид, ҳашми тарафдоронашро ба бор овард. 12 ҳазор сарбоз аз ҳайати лашкарони Алӣ баромада, ба Наҳравон (шаҳр дар Ироқ) рафтанд ва дар он ҷо қароргоҳ барпо намуда, халифаашон сарбози оддӣ Абдуллоҳ ибни Ваҳбро интиҳоб карданд. Пас аз ин ҳолат, дар байни тарафдорони Алӣ ихтилоф пайдо шуд. Ҷанговароне, ки баъд аз ҷанги Сиффин Алиро тарк карданд, бо номи хориҷиён (аз калимаи арабӣ “хараҷ” - баромадан, хориҷ шудан) маъруф шуданд. Баҳс барои ҳокимият дар ҳилофат моҳи январӣ соли 661, вақте ки Алӣ аз ҷонӣ яке аз тарафдорони ин ҷараён марговар захмдор шуд, ба охир расид. Аксарияти мутлақи мусулмонон, ки мазҳаби сунниро қабул карда буданд, аз халифа Муовия, ки аз хонаводаи Қурайш аз Уммавиён буд, пуштибонӣ карданд. Аммо бархе аз мусалмонон ба ин тасмим розӣ нашуданд ва танҳо Алиро охири халифаи шаръӣ медонистанд. Тарафдорони Алӣ, ки ба ӯ ва хонаводаи ӯ содиқ монданд, шиа (шиаи Алӣ - тарафдорони ҳизби Алӣ) номида шуданд [5].

Қисмати дигари ҷамъияти мусалмонон Хориҷиён буданд, ки на аз Уммавиён

ва на аз тарафдорони Алӣ пуштибонӣ намекарданд.

Хулоса. Ҳамин тавр, дар миёнаҳои асри VII дар ислом ҷудоии сиёсӣ ба амал омад. Сунӣ ба як равияи ҳукмрон дар ислом табдил ёфтааст. Шиъа ва хорҷӣ равияҳои ақаллиятҳо ҳастанд, яъне намояндагони ақаллияти мусулмонон.

Бо ҳамин тартиб, аз замонҳои қадим бо инкишофи ҷомеаи башарӣ дар Осиёи Миёна раванди ташаққул ва инкишофи ақидаҳо ва таълимоти фалсафӣ ба амал омад.

АДАБИЁТҲО

1. Асосҳои фалсафа. Сармұҳаррир Аҳмедова М.А., Хан В.С. Тошкент. Меҳнат, 2004. С.51-52.
2. Асос - Боз. - Д.: СИЭМТ, 2013. - 664 с. - (Энсиклопедияи Миллии Тоҷик: [тахм. 25 ҷ.] / сармұҳаррир Н. Амиршохӣ; 2011—2021, ҷ. 2). - ISBN 978-99947-33-52-4.
3. Ас-Салляби А. М. Усман ибн Аффан. Третий праведный халиф / Пер. с араб., прим., комм. Е. Сорокоумовой. Отв. ред. Кабир Кузнецов. — М.: Умма, 2012. — 572 с. — (История халифата, том 3). — ISBN 59-482-4158-0. — ISBN 978-59-482-4158-6.
4. Льюис Б. Арабы в мировой истории. С доисламских времен до распада колониальной системы = Arabs in history / ред. Е.Л. Шведова. — М.: Центрполиграф, 2017. — 223 с. — (Всемирная история). — ISBN 978-5-9524-5251-0.
5. Мұхаммад Р. Фалсафа аз оғози таърих. Душанбе – 1990, с.120-122.
6. Диноршоев М. Аз таърихи фалсафаи тоҷик. Душанбе – 1988. С.160-172.

REFERENCES

1. Fundamentals of philosophy. Editor-In-Chief Akhmedova M.A. Khan V.S. Tashkent. Trud, 2004. pp.51-52.

2. The basis Is Again. - D:SIAMT, 2013. - 664 P. - (Tajik National Encyclopedia: [takhm. 25 J.] / Editor-in-chief N. Amirshahi; 2011-2021, J. 2). — ISBN 978-99947-33-52-4.

3. As-Sallabi A.M. Usman ibn Affan. Rubs the righteous Caliph / Per. s Arab., approx., comm. Or. Sorokoumovoy. Rel. red. Kabir Kuznetsov. - M.: Umma, 2012. - 572 P. - (Allegory of the Caliphate, volume 3). ISBN 59-482-4158-0. ISBN 978-59-482-4158-6.

4. Lewis B. Arabs in the World Station. With the pre-Hispanic colonial system = Arabs in history / Red. Or.L. Shvedova. - M.: Centroligraf, 2017. - 223 P. (World Metaphor). — ISBN 978-5-9524-5251-0.

5. Mohammed R. Philosophy from the very beginning of history. Monday-1990, pp.120-122.

6. Dinarshoev M. From the History of Tajik philosophy. Monday-1988. pp.160-172.

ВЫВОДЫ

Каримова Г.Р.

ФОРМИРОВАНИЕ ФИЛОСОФСКИХ ИДЕЙ И УЧЕНИЙ В СРЕДНЕЙ АЗИИ (ДО СРЕДНЕВЕКОВЬЯ)

Цель исследования: состоит из реальных отражений идей и философских учений в веках VI, VII и VIII в Средней Азии, обычаев зороастрийцев, которые включают культуру и философию предков.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования темы широко использовались исторические источники персидско-таджикского народа, в первую очередь «Авеста», философские труды и статьи ученых стран Центральной Азии, и в этом контексте были проанализированы важнейшие фило-

софские факторы. В ходе исследования использовались сравнительные методы, литература и пресса.

Результат исследования и их обсуждение. Результаты исследования показали, что с древних времен, с развитием человеческого общества в Центральной Азии, происходил процесс формирования, развития идей и философских учений. В VI-VII веках большинство населения Средней Азии исповедовало зороастризм и буддизм. Материальная и духовная культура Средней Азии формировалась и развивалась на основе смещения различных религиозных верований. Во времена Мухаммеда, ислам был единой религиозной системой. В середине VII века в исламе произошло политическое разделение. Сунниты стали доминирующим течением. С этой точки зрения в целях воспитания молодежи Таджикистана необходимо овладение идеями среднеазиатской, исламской философии и важнейшей лексикой философии Восточного Возрождения.

Заключение. Таким образом, через философские источники веков VI, VII и VIII в Средней Азии были исследованы идеи Зороастризмской религии, доктрины зороастрийцев, различных религиозных взглядов.

Ключевые слова: современный мир, священный огонь, Ахура-мазда, трупы мертвых, Осу-ари, буддийский монастырь, буддийский храм, несто-рианский, изобразительное искусство, рифма саффоли, Хоштеппа, священник, секта, Судный день, Куфа и Басра, анимизм, догма, Нахравне.

УДК: 616-053.2;616.348-007.61

Мирзоев Д.С.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРВОЛЕМИЧЕСКОЙ ГЕМОДИЛЮЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Мирзоев Довуд Саидназарович – к.м.н., докторант кафедры общей хирургии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистан» E-mail: dovudshoh73@mail.ru (+992) 918 69 29 96

Цель исследования. Изучить эффективность гиперволемической гемодилюции в сочетании с озонотерапией у детей с болезнью Гиршпрунга.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты проспективного и ретроспективного лечения 143 детей с болезнью Гиршпрунга. Формы болезни Гиршпрунга: ультракороткая форма - 2 (1,4%), ректальная – 48 (33,6%), ректосигмоидальная – 89 (62,2%), сегментарная – 2 (1,4%), субтотальная – 1 (0,7%), и тотальная форма – 1 (0,7%). Болезнь Гиршпрунга по течению разделяется на три стадии: компенсированная 10 (7,0%), субкомпенсированная 73 (51%) и декомпенсированная 60 (42%).

Больные были разделены на 2 группы: в первую (контрольная) вошли – 55 (38,5%) детей, получивших традиционные способы лечения: (предоперационная подготовка, наложение двустольной колостомии на восходящей части ободочной кишки сроком от 2 до 6 месяцев). Во вторую группу (основная) вошли – 88 (61,5%) детей, которым проводилась предоперационная подготовка с учетом степени эндогенной интоксикации (ЭИ), интра – и послеоперационное ведение, и одноэтапное оперативное лечение.

Нами изучена эффективность гиперволемической гемодилюции в сочетании с озонотерапией, которая выполнена у 88 детей с болезнью Гиршпрунга.

В связи с имеющейся хронической каловой интоксикацией, у 88,5% больных с воспалительным процессом толстой кишки и кишечным дисбактериозом отмечалось нарушение всех звеньев гемостаза. Исследование системы гемостаза включало в себя определение времени свертываемости крови (СВК), протеин С, протромбиновый индекс (ПИ), протромбиновое отношение (ПО), растворимый фибрин мономерный комплекс (РМФК), эталоновый тест, продукты дегидратации фибрина и фибриногена (ПДФ), антитромбин III (АТ-III), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).

Статистическая обработка материала проведена с использованием методов вариационной и разностной статистики с вычислением $M \pm m$ и оценкой достоверности результатов по критерию Фишера-Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе клинических проявлений и течения болезни Гиршпрунга в зависимости от формы, стадии и срока, проводимых консервативных лечебных мероприятий выделены 3 степени тяжести эндогенной интоксикации: 1 степень у 3,8% детей, 2 степень у 57,8%, 3 степень у 26,9%. У 9 (11,5%) из 35 больных (у 5 пациентов с ректальной и у 4 с ректосигмоидальную форму) в компенсированной стадии явления хронической эндогенной интоксикации не наблюдались. Эти дети постоянно находились под наблюдением педиатра и детского хирурга от 2 до 12 лет с организацией правиль-

ного ухода. Все это способствовало предупреждению развития эндогенной интоксикации. Этим больным выполнялись оперативные вмешательства в плановом порядке, как больным с компенсированной стадией.

У 5 (3,5%) больных с острой формой БГ проведенные консервативные мероприятия были малоэффективными, о чем свидетельствовал оставшийся высокий уровень ХЭИ. Этим детям была наложена сигмостома над расширенным участком кишки.

Заключение. Несмотря на снижение компенсаторных возможностей детского организма на фоне анестезиологической и хирургической агрессии, наличия эндогенной интоксикации у детей с болезнью Гиршпрунга, дифференцированная предоперационная подготовка с применением щадящих способов оперативного вмешательства приводит к снижению послеоперационных осложнений.

Медицинская озонотоксическая смесь с концентрацией озона до 150 мг/л при потребляемой мощности 85 ВА и скорости газового потока от 0,25 до 1,0 л/мин., оказывает положительный эффект в регуляции процесса гемостаза.

Проводимая предоперационная терапия с учетом ХЭИ, применение способов деконтоминации, гиперволемической гемодилуции, терапия медицинским озоном способствуют благоприятному течению интра – и послеоперационного течения заболевания.

Ключевые слова: гиперволемическая гемодилуция, озонотерапия, эндогенная интоксикация, болезнь Гиршпрунга.

Mirzoev D.S.

APPLICATION OF HYPERVOLEMIC HEMODILUTION IN THE TREATMENT OF HIRSHPRUNG DISEASE IN CHILDREN

NOU «Medical and Social Institute of Tajikistan»

Mirzoev Dovud Saidnazarovich – Candidate of Medical Sciences, doctoral student of the Department of General Surgery of the National Educational Institution “Medical and Social Institute of Tajikistan” E-mail: dovudshoh73@mail.ru (+992) 918 69 29 96

Purpose of the study. To study the effectiveness of hypervolemic hemodilution in combination with ozone therapy in children with Hirschsprung's disease.

Material and research methods. The results of prospective and retrospective treatment in 143 children with Hirschsprung's disease were analyzed. Forms of Hirschsprung's disease: ultrashort form - 2 (1.4%), rectal - 48 (33.6%), rectosigmoidal - 89 (62.2%), segmental - 2 (1.4%), subtotal - 1 (0, 7%), and the total form - 1 (0.7%). Hirschsprung's disease is divided into three stages along the course: compensated 10 (7.0%), subcompensated 73 (51%) and decompensated 60 (42%).

The patients were divided into 2 groups: the first (control) included 55 (38.5%) children who received traditional methods of treatment: preoperative preparation, double-barrel colostomy on the ascending colon for a period of 2 to 6 months. The second group (main) included 88 (61.5%) children who underwent preoperative preparation, taking into account the degree of endogenous intoxication (EI), intra- and postoperative management, and one-stage surgical treatment.

We have studied the effectiveness of hypervolemic hemodilution in combination with ozone therapy, which was performed in 88 children with Hirschsprung's disease.

In connection with the existing chronic fecal intoxication, in 88.5% of patients with the inflammatory process of the colon and intestinal dysbacteriosis, there was a violation of all, ringing hemostasis. The study of the hemostasis system included the determination of blood clotting time

(BTC), protein C, prothrombin index (PI), prothrombin ratio (PO), soluble fibrin-monomer complexes (RMFC), reference test, fibrin and fibrinogen dehydration products (PDF), antithrombin III (AT-III), activated partial thromboplastin time (APTT).

Statistical processing of the material was carried out using the methods of variation and difference statistics with the calculation of $M \pm m$ and the assessment of the reliability of the results using the Fisher-Student criterion.

Results of the study and their discussion. When analyzing the clinical manifestations and course of Hirschsprung's disease, depending on the form, stage and duration, conservative therapeutic measures, 3 degrees of severity of endogenous intoxication were identified: degree 1 in 3.8% of children, degree 2 in 57.8%, degree 3 in 26, 9%. In 9 (11.5%) out of 35 patients (5 patients with rectal and 4 patients with rectosigmoidal form) in the compensated stage, the phenomena of chronic endogenous intoxication were not observed. These children were constantly under the supervision of a pediatrician and a pediatric surgeon from 2 to 12 years old with the organization of proper care. All this contributed to the prevention of the development of endogenous intoxication. These patients underwent surgical interventions in a planned manner, as patients with a compensated stage.

In 5 (3.5%) patients with acute HD, conservative measures were ineffective, as evidenced by the remaining high level of CEI. These children underwent a sigmoidostoma over the dilated portion of the intestine.

Conclusion. Despite the decrease in the compensatory capabilities of the child's body against the background of anesthetic and surgical aggression, the presence of endogenous intoxication in children with Hirschsprung's disease, differentiated preoperative preparation using sparing methods of surgical intervention leads to a decrease in postoperative complications.

A medical ozone-oxygen mixture with an ozone concentration of up to 150 mg/l with a power consumption of 85 VA and a gas flow rate of 0.25 to 1.0 l/min has a positive effect in regulating the hemostasis process.

Conducted preoperative therapy taking into account CEI, the use of methods of decontamination, hypervolemic hemodilution, medical ozone therapy contribute to a favorable course of the intra- and postoperative course of the disease.

Key words: hypervolemic hemodilution, ozone therapy, endogenous intoxication, Hirschsprung's disease.

Актуальность. Болезнь Гиршпрунга у детей является довольно распространенным заболеванием и представляет собой одну из важнейших проблем в хирургии детского возраста. Вопрос о лечении данной патологии требует своего решения. Основным её методам лечения является хирургическая коррекция. При болезни Гиршпрунга частота осложнений в раннем послеоперационном периоде колеблется от 9,1 до 77%, а летальность – от 1% до 8% [10, 11]. Высоким остаются неудовлет-

ворительные функциональные результаты в отдаленном послеоперационном периоде и составляют от 8 до 18% и в 4,9 – 13% случаев, что требуют проведение повторных реконструктивных операций [2, 4, 7, 9, 13]. Лечение болезни Гиршпрунга посвящены работам ведущих детских хирургов ближнего и дальнего зарубежья [1-4, 6, 9, 10, 12, 13]. Несмотря на проблемы лечения, болезнь Гиршпрунга у детей в возрастном аспекте до настоящего времени остаётся не решенной в полной мере [1, 2]. Ис-

следование хирургической коррекции аганглиоза толстой кишки показывает большой процент послеоперационных гнойно-септических осложнений, от 28 до 70% (несостоятельность анастомоза, перитонита, некроз низведенной культы кишки, нагноение, околоректальной тазовой клетчатки, абсцесса межфутлярного пространства, сужение анастомоза, недержание кала и газов, каломазание, учащение стула и рецидивы запоров) и остается без тенденции к снижению [4, 7, 9, 10, 11]. Причинами неудовлетворительных исходов лечения является: недостаточная предоперационная подготовка, выбор метода хирургического вмешательства, интра – и послеоперационное ведение, функциональная реабилитация, а также короткое диспансерное наблюдение [5, 6, 8, 11].

Цель исследования. Изучить эффективность гипervолемической гемодилюции в сочетании с озонотерапией у детей с болезнью Гиршпрунга.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты проспективного и ретроспективного лечения 143 детей с болезнью Гиршпрунга. Формы болезни Гиршпрунга: ультракороткая форма - 2 (1,4%), ректальная – 48 (33,6%) ректосигмоидальная – 89 (62,2%), сегментарная – 2 (1,4%), субтотальная – 1 (0,7%) и тотальная форма – 1 (0,7%). Болезнь Гиршпрунга по течению разделяется на три стадии: компенсированная 10 (7,0%), субкомпенсированная 73 (51%) и декомпенсированная 60 (42%).

Больные были разделены на 2 группы: в первую (контрольная) вошли – 55 (38,5%) детей, получивших традици-

онные способы лечения: (предоперационная подготовка, наложение двухствольной колостомии на восходящей части ободочной кишки сроком от 2 до 6 месяцев). Во вторую группу (основная) вошли – 88 (61,5%) детей, которым проводилась предоперационная подготовка с учетом степени эндогенной интоксикации (ЭИ), интра – и послеоперационное ведение, и одноэтапное оперативное лечение.

Нами изучена эффективность гипervолемической гемодилюции в сочетании с озонотерапией, которая выполнена у 88 детей с болезнью Гиршпрунга.

В связи с имеющейся хронической каловой интоксикацией, у 88,5% больных с воспалительным процессом толстой кишки и кишечным дисбактериозом отмечалось нарушение всех звеньев гемостаза. Исследование системы гемостаза включало в себя определение времени свертываемости крови (СВК), протеин С, протромбиновый индекс (ПИ), протромбиновое отношение (ПО), растворимый фибрин мономерный комплекс (РМФК), эталонный тест, продукты дегидратации фибрина и фибриногена (ПДФ), антитромбин III (АТ-III), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).

Статистическая обработка материала проведена с использованием методов вариационной и разностной статистики с вычислением $M \pm m$ и оценкой достоверности результатов по критерию Фишера-Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе клинических проявлений и течения болезни Гиршпрунга в зависимости от формы, стадии

и срока, проводимых консервативных лечебных мероприятий выделены 3 степени тяжести эндогенной интоксикации: 1 степень у 3,8% детей, 2 степень у 57,8%, 3 степень у 26,9%. У 9 (11,5%) из 35 больных (у 5 пациентов с ректальной и у 4 с ректосигмоидальную форму) в компенсированной стадии явления хронической эндогенной интоксикации не наблюдались. Эти дети постоянно находились под наблюдением педиатра и детского хирурга от 2 до 12 лет с организацией правильного ухода. Все это способствовало предупреждению развития эндогенной интоксикации. Этим больным выполнялись оперативные вмешательства в плановом порядке, как больным с компенсированной стадией.

У 5 (3,5%) больных с острой формой БГ проведенные консервативные мероприятия были малоэффективными, о чем свидетельствовал оставшийся высокий уровень ХЭИ. Этим детям была наложена сигмостома над расширенным участком кишки.

Предоперационная подготовка (ПП) детей с болезнью Гиршпрунга заключалась в проведение профилактики каловой интоксикации (очистительная клизма, массаж живота, ЛФК, диета, калорийное питание, общеукрепляющая – витамины группы В, С и Е и десенсибилизирующая терапия, бифидумбактрим, деконтаминация кишечника). Продолжительность предоперационной подготовки составляет $6 \pm 1,1\%$ дней. С целью профилактики интра – и послеоперационной гормональной недостаточности на кануне операции назначаются глюкокортикостероиды (преднизолон или дексаметазон). Для создания высо-

кой концентрации антибиотика в крови за два дня до операции проводится декантоминация путем внутривенного введения антибиотиков широкого спектра действия по возрастной дозировке согласно чувствительности биоценоза ребенка.

Субкомпенсированная стадия болезни 73 (51,0%) обычно является переходной от компенсации к декомпенсации. В начальном периоде болезнь Гиршпрунга протекает по типу компенсированной стадии, но со временем симптомы становятся все более отчетливыми, общее состояние ребенка медленно, но прогрессивно ухудшается независимо от проводимых мероприятий (как детям в компенсированной стадии), запоры становятся более упорными, для опорожнения кишечника приходится прибегать к сифонным клизмам. Даже при ректосигмоидальной форме 89 (62,3%) родители, обучившись технике клизм, длительное время могут поддержать состояние ребёнка на сравнительно удовлетворительном уровне. В зависимости от тенденции симптомов и вторичных изменений организм больного меняется в сторону компенсации или декомпенсации.

В зависимости от доминирующей симптоматики декомпенсированную стадию болезнь Гиршпрунга 60 (42%) условно клинически можно разделить на два ее варианта. Острый и хронический. Острая стадия декомпенсации наблюдалась у 15 (10,5%) пациентов сразу же после рождения в виде острой врожденной кишечной непроходимости. У этих детей продолжительность запора 5 - 6 и более дней. У этих детей состо-

яние после клизмы ухудшилось, и проявилась клиника острого инфекционно – токсического шока. При стадии хронической декомпенсации, которое отмечалось у 45 (31,5%) детей, консервативные мероприятия, главным образом очистительные или сифонные клизмы, купируют явления острой декомпенсации, и некоторое время состояние больного поддерживается на сравнительно удовлетворительном состоянии. Однако опорожнение кишечника редко бывает полным, явления хронической непроходимости кишечника рецидивируют. Именно в стадии хронической декомпенсации мы обнаружили вторичные изменения в организме ребенка – гипотрофию, анемию, диспротеинемию, дистрофические изменения в печени, кишечный дисбактериоз.

Как бы тщательно не проводился гемостаз, величина кровопотери во время операции на толстой кишке, особенно при операции Соаве –Ленюшкина, колеблется от 5 до 20 мл на 1 кг массы тела ребенка. Установлено, что гиперволемическая гемодилюция (ГГ) является эффективным методом профилактики послеоперационных гемореологических осложнений, гипоксии и улучшает восстановление функции легких, почек и кишечника [2-4].

Известна эффективность проводимой управляемой гемодилюции как метода стабилизации гемодинамики, профилактики послеоперационной болезни, инфекционного и травматического токсикоза, стимуляции микроциркуляции, торможения активации свертывающей системы. Гемодилюция (вливание кровезаменителей до 20-25% от исходного

ОЦК) до известного момента приводит к разведению не циркулирующей, а только сгущенной, депонированной крови. У 17 детей проводилась гемодилюция в комплексе с озонотерапией. Гиперволемическая гемодилюция осуществлялась внутривенным введением плазмозамещающих и белковых растворов за 40-50 мин. до начала операции (альбумин или плазма, реосорбилакт или сорбилакт из расчета 10 мл 1 кг массы тела ребенка). Озонотерапия проводилась за 10 дней до операции путем внутривенного введения озонированного раствора натрия хлора 0,9%. После ГГ и озонотерапии концентрация гемоглобина в периферической крови, по сравнению с исходным уровнем, снижалась в среднем на $17,2 \pm 2,8\%$, показатели гематокрита – на $20,2 \pm 2,6\%$, вязкость крови – на $8,6 \pm 1,5\%$. Содержание эритроцитов почти не изменилось (исходные эритроциты – $4,0 \pm 0,5 \times 10^{12}/л$ и после – $3,87 \pm 0,7 \times 10^{12}/л$), PO_2 было $210 \pm 8,5$ мм рт. ст., PCO_2 – $30,2 \pm 2,2\%$ мм рт. ст., $Sat. O_2$ – $98,7 \pm 0,75\%$. Осложнения, связанные с ГГ и озонотерапией, не наблюдались. В результате проведенных ГГ и озонотерапии необходимости в переливании компонентов крови во время операции не было.

При гемодилюции в сочетании с озонотерапией напряжение кислорода в тканях оказывается значительно выше, чем при восполнении кровопотери донорской кровью. Положительным моментом управляемой гиперволемической гемодилюции (ГГ) и озонотерапии перед оперативным вмешательством является уменьшение истинной величины кровопотери за счет потери разведен-

ной крови сохранением глобулярного компонента и тем самым, достижения снижения трансфузионных осложнений. Однако известно, что введение в организм кровозаменительных гемодилютантов неизбежно вызывает появление острой дилуционной анемии. Перспективным в профилактике дилуционной анемии и развития гипоксии является применение медицинского озона, при которой в условиях ГГ может привести к увеличению количества растворенного в крови кислорода настолько, что сама плазма становится переносчиком кислорода. Несмотря на многочисленные работы, все еще остается спорным выбор гемодилютантов, соотношение белковых, кристаллоидных и солевых растворов.

Таким образом, при ГГ и озонотерапии кислородная емкость крови остается вполне достаточной, а ее реологические свойства значительно улучшаются. Уменьшается интенсивность кровопотери за счет потери разведенной крови с сохранением глобулярного компонента.

Итак, несмотря на снижение компенсаторной возможности детского организма на фоне анестезиологической и хирургической агрессии, наличия эндогенной интоксикации у детей с болезнью Гиршпрунга, дифференцированная предоперационная подготовка с применением щадящих способов оперативно-го вмешательства приводит к снижению послеоперационных осложнений, и даёт достичь наилучших результатов.

Выводы.

1. Медицинская озонокислородная смесь с концентрацией озона до 150 мг/л при потребляемой мощности 85

ВА и скорости газового потока от 0,25 до 1,0 л/мин., оказывает положительный эффект в регуляции процесса гемостаза.

2. Проводимая предоперационная терапия с учетом ХЭИ, применение способов деконтоминации, гиперволемической гемоделиции, терапия медицинским озоном способствуют благоприятному течению интра – и послеоперационного течения заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ахпаров Н Н, Калабаева М М, Хаиров К Э. Улучшение результатов хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей. Педиатрия и детская хирургия. 2019;2:42.
2. Баиров Г. А., Котин А. Н., Немилова Т. К., Шастина Г. В. Болезнь Гиршпрунга у новорожденных.// Вопр. охраны материнства и детства. -1991. – Т.36. - №2. – С. 42 -46.
3. Говорухина О. А. Причины развития послеоперационного энтероколита при болезни Гиршпрунга у пациентов детского возраста //Новости хирургии. – 2019. – Т. 27. – №. 4.
4. Кивва А. Н. Мониторинг уровня эндогенной интоксикации при болезни Гиршпрунга у детей.// Детская хирургия. – 2001. -№6.-С. 15 – 17
5. Киргизов И. В., Сухоруков А. М., Дударев В. А. Изменение системы гомеостаза у детей при хронических запорах.// Детская хирургия. – 2001. -№5. – С.31 – 34.
6. Лёнюшкин А. И. Детская колопроктология. Москва. Медицина. 1990. С.349.
7. Мусин И. И., Девиченская В. А., Насырена Т. А. Функциональное состояние печени у больных с хроническим толстокишечным стазом и болезнью Гиршпрунга. // Пробл. Проктологии./ Моск. онкол. НИИ проктологии. – 1988. – Вып.9. – С.49 – 51.
8. Степанов Э. А., Красовская Т.В., Муратов И. Д., Кобзева Т. Н., Голоденко Н. В., Вавилова Т. И. Болезнь Гиршпрунга у новорожденных.// Хирургия – 1995. - №1995.- №8.С.1821.

9. Смирнов А.Н., Дронов А. Ф., Холостова В. В., Маннанов А. Г. и др. Повторные операции при болезни Гиршпрунга у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013. Т. III, №4. С. 42-49.

10. Разумовского А Ю, Дронова А Ф, Смирнова А Н, Холостовой В В. Москва Болезнь Гиршпрунга у детей. Руководство для врачей. Под редакцией. «ГЭОТАР-Медиа». 2019: ст 178-224

11. Ионов А. Л. ЩербакOVA О.В. Послеоперационные осложнения в колоректальной хирургии у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013. Т. III, №4. С. 50-57.

12. Ибодов Х. И, Латифов Ш. Э, Рофиев Р. Р., Икромов Т. Ш. Нарушение системы гемостаза при различных формах патологии толстой кишки у детей // Здоровоохранение Таджикистана. 2011 - №3 – С.21-25.

13. Peña A., Elicevik M., Levitt M.A. Reoperations in Hirschsprung's disease. J. Pediatr. Surg. 2007; 42: 1008-13 (discussion 1013-4).

REFERENCES

1. Akhparov N N, Kalabaeva M M, Khairov K E. Improving the results of surgical treatment of Hirschsprung's disease in children. Pediatrics and Pediatric Surgery. 2019;2:42.

2. Bairov G. A., Kotin A. N., Nemilova T. K., Shastina G. V. Grissprung's disease in newborns.// Vopr. Protection of motherhood and childhood. -1991. - T.36. - No. 2. - S. 42 -46.

3. Govorukhina OA Causes of postoperative enterocolitis in Hirschsprung's disease in pediatric patients //News of Surgery. - 2019. - T. 27. - No. 4.

4. Kivva AN Monitoring the level of endogenous intoxication in Hirschsprung's disease in children.// Pediatric surgery. – 2001. -№6.-S. 15 – 17

5. Kirgizov I. V., Sukhorukov A. M., Dudarev V. A. Changes in the homeostasis system in children with chronic constipation.// Pediatric surgery. - 2001. -№5. – P.31 – 34.

6. Lyonyushkin A. I. Children's coloproctology. Moscow. Medicine. 1990. P.349.

7. Musin I. I., Devichenskaya V. A., Nasyre-na T. A. Functional state of the liver in patients with chronic colonic stasis and Hirmsprung's disease. // Prob. Proctology. / Moscow. oncol. Research Institute of Proctology. - 1988. - Issue 9. – P.49 – 51.

8. Stepanov E. A., Krasovskaya T. V., Muratov I. D., Kobzeva T. N., Golodenko N. V., Vavilova T. I. Girssprung's disease in newborns.// Surgery - 1995. - No. 1995.-№8.S.1821.

9. Smirnov A.N., Dronov A.F., Kholostova V.V., Mannanov A.G. et al. Reoperations for Hirschsprung's disease in children. 2013. Vol. III, No. 4. pp. 42-49.

10. Razumovsky A Yu, Dronova A F, Smirnova A N, Kholostovoy V V. Moscow Hirschsprung's disease in children. A guide for physicians. Edited by. "GEOTAR-Media". 2019: st 178-224

11. Ionov A.L. Shcherbakova O.V. Postoperative complications in colorectal surgery in children // Russian Bulletin of Pediatric Surgery, Anesthesiology and Resuscitation. 2013. Vol. III, No. 4. pp. 50-57.

12. Ibodov H. I, Latifov Sh. E, Rofiev R. R, Ikromov T. Sh. Violation of the hemostasis system in various forms of colon pathology in children // Health of Tajikistan. 2011 - No. 3 - P.21-25.

13. Peña A., Elicevik M., Levitt M.A. Reoperations in Hirschsprung's disease. J. Pediatr. Surg. 2007; 42: 1008-13 (discussion 1013-4).

ХУЛОСА

Мирзоев Д.С.

**ИСТИФОДА ШУДАНИ ГЕМОДИ-
ЛЮСИЯИ ГИПЕРВОЛЕМИКӢ
ДАР ТАБОБАТИ БЕМОРИ ГИРШ-
ПРУНГ ДАР КӢДАКОН**

Мақсади таҳқиқот. Таҳқиқоти самаранокии гемодилюсияи гиперво-

лемикӣ дар якҷоягӣ бо озонотерапия дар кӯдакони гирифтори бемории Гиршпрунг.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои табobati перспективӣ ва ретроспективии 143 нафар бачагони гирифтори бемории Гиршпрунг таҳлил карда шуданд. Шаклҳои бемории Гиршпрунг: шакли ултракӯтох-2 (1,4%), рӯдаи рост - 48 (33,6%), ректосигмоидалӣ - 89 (62,2%), сегменталӣ - 2 (1,4%), субтотал - 1 (0,7%) ва шакли умумӣ - 1 (0,7%). Бемории Гиршпрунг дар тӯли рафти он ба се марҳила тақсим мешавад: 10 (7,0%), ҷуброншуда 73 (51%) ва декомпенсацияшуда 60 (42%).

Беморон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд: ба якум (назорат) 55 нафар (38,5%) кӯдакон дохил шуданд, ки бо усулҳои анъанавии табобат гирифта шуданд: (тайёрии пеш аз ҷарроҳӣ, колостомии дубочка дар рӯдаи болошаванда ба муҳлати аз 2 то 6 мох). Ба гурӯҳи дуюм (асосӣ) 88 (61,5%) кӯдаконе дохил шуданд, ки бо назардошти дараҷаи захролудшавии эндогенӣ (ЭИ), муолиҷаи дохилӣ ва пас аз ҷарроҳӣ ва муолиҷаи якмарҳилаи ҷарроҳӣ омодагии пеш аз ҷарроҳӣ гузаштанд.

Мо самаранокии гемодилюсияи гиперволемикиро дар якҷоягӣ бо озонотерапия, ки дар 88 кӯдаки гирифтори бемории Гиршпрунг гузаронида шудааст, омӯхтаем.

Дар робита ба интоксикатсияи музмини наҷосат, дар 88,5% беморони гирифтори раванди илтиҳобии рӯдаи рӯда ва дисбактериозҳои рӯда, вайроншавии ҳама, гемостазҳои занг ба қайд гирифта шудааст. Омӯзиши системаи гемо-

стаз муайян кардани вақти лахташавии хун (ВЛХ), протеини С, индекси протромбин (ИП), таносуби протромбин (ТП), комплексҳои фибрин мономерии ҳалшаванда (КФМХ), санчиши эталонӣ, фибрин ва фибриногенро, маҳсулоти хушкшавии фибриногенро дар бар гирифт (МХФ), антитромбин III (АТ-III), вақти фаъолшудаи қисман тромбопластин (ВФҚТ).

Коркарди омории мавод бо истифода аз усулҳои омори вариатсия ва фарқият бо ҳисоби $M \pm m$ ва арзёбии эътимоднокии натиҷаҳо бо истифода аз меъёри Фишер-Студент анҷом дода шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Ҳангоми таҳлили зухуроти клиникӣ ва ҷараёни бемории Гиршпрунг вобаста ба шакл, марҳила ва давомнокӣ ҷораҳои консервативии табобатӣ 3 дараҷаи вазнинии захролудшавии эндогенӣ муайян карда шуданд: дараҷаи 1 дар 3,8% кӯдакон, дараҷаи 2 дар 57,8%, дараҷаи 3 дар 26,9%. Дар 9 (11,5%) аз 35 беморон (5 беморони гирифтори ректалӣ ва 4 беморони шакли ректосигмоидалӣ) дар марҳилаи компенсатсионӣ зухуроти захролудшавии музмини эндогенӣ мушоҳида нашудааст. Ин кӯдакон аз 2 то 12 сола бо ташкили нигоҳубини дуруст пайваста таҳти назорати табиби кӯдакона ва ҷарроҳи кӯдакона қарор доштанд. Ҳамаи ин ба пешгирии рушди захролудшавии эндогенӣ мусоидат кард. Ин беморон ба таври нақшавӣ даҳолати ҷарроҳиро гузарониданд, зеро беморони марҳилаи ҷуброншуда.

Дар 5 (3,5%) беморони гирифтори бемории шадиди HD, ҷораҳои

консервативӣ бесамар буданд, ки ин аз сатҳи боқимондаи баланди СЕІ шаҳодат медиҳад. Ин кӯдакон аз болои қисми васеъшудаи рӯда сигмостомаро гузарониданд.

Хулоса. Сарфи назар аз коҳиши қобилиятҳои чуброни бадани кӯдак дар заминаи таҷовузи анестетикӣ ва ҷарроҳӣ, мавҷудияти захролудшавии эндогенӣ дар кӯдакони гирифтори бемории Гиршпрунг, омодагии дифференсионии пеш аз ҷарроҳӣ бо истифода аз усулҳои сарфакоронаи даҳолати ҷарроҳӣ боиси кам шудани мушкilotи пас аз ҷарроҳӣ мегардад.

Омехтаи тиббии озон оксиген бо

концентратсияи озони то 150 мг/л бо сарфи нерӯи 85 ВА ва суръати гардиши газ аз 0,25 то 1,0 л/дақи дар танзими ҷараёни гемостаз таъсири мусбат мерасонад.

Табобати пеш аз ҷарроҳӣ бо дарназардошти ХЭИ гузаронидашуда, истифодаи усулҳои безараргардонӣ, гемоделиюсияи гиперволемикӣ, озонотерапияи тиббӣ ба ҷараёни мусоиди ҷараёни дохилӣ ва пас аз ҷарроҳии беморӣ мусоидат мекунад.

Калимаҳои калидӣ: гемоделиюсияи гиперволемикӣ, озонотерапия, интоксикатсияи эндогенӣ, бемории Гиршпрунг.

ТДУ: 615.322(075.9)

Н.С. Муродова

СИСТЕМАИ СИЁСИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН ДАР ЗАМОНИ ИСТИҚЛОЛИЯТ

Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Муродова Нигина Сулаймоновна - доктори илмҳои сиёсӣ, дотсенти кафедраи сиёсатишиносии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон, E-mail: munisu71@mail.ru. Телефон: 93-941-17-00.

Мақсади таҳқиқот. Тавсиф ва таҳлили масъалаи ташаққули ҷомеаи маданӣ ва давлати иҷтимоӣ дар Тоҷикистон мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти мазкур дар асоси маводҳои илмӣ, аз ҷумла осори муҳаққиқони хориҷӣ, ватанӣ ва сарчашмаҳои ҳуқуқӣ интишор гардидааст. Дар раванди омӯдасозии мақола усулҳои таҳқиқ ба мисли усули системавӣ, таърихӣ, муқоисавӣ бо истифодаи муносибати концептуалӣ истифода гардидааст.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи он. Хулосаҳои асосии таҳқиқот дар рафти таълими фанҳои гуманитарӣ, аз ҷумла сиёсатишиносӣ, сотсиология, ҳуқуқшиносӣ истифода шуда истодаанд. Мавзӯ дар ҷаласаи кафедраи сиёсатишиносии ДМТ ва дар ҷаласаи Шӯрои олимони факулети фалсафаи донишгоҳи мазкур муҳокима гардидааст.

Хулоса. Тоҷикистон ҳамчун кишвари соҳибистиқлол дар раванди ташаққули ҷомеаи маданӣ ва давлати иҷтимоӣ қарор дорад. Дар раванди ташаққул ва тақмили давлати иҷтимоӣ ва ҷомеаи маданӣ омилҳои асосии демократикунони системаи сиёсии кишвар ва низоми

давлатдорӣ ба таври самаранок рушд ёфта, заминаҳои инкишофи минбаъдаи Ҷумҳурии Тоҷикистон муҳайё гардида истодаанд.

Калимаҳои калидӣ: давлати соҳибистиқлол, системаи сиёсӣ, президент, конституция, ҳокимияти сиёсӣ.

N.S. Murodova

THE POLITICAL SYSTEM OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN IN THE YEARS OF INDEPENDENCE

National University of Tajikistan

Murodova Nigina Sulaimonovna - Doctor of Political Sciences, Associate Professor of the Political Science Department of the National University of Tajikistan, E-mail: munisu71@mail.ru. Phone: 93-941-17-00

Relevance. Description and analysis of the issue of the formation of a cultural society and a social state in Tajikistan.

Materials and research methods. This study was compiled on the basis of scientific materials, including the works of foreign and domestic researchers and legal sources. In the process of preparing the article, such research methods as a systematic, historical, comparative method and a conceptual approach were used.

The result of the study and its discussion. The main conclusions of the study are used in the process of teaching humanitarian subjects, including political science, sociology, and law. The topic was discussed at a meeting of the Department of Political Science of TNU and at a meeting of the Academic Council of the Faculty of Philosophy of TNU.

Conclusion. Tajikistan, as an independent country, is in the process of forming a civil society and a social state. In the process of formation and formation of the welfare state and civil society, the main factors of democratization of the political system of the country and the state structure were effectively developed and the foundations for the further development of the Republic of Tajikistan were created.

Conclusion. In the process of independence in the Republic of Tajikistan, a new political system was formed and developed, which is democratic.

Key words: sovereign state, political system, president, constitution, political power.

Мубрамият. Истиқлолият ин волият ва мустақилияти ҳокимияти сиёсӣ дар ба амал баровардани сиёсати дохилӣ ва муносибатҳои байналхалқӣ мебошад. Он чун принсипи сиёсиву ҳуқуқи на танҳо мавудияти ҳокимиятро таъмин мекунад, балки ҳосияти халқӣ дорад. Халқ интихоби самтҳои инкишофи сиёсиву иқтисодӣ ва иҷтимоии кишварро дар дӯш дорад. Ҳокимияти сиёсӣ баранда ва таъминсозандаи истиқлолият

буда дар режими демократӣ бо ӣрода ва манфиатҳои мардум бояд алоқаманд бошад. Тоҷикистони муосир низ чун кишвари соҳибхитёр чунин салоҳиятро соҳиб аст. Аз ин рӯй системаи сиёсии навбунёдшудаи Тоҷикистон, ки ба ташаккули ҷомеаи муосир ва демократӣ ниёз дорад, масъалаи муҳими таҳқиқотӣ ба ҳисоб меравад. Масъалаи демократия ва ташаккули ҷомеаи маданӣ дар низомии сиёсии Тоҷикистони муосир

мушкилотҳои мухталифро бар миён меорад, ки он ба таҳқиқи илмӣ ниёз дорад.

Мақсади таҳқиқот. Масъалаи муҳиме, ки мавриди таҳқиқ қарор гирифтааст, ошкор сохтани моҳияти демократии системаи сиёсии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар замони истиқлолият мебошад. Дар ин ҷода моро зарур аст, марҳилаҳои ташаккули системаи сиёсии демократӣ ва натиҷаҳои самаранок ва воқеии он таҳқиқ гардад.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон Эъломияи Истиқлолият 24 августи соли 1990 дар ҷаласаи дуюми Шӯрои Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон даъвати дувоздаҳум қабул гардид. Бо қабули чунин ҳуҷҷат Тоҷикистон аз як тараф мустақилияти сиёсӣ ба даст оварда бошад, аз тарафи дигар масъалаҳои ҳал наёфтаи душвори иқтисодиву сиёсӣ ва номуайянии зиёд дар пеш буд. Пеш аз ҳама, масъалаи пос доштан ва ташаккули истиқлолияти сиёсӣ меҳваре буд, ки барои таҳкими он ҷараёнҳои гуногуни сиёсии ҷойдошта хатари ҷиддиро бунёд месохтанд. Талабот ва манфиатҳои мухталифи ҷомеа ба низомии комили муносибатҳо ва пеш аз ҳама бояд ба самти муайяни инкишоф равона мегардид. Самти мазкур дар ибтидои мустақилияти кишвар бо мақсади сарчамъ ва муттаҳид намудани аҳолии кишвар равона гардида буд, ки амалигардонии он ба ҳокимияти сиёсии пешин, ки таҷрибаи кофии сиёсатофариро надошт, хело мушкил ва гарон афтод.

9-уми сентябри соли 1991 истиқлолияти Тоҷикистон ба таври расмӣ эълон гардид ва раванди на-

всозии ҷомеа ибтидои гирифт. Пас аз эълон гардидани истиқлолият ҷомеаи тоҷикистонӣ зиддиятҳои мухталиф сар заданд, ки решаҳои ташаккули онҳо дар замони шӯравӣ дар ҳолати пинҳонӣ қарор доштанд.

Давраи мазкур чун замони барқароршавии муносибатҳои навин, давраи ташаккули Тоҷикистони соҳибистиқлол қабул гардид, ки аз таҳаввулотҳо ва ислохотҳои низомии сиёсӣ оғоз мешавад. Дар ҷомеа манфиатҳо ва талаботҳои нав ба миён меояд, ки барандагони он табақаҳои нави ҷамъиятӣ ба монанди соҳибкорон, фермерҳо, корчалонҳо ва ғайра мебошанд. Зиддиятҳои мавҷуда чун шакли қонунии инкишофи ҷомеа баромад карда номуътадили ҷомеаро муҳайё месозанд ва имкониятро барои қабули қарор ва бартарафсозии он меоранд. Онҳо танҳо ба воситаи сиёсат бо таъсири бевоситаи давлат ба амал баровада мешаванд. Дар ин маврид муколамаи ҷомеа ва давлат ҳамчун шартӣ асосии ҳолати мудҳиш ва бартарафсозии низоъ баромад мекунад. Ба таври ғаври қабул намудани қарорҳо ба пеш меояд. Даст задан ба тағйироти иқтисодӣ ислохотҳои сиёсиро водор месозад, ки заминаро барои амалигардии он муҳайё созанд. Баъзе ҳолатҳо оромиву ризоияти мутлақои ҷомеаро талаб менамояд, ки маҳз бо тағйири сиёсӣ оғоз меёбад. Бинобар зарурати интиҳоби соҳаи тағйирпазирӣ пайдо мешавад, ё он дар ҳамбастагии ду самт сиёсат ва иқтисодӣ ҷорӣ гардида, яке дигареро думболагирӣ менамояд.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ибтидои солҳои 90-уми асри XX кӯшишҳои

демократиясозии институтҳои сиёсӣ, ки натиҷаи манфи доштанд, ҷомеаро ба гирдобии зиддиятҳои иҷтимоиву иқтисодӣ ва низоҳои идеологиву ҷанги шаҳрвандӣ кашиданд. Хусусияти пашошуравии рушди Тоҷикистон ҳамчун кишваре, ки кӯшиши бунёди демократияро дорад, бо арзёбӣ намудани раванди сохтори асосҳои конституционии он оғоз мегардад. Бинобар, зарурати ба таври қонунӣ ворид намудани ин принсипи умумибашарӣ чун унсури давлатдорӣ ба миён омад.

Системаи сиёсии советӣ ва тарҳи идоракунии он ба ҳолати нави сиёсии Тоҷикистон мутобиқат карда наметавонист, зеро раванди демократикунонии ҷомеа, ки аз сиёсати бозсозӣ ибтидо гирифта буд, мақоми абарқудратии низоми мазкурро поймол сохт. Мебоист ба шакли идоракунӣ, режими сиёсӣ ва сохтори давлатӣ дигаргуниҳо ворид гардида системаи сиёсӣ хосияти пешқадамро соҳиб мешуд. Бинобар пас аз қабули соҳибхитиёрӣ нахустин референдуми конституционии Тоҷикистони соҳибистиклол 6-уми ноябри соли 1994 баргузор гардид, ки ба ҷонибдории Конститутсияи нав 90%-и шаҳрвандон овоз доданд. Қабули конститутсия тарҳи инкишофи сиёсии кишварро муайян намуд.

Тоҷикистон аз рӯи Конститутсия чун давлати соҳибхитиёр, демократӣ, ҳуқуқбунёд, дунявӣ ва ягона эътироф гардид, ки аз хосияти пешинаи давлатсолорӣ тафовут дошт. Дар он идоракунии президентӣ, мақомоти мустақили қонунбарор ва иҷроя ва принсипи плюрализми сиёсӣ ва бисёрҳизбӣ ворид гардиданд. Вобаста

ба ташаккули муносибатҳои сиёсӣ, ба байн бурдани ихтилофҳои иҷтимоӣ ва инкишофи босуботи баъдина ба конститутсия тағйиру иловаҳо ворид карда шуд, ки хосияти трансформатсионӣ доштани системаи сиёсиро ошкор намуд.

Бо мақсади таҳкими Созишномаи умумии барқарор кардани сулҳ ва ризоияти миллӣ дар Тоҷикистон Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон қарорро «Оид ба тақлифоти Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба тағйироту иловаҳо ба Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон» ва қарорро «Оид ба гузаронидани раёйпурсии Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба даровардани тағйиру иловаҳо ба Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон» қабул намуд. Дар асоси амали мазкур 26 сентябри соли 1999 ба Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон дар натиҷаи раёйпурсии умумихалқӣ тағйироту иловаҳо ворид гардид [6]. Пас аз тағйироту иловаҳо ба конститутсия ҳизбҳои хосияти динидошта ба расмӣ дароварда шуданд. Таъсиси парламенти дупалатагӣ ва дароз намудани муҳлати салоҳияти президент аз панҷсолаи дукарата ба ҳафтсолаи яккарата ворид гашт. Тағйиротҳои аз ҷониби 75,5%-шаҳрвандон бо иштироки 91,5%-и овоздиҳандагон писанд омаданд. Яке аз тағйиротҳои назаррас ва муҳими лоиҳаи қабулгардида татбиқи парламенти касбии дупалатигӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон буд, ки чун қадами босубот ба сӯи инкишофи парламентаризм ҳисобида мешавад. Бояд қайд намуд, ки аз рӯи Конститутсияи қабулгардида дар кишвари мо парламенти якпалатагӣ ва даъватшаванда фаъолият дошт.

Дар байни сиёсатшиносон андеша вучуд дошт, ки дар Тоҷикистон мавҷуд будани парламенти якпалатагӣ ба сохтори унитарии он мувофиқ мебошад. Лекин унитарӣ будани кишвар, маънои дупалатагӣ будани парламенти онро тақвият намебахшад. Дар рафти таъсисёбии парламенти дупалатагӣ бояд табақабандии иҷтимоӣ ба назар расад. Ҳоло дар раванди коркарди лоиҳаи конститутсия лоиҳаи алтернативии Р.Зоиров пешниҳод гардида буд [4]. Ӯ Шурои Олиро ҳамчун мақомоти қонунбарори дупалатагӣ: Шӯрои Ҷумҳурӣ ва Шӯрои қонунгузор муайян намуд. Шӯрои Олӣ аз рӯи лоиҳа мақомоти доимамалкунанда ва касбӣ эътироф мегардид. Ба салоҳияти Шуро масъалаҳои аз вазифа озод кардани Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва раиси Суди Конститусионӣ, тасдиқ ва бекор кардани шартномаҳои байналмилалӣ тасдиқи мақомотҳои идоракунии давлатӣ дохил мешуданд. Шурои қонунбарор чараёнҳои асосии сиёсати бучавию молиявӣ, андоз ва молиявӣ, тасдиқи раисони суди Олӣ, муайян намудани самтҳои асосии инкишофи қонунгузори ҷумҳурӣ, сиёсати молиявӣ, андоз, ва асбӯрӣ, тасдиқи Раисони Суди Олӣ ва Суди Олии Иқтисодӣ ва аъзоёни он инчунин сарварони Бонки Миллӣ ва Прокуратураи Генералиро дар дӯш дошт [4].

Дар лоиҳаи алтернативии Р.Зоиров Тоҷикистон чун ҷумҳурии парламентӣ қабул гардида салоҳиятҳои асосӣ дар идоранамоии кишвар ба он пайваста буд. Лекин ҷомеаи тоҷикистонӣ дар овоздиҳии умумихалқӣ Конститутсияро

бо мавҷудияти парламенти якпалатагии даъватшаванда қабул намуд.

Дар иртибот ба масъалаи шумораи палатаҳои парламент сиёсатшиноси шинохтаи тоҷик С.И.Шарипов, қайд мекунад: «... зарурате вучуд надошт, ки дар Тоҷикистон парламенти дупалатагӣ таъсис дода шавад». Ба фикри сиёсатшинос он ду сабаб дорад: «аввал, депутатҳои палатаи болоӣ, агар раисони Ҳукуматҳои ноҳия ва минтақаҳо таъйин гарданд, пас ин: а) ихтилофи ҳукумат ва созмонҳои демократӣ ва хизбҳои сиёсиро зиёд мегардонад; б) шумораи ҷойҳо дар палатаи болоӣ нисбат ба шумораи ноҳияҳои мавҷуда кам мебошанд, ки зиддиятро байни раисони Ҳукуматҳои маҳаллие, ки ба парламент ҷой наёфтанд, ба амал оварда дар навбати худ муносибати байни марказ ва минтақаро вазнин месозад; в) роҳбарони ноҳияҳо бояд машғули корҳо дар сохторҳои иҷроияи маҳаллӣ бошанд ...». Боз муҳаққиқ иброз дорад «... мавҷуд будани коррупсия дар ҷунин ҳолат ба таври ҷиддӣ ба ташаккули кишвари демократӣ халалдор мешавад» [7].

Аз як тараф бо мавқеи С.И. Шарипов розӣ шудан мумкин ва он донаи оқилона низ дорад. Тоҷикистон аз рӯи сохтори маъмуриву ҳудудӣ начандон кишвари калон аст ва бинобар зарурат ба таъсиси парламенти дупалатагӣ надорад. Баъдан, ҳокимияти иҷроя, ки дар назди парламент масъул аст, як ҳиссаи мақомоти мазкурро ташкил медиҳад. Ба фикри мо дар ин ҷо муносибати муқаррарӣ байни ҳокимияти қонунбарор ва иҷроя ба ҳам мувофиқ нестанд. Мустақилияти ҳокимияти

ичроя аз қонунбарор нишонаи давлати ҳуқуқбунёд буда дар ҳолати ташкил намудани парламенти дупалатагӣ палатаи болоӣ органи машваратӣ дар ҳайати олимон, экспертҳо ва ғайра созмон меёбад. Ин имконияти нисбии мустақилиятро таъмин месозад ва палатаи болоӣ чун мақомоти машваратӣ рафт, қабул ва моҳияти қонунҳоро бо ченақҳои амалишавии он, мутобиқ будани он ба ҳолатҳои милливу фарҳангӣ ва рушди таъминсозандаи арзишҳои милливу демократӣ собит месозад.

Аз тарафи дигар, ба ҷои 181 намояндаи халқӣ, 63 ва 33 аъзоёни Маҷлиси Олӣ, ҳамагӣ 96 интиҳоб ва таъйин мегарданд, ки метавонад ба таври самаранок фаъолияти мақомоти қонунбарорро тағйир диҳад. Тасҳеҳоти дигар дар моддаи 65 ва моддаи 69 салоҳияти президенти дар ҷумҳурӣ мустақкам намуда идоракунии президенти тақвият медиҳад.

Пас аз қабул гардидани Қонуни Конститутсионӣ «Дар бораи интиҳоботи Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон» дар кишвар марҳилаи нави раванди сиёсӣ оғоз мегардад [3]. Қабул гардидани қонун оид ба таъсиси парламенти дупалатагӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон яке аз қарорҳои муносиби замони гузариш ҳисобида мешавад. Зиддиятҳои сиёсии ҷомеа ба таъсиси Комиссияи Оштии Миллӣ замина гузоштанд ва он қарори таъсиси парламенти дупалатаро дар Тоҷикистон зарур донист, зеро ҳолати пас аз ҷангии ҷомеа инро талаб дошт. Палатаи поёнӣ - Маҷлиси Намояндагон касбӣ, доимоамалкунанда ва интиҳобӣ буд. Палатаи поёнӣ - Маҷлиси Миллӣ даъватшаванда мебошад. Ин-

чунин таъсиси парламенти дупалатагӣ шароитро барои муборизаи ошкорро байни субъектҳои сиёсӣ муҳайё месохт. Масъалаҳои мубрами қонунгузорию давлатӣ акнун дар ду самт, ҷумҳуравӣ ва минтақавӣ таҳлил ёфта, қабул мешуданд.

Давлати Тоҷикистон давлати мураккаби унитарӣ аст, ҷой доштани гуногуни инкишофи иҷтимоиву иқтисодӣ бо муқаррароти таъсиси парламенти дупалатагӣ хело мувофиқ аст. Муҳим он аст, ки таъсиси чунин парламент усули суръатноки ҳалли масъалаҳое, ки акнун аз ҷониби намоёндагонии халқии салоҳияти муайяндоста амалӣ мегардид, чун талаботи ҷомеаи навташкил баромад мекард. Аз тарафи дигар, намоёндагонии халқӣ ба малакаи касбӣ ва амалияи сиёсӣ соҳиб мешуданд.

Бояд таъкид дод, ки дар парламенти соли 1995 таъсисёфта намоёндагонии ҷор Ҳизб Коммунистӣ, Халқии демократӣ, Навсозии иқтисодӣ ва Ягонагии халқӣ дар 181 ҷой, қарор доштанд. Имрӯз 63 вакил дар палатаи поёнӣ ва 33 аъзо дар палатаи болоӣ масъалаҳои мубрами ҷомеаро аз нигоҳи талаботҳои замон ва ба манфиати мардуми тоҷикистонӣ ҳал менамоянд.

Бо мақсади рушди минбаъдаи ҷомеа 22 июни соли 2003 райъпурсӣ гузаронида шуд, ки дар он тағйироти сиёсӣ оид ба як шахс бори дуюм ва дар муҳлати 7 сол ба вазифаи президент интиҳоб гардиданаш, ҳукми конститутсионӣ пайдо кард.

Ислоҳи сеюм ба Қонуни асосӣ дар референдуми 22 май соли 2016 баргузоргардида, ба президенти амалкунандаи кишвар Э. Раҳмон муҳлати бе

махдудият таъмин месозад. Тасҳеҳоти мазкур дар мувофиқа бо Қонуни Конституционии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ-Пешвои миллат» ба амал омад, ки ба Э.Раҳмон мақоми тӯлонии идоракунии кишвар ва пиёда гардонидани сиёсати давлатиро таъмин намуд [3]. Президенти Тоҷикистон Э. Раҳмон, ки аз соли 1992 роҳбарии кишварро ба уҳда дорад, дар мувофиқа бо меъёрҳои амалинамудаи Конститутсия дар интихоботи президентии соли 2020 ҳуқуқи пешниҳод намудани номзадҳои худро надошт. Лекин аз рӯи ислоҳоти мазкур номзадҳои ӯ метавонад бе ягон маҳдудият пешниҳод шавад. Инчунин аз рӯи ислоҳи нав ба Конститутсия талаботи синну солии аъзоёни палатаҳои болоӣ ва поёнии парламент аз 35 ба 30 сол фароварда шуд. Сину соли номзадҳо ба мансаби президент низ тағйир ёфт. Акнун номзадҳо дар синни 30 солагӣ барои ишғоли мансаби мазкур метавонианд, мубориза баранд. «Ба тағйироту иловаҳо 3 миллиону 814 нафар, ё 94,5% овоздиҳандагон ба муқобили 134 ҳазору 171 нафар, ё 3,3% овоз доданд», - чунин ибраз намуд дар конференсияи матбуотӣ роҳбари Комиссияи Марказии Интихобот Б.Худоёрзода [5]. Аз рӯи гуфтаниҳои ӯ дар овоздиҳии умумихалқӣ 92% шаҳрвандон, ки дар рӯйхати овоздиҳандагон дар шумораи 4 миллиону 38 ҳазор нафар сабт шуда буданд, ширкат варзиданд. Дар рафти овоздиҳии умумӣ шаҳрвандони тоҷикистонӣ ба як савол - «ҳа» ё «не» бояд ҷавоб медоданд, ки 40 ислоҳи аз ҷониби ҳокимият пешниҳодгардида ду

тояш меҳварӣ, боқимонда ҳама хусусияти техникӣ доштанд. Инчунин ислоҳи нав манъи таъсиси ҳизб ва созмонҳои сиёсиро аз рӯи нишонаҳои динӣ ва миллӣ ба ҳукми қонунӣ ворид намуд [1].

Тағйироти конституционӣ ба Тоҷикистон имкон дод, ки вобаста ба тағйирпазирии ҷомеа ваколатҳо ва талаботҳои институтҳои сиёсӣ дигаргун намояд. Ислоҳотҳои модернизатсионӣ аз ҷониби субъектҳои сиёсӣ амалӣ гардида, бештар бо дигаргун сохтани институтҳои сиёсӣ ва салоҳиятҳои онҳо алоқамандӣ доштанд. Раванди мазкур чун модификатсияи сиёсӣ қабул мешавад, ки бо тағйироти сохтори сиёсии ҷомеа ва принципҳои конституционии он пайваста аст.

Хулоса. Дар натиҷаи таҳлили равандҳои сиёсии Тоҷикистон маълум меканад, ки се маротиба тағйиру иловаҳо ба конститутсия ворид гаштанд. 26-уми сентябри соли 1999 ба конститутсияи Тоҷикистон 28 тағйиру илова ворид карда шуд. Асоситарини онҳо аз ин иборат аст: иваз кардани муҳлати президентӣ аз ду давраи 5-сола ба як давраи 7-сола; таъсиси парламенти дупалатаӣ (Маҷлиси Миллӣ ва Маҷлиси Намояндагон); иҷозат барои фаъолияти ҳизбҳои динӣ. 22-юми июни соли 2003 аз 56 тағйиру иловаҳои воридшуда муҳимтаринаш ин буд: иваз кардани муҳлати президентӣ аз як давраи 7-сола то ба ду давраи 7-сола. 22-юми майи соли 2016 38 тағйиру илова ворид шуд ва асоситаринаш ин буд: Эмомалӣ Раҳмон, раиси Ҷумҳурии Тоҷикистон, ба ҳайси «Пешвои миллат» ҳуқуқи

ба таври номахдуд дар интихоботҳои президентӣ номзад шуданро пайдо кард; синни номзад ба президентӣ аз 35 то 30-солагӣ поин оварда шуд; таъсис ва фаъолияти ҳизбҳои динӣ ба таври қонунӣ манъ шуд.

Системаи сиёсии Тоҷикистон дар инкишофи худ ҳосияти дигаргун гаштанро пайдо мекунад, зеро қобилияти мутобиқшавиро дар ба амал баровардани ваколатҳои худ соҳиб мебошад. Чунин ҳосият пеш аз ҳама бо принципҳои истиқлолият ва таҳкими он пайваста аст, ки барандаи он халқ мебошад.

АДАБИЁТ

1. В Таджикистане проходит референдум по изменению Конституции республики. 2016. URL:<http://news.tj>

2. Дар бораи Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ-Пешвои миллат // Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 25 декабри 2015. [Манбаи электронӣ]. URL:<http://mmk.tj/content/қонуни-конститутсионии-ҷумҳурии-тоҷикис-тон-дар-бораи-асосгузори-сулҳу-ваҳдат>

3. Дар бораи интиҳоботи Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон // Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон аз с. 1999, №12. [Манбаи электронӣ]. URL:<http://mmk.tj/content/қонуни-конститутсионии-ҷумҳурии-тоҷикис-тон-дар-бораи-интиҳоботи-маҷлиси-олии->

4. Зоиров, Р. Конституция Республики Таджикистан. Альтернативный проект / Р. Зоиров // Народная газета. – 15 июня 1992.

5. Изменения и дополнения в конституцию республики. [Электронный ресурс]. URL:tajembassy.ru/368izme_neniya-i.

6. Постановление Правительства Республики Таджикистан. [Электронный ресурс]. URL:<http://base.pjstonovl.RT.ru>,

7. Шарипов, С.Ш. Демократизация политических процессов в современном Таджикистане // Автореф. дисс. на соис. ученой степени к.п.н. / С. И. Шарипов. – Душанбе, 2001.

REFERENCES

1. A referendum is being held in Tajikistan to change the constitution of the republic. [Electronic resource]. URL:<http://news.tj>

2. About leader nations the president of Republic Tajikistan Emomali Rahmon // Law of the Republic of Tajikistan from December 25, 2015. [electronic resource]. URL:<http://mmk.tj/content/қонуни-консти-тутсио-нии-ҷумҳурии-тоҷикис-тон-дар-бораи-асосгузори-сулҳу-ваҳдат>

3. About erectoral assembly the Republic of Tajikistan // Law of the Republic of Tajikistan / 1999, No. 12. (Electronic resource). URL:<http://mmk.tj/content/қонуни-конститутсионии-ҷумҳурии-тоҷикис-тон-дар-бораи-интиҳоботи-маҷлиси-олии->

4. Zoirov, R. Constitution of the Republic of Tajikistan. Alternative project / R. Zoirov // People's newspaper. - June 15, 1992.

5. Changes and additions to the constitution of the republic. [Electronic resource]. URL:tajembassy.ru/368izme_neniya-i.

6. Decree of the Government of the Republic of Tajikistan. [Electronic resource]. URL:<http://base.pjstonovl.RT.ru>,

7. Sharipov, S.Sh. Democratization of political processes in modern Tajikistan // Abstract of the thesis. diss. on sois. Ph.D. / S. I. Sharipov. – Dushanbe, 2001.

ВЫВОДЫ

Н.С. Муродова

ПОЛИТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН В ГОДЫ НЕЗАВИСИМОСТИ

Цель исследования. Описание и анализ вопроса формирования культурного общества и социального государства в Таджикистане.

Материалы и методы исследования. Данное исследования составлено

на основе научных материалов, в том числе работ зарубежных и отечественных исследователей и правовых источников. В процессе подготовки статьи использовались такие методы исследования, как систематический, исторический, сравнительный метод и концептуальный подход.

Результаты исследования и их обсуждение. Основные выводы исследования используются в процессе преподавания гуманитарных предметов, в том числе политологии, социологии, права. Тема обсуждалась на заседаниях кафедры политологии ТНУ и Ученого совета философского факультета ТНУ.

Таджикистан как независимая страна находится в процессе формирования

гражданского общества и социального государства. В процессе становления и формирования социального государства и гражданского общества эффективно развивались основные факторы демократизации политической системы страны и государственного устройства и создавались основы для дальнейшего развития Республики Таджикистан.

Вывод. В процессе независимости в Республике Таджикистан сформировалась и развивалась новая политическая система, которая является демократической.

Ключевые слова: суверенное государство, политическая система, президент, Конституция, политическая власть.

УДК: 616.127- 005.8;618.173

Х.Ш. Рофиева

АНАЛИЗ ВАРИАЦИИ КАРДИОИНТЕРВАЛА И НАРУШЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

НОУ «Медицинский –социальный институт Таджикистана»

Рофиева Халима Шарифовна – к.м.н., зав.кафедрой внутренних болезней НОУ «Медицинский–социальный институт Таджикистана». E-mail: halima_rofieva@mail.ru; тел: (+992) 90 100 51 55.

Цель исследования. Изучить вариации кардиоинтервала и нарушения эндотелиальной дисфункции у женщин с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в перименопаузальном периоде.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов спектрального анализа вариации кардиоинтервала по методике Н.И. Музалевской и В.М. Урицкому и манжеточной пробы D. Celermajer и соавт. в модификации Затейщикова Д.А. у 195 женщин, условно разделенных на 4 группы: 1 группа - 35 (17,9%) практически здоровые женщины (ПЗЖ); 2 группа - 45 (23,1%) женщин климактерического периода (ЖКП); 3 группа - 65 (33,3%) женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде без осложнений; 4 группа - 50 (25,7%) женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде с осложнениями.

Результаты исследования и их обсуждение. Выявлена неоднородность спектральных мощностей $\Delta f_{нч}$ – часть спектра низких частот и $\Delta f_{вч}$ – часть спектра высоких частот. Значительные сдвиги в области спектра низких частот характеризующих у женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде без осложнений и с осложнениями. В 3-ей группе женщин анализ спектров мощностей показал значительные сдвиги во всех показателях по сравнению с 1-ой и 2-ой группами, эти же данные подтвердились манжеточной пробой. А 4-ой группе анализ спектров мощностей показал значительные сдвиги во всех показателях более выраженной, чем у больных 3-ей группы. Также выраженные процессы нарушения гемостаза и реологии крови, а также признаки ДВС синдрома в бассейнах как ВБК, так и СВК, выявлено у 3-4 группы женщин ОИМ+ЖКП без осложнений и 4 группы ОИМ+ЖКП с осложнениями, у которых легкие неоднозначно влияли на параметры гомеостаза и в частности на гемостаз и реологию крови.

Выводы. Таким образом, у 2-ой групп женщин климактерического периода (ЖКП) выявляется незначительный дисбаланс функционирование эндотелием, проявляющийся признаками климактерического синдрома. У женщин перенесших ОИМ выявляется более нарушенный спектр низких частот и манжеточной пробы, что указывает в 3-ей группе. А 4-ой группе женщин более выражены вегетативный дисбаланс с преобладанием симпатикотонии, нарушение экстракардиальной регуляции, метаболизм и эндотелиальная дисфункция. Доказанным фактом является то, что у 3-ей и 4-ой группе женщин период их сочетание развития основной патологии, осложнений и летальность, непосредственно связаны с нарушением и дисбалансом всех звеньев системы гемостаза с различными вариантами коагулопатии и ДВС синдрома, что проявляется клиническими осложнениями в виде развития кардиогенного шока, сердечной недостаточности, аритмии и летальностью.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, климактерический период, метод эндотелиальной дисфункции, гемостаз.

Kh.Sh. Rofieva

ANALYSIS OF CARDIO INTERVAL VARIATION ENDOTELIAL FUNCTION IN WOMEN WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCT IN THE PERIMENOPAYSAL PERIOD

NOU «Medical and Social Institute of Tajikistan»

Khalima Sharifovna Rofieva - Head of the Department of Internal Diseases, NOU «Medical and Social Institute of Tajikistan» MD. E-mail: Halima_rofieva@mail.ru. тел.: (+992) 901 00 51 55

Purpose of the study. To study variations in the cardiointerval and endothelial dysfunction in women with acute myocardial infarction in the perimenopausal period.

Material and research methods. The analysis of the results of spectral analysis of the variation of the cardiointerval was carried out according to the method of N.I. Muzalevskaya and V.M. Uritsky and cuff test D. Celermajer et al. in the modification of Zateyshchikov D.A. in 195 women, conditionally divided into 4 groups: group 1 - 35 (17.9%) practically healthy women (HLW); group 2 - 45 (23.1%) women in menopause (GCP); group 3 - 65 (33.3%) women with acute myocardial infarction in menopause without complications; group 4 - 50 (25.7%) women with acute myocardial infarction in menopause with complications.

Results of the study and their discussion. The inhomogeneity of the spectral powers $\Delta f_{нч}$ - part of the low-frequency spectrum and $\Delta f_{вч}$ - part of the high-frequency spectrum was revealed. Significant shifts in the range of low frequencies characterizing women with acute myocardial

infarction in menopause without complications and with complications. In the 3rd group of women, the analysis of the power spectra showed significant changes in all indicators compared to the 1st and 2nd groups, the same data were confirmed by a cuff test. And in the 4th group, the analysis of power spectra showed significant shifts in all indicators, more pronounced than in patients of the 3rd group. Also, pronounced processes of impaired hemostasis and blood rheology, as well as signs of DIC syndrome in the basins of both VVC and SVK, were detected in 3-4 groups of women with AMI + GSD without complications and 4 groups of AMI + GSD with complications, in which the lungs ambiguously affected parameters of homeostasis and in particular on hemostasis and blood rheology.

Conclusions. Thus, in the 2nd group of menopausal women (GCP), a slight imbalance in the functioning of the endothelium is revealed, which manifests itself as signs of menopausal syndrome. In women who have had AMI, a more disturbed spectrum of low frequencies and cuff test is detected, which indicates in the 3rd group. And the 4th group of women is more pronounced vegetative imbalance with a predominance of sympathicotonia, violation of extracardiac regulation, metabolism and endothelial dysfunction. It is a proven fact that in the 3rd and 4th groups of women, the period of their combination of the development of the underlying pathology, complications and mortality are directly related to the violation and imbalance of all parts of the hemostasis system with various types of coagulopathy and DIC syndrome, which is manifested by clinical complications in the development of cardiogenic shock, heart failure, arrhythmia and mortality.

Key words: acute myocardial infarction, menopause, endothelial dysfunction method, hemostasis.

Актуальность. Инфаркт миокарда является одним из наиболее частых проявлений ИБС, одной из основных причин смертности населения развитых стран [1]. Общая суммарная летальность от ОИМ составляет 25% от числа всех заболевших [2]. В то же время известно, что у женщин до наступления менопаузы ишемическая болезнь сердца (ИБС) встречается значительно реже, чем у мужчин того же возраста. Принято считать, что инфаркт миокарда развивается у женщин на 10-15 лет позднее, чем у мужчин [7]. Важную роль в возникновении ИБС играют так называемые факторы риска заболевания, однако степень влияния этих факторов у молодых женщин с ненарушенной менструальной функцией менее значима, чем у мужчин. Это связывают с защитным действием эстрогенов, особенностью пуринового обмена, а также

регулярным удалением во время менструаций труднорастворимых метаболитов липопротеидов [1, 2].

Следует особо подчеркнуть, что у относительно молодых женщин при хирургической менопаузе возможность возникновения инфаркта миокарда резко (в 7 раз) возрастает [4, 3].

Тем не менее, эпидемиологические данные последних лет свидетельствуют об увеличении частоты ИМ у женщин молодого возраста, что делает изучение ИБС у этого контингента больных важным и актуальным [7, 6]. Более того, ИБС у женщин молодого возраста отличается рядом клинико-функциональных особенностей, затрудняющих раннюю диагностику этого тяжелого заболевания, в частности, нередко болевой синдром носит атипичный или сочетанный характер, тесты с физической нагрузкой имеют меньшую диагностическую цен-

ность [4].

Многими исследованиями доказана роль активации симпатико-адреналовой, гипофизарно-надпочечниковой и ренин-ангеотензиновой систем в патогенезе развития ОИМ, и их сочетания, так как запускаются проферментно-ферментные комплексы, каскада комплемента, свертывания, фибринолиза и образования кининов, фундаментальной основой которых является эндотелиальная дисфункция, дисбаланс регулирующих механизмов ЦНС и ВНС глубокие нарушения гомеостаза. Нарушение функции эндотелия играет ключевую роль в регуляции сосудистого тонуса, пролиферации гладкомышечных клеток, агрегации тромбоцитов в балансе пролиферации и антикоагулянтах факторов, кардиальных процессов инициирующих атеросклероз и его прогрессирование.

Эндотелиальная дисфункция - дисбаланс между продукцией вазодилатирующих, ангиопротективных, антипролиферативных факторов с одной стороны (NO, простациклин, тканевой активатор плазминогена, C- тип натрий уретического пептида, эндотелиального гиперполяризующего фактора и др.) и вазоактивных, протромбических, пролиферативных факторов с другой стороны (эндотелин, супероксид-анион, тромбосан A2, ингибитор тканевого активатора плазминогена). На современном этапе также большое значение отводится в снижении эндотелий зависимой вазодилатации внутриклеточному свободнорадикальному окислению, которое явно и выражено нарушено при ОИМ.

Функционирование ВНС находится под влиянием ЦНС, гуморальных и

рефлекторных влияний находящихся в тесной взаимосвязи. К центральным механизмам управления сердечным ритмом относятся кора больших полушарий (обладает способностью как тормозить, так и облегчать рефлексы на сердце), гипоталамус (гипоталамические механизмы модулируют влияние на вазомоторный центр, сердечные рефлексы и обладают потенциальной возможностью интеграции парасимпатических и симпатических механизмов ВНС), ретикулярная формация (связывает все сенсорные, центральные и эффекторные мозговые структуры и формирует эфферентную импульсацию, определяя функциональную активность сердца), продолговатый мозг (бульбарные механизмы осуществляют тонические влияния на спинальные образования и реализацию сердечно-сосудистых рефлексов), а также непосредственно спинной мозг.

В литературе имеются не многочисленные исследования, которые показали эффективность, доступность, высокую информативность не инвазивной метод диагностики эндотелиальной дисфункции и оценки функционального состояния ВНС по вегетативной регуляции, гуморальной регуляции и variability сердечного ритма (BCR), что можно выявить, непосредственно определив уровень и глубину их нарушения. В связи с этим, вызывает определенный интерес неинвазивный мониторинг эндотелиальной дисфункции у женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде.

Цель исследования. Изучить вариации кардиоинтервала и нарушения

эндотелиальной дисфункции у женщин с острым инфарктом миокарда в перименопаузальном периоде.

Материал и методы исследования. Обследовано 195 женщин, находящихся на стационарном лечении в отделение кардиологии ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» г. Душанбе, в возрасте от 45 до 60 лет в период с 2018 по 2022 гг. Обследуемые женщины были разделены на 4 группы: 1 группа - 35 (17,9%) практически здоровые женщины (ПЗЖ); 2 группа 45 (23,1%) женщин в климактерическом периоде (ЖКП); 3 группа - 65 (33,3%) женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде без осложнений; 4 группа - 50 (25,7%) женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде с осложнениями. От характера поражения и локализации инфаркта миокарда у 3 группы женщин с острым инфарктом (ОИМ) без осложнений: наблюдался острый инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST (ОИМпST) у 18 женщин (27,7%), без подъёма сегмента ST (ОИМбпST) 32 женщины (49,2%). С точки зрения топической диагностики: передней стенки в данной группе наблюдалось у 42 женщин (64,6%), а задней стенки у 8 женщин (12,3%). У 4 группы женщин острый инфаркт миокарда (ОИМ) с осложнениями по распространённости и топике был следующим: острый инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST (ОИМ пST) 23(46%), без подъёма сегмента ST (ОИМбпST) 26 (52%), передней стенки 36 (72%) и задней стенки 14 (28%) соответственно.

Для диагностики эндотелиальной дисфункции и выяснения функциональ-

ных состояний ВНС проводили следующие не инвазивные методы; спектральный анализ вариации кардиоинтервала и метод манжеточной пробы. Проводили инструментальное исследования функционального состояния ВНС по методике Н.И. Музалевской и В.М. Урицкого (Российский центр фундаментальных и прикладных исследований для медицины при Санкт-Петербургском Государственном университете). У 195 женщин, находящихся на стационарном лечении в отделение кардиологии ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» г. Душанбе, в возрасте от 45 до 60 лет. Выделение последовательности R-R_i и последующую обработку данных проводили цифровым методом «on line» на компьютерной программе.

Для определения нормативных значений проводилась 10-минутная запись ЭКГ с наложением электродов по схеме первого стандартного отведения проводилась регистрация и запись R-R-интервалов. Перед процедурой обязательным условием являлся 10-минутный покой и отдых. Длительность регистрации и записи составляли более 256 кардиоциклов (для корректной статистической обработки). В результате компьютерной обработки анализа длительности и характера R-R кардиоинтервала определялись нижеследующие параметры: $\Delta f_{унч}$, $\Delta f_{нч}$, $\Delta f_{вч}$, ИВБ.

Спектральный анализ проводился по показателям:

$\Delta f_{унч}$ -начальная часть спектра, представляющая область ультранизких частот ($\Delta f_{унч}=4,0 \times 10^{-3}$ – $3,4,0 \times 10^{-2}$ Гц), характеризующих экстракардиальную

регуляцию сердечного ритма со стороны центральной нервной системы, отражает - влияние гипоталамо-гипофизарного комплекса, лимбической системы и позволяет отслеживать выраженные гормональные нарушения, а также активность метаболизма в регуляции (продукты гликолиза и эндотелиальной функции); $\Delta f_{нч}$ – часть спектра низких частот ($\Delta f_{нч}=4,0 \times 10^{-2} \dots 0,15$ Гц), отражает степень симпатической активации, формируется под влиянием симпатической и парасимпатической систем, является барорегуляторной;

$\Delta f_{вч}$ – часть спектра высоких частот ($\Delta f_{вч}= 0,15 \dots 0,4$ Гц), характеризует влияние парасимпатической активации и отражает активность объемной (парасимпатической, дыхательной) регуляции.

ИБВ = $SHЧ / SBЧ$ -индекс вегетативного баланса, характеризует баланс или дисбаланс и направленность вегетативного сдвига (ИБВ $< N$ соответствует преобладанию симпатической активации, а ИБВ $> N$ преобладанию парасимпатической нервной системы).

Полученные результаты обработаны разностной, вариационной статистикой (А.И. Ойвин, 1966) с вычислением $M \pm m$ и с определением показателя статистической значимости различий (t) с помощью компьютера «Pentium 4». Разница считалась достоверной, если вероятность возможной ошибки, определенная по таблице Стьюдента, была меньше $P < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. При проведении сравнительной оценки показателей структурно-функционального состояния сердца по данным спектрального анализа вариации кардиоинтервала, нами были получены данные, отраженные в таблице.

Как видно из представленных в таблице данных спектрального анализа вариации кардиоинтервала, нарушения состояния сердца, вегетативной нервной системы и сердечного ритма в сравниваемых группах существенно отличались, тогда как у 1-группы практически здоровых женщин по сравнению с женщинами 2-3-4 групп в целом спектр

Показатели спектральных мощностей $S_{УНЧ}$, $S_{НЧ}$, $S_{ВЧ}$ и ИБВ у женщин в перименопаузальном периоде ($M \pm m$)

Показатели	1 группа ПЗЖ n= 35	2 группа ЖКП n=35	3 группа ОИМ, без осложнений n=65	4 группа ОИМ, с осложнениями n=50
$S_{УНЧ}$ D	0,38±	0,30±	0,250,02***	0,15±
$S_{НЧ}$ D	0,31±	0,46±	0,57±	0,70±
$S_{ВЧ}$ D	0,28±	0,20±	0,15±	0,11±
ИБВ усл. Ед	1,10±	2,3±	3,8±	6,3±

Примечание: * - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$

мощностей составил в трех частотных поддиапазонах: $S_{\text{Сунч-}}$ $0,38 \pm 0,02$, $S_{\text{Нч-}}$ $0,31 \pm 0,02$, $S_{\text{Вч-}}$ $0,28 \pm 0,03$, индекс вегетативного баланса (ИББ) $1,10 \pm 0,16$, что соответствует нормативным значениям и вегетативному балансу здоровых женщин. У 2 группы женщин в климактерическом периоде отмечается умеренная симпатикотония по сравнению с показателями в трех частотных поддиапазонах 1-ой группы практически здоровых женщин (ПЗЖ).

Выявлено достоверное снижение $S_{\text{Сунч}}$ на 21,1% ($P < 0,001$) характеризующих выраженные гормональные сдвиги и активизацию метаболизма в регуляции эндотелиальной функции; повышение спектра $S_{\text{Нч}}$ на 48,3% ($P < 0,001$) отражают степень симпатической активации, которые формируются под влиянием симпатической и парасимпатической систем при физиологическом течении климактерического периода; статистическая тенденция к снижению спектра $S_{\text{Вч}}$ на 28,6% характеризуют влияние парасимпатической активации и отражают активность объемной парасимпатической и дыхательной регуляции в группе женщин климактерического периода по сравнению с практически здоровых женщин. индекс вегетативного баланса (ИББ) второй группы женщин климактерического периода (ЖКП) имел тенденцию к повышению, по сравнению с показателями практически здоровых женщин (ПЗЖ) на 20,0%, что характеризует направленность вегетативного сдвига в сторону преобладания симпатической активации.

В 3-ей группе женщин с острым инфарктом миокарда без осложнений

анализ спектров мощностей показал значительные сдвиги во всех трех частотных поддиапазонах, указывающих на вегетативный дисбаланс с преобладанием симпатикотонии, нарушения экстракардиальной регуляции, метаболизма и эндотелиальной дисфункции. Выявлено достоверное различие показателей спектральной мощностей по сравнению с 1-ой и 2-ой группами: спектр $S_{\text{Сунч-}}$ снижен на 34,9% ($P < 0,001$) и на 21,1% ($P < 0,001$) соответственно; диапазон $S_{\text{Нч-}}$ достоверно повышен на 83,3% ($P < 0,001$) и на 23,9% ($P < 0,001$) соответственно; $S_{\text{Вч-}}$ достоверно снижено на 46,5% ($P < 0,001$) и на 25,0% ($P < 0,001$) соответственно; при этом выявлено достоверное повышение ИББ на 245,4% ($P < 0,001$) и на 652,0% ($P < 0,001$) соответственно.

В 4-ой группе женщин с острым инфарктом миокарда, у которых отмечались осложнения, анализ спектров мощностей показал значительные сдвиги во всех трех частотных поддиапазонах, указывающих на значительный вегетативный дисбаланс с выраженным преобладанием симпатикотонии, нарушением экстракардиальной регуляции, метаболизма и эндотелиальной дисфункции, более выраженной, чем у больных 3 группы ОИМ без осложнений.

Для исследования состояния эндотелия – проводили манжеточную пробу с использованием ультразвукового датчика сосуда высокого разрешения (7МГц) и оценкой диаметра сосуда до и после пережатия манжеткой. Динамика пробы с эндотелий- зависимой вазодилатацией (ЭЗВД) является очень информативной,

мало затратной и прогностической ценной информацией как для врача так и для пациента.

Изменения диаметра плечевой артерии при проведении пробы с реактивной гиперемией (эндотелий зависимая реакция) осуществляли на Эхокардиографии (ЭхоКГ) аппарате «Toshiba - 350 (Япония), с использованием линейным датчиком LA528K (4—13 MHz) путем измерения диаметра плечевой артерии датчика с фазированной решеткой с частотой 7 МГц. Время между пробами с реактивной гиперемией и приемом нитроглицерина составляло 10 мин. Артериальный диаметр измеряли в непосредственной близости от выбранного анатомического маркера.

Измерения проводили линейным методом, предложенным D. Celermajer и соавт. в модификации Затейщикова Д.А., который заключается в измерении диаметра артерии с использованием двух точек, устанавливаемым ультразвуковым курсором: одной – на границе адвентиция-медия передней стенки артерии, другой – на границе медиа-адвентиция задней стенки [1,3,5]. Изображение сосуда автоматически синхронизировали с зубцом R ЭКГ. Диаметр плечевой артерии считали среднюю величину, вычисленную по трем сердечным циклам. Рассчитывалась потока зависимая дилатация как характеристика эндотелий-зависимого ответа, равная отношению изменений диаметра плечевой артерии в течение реактивной гиперемии к диаметру артерии в покое, выраженная в процентах к исходному диаметру.

В первые сутки пациенту проводилась эхокардиография (ЭхоКГ) на аппарате «Toshiba - 350 (Япония), а также манжеточная проба для определения ЭЗВД как процента прироста диаметра плечевой артерии от исходного размера. ЭЗВД определяли после пробы с реактивной гиперемией при помощи ультразвуковой диагностики линейным датчиком LA528K (4—13 MHz) путем измерения диаметра плечевой артерии. Линейный датчик плоцировали на 3 см выше плечевого сустава. В исходном состоянии определяли диаметр артерии, затем вокруг плеча накладывали манжету сфигмоманометра, накачивали ее до давления 200 мм рт. ст. и сохраняли это давление в течение 5 минут. После выпуска воздуха из манжеты на 80-й секунде определяли повторно диаметр плечевой артерии. Пациенту за 60 минут до обследования не вводили внутривенные нитропрепараты, пролонгированные нитраты отменяли за сутки до исследования. На 1-е сутки проба проводилась в утреннее время, после 10 мин отдыха, в положении лежа [2,7].

При оценке групп здоровых женщин, женщин в климактерическом периоде и групп женщин с острым инфарктом миокарда без осложнений и с осложнениями по разным приростом диаметра сосуда при проведении пробы с ЭЗВД разделили на четыре группы в зависимости от прироста диаметра сосуда: менее 5%, от 5 до 10% и более 10%. Особенно низкий прирост диаметра плечевой артерии был у женщин ОИМ с осложнением, 4,5% сопровождался кардиогенным шоком, сердечной недостаточностью и аритмией.

Динамические изменения прироста диаметра сосуда при пробе с ЭЗВД манжеточной пробы

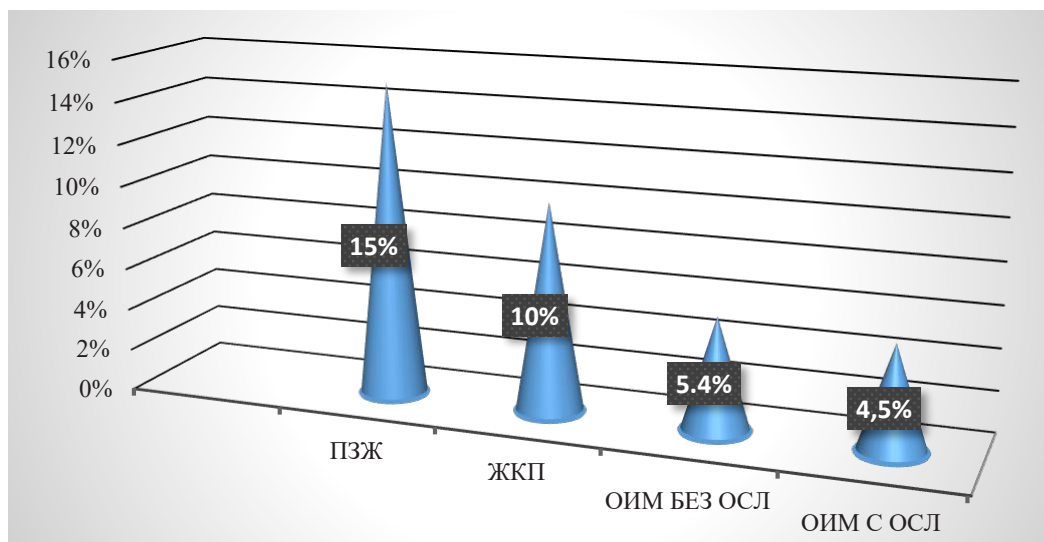


Рисунок 1. Динамика результатов прироста диаметра сосуда после пробы с ЭЗВД в течение наблюдения

Выводы. 1. Таким образом, по полученным нами данным по спектру мощностей выявлены существенные различия показателей спектрального анализа среди практически здоровых женщин, женщин климактерического периода и женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде: т.е. 1 группа - практически здоровые женщины по сравнению с 2-3-4 группами женщин, в целом спектр мощностей соответствует нормативным значениям и вегетативному балансу здоровых женщин.

2. У группы женщин в климактерическом периоде (ЖКП) отмечалась умеренная симпатикотония по сравнению с показателями практически здоровых женщин (ПЗЖ).

3. В 3-ей группе женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде без осложнений, анализ спектров мощностей показал значи-

тельные сдвиги во всех трех частотных поддиапазонах, указывающих на вегетативный дисбаланс с преобладанием симпатикотонии, нарушением экстракардиальной регуляции, метаболизма и эндотелиальной дисфункции.

4. Также отмечается повышение индекса вегетативного баланса у групп женщин острого инфаркта миокарда в климактерическом периоде с осложнениями, по сравнению с показателем индекса вегетативного баланса (ИВБ) других групп, что выражается клиническими проявлениями осложнений в виде развития кардиогенного шока, сердечной недостаточности и аритмии.

5. Нарушение эндотелиальной дисфункции метаболизма, вегетативный дисбаланс с преобладанием симпатикотонии, нарушение экстракардиальной регуляции зависят от тяжести ОИМ и осложнений заболевания по сравнению с другими группами, выражаются кли-

ническими проявлениями осложнений в виде развития кардиогенного шока, сердечной недостаточности и аритмии.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.А. Затеищикова, Д.А. Затеишиков. Эндотелиальная регуляция сосудистого тонуса: методы исследования и клиническое значение // Кардиология, 1998, №9, С.68-81.

2. D. Celermajer., K.E. Sorensen, V.M. Gooch et al. Non-invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of atherosclerosis // Lancet, 1992, 340, P.1111-1115

3. Е.Н. Юшук, Ю.А. Васюк, А.Б. Хадзегова. и др. Эндотелиальная дисфункция при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и методы ее коррекции // Клини. фармакол. и терапия. — 2005. — Т. 14, №3. — С. 85-88

4. Н.Т. Гибрадзе, Н.А. Черкасова, Л.И. Дворецкий. Приверженность к терапии статином женщин с ИБС: влияние на течение болезни и коррекция факторов// Проблемы женского здоровья - 2011 - №1. Том 6. С. 45-48.

5. Endothelium-dependent vasodilation is associated with exercise capacity in smokers and non-smokers// Vasc. Med. — 2010. — Vol. 15, №2. — P. 119-125

6. Интенсивная терапия. Национальное руководство / под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. Т.1, II.

7. Л.И. Дворецкий, Н.Т. Гибрадзе., Н.А. Черкасова. Ишемическая болезнь сердца у женщин // РМЖ (Русский Медицинский Журнал) - 2011-№2. Том19. С. 79-83.

8. Н.В. Калинкина, О.К. Кашанская, Е.В. Кетинг, Н.Т. Ватулин. Ремоделирование артерий при сердечно-сосудистых заболеваниях// Сердце и судины. — 2004. — №4. — С. 87-91.

9. ESC 10.Guidelines for the management of acute coronary syndromes, in patients presenting without persistent ST segment elevation Eur Heart. J. 2011. Vol.97. P.97-104.

10. М.Я Руда с соавт. Российские рекомендации Общества специалистов по неотложной кардиологии «Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы». 2013г.

11. Endothelium-dependent vasodilation is associated with exercise capacity in smokers and non-smokers// Vasc. Med. — 2010. — Vol. 15, №2. — P. 119-125.

12. Endothelial function predicts future development of coronary artery disease / Bugiardini R. et al. // Circulation. — 2004. — №109. — P. 2518-2523.

13. Guidelines for the ultrasound assessment of endothelial-dependent flow-mediated vasodilation of the brachial artery: a report of the International Brachial Artery Reactivity Task Force// J. Am. Coll. Cardiol. — 2002. — №39(2). — P. 257-265.

REFERENCES

1. A.A. Zateishchikova, D.A. Zateishchikov. Endothelial regulation of vascular tone: research methods and clinical significance // Cardiology, 1998, No. 9, S.68-81.

2. D. Celermajer., K.E. Sorensen, V.M. Gooch et al. Non-invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of atherosclerosis // Lancet, 1992, 340, P.1111-1115

3. E.N. Yushchuk, Yu.A. Vasyuk, A.B. Khadzegov. et al. Endothelial dysfunction in diseases of the cardiovascular system and methods of its correction. Klin. pharmacol. and therapy. - 2005. - T. 14, No. 3. - S. 85-88

4. N.T. Gibradze, H.A. Cherkasova, L.I. Butler. Adherence to statin therapy in women with coronary artery disease: impact on the course of the disease and correction of factors // Problems of Women's Health - 2011 - No. 1. Volume 6. P. 45-48.

5. Endothelium-dependent vasodilation is associated with exercise capacity in smokers

and non-smokers// Vasc. Med. - 2010. - Vol. 15, No. 2. - R. 119-125

6. Intensive care. National leadership / ed. B.R. Gelfand, A.I. Saltanov. M.: GEOTAR-Media, 2011. T.I, II.

7. L.I. Dvoretzky, N.T. Gibradze., H.A. Cherkasov. Ischemic heart disease in women // RMJ (Russian Medical Journal) - 2011-№2. Volume19. pp. 79-83.

8. N.V. Kalinkina, O.K. Kashanskaya, E.V. Keting, N.T. Vatutin. Arterial remodeling in cardiovascular diseases// Serce i judge. - 2004. - No. 4. - C. 87-91.

9. ESC 10.Guidellnos forthe-monogment of acute coronary syndromes, in potients presenting mithout persistent ST segment elevation E.ur Heart. J. 2011. Vol.97. P.97-104.

10. M. Ya Ruda et al. Russian recommendations of the Society of Specialists in Emergency Cardiology “Diagnosis and treatment of patients with acute myocardial infarction with ST-segment elevation of the electrocardiogram”. 2013

11. Endothelium-dependent vasodilation is associated with exercise capacity in smokers and non-smokers// Vasc. Med. - 2010. - Vol. 15, No. 2. - R. 119-125.

12. Endothelial function predicts future development of coronary artery disease / Bugiardini R. et al. // Circulation. - 2004. - No. 109. - R. 2518-2523.

13. Guidelines for the ultrasound assessment of endothelial-dependent flow-mediated vasodilation of the brachial artery: a report of the International Brachial Artery Reactivity Task Force// J. Am. Coll. cardiol. - 2002. - No. 39 (2). - P. 257-265.

ХУЛОСА

Рофиева Ҳ.Ш.

ВАРИАТСИЯИ КАРДИОФОСИЛА ВА ВАЙРОНШАВИИ КОРИ ЭНДОТЕЛИ ДАР ЗАНҲОИ

ГИРИФТОРИ САКТАИ ШАДИДИ ДИЛ ДАР ДАВРАИ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛӢ

Мақсади таҳқиқот: Омӯхтани вариатсияи кардиофосила ва вайроншавии кори эндотели дар занҳои гирифтори сактаи шадиди дил дар давраи перименопаузали.

Мавод ва услубҳои (таҳқиқот). Маводҳои натиҷаи таҳлили спектри тағирёбии кардиофосилаи, омӯзиши кафедр ба 195 зан мавриди омӯзиш қарор гирифт, ки тибқи Н.И.Музалевский, В.М.Уриский, ва пешниҳоди таҳлили вариатсияи кардиофосила ва вайроншавии кори эндотели дар занҳои гирифтори сактаи шадиди дил дар давраи перименопаузали

Натиҷаҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти аз ҷониби мо гузаронидашуда нишон дод, ки дар мавриди сактаи шадиди дил, дар занҳое дар давраи климакс бе ориза ва ориза иқтидори спектри ва ихтилоли функсияи эндотели қарор дошта, тағирёбии зиёдро дар гуруҳҳои ҷорум зимни ҳамаи нишондод, нисбати гуруҳи се нисбатан зухурёфта нишон дод.

Хулоса: таҳқиқот вайроншавиҳои иқтидори спектри ва ихтилоли функсияи эндотелиро нишон дод, ки дар ҳарду гуруҳ занҳои бо сактаи дил дар давраи климаксӣ бе ориза ва ориза ташкил медиҳанд, ки нишондиҳандаи хатари баланди инкишофёбии аворизи қалбӣ – рағӣ, аритмии дил, дар мавриди мазкур сактаи дил мебошад.

Калимаҳои калидӣ: сактаи шадиди дил, давраи перименопаузали, ихтилоли функсияи эндотели, вариатсияи кардиоваскуларӣ.

ТДУ: 80; 811.222.8

Л.А.Шодиева

СОҶАИ ИҶТИМОИИ ҲАЁТИ ШАХС, МАВҚЕЪ ВА ВАЗЪИ ОН ДАР ҶОМЕА

MTF “Донишқадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”

Шодиева Латофат Абдуллоевна - и.в. ассисенти кафедраи забонҳои MTF “Донишқадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон . тел: (+992) 901 30 01 01

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани мавриди истифодаи калимаи иҷтимоӣ ва мавқеи он дар замони муосир.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқот аз сарчашмаҳои адабӣ, адабиёти илмӣ ва маводи интернетӣ, инчунин методҳои умумии илмӣ таҳқиқот ба монанди методи арзишӣ-меъёрӣ, таърихиву муқоисавӣ истифода гардиданд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Натиҷаҳои илмӣ таҳқиқот бо маълум сохтани моҳияти тиббӣ иҷтимоӣ дар ҷомеаи имрӯза алоқаманд аст. Таҳлили муносибатҳои иҷтимоӣ нишон дод, ки ин муносибат пеш аз ҳама муносибатҳои байни одамон ва умумияти одамон дар хусуси вазъи воқеи онҳо дар ҷомеа, асосан дар хусуси баробарӣ ё нобаробарии онҳо бо дигар одамон ва умумияти онҳо мебошад.

Хулоса. Соҳаи иҷтимоӣ яке аз соҳаҳои муҳимтарини ҷомеа ба ҳисоб рафта, тамоми ҷанбаҳои муҳими ҷамъиятӣ дар он дарҷ ёфтааст. Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон имрӯз ҷаҳду ҷадал дорад, ки ин соҳаи муҳимро бо мақсади хизматрасонии тиббӣ боз ҳам раванг дода, барои ҳифзи саломатии аҳоли шароитҳои созгорро омода созад.

Калимаҳои калидӣ: умумиятҳои иҷтимоӣ, баромади иҷтимоӣ, бима, иҷтимоӣ, тиббӣ-иҷтимоӣ, иҷтимоият.

L.A. Shodieva

THE SOCIAL SPHERE OF A PERSON'S LIFE, HIS POSITION AND STATUS IN SOCIETY

NOU «Medical and Social Institute of Tajikistan»

Shodieva Latofat Abdulloevna - assistant of the Department of Languages at the Medical - Social Institute of Tajikistan. Tel: тел: (+992) 901 30 01 01

The purpose of the study. Determination of the use of the word social and its position in modern times.

Research materials and methods. Literary sources, scientific literature and internet materials, as well as general scientific methods of research such as value-normative, historical and comparative methods were used in the research.

The results of the research and their discussion. The scientific results of the research are related to clarifying the essence of social medicine in today's society. The author's ideas are used in the process of teaching public and medical subjects.

Conclusion. The social sphere is considered one of the most important spheres of society, and all important social aspects are included in it. Today, the government of the Republic of Tajikistan

is striving to further develop this important sector for the purpose of providing medical services and to prepare favorable conditions for the protection of public health.

Key words: *social generalizations, social output, insurance, social, medical-social, social.*

Мубрамият. Соҳаи ҳаёти иҷтимоии ҷомеа дар асоси гуногуннавьии муносибатҳои иҷтимоӣ ташаккул меёбад. Муносибатҳои иҷтимоӣ ин пеш аз ҳама муносибатҳои байни одамон ва умумияти одамон дар хусуси вазъи воқеии онҳо дар ҷомеа, асосан дар хусуси баробари ё нобаробарии онҳо бо дигар одамон ва умумиятҳо мебошад [2].

Нишонаи дигари фарқкунандаи ин соҳаи ҳаёти ҷомеа аз соири (боқимондаи гурӯҳе ё чизе) соҳаҳо аз он иборат аст, ки таваҷҷуҳи он бештар ба баррасии вижагиҳои ташаккулёбии умумиятҳои гуногуни одамон, хусусияти ҳамкорию ҳамбастагии иҷтимоии онҳо, мақоми ишғолкардаи онҳо дар кушиши дастрасӣ ба захираҳои ҷомеа барои қонунгардонидани талаботашон нигаронида шудааст. Дар раванди ба вуқӯъ пайвастанӣ ҳодисаҳои соҳаи иҷтимоии ҳаёти ҷомеа ҷузъҳои таркибии соҳаҳои дигар ба сифати заминаву асоси амалӣ гаштани онҳо хизмат менамоянд. Масалан, агар воситаҳои истеҳсолот, техникаю технология ба сифати беҳтар намудани татбиқи фаъолияти меҳнатии инсон хизмат намоянд, пас соҳаи идоракунии равандҳои ҷамъиятӣ, яъне, сиёсат омили муҳими ба ҳамдигар созиш додани манфиатҳои гуногуни умумиятҳои иҷтимоӣ буда, омили таъмини суботи ҷамъиятӣ ва қонунгардонидани талаботи онҳо бо дастгирии соҳаи иҷтимоӣ аст [1].

Мақсади тадқиқот. Муайян намудани мавриди истифодаи калимаи иҷтимоӣ ва мавқеи он дар замони муосир

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқот аз сарчашмаҳои адабӣ, адабиёти илмӣ ва маводи интернетӣ, инчунин методҳои умумии илмӣ таҳқиқот ба монанди методи арзишӣ-меъёрӣ, таърихиву муқоисавӣ истифода гардиданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Бинобар ҳамин ҳам дар таркиби соҳаи сиёсии ҳаёти ҷомеа, сиёсати иҷтимоӣ мақоми муҳим дорад. Барои дарки чунин хусусияти гуногунҷабҳавии соҳаи иҷтимоии ҳаёти ҷомеа мушаххас намудани муҳтавои мафҳуми “Иҷтимоӣ” хеле муҳим аст, зеро истифодаи он ҳам дар забони гуфтугӯии муқаррарӣ ва ҳам дар забони илмӣ таълифотӣ хеле ба ҷашм мерасад. Дар онҳо мавҷудияти гуногунмаъноии калимаи иҷтимоиро мушоҳида кардан душвор нест. Аслан мафҳуми “Иҷтимоӣ” дар маъноҳои зерин мавриди истифода қарор мегирад: Иҷтимоӣ дар маънои васеи худ баёнкунандаи мундариҷаи мафҳуми ҷомеа мебошад. Иҷтимоӣ ин хусусияти фарқкунандаи инсон ва табиат аст. Иҷтимоӣ ин муносибати гурӯҳҳо ва умумиятҳои он аст. Иҷтимоӣ хусусияти амалест, ки ба рафтори дигар шахс нигаронида шудааст. [3-5].

Иҷтимоӣ марбут ба ҳаёти одамон ва муносибати онҳо дар ҷамъият мебошад. Баромади иҷтимоӣ мансубият ба ягон

синф ё табақа (аз рӯи таввалуд), бимаи (қарордод байни ду тараф) суғурта барои таъмин будан дар пиронсолӣ, дар ҳолатҳои рӯй додани корношоямӣ, ҳодисаҳои тасодуфиро дар бар мегирад. Калимаи “Иҷтимоӣ” шакли ҷамъи иҷтимоӣ мебошад. Иҷтимоӣ аз калимаи арабӣ гирифта шуда, ба маънои ҷамъ шудани одамон барои иҷрои коре мебошад. [5].

Гурӯҳи ҷамъомадагон, дастаи гирдиҳамомадаи одамоне, ки ҷомеаро ташкил медиҳанд. Иҷтимоият аҳли ҷамъияте мебошад, ки кушиш кардан ба коре ва ҷидду ҷаҳд кардан аст. Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар асоси Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон, Қонунҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон, Низомномаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ, ки бо қарори Ҳукумати ҚТ аз 3-юми март соли 2014 таҳти рақами №148 тасдиқ шудааст, фаъолияти хешро созмон медиҳад. Соҳаи иҷтимоии ҷомеа яке аз соҳаҳои беҳтарини ҳаёти ҷомеа ба шумор меравад. Ин соҳа соҳаи истеҳсолот ва бозтавлиди шахсият аст. Дар ин ҷо инсон худро чун мавҷуди биологӣ, иҷтимоӣ ва руҳонӣ бозтавлив мекунад. Соҳаи иҷтимоӣ ин тандурустиву солимӣ ва таҳсилот, аз кӯдакистон сар карда то мактаби оӣ, ин муошират бо фарҳанг, аз тамошоравӣ ба театр, ин идомати насли инсонӣ аз таваллудшавии атфол то ба рафтани насли калонсол аз зиндагонӣ аст. Чунин қабул шудааст, ки таркиби соҳаи иҷтимоиро гурӯҳҳои калону устувори одамон (умумиятҳои иҷтимоӣ) ва муносибатҳои мавҷудаи байни онҳо ташкил медиҳад ва ҳар яке

аз ин гурӯҳҳо ҳадафи худро пайгирӣ ва манфиати хешро ҳимоя мекунанд.

Аслан ҷузъҳои таркибии сохтори иҷтимоиро аз шахс ва мақому нақши онҳо, муттаҳидшавии онҳо дар шакли умумиятҳои гуногун, хусусияти алоқамандии онҳо бо якдигар вобаста ба шароитҳои гуногуни ҷамъиятию таърихӣ дар ҳолати тағйирёбӣ қарор доранд, иборат медонанд. Умумиятҳои иҷтимоӣ аз якдигар бо аломатҳои гуногуни худ фарқ мекунанд ва вобаста ба талаботу манфиат, арзишу меъёрҳои рафтор, нақшашон дар таркиби тақсмоти ҷамъиятии қор ва дастрасии онҳо ба истифодаи захираҳои мавҷуд будаи ҷомеа барои таъмини инкишофёбии шахсияшон аст. Ин умумиятҳо вобаста ба мансубияти этникии синфӣ, ҷинсию синну солӣ ва оилавӣ ташаккул меёбанд. Умумияти иҷтимоии одамон вобаста ба мансубияти этникашон дар шакли авлод, қабила, халқият ва миллат зоҳир мешавад.

Хулоса.

Соҳаи иҷтимоӣ яке аз соҳаҳои муҳимтарини ҷомеа ба ҳисоб рафта, тамоми ҷанбаҳои муҳими ҷамъиятӣ дар он дарҷ ёфтааст. Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон имрӯз ҷаҳду ҷадал дорад, ки ин соҳаи муҳимро бо мақсади хизматрасонии тиббӣ боз ҳам раванқ дода, барои ҳифзи саломатии аҳоли шароитҳои созгорро омода созад.

АДАБИЁТ

1. Типовский Е.П. Современные медицинские науки: краткий очерк. М.: ИНФА – М, 2012. - 754 с.
2. Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон. Душанбе, 2016.

3. Василенко Н.Ю. Основы социальной медицины. М.: Эксмо, 2011. 129 с.

4. Лучкевич В.С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением. М.: Просвещение, 1997. – 527 с.

5. Черносвитов Е.В. Социальная медицина. М.: Знание, 2008. – 304 с.

LITERATURE

1. Tipovsky E.P. Modern medical sciences: a brief essay. M.: INFA - M, 2012. - 754 p.

2. Constitution of the Republic of Tajikistan. Dushanbe, 2016.

3. Vasilenko N.Y. Fundamentals of social medicine. M.: Eksmo, 2011. 129 p.

4. Luchkevich V.S. Fundamentals of social medicine and health management. M.: Enlightenment, 1997. - 527 p.

5. Chernosvitov E.V. Social medicine. M.: Knowledge, 2008. - 304 p.

ВЫВОДЫ

Л.А. Шодиева

СОЦИАЛЬНАЯ СФЕРА ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА, ЕГО ПОЛОЖЕНИЕ И СТАТУС В ОБЩЕСТВЕ

Цель исследования. Определение употребления слова социальный и его

положения в новое время.

Материалы и методы исследования. В исследовании использовались литературные источники, научная литература и интернет-материалы, а также общенаучные методы исследования, такие как ценностно-нормативный, исторический и сравнительный методы.

Результаты исследования и их обсуждение. Научные результаты исследования связаны с выяснением сущности социальной медицины в современном обществе. Авторские идеи используются в процессе преподавания общественных и медицинских дисциплин.

Заключение. Социальная сфера считается одной из важнейших сфер жизни общества, и в нее включены все важные социальные аспекты. Сегодня правительство Республики Таджикистан стремится к дальнейшему развитию этой важной отрасли с целью оказания медицинских услуг и подготовки благоприятных условий для охраны здоровья населения.

Ключевые слова: социальные обобщения, социальная продукция, страхование, социальное, медико-социальное, социальное.

ТДУ 81; 811.222.8;811.111

И.Ф. Шехов

ХУСУСИЯТҲОИ ТАРҶУМАИ РУБОИЁТИ УМАРИ ХАЙЁМ АЗ ТАРАФИ ЭДВАРД ФИТЗЧЕРАЛД БА ЗАБОНИ АНГЛИСӢ

MTF “Донишгадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”

Шехов Иззатулло Фаттоҳович – и.в. ассистенти кафедраи забонҳои MTF “Донишгадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”. E-mail: izzatullo_1@mail.ru; Tel: +992 98 767 99 37.

Мақсади таҳқиқот. Ҳадаф аз омӯзиши муқоисавии забонҳо ва масъалаҳои он, ин офаридаи муҳити адабӣ бадеӣ, боло бурдани огоҳӣ ва сатҳи истифодаи технологияи ҷадид миёни наврасон ва ҷавонон, барои мутахассисон кушодани марказҳои тарҷумонӣ ва бо маводҳои тозанаиш фарогирифтани ҷомеа мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар замони муосир пажӯҳиши муқоисавии осори гузаштагон дар забони тоҷикӣ ва англисӣ ба ҳукми анъана даромадааст. Таҳлили сарфию наҳвӣ рубоӣ дар забонҳои таҳқиқшаванда барои муайян кардани сатҳи малакаи касбии тарҷумон, муайян кардани усулҳои баргардонии назму наср дар раванди тарҷума, омӯхтани фарқият ва монанди вожаҳо дар сохтори ҷумлаҳо мебошад. Дар раванди таҳқиқот аз усули муқоисавии таърихӣ ва маводҳои тозанаиш ба таври васеъ истифода бурда шудааст.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Қайд кардан ба маврид ҳаст, ки муҳақиқони дохилӣ ва хориҷӣ аз усулҳо ва методи муқоисавии таърихиро ба кор бурда, ба натиҷаҳои назаррас ноил гардиданд. Шуруъ аз асрҳои XVII ва XVIII баргардони осори гузаштагон ва бархурди тамаддунҳо оғоз мегардад ва ба ҳамин восита осори гузаштагон халқҳои Осиёи Марказӣ дар кишварҳои Аврупои боқӣ мемонад.

Хулоса. Дар тамоми дарозии таърих халқҳои олам ба ҳам иртиботи дӯстӣ, илмӣ, фарҳангӣ, иҷтимоӣ доранд. Маҳз барои ҳамин тарҷумони англис Эдвард Фитзджералд рубоӣ-ёти Умари Хайёмро баргардондааст, ки пас аз ӯ ҳам ёди ин бузургвор кунанду аз рубоӣёташ хонда, баҳра баранд.

Калид вожаҳо: тарҷума, рубоӣёт, таҳлили муқоисавӣ, монандӣ ва фарқият, сохторӣ ва маъноӣ, реалия, сарфу наҳв, забонишиносӣ.

I.F. Shekhov

FEATURES OF THE TRANSLATION OF OMAR KHAYYAM'S RUBAIYAT BY EDWARD FITZGERALD INTO ENGLISH

NEI "Medical-Social Institute of Tajikistan"

Shekhov Izzatullo Fattohovich – a.d. assistant of the Department of Languages of NEI "Medical - Social Institute of Tajikistan". E-mail: izzatullo_1@mail.ru; Phone: +992 98 767 99 37.

The purpose of the study. The purpose of the comparative study of languages and their issues is to create a literary and artistic environment, to raise awareness and the level of use of new technology among teenagers and young people, to open translation centers for specialists and to cover the society with newly published materials.

Materials and methods of research. In modern times, comparative research of ancient works in Tajik and English has become a tradition. Syntactic analysis of rubaiyat in the researched languages is used to determine the level of the translator's professional skills, to determine the methods of returning verse and prose in the translation process, to study the difference and similarity of words in the structure of sentences. In the process of research, historical comparative method and newly published materials are widely used.

The result of research and their discussion. It is worth noting that domestic and foreign researchers have used historical comparative methods and achieved significant results. The beginning of the 17th and 18th centuries is the return of the traces of the past and the clash of civilizations, and thus the lost traces of the peoples of Central Asia remain in the European countries.

Conclusion. Throughout history, the peoples of the world have friendly, scientific, cultural and social relations with each other. It is for this reason that the English translator Edward Fitzgerald carried the rubaiyat of Umar Khayyam so that after him they would also remember this great man and read and enjoy his narrations. We came to the following conclusion from the analysis and consideration of this topic

Key words: translation, rubaiyat, comparative analysis, similarity and differences, structural and semantic, realia, grammar, linguistic.

Мухиммият. Забон калиди дониш ҳаст! Бо пешрафти ҳаёти ҷамъиятию сиёси дар замони муосир тарҷума ва фаолияти тарҷумонӣ муҳимтар мегардад. Дар баробари ин масъулияти тарҷумон низ меафзояд. Омӯзиши тарҷума дар илмӣ имрӯза аҳамияти хоса пайдо кардааст, зеро мамлакати мо соҳибхитӣ ба даст оварда, бо давлатҳои зиёди хориҷӣ робитаҳои сиёсӣ, иқтисодӣ ва фарҳангӣ барқарор намудааст. Аз ин рӯ, мо мақсад гузоштем, ки ба таври мушахас дар мавзӯи мазкур маълумот диҳем.

Мақсади таҳқиқот. Ҳадаф аз омӯзиши муқоисавии забонҳо ва масъалаҳои он, ин офаридани муҳити адабию бадеӣ, боло бурдани огоҳӣ ва сатҳи истифодаи технологияи ҷадиди миёни наврасон ва ҷавонон, барои мутахассисон кушодани марказҳои тарҷумонӣ ва бо маводҳои тозанаشر фарогирифтани ҷомеа мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар замони муосир пажӯҳиши муқоисавии осори гузаштагон дар забони тоҷикӣ ва англисӣ ба ҳукми анъана дародааст. Таҳлили сарфию наҳвӣ рубоиёт дар забонҳои таҳқиқшаванда барои муайян кардани сатҳи малакаи касбии тарҷумон, муайян кардани усулҳои баргардонии назму наср дар раванди

тарҷума, омӯхтани фарқият ва монанди вожаҳо дар сохтори ҷумлаҳо мебошад.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Қайд кардан ба маврид ҳаст, ки муҳақиқони дохилӣ ва хориҷӣ аз усулҳо ва методи муқоисавии таърихиро ба кор бурда, ба натиҷаҳои назаррас ноил гардиданд. Шуруъ аз асрҳои XVII ва XVIII баргардони осори гузаштагон ва бархурди тамаддунҳо оғоз мегардад ва ба ҳамин восита осори гумшудаи халқҳои Осиёи Марказӣ дар кишварҳои Аврупои боки мемонад.

Аз нигоҳи тарҷумашиносӣ, омӯзиши фарҳангҳо ва тамаддунҳо аз мафиат холи набуда, муҳақиқони ватанию хориҷӣ ба мувафаксиятҳои беназир ноил гаштанд, ба монанди: А.В. Фёдоров (Введение в теорию перевода.-М., 1958), Бархударов Л.С. (Язык и перевод. – М., 1975), Виноградов В.С (О специфике художественного перевода и его теории. – М., 1978), Камолиддинов Б. (Ҳусни баён. – Душанбе.,1989. Сухан аз баҳри дигарон гӯянд.- Интернюз.-2003). Нағзибекова М. Б. (Назарияи тарҷума. – Душанбе, 2005), Ҷамшедов П. (Фарҳанги англисӣ-тоҷикӣ. Душанбе – 2005) ва Мамадназаров А. (Фарҳанги англисӣ – тоҷикӣ. – Душанбе, 2009) ва дигарон.

Таъкид бояд кард, ки рубоиёти Умари Хайём (1040 - 1131) ва дигар бузур-

гони мо аз тарафи тарҷумонҳои ватанию хориҷӣ ба забонҳои дигари дунё (форсӣ, арабӣ, русӣ, англисӣ, немисӣ, фаронсавӣ ...) баргардониди шудааст. Дар тарҷумаи рубоӣ (Quatrain) Умари Хайём ба мисли: Майкл Кирни, Эдвард Херон Аллен, Чон Лесли Гарнер, Фил Данхем, Корнел Уайлд ва дигарон кушиш карданд, аммо мутаасифона ба монанди Эдвард Фитзчералд мувафак нашуданд [1,7,8].

Translation is the action of interpretation of the meaning of a text, and subsequent production of an equivalent text, also called a translation, that communicates the same message in another language. The text to be translated is called the source text, and the language it is to be translated into is called the target language; the final product is sometimes called the "target text." [<http://en.wikipedia.org/wiki/Translation>]. ~Тарҷума - амали тафсири маънои матн ва тавлиди минбаъдаи матни муъодил аст, ки онро тарҷума низ меноманд, ки ҳамон як хабарро ба забони дигар ирсол мекунад. Матни тарҷумашаванда матни ибтидоӣ ва забоне, ки ба он тарҷума карда мешавад, забони адафӣ номида мешавад; маҳсулоти ниҳой баъзан «матни мақсаднок» номида мешавад [<http://en.wik>].

Тарҷума - лавзи араби буда, дар зери мафҳуми он аз як забон ба забони дигар баргардонидани матн фаҳмида мешавад. Тарҷумонҳо маъмулан дар як намуди тарҷума тахассус доранд ва ба онҳо имкон медиҳанд, ки ба мизочон таҷрибаи заруриро барои натиҷаҳои беҳтарин пешниҳод кунанд. Навъи

мундариҷаи онҳо аз ҳуҷҷатҳои ҳуқуқӣ ва шартномаҳои тиҷоратӣ то филмҳо, санъат ва шеър иборат аст. Ҳар як ихтисос жаргон ва равандҳои мушаххаси худро дорад, ки панҷ намуди маъмултарини тарҷума инҳоянд [<https://www.intertranslations.co.uk>]:

Тарҷумаи адабӣ (*Literary Translation*).

Тарҷумаи техникӣ (*Technical Translation*).

Тарҷумаи маъмурӣ (*Administrative Translation*).

Тарҷумаи молиявӣ (*Financial Translation*).

Тарҷумаи ҳуқуқӣ (*Legal Translation*).

Тарҷума низ мисли матни асл осон хонда мешавад. Услуб ва тарзи ифодаи тарҷума ба матни асл бояд монанд бошад ва тарҷума бояд пурра ғояҳои матни аслро диҳад. Тарҷумаи матнҳои адабӣ инҳоро дар бар мегирад [<http://www.polyglot...>]:

тарҷумаи адабии китобҳо, мақолаҳо, ҳикояҳо ва дигар намудҳои наср (*literary translation of books, articles, stories and other types of prose*).

тарҷумаи адабии шеър (*literary translation of poetry*).

тарҷумаи маводи таблиғотӣ (*translation of advertising materials*).

тарҷумаи матнҳои дигар, ки муносибати эҷодӣ ва чандирро талаб мекунад (*translation of other texts that requires a creative and flexible approach*).

The Bible is the single most important and most translated text in Western history and culture. Seen as a unifying work and functioning as the basis of organized religion in the West, its translation has often manifested cultural and ideological

diversity [23]. Библия ягона матни муҳимтарин ва тарҷумашудатарин дар таърих ва фарҳангии Ғарб мебошад. Тарҷумаи он ҳамчун кори муттаҳидкунанда ва ҳамчун асоси дини муташаккил дар Ғарб амал мекунад, аксар вақт гуногунрангии фарҳангӣ ва идеологиро зоҳир кардааст [<https://www.google.com/search?q=English+ru+translator>].

Тавре ки аз намунаҳои овардаамон пайдо гардид, тарҷумон ба миқдори зиёд аз ибора ва воситаҳои гуногун, навъҳои тарҷума моҳирона истифода бурдааст. Ин бошад, ба рубойи ӯ ранги хуби бадеӣ ва ҷолибияти мазмунро бахшидааст. Мисолҳое, ки гирд овардаем, гуфтаҳои моро исбот месозанд.

Эй дил, зи ғубори ҷисм, агар пок шавӣ,
Ту рӯхи мучаррадӣ, бар афлок шавӣ.
Ишқ аст нишемани ту, шармат бодо,
К-ойиву муқими хиттаи хок шавӣ.

Why? If the Soul can fling the Dust aside?
And naked on the Air of Heaven ride,
Weren't not a Shame-were it not a
Shame for him
In this clay carcass crippled to abide?

Дар тарҷумаи ин рубой ба забони англисӣ сатри аввал: *Why? If the Soul can fling the Dust aside?* - бо пурсиш, бо калимаи саволии *Why?* - чаро? Омадааст, ҳарчанд варианти тоҷикии он: *Эй дил, зи ғубори ҷисм, агар пок шавӣ* - ҳеҷ гуна савол надорад. Ба ин нигоҳ накарда, мазмун ва мӯҳтавои он мисраъ дар тарҷума пурра ифода ёфтааст. Дар ин мисраи рубой аз усули тарҷумаи антонимӣ истифода намудааст.

Тарҷумаи антонимӣ – таҳвили лексикӣ – грамматикӣ буда, дар он тарҷумаи матни асл аз шакли инкорӣ ба тасдиқӣ дар матни тарҷума сурат мегирад. Усули тарҷумаи антонимӣ бо категорияи шакли – мантиқии зиддият алоқаманд аст. Калимаи *naked* – бараҳна - бо маънои маҷозии худ барои ифодаи калимаи *рӯх* истифода шудааст. *Air of Heaven* - фазои осмон - барои ифодаи маънои *афлок* омадааст. Дар ин 4 мисраъ тарҷумон бо истифода аз усули тарҷумаи тасвирӣ кӯшиш намудааст, то мазмуни матни аслро баён созад. Дар тарҷумаи тасвирӣ тарҷумон худӣ воҳиди забонро не, балки мазмун ё ин ки шарҳи онро тарҷума мекунад.

Эй кош, ки ҷойи орамидан будӣ,
Ё ин раҳи дурро расидан будӣ.
Кош аз пайи сад ҳазор сол аз дили хок
Чун сабза умеди бардамидан будӣ!

Матни тарҷума:

*Would but the Desert of the Fountain yield
One glimpse-if dimly, yet indeed, reveal'd,
Toward which the fainting Traveller
might spring,
As springs the trampled herbage
of the field!*

Умеду орзуи инсон дар бораи дар охир ба мақсад расидан дар ин сатрҳо хеле бо маҳорат инъикос ёфтаанд. Барои ҳамаи маъниро дуруст баргардониш намудан тарҷумон раҳи дурро бо калимаи *Desert*-биёбон, яъне як ҷойи бе канои ифода намудааст. Дар ин мисраҳои Умари Хайём орзуи амали нашавандаро эҳсос менамоям.

Абр омаду боз бар сари сабза гирист,
Бе бодаи аруғувон намебояд зист.
Ин сабза, ки имрӯз тамошогоҳи мост,
То сабзаи хоки мо тамошогоҳи кист?

Матни тарҷума:

*And we, that now make merry in the Room
They left, and summer dressed in
new Bloom,
Ourselves must we beneath the
Courch of Earth
Descend, ourselves to make a Courch
for whom?*

Вожаи “аруғувон/арғавон” дар “Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ” бо чунин маъноҳо нишон дода шудааст: 1. Гули сурхранги ба соқа часпида, ки пеш аз намоён шуданаш баргҳояш на-мудор мешаванд. 2. дарахти ин гул, ки баланд аст ва баргҳои гирд дорад ва дар саноати доруворӣ истифода меша-вад. 3. аруғувонӣ, сурх. 4. чехраи зебо ва гулгун [3].

Дар баргардониши мисраҳои «Абр омаду боз бар сари сабза гирист, Бе бодаи аруғувон намебояд зист». Э.Фитзджералд бо истифода аз усули маҷозӣ, ба таври пардапӯш аз ибораҳо: *make merry in the Room*- вақтро хуш гузаронидан- ва *Summer dressed in new Bloom* - маънии мисраҳои тоҷикиро дуруст ифода мекунад. Барои ифодаи калимаи «тамошогоҳ» тарҷумон боз аз ибораи *Courch of Earth*- довари гардун- истифода кардааст ва *Room*- дар ин ҷо ба маънии манзил, ҷаҳон омадааст [2].

*Эй дӯст, биё, то ғами фардо нахӯрем
В-ин як дами умрро ганимат шумарем.*

Фардо, ки аз ин даъри фано даргузарем,
Бо ҳафтҳазорсолагон сар ба сарем [4].

Матни тарҷума:

*Oh, my Beloved, fill the Cup that clears
To-day of past regrets and future Fears-
To-morrow? Why, To-morrow I may be
Myself with Yesterday's Sev'en
Thousand Years.*

Ин рубои дар доираи тарҷумаи комил баргардон шудааст. Тарҷумаи комил ба ифодаи дурусту саҳеҳи хусусиятҳо ва мундариҷаи матни асл, шаклҳои забонии он, аз ҷумла сохтор, услуб, лексика ва грамматика дар алоқамондӣ бо саҳеҳияти бенуқсонии забони тарҷума асос меёбад. Тарҷумаи комил матни аслро пурра муаррифӣ менамояд ва дар баробари ин бояд маънии онро ҳалалдор насозад. Дар мисраи аввали рубоӣ мурочиат - Эй дӯст, бо таркиби, *Oh, my Beloved*- эй маҳбуби ман, тарҷума ёфтааст, ки ба маънии дӯст омадааст, - биё, то ғами фардо нахӯрем бо ибораи – *fill the Cup that clears ё To-day of past regrets and future Fears*- ҷомро пур зи май кун, то ғами имрӯзу тарси фардору нахӯрем- ифода ёфтааст, ки мазмуни мисраҳои тоҷикиро ба пуррагӣ баён месозад.

*Чун умр ба сар расид, чи Бағдоду
чи Балх,
Паймона, ки пур шавад, чи ширину
чи талх.
Хуш бош, ки баъд аз ману ту моҳ басте
Аз салх ба ғурра ояд, аз ғурра ба салх.*

Чунин тарҷума ёфтааст:

*Whether at Naisyapur or Babylon,
Whether the Cup with sweet or bitter run
The Wine of Life keeps oozing drop
by drop,
The Leaves of Life keeps falling one
be one [1].*

Дар ин сатрҳо ифодаҳои “чи Бағдоду чи Балх” ба забони англисӣ чун *Naisyapur or Babylon (Babylon is the name of an ancient city located on the lower Euphrates river in southern Mesopotamia - Бобил номи шаҳри қадимист, ки дар соҳили поёни дарёи Фурот дар ҷануби Байнаннаҳрайн ҷойгир аст)* баргардониш шудаанд [<https://en.wikipedia.org/wiki/Babylon>]. Тавре ки мебинем калимаҳои Бағдоду Балх бо калимаҳои ҳамчинси дигар яъне, *Naisyapur or Babylon ~ Нишопур ва Вавилон*) баргардониш шудаанд, ки маънии матни асло гум накардаанд. Калимаи Паймона бо калимаи дигари ҳамчинс *the Cup*-чом тарҷума шудааст. Дар ин байт низ истифода аз таҳаввулот лексикӣ ба назар мерасад.

*Он қаср, ки бар чарх ҳамезад паҳлӯ,
Бар дарғаҳи он шаҳон ниҳоданӣ рӯй.
Дидем, ки бар кунгурааи фохтае
Биниаста, ҳамегуфт, ки: Ку-ку, ку-ку!*

Чунин тарҷума ёфтаанд:

*The Palace that Heav'n his pillars threw,
And Kings the forehead on his threshold
drew-
I saw the solitary kingdove there,
And “coo, coo, coo,” she cried and
“coo, coo, coo.”*

Ҳамезад паҳлӯ-бо калимаҳои *pillars threw*- тахтулафзӣ: болиштҳояшро мепартофт ифода ёфтааст, ки бо мазмуни пардапӯш, маҷозӣ омадааст. Калимаи «фохтак» дар забони англисӣ ба чинси зан дохил гашта бо ҷонишини *she* ифода ёфтааст, ки ин истифода аз таҳаввулот грамматикӣ ҳангоми тарҷума мебошад. Ку-ку, ку-ку! – реалияи тақлиди овози паррандагон дар забони тоҷикӣ мебошад ва он ба забони англисӣ низ чун соо, соо, соо баргардониш шудааст [6, 337]. Ин аз донишҷӯи реалияҳои тоҷикӣ аз ҷониби тарҷумон мебошад ва муваффақияти ӯ аст. Тарҷумон аз хусусиятҳои миллии забони асл, яъне забони тоҷикӣ бархурдор мебошад. Бо назардошти ҳамин хусусият тарҷумон чунин усули тарҷумаро ба кор бурдааст.

Хулоса.

1. Пурсишу посухҳо, мутолиаи китобҳову рисолаҳо ва мақолаҳо, майли хонандаро ба осори Умари Хайём ва Эдвард Фитзчералд зиёд мегардонад.

2. Тарҷумон ба миқдори зиёд аз ибора ва воситаҳои гуногун, навҳои тарҷума моҳирона истифода бурда, аз усули тарҷумаи антонимӣ, тарҷумаи тахтулафзӣ, тарҷумаи комил дар баргардониши рубоҳо истифода бурдааст.

3. Тарҷумон бо истифода аз усули тарҷумаи тасвирӣ кӯшиш намудааст, то мазмуни матни асло баён созад.

4. Дар тарҷума Эдвард Фитзчералд аз усули маҷозӣ низ истифода шудааст.

АДАБИЁТ

1. Одинаев Ёқуб. Умари Хайём ва рубоҳои ӯ аз назари Свами Говинд.-Душанбе: «Ирфон», 2013, 942 саҳ.

2. Парвона Ҷ, Толиби Розӣ. Фарҳанги Англисӣ – Тоҷикӣ/ Парвона Ҷ, Толиби Розӣ. —Душанбе, 2005. - 1202с.

2. Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ [ФТЗТ], Ҷилди1. – Душанбе, 2008. –994 с.

3. Умари Хайём. Рубоӣёт. Душанбе «Маориф ва фарҳанг», 2010, 242 сах.

4. Daniel Weissbort and Astradur Eysteinsion. Translation – Theory and practice, - London «Oxford Press», 2006, 664 p.

5. Oxford Advanced Learner's Dictionary [OALD], Nine edition.// -India: 2015. - 8020 pp.

6. <https://www.intertranslations.co.uk/what-are-the-5-most-common-types-of-translation>.

7. <http://en.wikipedia.org/wiki/Translation>

REFERENCES

1. Yakub Odinaev. Umar Khayyam and his Rubaiyat from the perspective of Swami Govind.-Dushanbe: “Irfan”, 2013, 942 p.

2. Parvana J, Talib Razi. English-Tajik Culture/ Parvana J, Tolib Rozi.—Dushanbe, 2005. – 1202 p.

3. Interpretation dictionary of the Tajik language [IDTL], Volume 1. - Dushanbe, 2008. -994 с.

4. Omar Khayyam. Rubaiyat. Dushanbe “Education and Culture”, 2010, 242 p.

5. Daniel Weissbort and Astradur Eysteinsion. Translation – Theory and practice, - London «Oxford Press», 2006, 664 p.

6. Oxford Advanced Learner's Dictionary [OALD], Nine edition.// -India:2015.- 8020 pp.

7. <https://www.intertranslations.co.uk/what-are-the-5-most-common-types-of-translation>.

8. <http://en.wikipedia.org/wiki/Translation>

ВЫВОДЫ

И. Ф. Шехов

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕВОДА РУБАИИ ОМАРА ХАЙЯМА ЭДВАРДОМ ФИЦДЖЕРАЛЬДОМ НА АНГЛИЙСКИЙ ЯЗЫК

Цель исследования. Создание литературно-художественной среды, повышение осведомленности и уровня использования новых технологий среди подростков и молодежи, открытие центров перевода для специалистов и освещать общество вновь опубликованными материалами.

Материалы и методы исследования. В современное время стало традицией сравнительное исследование древних произведений на таджикском и английском языках. Синтаксический анализ рубаии в исследуемых языках используется для определения уровня профессионального мастерства переводчика, определения способов возврата стиха и прозы в процессе перевода, изучения различия и сходства слов в структуре предложений. В процессе исследования широко используются историко-сравнительный метод и недавно опубликованные материалы.

Результаты исследования и их обсуждение. Стоит отметить, что отечественные и зарубежные исследователи использовали историко-сравнительные методы и добились значительных результатов. Начало XVII и XVIII веков – это возвращение следов прошлого и столкновение цивилизаций, и таким образом в европейских странах остаются утраченные следы народов Средней Азии.

Вывод. На протяжении всей истории народы мира имеют дружеские, научные, культурные и социальные отношения друг с другом. Именно по этой причине английский переводчик Эдвард Фицджеральд перевёл рубаии Умара Хайяма, чтобы после него так-

же помнили этого великого человека, читали и наслаждались его рубаиями. сравнительный анализ, сходство и различие, структурно-семантическое, реалия, грамматика, языкознание.

Ключевые слова: перевод, рубаи, реалия, грамматика, языкознание.

УДК: 364-78

М.М.Эгамова, А.Ахмедов, С.М.Курбонова.

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА - ПРОФЕССИЯ БУДУЩЕГО

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Эгамова Мохира Маликовна – декан стоматологического и фармацевтического факультетов НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», соискатель кафедры фармацевтической технологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», тел: (+992) 900 90 38 10.

Цель исследования. Показать и доказать что такое здоровье и болезнь и кто занимается ими. Ведь все врачи специалисты по болезни, а не по здоровью.

Материалы и методы исследования. В материалах использованы «Большая медицинская энциклопедия» 3-ое издание Веселкин П.Н. (1976), Разумов А.Н. Здоровье здорового человека (1996), Павленок П.Д. Введение в профессию «социальная работа» (1998), Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технология, образование М: Наука (1999), Решетников А. В. Методология исследований в социологии медицины (2000), учебное пособие Черносвитова Е.В. «Социальная медицина» (2000), Ивачев П.В. «Теория и практика социально-медицинской работы» (2007), Яблоков А. В. Здоровье человека и окружающая среда (2007), учебное пособие Лисицына Ю.П. «Общественное здоровье и здравоохранение» (2011).

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что специалист клинической медицины имеет контакт с больным человеком, восстанавливая нарушенные функции, устраняет боль, патологический процесс, а специалист социальной работы восстанавливает нарушенное социальное благополучие клиента, помогает устранить проблемы, возникшие с заболеванием во время лечения и период восстановления здоровья [8]. Социальный медик отвечает не только за здоровье, но и за социальное благополучие своих подопечных и является непосредственным создателем социальной защиты населения. Социальный работник всегда оказывает социальное обслуживание, социальную защиту и социальное обеспечение, т.е. он решает социальные проблемы своих подопечных и обеспечивает безопасность населения.

Заключение. Социальная работа в системе здравоохранения Таджикистана остаётся актуальной проблемой в системе здравоохранения и медицинского образования. Ведь здоровье человека имеет исключительное значение для общества. Государственная политика в области здравоохранения определяет все меры, которые служат сохранению (первичная профилактика), восстановлению (лечение, реабилитация) и укреплению здоровья населения.

Ключевые слова: клиническая медицина, социальная медицина, здоровье, болезнь, окружающая среда.

M.M. Egamova, A. Akhmedov, S.M. Kurbonova.

SOCIAL WORK IS THE FUTURE PROFESSION

NOU “Medical and Social Institute of Tajikistan”

Egamova Mohira Malikovna – The Dean of the Stomatology and Pharmacy Faculties of the Medical and Social Institute of Tajikistan, applicant of the Pharmaceutical Technologies Department of the Tajikistan State Medical University after namedv Abuali ibn Sino”, tel: (+992) 900 90 38 10.

Purpose of the study. To show and prove what is the health and illness and whose duty is to protect it. Because all doctors are specialists in sphere of disease, not health.

Materials and research methods. The 3rd edition of the “Big Medical Encyclopedia” Veselkin P.N. (1976), Razumov A.N. Health of a healthy person (1996), Pavlenok P.D. Introduction to the profession “social work” (1998), Martynenko A.V. Medico-social work: theory, technology, education M: Science (1999), Reshetnikov A.V. Methodology of research in the sociology of medicine (2000), textbook Chernosvitova E.V. “Social Medicine” (2000), Ivachev P.V. “Theory and practice of social and medical work” (2007), Yablokov A.V. Human health and the environment (2007), textbook Lisitsyna Yu.P. “Public health and healthcare” (2011) are used in this article.

Results of the research and its discussion. It has been established that a clinical medicine specialist has contact with a sick person, restoring impaired functions, eliminates pain, a pathological process, and a social work specialist restores the client’s disturbed social well-being, helps to eliminate problems that have arisen with the disease during treatment and the period of health recovery. The social physician is responsible not only for the health, but also for the social well-being of his wards and is the direct creator of the social protection of the population. Social work in the healthcare system of Tajikistan remains an urgent problem in the healthcare system and medical education. Because of human health has the exceptional importance for society. State health policy defines all measures that serve to preserve (primary prevention), restore (treatment, rehabilitation) and improve the health of the population.

Conclusion. Social work is one of the main and an urgent problem in the healthcare system of Tajikistan. Because, human health has exceptional importance for society. State health policy defines all measures that serve to preserve (primary prevention), restore (treatment, rehabilitation) and improve the health of the population.

Key words: clinical medicine, social medicine, health, disease, environment.

Актуальность. Пациентами социального работника по большей части являются инвалиды и престарелые граждане, а также лица, имеющие той или иной мере проблемы с личным здоровьем (физическим и духовным) и поэтому нуждаются в конкретных медицинских услугах. Поэтому социальная работа рассматривается как деятельность, родственная врачеванию. В

профессиональной подготовке специалиста по социальной работе важное место занимает овладение специальными медико-социальными знаниями, умениями и навыками. Актуальность развития социальной медицины в последнее десятилетие во многом обусловлено ухудшением состояния здоровья населения. Вместе с тем становление и развитие в нашей стране системы профессиональ-

ного образования в области социальной работы даёт возможность активного привлечения к решению данной задачи специалистов социальной работы, что рассматривается как практический компонент социальной медицины.

Цель исследования. Показать и доказать что такое здоровье и болезнь и кто занимается ими. Ведь все врачи специалисты по болезни, а не по здоровью.

Материалы и методы исследования. В материалах использованы «Большая медицинская энциклопедия» 3-ое издание Веселкин П.Н. (1976), Разумов А.Н. Здоровье здорового человека (1996), Павленок П.Д. Введение в профессию «социальная работа» (1998), Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технология, образование М: Наука (1999), Решетников А. В. Методология исследований в социологии медицины (2000), учебное пособие Черносвитова Е.В. «Социальная медицина» (2000), Ивачев П.В. «Теория и практика социально-медицинской работы» (2007), Яблоков А. В. Здоровье человека и окружающая среда (2007), учебное пособие Лисицына Ю.П. «Общественное здоровье и здравоохранение» (2011).

Результаты исследования и их обсуждения. Социальная медицина сложилась во второй половине XIX в. Впервые термин «социальная медицина» применили французские учёные Рашу и Фарко [7]. Объектом изучения социальной медицины являются здоровые люди, т.е. система «человек-общество-среда» [9]. Социальная медицина смыкается с клинической медициной и с социальной работой. Поэтому со-

циальный врач не занимается лечением больных, он имеет дело с клиентами - юридическими и физическими лицами, т. е. оказывает людям те или иные социальные услуги. Значительное развитие социальная медицина получила в XX столетии. До настоящего времени вопрос содержания предмета социальной медицины остаётся предметом научных дискуссий. Подготовка специалистов по данной специализации реализуется коллективом кафедры социальной медицины через следующие дисциплины: теория медико-социальной работы; система охраны здоровья и здравоохранения; биомедицинская этика; медицинская психология, психотерапия; медико-социальная работа в профилактике заболеваний; медико-социальная работа в планировании семьи; медико-социальная работа в охране материнства и детства; медико-социальная работа в психиатрии; медико-социальная работа в наркологии; медико-социальная работа в онкологии; медико-социальная работа в чрезвычайных ситуациях; медико-социальная реабилитация инвалидов [4]. Совместная работа учебных заведений и практических учреждений по подготовке специалистов социальной работы, а также разработка нормативных правовых документов закрепляющих участие таких специалистов в комплексном ведении лиц с различными заболеваниями, сегодня является весьма актуальной задачей и может составить предмет взаимовыгодного сотрудничества учебных заведений и практических учреждений.

С 90-х годов прошлого века в странах Европы, России, Киргизии, Украи-

не и Казахстане в медико-социальных институтах начали процесс подготовки специалистов по медико-социальной работе и специалистов по психологии, а в штатах Америки и Китая, в специальных колледжах и на базе медицинских вузов готовили медико-социальных специалистов.

В период государственной независимости, при непосредственной прямой поддержке Основателя мира и национального единства, Лидера нации, Президента Республики Таджикистан Его Превосходительства, уважаемого Эмомали Рахмона, с целью обеспечения различных секторов страны квалифицированными специалистами, открылись десятки университетов, институтов, в том числе научно-исследовательские независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, которые служат социально-экономическому развитию страны. Одним из таких заведений является Медико-социальный институт Таджикистана, который занимается обучением медицинского и фармацевтического персонала. Выпускники этого учебного заведения смогут в будущем оказывать медико-социальные услуги уязвимым слоям общества в учреждениях для престарелых и инвалидов.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире живут более 650 миллионов человек (10% населения мира) с умственными и физическими нарушениями. В настоящее время в Республике Таджикистан зарегистрировано 553 тысяч пенсионеров, 152 тысячи инвалидов и 19 тысяч детей инвалидов

и они находятся под непосредственной защитой государства.

Следует отметить, что в лечебно-восстановительных и реабилитационных учреждениях, таких как реабилитационные и восстановительные центры, отделений восстановительной терапии медицинских учреждений, комплексных санаторий и других медицинских учреждениях, отсутствуют врачи-реабилитологи и медицинские психологи, наличие которых необходимо в наше время, так как специалисты реабилитологи и медицинские психологи не могут быть заменены другими специалистами. Вместе с пациентом для восстановления здоровья они разрабатывают конкретную индивидуальную программу реабилитации, точно оценивают результаты своего лечения с учетом состояния пациента, правильно оценивают процесс его восстановления. Врачи-реабилитологи и медицинские психологи должны обладать хотя бы минимальным объемом юридическими знаниями, чтобы защищать интересы пациента или инвалида и сотрудничать с органами социальной защиты. Время подошло включить в штатное расписание каждого лечебно-профилактического учреждения штатные единицы врача-реабилитолога и медицинского психолога.

В настоящее время в республике в сотрудничестве с партнерами по развитию реализуется проект «Укрепление системы социальной защиты», согласно которому будет разработана единая база данных и современная процедура регистрации лиц с ограниченными возможностями. Не вызывает сомнения и тот факт, что роль социальной медицины

в социальном образовании сегодня как никогда актуальна. Вместе с тем вопросы подготовки будущих специалистов социальной работы для деятельности в сфере охраны здоровья требуют дальнейшего совершенствования.

Мы часто слышим слова: здоровье, здравоохранение, болезнь, профилактика. А вы когда-нибудь задавали себе вопрос, что означают эти слова, и кто ими занимается? Все вы в один голос скажете, что эти слова относятся к медицине, и ими занимаются врачи.

Да, самое распространенное понимание здоровья - это состояние организма, когда нет болезни. Даже врачи нередко действуют по принципу «Нет болезни – ты здоров, нам с тобой нечего делать. Вот когда заболеешь, приходи». Но здоровье не всегда в одном русле. Оно тоже нуждается во внимании и контроле. Здоровье необходимо поддерживать и укреплять. В будущем, когда главной заботой медицины станет предупреждение болезни, а не ее лечение, врач будет вести не «историю болезни», а «историю здоровья». Здоровые люди к врачам не обращаются. Поэтому врачи во все времена главным образом занимались больными и изучали болезни. Еще академик медицины Н.М. Амосов говорил: «Врачи лечат болезни, а здоровье надо добывать самому». Все врачи - специалисты по болезням, а не по здоровью.

Итак, что же такое здоровье? Как его себе представляете?

По уставу Всемирной организации здравоохранения: «Здоровье-это не только отсутствие болезней и физических дефектов, но и состояние полного

физического, душевного и социального благополучия» [2]. Для большинства людей здоровье - это нормальное состояние, которое мы обычно не осознаём или вообще не обращаем на него внимание. Также мы не думаем о своем дыхании или о том, как бьется наше сердце. Один из мудрецов сказал: «Ощущение здоровья приобретает смысл только после перенесенной болезни». Его незаметность может явиться причиной бездумного отношения к собственному здоровью, которое оказывается губительным для многих.

Выходит, главным смыслом слова «здравоохранение» — это охрана здоровья, а не лечение болезней. Охрана здоровья человека, т.е. здравоохранение - одна из главных задач каждого государства [10]. В мировом масштабе охраной здоровья человечества занимается Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и каждый год 7 апреля отмечается Всемирный день здоровья «Здоровье для всех». Отсутствие внимания к своему здоровью и заботы о нем - одна из наиболее частых причин многих болезней.

Болезнь представляет собой общую сложную реакцию, возникающую в результате нарушения взаимоотношений организма и окружающей среды, т.е. это состояние организма, когда нарушается его нормальная жизнедеятельность, продолжительность жизни и его способность поддерживать свой гомеостаз [1]. Наряду с Всемирным днем здоровья существует и Всемирный день больного. Международный день, призванный привлечь внимание людей к проблемам, с которыми сталкиваются больные люди

планеты. Этот день социальное мероприятие, которое проводится по всему миру ежегодно 11 февраля.

Если существует понятие болезнь, то и должно быть его лечение. Оздоровление или лечение - это процесс, целью которого является облегчение или устранение симптомов и проявлений того или иного заболевания, патологического состояния, нормализация нарушенных процессов жизнедеятельности и восстановление здоровья. Важным для болеющего человека является его собственное отношение к болезни. Это отношение может быть разным. Например: «У меня тяжёлое заболевание — простуда, и я, скорее всего, умру» или «Я скоро поправлюсь, у меня раковая опухоль — это не страшно». Такое отношение к болезни называется личностным смыслом объективного заболевания и может программировать человека, как на выздоровление, так и на усугубление состояния.

Вопросами лечения занимаются врачи клинической медицины. Заболевшему человеку нужен не только врач-клиницист, но и социальный работник, способный решить его жизненные проблемы. И поэтому на сегодняшний день на первый план выдвигается не болезнь сама по себе, а больной организм со всеми его особенностями и проявлениями, т.е. больной становится объектом деятельности клинической медицины и социальной медицины. Как социальная, так и клиническая медицина имеют дело со здоровьем людей и их болезнями, решают одни и те же задачи. Но подходы к этим задачам и способы их решения различны.

Клиническая медицина -система научных знаний и практической деятельности, целями которой являются укрепление и сохранение здоровья, продление жизни, предупреждение и лечение болезней человека. Объектом изучения клинической медицины являются различные болезни человека. Когда человек становится временно или постоянно нетрудоспособен вследствие болезни, вынужден изменить свой социальный статус. Страхи, надежды, тревоги, опасения, нужды, потеря смысла жизни – вот что становится объектом для работы социального медработника. И здесь возникает понятие, как социальная реабилитация пациента. Там, где кончаются возможности клинициста, там начинается работа социального медика.

Социальная работа - это профессиональная деятельность, имеющая цель содействовать людям в преодолении личностных и социальных трудностей посредством поддержки, защиты, коррекции и социальной реабилитации. Она включает помощь одиноким пенсионерам и инвалидам, неблагополучным семьям с детьми, бездомным, наркоманам, алкоголикам, психически больным. В системе социальной работы в настоящее время все большее значение приобретает социальная медицина, которая тесно связана с медицинским направлением социальной работы. В современном стремительно меняющемся мире социальная работа стала одной из важнейших гуманитарных образовательных специальностей и профессий, необходимых для устойчивого социального развития общества [3]. Именно

благодаря социальным работникам мы можем оставаться дома, обеспечивая безопасность своих близких; именно они ведут разъяснительную работу среди населения и выступают во главе волонтерского движения, именно они определяют болевые точки и проблемные зоны, требующие привлечения дополнительных ресурсов.

При этом, будучи врачом, он всегда имеет в виду здоровье своего клиента. Социальный врач - это и социолог, и психолог, и физиолог. Социальная медицина непосредственно связана с социальными процессами в обществе и медициной, т.е. она занимает промежуточное положение между социологией и медициной. Поэтому социальная медицина изучает социальные проблемы в медицине и медицинские проблемы в других науках. Специалисты по социальной работе в различной степени участвуют в оказании медико-социальной помощи населению. Медико-социальная помощь населению - это профилактическая, лечебно-диагностическая, реабилитационная, протезно-ортопедическая и зубопротезная помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособий по временной нетрудоспособности. Медико-социальная работа как профессиональная деятельность формируется на стыке здравоохранения и социальной защиты населения, имеет много общего с деятельностью медицинских работников.

Возникает вопрос: насколько популярна профессия «работник социальной службы»? Ответ будет таким: эта

профессия не только популярная, но и очень востребованная!

Исходя, из первого вопроса вытекает второй вопрос: Где будут трудоустроиваться выпускники факультета «Социальная работа» НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана».

Они будут работать в государственных и негосударственных, коммерческих и некоммерческих организациях и социальных службах, в организациях и учреждениях системы труда, занятости, социальной защиты, социального обслуживания населения, пенсионного обеспечения, медико-социальной экспертизы, образования, здравоохранения, вооруженных силах, правоохранительных организациях. Социальный работник всегда находится там, где у людей есть социальные проблемы, где им нужна помощь, социальное обслуживание, социальная защита и поддержка, социальное обеспечение. Социальный работник идет с человеком в течение всей его жизни. Значимость, востребованность и вечность профессии подтверждается профессиональным праздником, который отмечается 8 июня - День социального работника.

«Чтобы поверить в добро, надо начать делать его». Эти слова принадлежат Льву Николаевичу Толстому и отражают сущность одной из самых востребованных профессий на современном рынке труда - социального работника.

Выводы. Исследование показали, что социальная работа в системе здравоохранения и медицинского образования изучается системно и комплексно. Значимость социальной работы как объ-

ект определяется наличием деятельности человека и влияния на общественные отношения. Центральное место в социальной работе занимает человек. Именно, человек является субъектом и объектом, целью и результатом социальной работы. Цель социальной работы – предоставить помощь каждому находящемуся в трудной жизненной ситуации гражданину, который полностью или частично не может себя обеспечивать и обслуживать.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веселкин П.Н. Болезнь/ Большая медицинская энциклопедия 3 изд. - Москва 1976.
2. Разумов А. Н., Пономаренко В. А., Пискунов В. А., «Здоровье здорового человека» — М. Медицина, 1996.
3. Павленок П.Д. Введение в профессию «социальная работа» /М., 1998
4. Лисицын Ю.П. Концепция «человеческого капитала»: медико-экономический аспект. - «Экономика здравоохранения», 1998. №2 (26).
5. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технология, образование/ М: Наука, 1999.
6. Решетников А. В. Методология исследований в социологии медицины. – Москва 2000.
7. Черносвитов Е.В. Социальная медицина: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000.
8. Ивачев П.В., Чурилов Ю.С., Кузьмин К.В. «Теория и практика социально-медицинской работы» Екатеринбург 2007
9. Яблоков А. В. Здоровье человека и окружающая среда. — М., 2007.
10. Лисицын Ю.П. «Общественное здоровье и здравоохранение». Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений.-- М.ГЕОТАР-Медиа, 2011.

REFERENCES

1. Veselkin P.N. Disease / Big Medical Encyclopedia 3rd ed. - Moscow 1976.
2. Razumov A. N., Ponomarenko V. A., Piskunov V. A., "Health of a healthy person" - M. Medicine, 1996.
3. Pavlenok P.D. Introduction to the profession of "social work" / M., 1998
4. Lisitsyn Yu.P. The concept of "human capital": medical and economic aspect. - "Health Economics", 1998. No. 2 (26).
5. Martynenko A.V. Medico-social work: theory, technology, education / M: Science, 1999.
6. Reshetnikov A. V. Methodology of research in the sociology of medicine. – Moscow 2000.
7. Chernosvitov E.V. Social medicine: Proc. allowance for students. higher textbook establishments. – M.: Humanit. ed. center VLADOS, 2000.
8. Ivachev P.V., Churilov Yu.S., Kuzmin K.V. "Theory and practice of social and medical work" Ekaterinburg 2007
9. Yablokov A. V. Human health and the environment. - M., 2007.
10. Lisitsyn Yu.P. "Public health and health-care". Proc. allowance for students. higher textbook institutions.-- M.GEOTAR-Media, 2011.

ХУЛОСА

**М.М. Эгамова, А. Ахмедов,
С.М. Курбонова.**

КОРИ ИҶТИМОЙ - КАСБИ ОЯНДА АСТ

Мақсади таҳқиқот. Нишон додан ва исбот намудани он, ки саломатӣ ва беморӣ чист ва кӣ бо онҳо саруқор дорад. Охир, ҳама табибон мутахассис оид ба бемориҳоянд, на мутахассис оид ба саломатӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ҳамчун маводи таҳлили аз «Энцикло-

педияи калони тиббӣ» нашри 3-юм (Веселкин П.Н. 1976), Разумов А.Н. Саломатии одами солим (1996), Павленок П.Д. Муқаддима ба касби «Кори иҷтимоӣ» (1998), Мартыненко А.В. Кори тиббию иҷтимоӣ: назария, технология, маориф М: Илм (1999), Решетников А.В. Методологияи тадқиқот дар ҷомеашиносии тиб (2000), дастури таълимии Черносвитов Е.В. «Тибби иҷтимоӣ» (2000), Ивачев П.В. «Назария ва амалияи кори иҷтимоӣ ва тиббӣ» (2007), Яблоков А.В. Саломатии инсон ва муҳити зист (2007), дастури таълимии Ю.П. Лисицын. «Саломатии ҷамъиятӣ ва тандурустӣ» (2011) истифода бурда шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Муайян карда шуд, ки мутахассиси тибби клиникӣ бо шахси бемор тамос гирифта, функсияҳои вайроншударо барқарор месозад, дард ва раванди патологиро бартараф менамояд. Мутахассиси кори иҷтимоӣ бошад, неқӯахволии иҷтимоии вайроншудаи мизочонро барқарор мекунад, барои рафти мушкilotе, ки дар натиҷаи табо-

бат ва давраи барқароршавии саломатӣ ба вучуд омадааст, мусоидат мекунад. Корманди иҷтимоӣ на танҳо барои саломатӣ, балки барои неқӯахволии иҷтимоии зердастонаш масъул буда, созандаи бевоситаи ҳифзи иҷтимоии аҳоли мебошад. Корманди иҷтимоӣ ҳамеша хидматҳои иҷтимоӣ, ҳифзи иҷтимоиро таъмин мекунад, яъне мушкilotҳои иҷтимоии ҳимояшавандаи худро ҳал карда, беҳатарии аҳолиро таъмин менамояд.

Хулоса. Кори иҷтимоӣ дар системаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон як мушкилии мубрами соҳаи тандурустӣ ва маълумоти тиббӣ боқӣ мемонад. Охир, саломатии инсон барои ҷамъият аҳамияти бениҳоят ғавқуллода дорад. Сиёсати давлат дар соҳаи тандурустӣ тамоми тадбирҳоеро муайян мекунад, ки ба нигоҳдорӣ (пешгирии аввалиндараҷа), барқарор кардан (табобат, офиятбахшӣ) ва мустаҳкам намудани саломатии аҳоли хизмат мекунад.

Калимаҳои калидӣ: тибби клиникӣ, тибби иҷтимоӣ, саломатӣ, беморӣ, муҳити зист.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 617.7-007.681;617.731-002

М.Б. Каримов, Ш.К. Махмадзода, П.М. Останаева

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЗНАЧЕНИЕ ТОЛЩИНЫ СЛОЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН СЕТЧАТКИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

ГБОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Каримов Мехрулло Бобохолович – соискатель кафедры офтальмологии

ГОО «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», E-mail: mehrullo.karimov@mail.ru; тел: (+992) 918-84-68-83

Резюме: В предоставленном обзоре отражены применяемые на сегодняшний день современные способы ранней диагностики первичной открытоугольной глаукомы с оценкой их положительных и отрицательных сторон. Одним из критериев диагностики глаукомы является толщина слоя нервных волокон сетчатки (СНВС). Установлена высокая диагностическая ценность определения толщины СНВС при первичной открытоугольной глаукоме. Анализ литературы показывает, что ранняя диагностика и лечение глаукомы на начальном этапе развития является наиболее эффективным для предупреждения развития глаукомного процесса и усугубления его течения, который может привести к слепоте и инвалидизации, чем, и обусловлена необходимость дальнейшего совершенствования и изучения, которому посвящена данная работа.

Ключевые слова: первичная открытоугольная глаукома, толщина слоя нервных волокон сетчатки, оптическая когерентная томография, методы диагностики глаукомы.

M.B.Karimov, Sh.Q. Makhmadzoda, P.M. Ostanaeva

MODERN VIEW ON THE VALUE OF THE THICKNESS OF THE LAYER OF NERVE FIBERS OF THE RETINA IN THE DIAGNOSTICS OF PRIMARY OPEN-COAL GLAUCOMA

GOU «TSMU named after Abuali ibn Sino»

Karimov Mehrullo Bobokholovich – Applicant of the Department of Ophthalmology, State Educational Institution “TSMU named after Abuali Ibni Sino”, E-mail: mehrullo.karimov@mail.ru; tel: (+992) 918-84-68-83

Summary: The provided review reflects modern methods of early diagnosis of primary open-angle glaucoma, assesses their advantages and disadvantages. Information is presented on the thickness of the retinal nerve fiber layer (RNFL) as a diagnostic criterion for the glaucoma process. The high diagnostic value of determining the thickness of RNFL in primary open-angle glaucoma has been established. An analysis of the literature shows that early diagnosis and treatment of glaucoma at the initial stage of development is the most effective for preventing the development and progression of the glaucoma process, the outcome of which is blindness and disability and requires further improvement and study.

Key words: primary open-angle glaucoma, retinal nerve fiber layer thickness (RNFL), optical coherence tomography (OCT), scanning laser polarimetry, confocal scanning laser ophthalmoscopy, glaucoma diagnostic method.

Глаукома – это термин, который используется для описания группы состояний, которые характеризуются хроническим прогрессирующим повреждением зрительного нерва, сопровождаясь развитием морфологических изменений

в его головке и в СНВС, и приводя к некрозу ганглионарных клеток сетчатки и дефектам полей зрения [21]. Согласно данным ВОЗ, глаукома является одной из ведущих причин возникновения у человека слепоты, в связи, с чем данная

патология приобретает медико-социальную значимость [19]. По всему миру у каждого 200-го жителя земного шара в возрасте старше 40 лет обнаруживается наличие глаукомы, а в возрастной группе лиц старше 80 лет наличие данной патологии обнаруживается у каждого 8-го человека [36]. Таким образом, большое значение имеет своевременное выявление глаукомы, которое позволит при адекватной терапии в начальной стадии заболевания замедлить прогрессирующее течение данной патологии [32].

К традиционным способам диагностики глаукомы, применяемым на сегодняшний день и показавших высокую чувствительность в течение последних десятилетий, относятся: биомикроскопическое исследование переднего и заднего сегментов глаза, определение внутриглазного давления (ВГД) и оценка состояния гидродинамики глаза, офтальмоскопия, определение состояния центрального и периферического полей зрения [10].

Перспективным направлением считается поиск новых способов доклинического определения признаков глаукомы, с помощью которых можно обнаружить ранние признаки развития патологии и провести своевременную терапию. Все это позволит снизить риск возникновения у больного слепоты и его инвалидизации [3, 9].

На сегодняшний день актуальным является вопрос относительно возможности наиболее ранней диагностики глаукомного процесса с использованием новых методик. Согласно данным Егорова Е.А. (2008г.), глаукома в конечном

итоге (возможно спустя несколько лет) приводит к развитию глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва (ДЗН) и атрофии. Автор установил, что клинические признаки патологического изменения ДЗН и расстройств поля зрения при глаукомном процессе появляются уже после утраты больше половины нервных волокон [4]. По данным других авторов, степень нарушения полей зрения и выраженности изменений толщины СНВС во многом зависит от интенсивности течения глаукомного процесса, что обуславливает тяжесть патологии [30]. В ряде работ приводятся сведения о том, что при первичной форме открытоугольной глаукомы наблюдается существенное уменьшение толщины СНВС, которое выявляется ранее других нарушений полей зрения [15, 38]. Следовательно, в ранней диагностике глаукомы большую роль играет определение показателей толщины СНВС.

Одним из основных диагностических критериев выявления глаукомы считается оценка состояния ДЗН, при этом данное исследование имеет субъективный характер, нормальные значения могут существенно колебаться. В связи с этим, при исследовании состояния ДЗН и морфологических особенностей СНВС целесообразным считается применение объективных методов диагностики при глаукоме [16]. Таковыми являются визуализационные методы исследования морфометрических параметров ДЗН, определения толщины СНВС в перипапиллярной зоне и в макулярной области [6].

При обследовании больных глаукомой Oddone F. с коллегами рекомендуют исследовать состояние ДЗН, общее число его нервных волокон, наличие атрофических изменений с использованием способов структурно-топографического (оптического) исследования состояния сетчатки глаза и головки зрительного нерва [29]. Для исследования толщины СНВС применяются такие диагностические методы, как сканирующая лазерная поляриметрия, конфокальная лазерная сканирующая офтальмоскопия (КЛСО), а также инновационный метод офтальмологической диагностики - оптическая когерентная томография (ОКТ).

С помощью КЛСО можно получить подробную «топографическую» карту поверхности ДЗН. Этот метод диагностики позволяет более точно определить такие основные показатели состояния головки зрительного нерва, как: площадь экскавации диска зрительного нерва, глубину данного дефекта и его объём, показатели площади нейроретинального пояса и его объёма, коэффициент соотношения диаметра экскавации к размерам диска (Э/Д), а также показатели площади самой головки зрительного нерва. Стоит отметить, что данный способ диагностики позволяет лишь косвенно определить толщину СНВС путем измерения уровня выступания края ДЗН над плоскостью сетчатки глаза. Полученное изображение кривой толщины СНВС изучается по качественным характеристикам - по виду и уровня выступания над относительной плоскостью сетчатки глаза.

Необходимо помнить, что при развитии глаукомного процесса клинические признаки появления патологических изменений в области ДЗН, в большинстве случаев обнаруживаются позже, чем при поражениях СНВС, при этом они характеризуются низкой специфичностью. На это указывают и Егоров Е.А. с коллегами, отмечая, что информативная ценность визуализационной оценки состояния ДЗН в раннем выявлении первичной открытоугольной глаукомы ниже, чем у метода определения толщины СНВС [4]. Результаты исследования Chandra A. и Bandyopadhyay A.K. показали отсутствие корреляционной взаимосвязи между наличием структурных изменений, обнаруженных с помощью метода ОКТ, и показателями коэффициента соотношения диаметра экскавации к размерам диска (Э/Д), что указывает на диагностическую значимость в отдельности каждого из данных показателей [17].

Метод ОКТ в настоящее время считается золотостандартным методом диагностики заболеваний заднего сегмента глаза [1, 2, 5, 7, 8]. Как отмечает Tadrous, с помощью метода ОКТ можно изучить структуру биологических тканей организма путем получения поперечных срезов с высокой разрешающей способностью, что позволяет определить прижизненные морфологические изменения на микроскопическом уровне [34]. Другие авторы указывают, что данный метод диагностики имеет аналогию с В – сканированием (двумерное УЗИ) глаза [12]. В аппаратах ОКТ в отличие от УЗИ вместо звуковой волны используется когерентный световой пучок с

инфракрасной волновой длиной 800-1300 нм, мощность которого является безопасной и не повреждает исследуемые ткани, в связи с чем данный метод исследования может использоваться вне зависимости от соматического статуса у пациента и без риска травматизации. Высокая разрешающая способность данного способа (3-10 нм) в отношении оценки состояния прозрачных и рассеивающих тканей, позволяет выполнить «оптическую биопсию» на микроскопическом уровне в зоне сканируемого участка [18]. С помощью ОКТ можно определить абсолютную толщину СНВС [27]. Ранее было установлено, что у больных с глаукомой отмечается утончение средней перипапиллярной зоны СНВС, причем, наличие патологических изменений наблюдалось во всех квадрантах, но в начальной стадии заболевания чаще всего наблюдалось истончение слоя в нижнем квадранте [12]. Метод ОКТ позволяет изучить динамику прогрессирующего течения глаукомы. В своих исследованиях Medeiros с соавторами изучали толщину СНВС 253 глаз, в которых длительность течения глаукомы составляла 4 года. Результаты исследования показали, в сетчатке глаз с нестабилизированной глаукомой утончение слоя нервных волокон было более интенсивным, чем в сетчатке глаз со стабилизированной глаукомой. Оценка стабильности течения глаукомы проводилась с помощью компьютерной периметрии глаза, а также фото- и стереофотографирования диска зрительного нерва [14].

С помощью такого метода исследования, как сканирующая лазерная по-

ляриметрия (СЛП), можно определить толщину слоя НВС путем изучения степени его поляризации, которая пропорциональна этой толщине. То есть метод сканирующей лазерной поляриметрии определяет не абсолютные значения толщины СНВС, а относительные [12].

Таким образом, оптимальными методами исследования показателей СНВС глаза при глаукомном процессе являются СЛП и ОКТ. По данным литературы диагностическая ценность обоих методов исследования в отношении определения толщины СНВС у пациентов с ПОУГ является практически равнозначной [25].

Метод ОКТ является неинвазивным и безопасным визуализационным способом исследования особенностей структуры сетчатки и зрительного нерва и считается методом выбора при инструментальном диагностическом осмотре больных с глаукомным процессом. Наличие в оборудовании программного обеспечения, позволяющего получить количественные и качественные характеристики структуры глазных компонентов и определить состояние рефлективности тканей, помогает выявить наличие морфологических изменений в сетчатке глаза и зрительном нерве. Результаты исследования показателей толщины СНВС с помощью ОКТ указывают на высокую повторяемость и незначительное колебание полученных данных, в первую очередь, при определении средней толщины СНВС. Согласно данным ряда авторов, спектральный оптический когерентный томограф по своим параметрам и возможностям значительно превосходит Гейдельбергский

ретиальный томограф, показывая при этом наиболее точные показатели толщины СНВС [25, 28, 33, 35].

По данным одних ученых, результаты исследования таких показателей состояния диска зрительного нерва, как объём диска, коэффициент соотношения размеров диска к диаметру экскавации, а также площадь нейроретинального пояса, полученные с помощью HRT3 и ОСТ, имеют значительные различия между собой, в связи с чем они не могут быть расцениваться как идентичные. Причем данные, полученные с помощью ОСТ, являлись наиболее точными [31]. По данным других ученых, результаты исследования состояния ДЗН при обоих этих методах исследования являются равнозначными [20].

Учитывая вышесказанное, традиционные способы диагностики глаукомы не имеют информационной ценности при диагностике начальных форм глаукомного процесса. В настоящее время существуют более информативные способы структурно-топографического исследования состояния сетчатки, к которым относятся: сканирующая лазерная поляриметрия (СЛП), метод конфокальной лазерной сканирующей офтальмоскопии (КЛСО), а также инновационный метод офтальмологической диагностики - оптическая когерентная томография (ОКТ). С помощью оценки состояния толщины СНВС и ДЗН можно определить наличие глаукомных поражений до появления клинических признаков заболевания. Наибольшей чувствительностью и диагностической информативностью среди данных методов исследования обладает метод ОКТ,

в виду того, этот метод исследования позволяет не только определить толщину СНВС, но отражает качественные и количественные характеристики состояния ДЗН [11].

Следовательно, среди существующих инструментальных методов диагностики глаукомы для определения толщины СНВС наибольшую ценность представляет метод ОКТ. На наличие ранних признаков глаукомы указывает утончение среднего перипапиллярного СНВС (average RNFL), а также утончение СНВС в области нижнего квадранта. На фоне усугубления течения глаукомы наблюдается существенное снижение показателей толщины перипапиллярного СНВС во всех квадрантах.

Следует отметить, что каждый из коммерчески доступных на сегодняшний день оборудований, предназначенных для проведения топографо-морфологического исследования сетчатки глаза, содержит свою базу данных, которая колеблется в зависимости от страны - производителя, в результате чего и интерпретация данных в каждом регионе также будет отличаться [26]. Также, учитывая тот факт, что в нормативную базу оборудования и в базах многих работ включены показатели людей смешанных рас и национальностей, численность которых может быть незначительной, то возникает вопрос о корректности полученных анализа при исследовании определенной этнической группы (люди из одной исследуемой популяции либо национальности) [23]. Согласно данным ряда авторов, на толщину СНВС и оптические характеристики ДЗН может оказывать значи-

тельное влияние этническая принадлежность пациента и его раса [22,37]. При проведении ретроспективного изучения толщины СНВС среди этнических азербайджанцев с использованием оптической когерентной томографии (Stratus 3000) было установлено достоверное снижение СНВС во многих возрастных группах исследованных лиц [13]. Исследования, проводимые с помощью SD-OCT с высоким разрешением в Непале, выявили статистические значимые данные количественного различия в толщине СНВС в глаукомных и нормальных глазах [24].

Имеется необходимость установления средней толщины СНВС, характерной для жителей Республики Таджикистан (этнических таджиков), для раннего выявления, своевременной и ранней постановки диагноза и оказания качественной медицинской помощи больным ПОУГ.

Выводы: Глаукома остаётся одной из ведущих причин возникновения слепоты и приобретает более медико - социальную значимость. Ранняя диагностика и лечение глаукомы на начальных этапах развития является наиболее эффективным для предупреждения развития глаукомного процесса и усугубления его течения. Следовательно продолжается поиск новых способов доклинического определения признаков глаукомы и проведения своевременной терапии, что позволит снизить риск возникновения у больного слепоту и инвалидизацию.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 14-38 см. REFERENCES)

1. Астахов Ю.С. Оптическая когерентная томография: как все начиналось и современные диагностические возможности методики Офтальмологические ведомости / Ю.С. Астахов, С.Г. Белехова // Москва – 2014. – Т. 7. – №2. – С. 60-68.
2. Белогурова А.В. Дифференциально-диагностические критерии и мониторинг глаукомного процесса при осевой миопии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2016.- 22 с.
3. Гупта Н., Аун Т., Конгдон Н. и др. Руководство по лечению глаукомы Международного совета по офтальмологии (МСО). Международный совет по офтальмологии 2016.
4. Егоров Е.А. Национальное руководство по глаукоме для поликлинических врачей / Е.А. Егоров, Ю.С. Астахов, А.Г. Щуко. – Москва, – 2008. – 218 с.
5. Еричев В.П. Некоторые корреляционные взаимоотношения параметров ретинотомографического исследования / В.П. Еричев, А.И. Акопян // Глаукома. – 2016. – Т.14. – №2. – С. 24-28.
6. Жукова С.И. Оптическая когерентная томография в диагностике и мониторинге врожденной и ювенильной глаукомы / С.И. Жукова, Т.Н. Юрьева // Acta biomedica scientifica. – 2022. – №7(2). С. 147-166.
7. Захарова М.А. Оптическая когерентная томография: технология, ставшая реальностью / М.А. Захарова, А.В. Куроедов // РМЖ. Клиническая офтальмология. – 2015. – Т. 15. – №4. – С. 204-211.
8. Курышева Н.И. Оптическая когерентная томография в диагностике глаукомы / Н.И. Курышева // М., – 2015. – 146 с.
9. Махмадзода Ш.К. Диспансеризация больных глаукомой в Республике Таджикистан: актуальные аспекты / Ш.К. Махмадзода, М.Н. Хашимова, З.С. Халимова, М.Б. Каримов, З.Б. Хайдаров // Научно-медицинский журнал ХГМУ «Симург». – 2020. – №5 (1). – С. 45-50.

10. Мошетова Л.К. Офтальмология. Клинические рекомендации / Л.К. Мошетова, А.П. Нестеров, Е.А. Егоров – М: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 352 с.

11. Шпак А.А. Сравнение ошибки методов гейдельбергской ретинотомографии и спектральной оптической когерентной томографии / А.А. Шпак, М.К. Малаханова, И.Н. Шормаз // Вестник офтальмологии – 2011. – Т. 128, – №2. С. 28-33.

12. Щуко А.Г. Оптическая когерентная томография в офтальмологии / А.Г. Щуко, В.В. Малышев // Монография. Иркутск: Иркутский филиал «Микрохирургия глаза». – 2005. – 105 с.

13. Эфендиева М.Э. Сравнительная оценка толщины слоя нервных волокон сетчатки в разных возрастных группах в популяции caucasian (этнических азербайджанцев) посредством оптической когерентной томографии / Э.М. Эфендиева // Офтальмология, научно-практический журнал, Азербайджан, 2013. – Т. 13. – №3. – С. 52-56.

REFERENCES

1. Astakhov Yu.S. Opticheskaya kogerentnaya tomografiya: kak vse nachinalos' i sovremennyye diagnosticheskiye vozmozhnosti metodiki [Belekhova S.G. Optical coherence tomography: how it all began and modern diagnostic capabilities of the technique] *Oftal'mologicheskkiye vedomosti - Ophthalmological statements* - Moscow - 2014. - T. 7. - No. 2. - pp. 60-68.

2. Belogurova A.V. Differentsial'no-diagnosticheskiye kriterii i monitoring glaukomnogo protsessa pri osevoy miopii. [Differential diagnostic criteria and monitoring of the glaucoma process in axial myopia] *avtoreferat dissertatsii na soiskaniye uchenoy stepeni kandidata meditsinskikh nauk - abstract of the doctoral dissertation* Moscow, 2016. - 22 p.

3. Gupta N., Aung T., Congdon N. et al. Rukovodstvo po lecheniyu glaukomy Mezhdunarodnogo soveta po oftal'mologii Mezhdunarodnyy sovet po oftal'mologii 2016 [ICO Guidelines for Glaucoma Eye Care 2016].

4. Egorov E.A. Natsional'noye rukovodstvo po glaukome dlya poliklinicheskikh vrachev [National guide to glaucoma for outpatients] Moscow, 2008. - 218 p.

5. Elichev V.P. Nekotoryye korrelyatsionnyye vzaimootnosheniya parametrov retinotomograficheskogo issledovaniya [Some correlation relationships between the parameters of a retinotomographic study] *Glaucoma*. - 2016. - T.14. - No. 2. - pp. 24-28.

6. Zhukova S.I. Opticheskaya kogerentnaya tomografiya v diagnostike i monitoringe vrozhdennoy i yuvenil'noy glaukomy [Optical coherence tomography in the diagnosis and monitoring of congenital and juvenile glaucoma] *Acta biomedica scientifica*. - 2022. - No. 7(2). pp. 147-166.

7. Zakharova M.A. Opticheskaya kogerentnaya tomografiya: tekhnologiya, stavyashaya real'nost'yu [Optical coherence tomography: a technology that has become a reality]. *Klinicheskaya oftalmologiya - clinical ophthalmology*. - 2015. - T. 15. - No. 4. - pp. 204-211.

8. Kurysheva N.I. Opticheskaya kogerentnaya tomografiya v diagnostike glaukomy [Optical coherence tomography in the diagnosis of glaucoma] Moscow., - 2015. - 146 p.

9. Mahmudzoda Sh.K. Dispanserizatsiya bol'nykh glaukomoy v Respublike Tadjikistan: aktual'nyye aspekty [Clinical examination of patients with glaucoma in the Republic of Tajikistan: topical aspects] *Nauchno-meditsinskiy zhurnal KHGMU «Simurg» -Scientific and medical journal of KSMU "Simurg"*. - 2020. - No. 5 (1). - pp. 45-50.

10. Moshetova L.K. Ophthalmology. Klinicheskiye rekomendatsii [Clinical recommendations] Moscow: GEOTAR-Media, 2006. - 352 p.

11. Shpak A.A. Sravneniye oshibki metodov geydel'bergskoy retinotomografii i spektral'noy opticheskoy kogerentnoy tomografii [Comparison of the error of Heidelberg retinotomography and spectral optical coherence tomography methods] *Vestnik oftalmologii - Bulletin of Ophthalmology* - 2011. - T. 128, - No. 2. pp. 28-33.

12. Shchuko A.G. Opticheskaya kogerentnaya tomografiya v oftalmologii [Optical coherence tomography in ophthalmology] *Monograph*. Irkutsk - 2005. - 105 p.
13. Efendieva M.E. Sravnitel'naya otsenka tolshchiny sloya nervnykh volokon setchatki v raznykh vozrastnykh gruppakh v populyatsii caucasian (etnicheskikh azerbaydzhantsev) posredstvom opticheskoy kogerentnoy tomografii [Comparative assessment of the thickness of the retinal nerve fiber layer in different age groups in the population of caucasian (ethnic Azerbaijanis) using optical coherence tomography] *Oftal'mologiya, nauchno-prakticheskiy zhurnal, Azerbaijan - Ophthalmology, scientific and practical journal, Azerbaijan*, 2013. - T. 13. - No. 3. - C. 52-56.
14. Abe Ricardo Y. The use of spectral-domain optical coherence tomography to detect glaucoma progression / Carolina P.B. Gracitelli, Felipe A. Medeiros // *The Open ophthalmology journal*. - 2015. - V 9. Suppl 1: M. 4. - P. 78-88.
15. Alasil T. Correlation of retinal nerve fiber layer thickness and visual fields in glaucoma: a broken stick model / T. Alasil [et al.] // *Am J. Ophthalmol.* - 2014. - V.157, - №5. - P. 953-955.
16. Cantor Louis B. Open - angle glaucoma / Louis B. Cantor, [et al.] // *Basic and clinical science course. Glaucoma*. - 2014. Section 10. - P. 254.
17. Chandra A. A comparative study of two methods of optic disc evaluation in patients of glaucoma / A. Chandra, A.K. Bandyopadhyay, G. Bhaduri // *Oman J Ophthalmol.* - 2013. - V. 6, - №2. - P. 103-107.
18. Fujimoto James G. Optical coherence tomography: An emerging technology for biomedical imaging ND optical biopsy / James G Fujimoto, Costas Pitris, Stephen A. Boppart // *Neoplasia*. - 2000. - V. 2. - №1-2. - P. 9-25.
19. GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators; Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Glob Health*. 2021 Feb; 9(2): e144-e160. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30489-7.
20. Hemma Resch. Comparison of optic disc parameters using spectral domain cirrus high-definition optical coherence tomography and confocal scanning laser ophthalmoscopy in normal eyes / Hemma Resch [et al.] // *Acta Ophthalmologica* - 2015. - V. 90, Issue 3.
21. Kanski's Clinical Ophthalmology international 9 Edition / Salmon J.F., - Elsevier Science 2019, P.- 349
22. Kang S.H. Korean normative database for time domain optical coherence tomography to detect localized retinal nerve fiber layer defects (preliminary study) / S.H. Kang, K.H. Park, J.M. Rim // *Jpn. J. Ophthalmol.* - 2012. - V.54. - №2. - P. 144-150.
23. Kiernan D.F. Normative databases in SD-OCT: A Status Report resolution retinal imaging systems / D.F. Kiernan, S.M. Hariprasad // *Am.J.Ophthalmol.* - 2010. - V. 19. - P. 18-31.
23. Khanal S. Retinal nerve fiber layer thickness in glaucomatous Nepalese eyes and its relation with visual field sensitivity. / Safal Khanal [et al.] // *J. Optom.* - 2014.- №7(4) - P. 217-224.
24. Leung C.K. Retinal nerve fiber layer imaging with spectral-domain optical coherence tomography a study on diagnostic agreement with Heidelberg Retinal Tomograph / C.K. Leung, [et al.] // *Ophthalmology*. - 2010. - V. 117, - №2. - P. 267-274.
25. Leite M.T. Comparison of the diagnostic accuracies of the spectralis, cirrus and RTVue optical coherence tomography devices in glaucoma / M.T. Leite [et al.] // *Ophthalmology* - 2011. - №. 118. - P. 1334-1339.
26. Louis B. Open - angle glaucoma / B. Louis. [et al.] // *Basic and clinical science course. Glaucoma*. - 2014. Section 10. - P. 254.
27. Moreno-Montañés J. Comparison of retinal nerve fiber layer thickness values using stratus optical coherence tomography and heidelberg retina tomograph-III. / J. Moreno-Montañés [et al.] // *J. Glaucoma*. - 2009. - V. 18, - №7. - P. 528-534.

28. Oddone F. Optic nerve head and nerve fiber layer imaging for diagnosing glaucoma / F. Oddone, [et al.] / (Protocol). The cochrane library. – 2010. – Issue 11.

29. Parekh A.S. Clinical applicability of the International Classification of Disease and Related Health Problems (ICD-9) glaucomastaging codes to predict disease severity in patients with open-angle glaucoma / Parekh A.S. [et al.] // J. Glaucoma. – 2014. – V. 23, – №1. – P. 18-22.

30. Pilar Calvo. Assessment of the optic disc morphology using spectral-domain optical coherence tomography and scanning laser ophthalmoscopy / Pilar Calvo [et al.] // BioMed research international. – 2014. – ID 275654. - Published 6 July 2014 <http://dx.doi.org/10.1155/2014/275654>.

31. Rao Usha S. Diagnosing, preventing and treating glaucoma / Usha S. Rao // American Medical association Journal of Ethics / Virtual Mentor. – 2010. – Vol.12, №12. – P. 934-937.

32. Rao H.L. Comparison of different spectral domain optical coherence tomography scanning areas for glaucoma diagnosis / H.L. Rao // Ophthalmology. –2010. – 117: P. 1692-1699.

33. Tadrous P. Methods of imaging the structure and function of living tissues and cells: 1. Optical coherence tomography / P. Tadrous // J. Pathol. – 2000. – V. 191, – №2. – P. 115-119.

34. Siam G.A. Limitations of the Heidelberg Retina / G.A. Siam [et al.] // Ophthalmic tomograph surg lasers imaging. – 2008. – V. 39. – №3. – P. 262-264.

35. World Glaucoma Association (WGA). Facts about glaucoma [Электронный ресурс] Режим доступа:

36. Samarawickrama C. Ethnic differences in optic nerve head and retinal nerve fiber layer thickness parameters in children / C. Samarawickrama [et al.] // Br. J. Ophthalmol. – 2010. – V. 94. – №7. – P. 871-876.

37. Xiaoli Shen, Lina Huang, Ning Fan, Jing He, “Relationship among Photopic Negative Response, Retinal Nerve Fiber Layer Thickness, and Visual Field between Normal and POAG Eyes”, International Scholarly Research Notices, vol. 2013, Article ID 182021, 6 pages, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/182021>.

ХУЛОСА

**М.Б. Каримов, Ш.Қ. Махмадзода,
П.М. Останаева**

НАЗАРИ МУОСИР ОИД БА АҲАМИЯТИ ҒАФСИИ ҚАБАТИ НАХҲОИ АСАБИ БОСИ- РА ДАР ТАШХИСИ ГЛАУКО- МАИ АВВАЛИНДАРАЧАИ КУНЧКУШОДА

Дар адабиётҳои муосири ҷаҳонӣ ва ватанӣ усулҳои нави таҳлили глаукомаи якуминдараҷаи кунҷкушода бо бартарӣ ва камбудихояшон, ки ҳоло дар тибби амалия истифода шуда истодаанд, таҳлил карда шудааст. Бояд гуфт, ки таҳлили маълумоти адабиёт ва дастурҳо аз рӯи дараҷаи собитшудаи ин усулҳо гузаронида шудааст. Маълумот оид ба ғафсии қабати торҳои асаби турпарда, яке аз меъёри таҳлили глаукома нишон дода шуда, тавсифи муқоисавии усулҳои ҷенкардани ғафсии қабати зикршуда оварда шудааст. Муҳимияти маълумоти ҳамаи усулҳо таҳқиқ карда шуда, роҳи таҳлилии муҳимияти баланди таҳлилии усули аниқ намудани ғафсии қабати торҳои асаби турпарда ҳангоми глаукомаи якуминдараҷаи кунҷкушода аниқ карда шудааст.

Таҳлилҳо нишон доданд, ки таҳлили барвақтӣ ва таъбири саривақтии он гарави пешгирии рушди ҷараёни глаукома, ки метавонад ба нобиноӣ ва корношоямӣ оварад, мебошад.

Калимаҳои калидӣ: глаукомаи якуминдараҷаи кунҷкушода, ғафсии қабати торҳои асаби турпарда, томографияи оптикӣ – когерентӣ, поляриметрияи лазерии сканерӣ, офталмоскопияи конфокалии лазерии сканерӣ, усулҳои таҳлилии глаукома.

**МИРЗОЕВА ЗУХРА
АМОНДУЛЛАЕВНА**



27 января 2023 года на 75 году ушла из жизни крупный специалист с мировым именем, ветеран труда, организатор здравоохранения, посвятившая всю трудовую жизнь проблемам отечественного здравоохранения, одна из основоположников реформы здравоохранения республики, доктор медицинских наук, профессор Мирзоева Зухра Амондуллаевна.

Мирзоева Зухра Амондуллаевна в 1973 году с отличием окончила лечебный факультет Таджикского государственного медицинского института имени Абули ибн Сино.

После окончания института с 1973-1974 гг. успешна прошла клиническую интернатуру на кафедре акушерства и гинекологии ТГМИ им. Абуали ибн Сино.

По окончании клинической интернатуры с 1974 по 1977 гг. обучалась в аспирантуре Научно-исследовательском институте медицинской генетики АМН

НЕКРОЛОГ

СССР, где в 1978 году успешно защитила диссертацию с присуждением ей ученой степени кандидата медицинских наук.

Свою трудовую деятельность начала с 1977 года в должности младшего научного сотрудника отдела гематологии проблемной лаборатории при кафедре акушерства и гинекологии Таджикского государственного медицинского института имени Абуали ибн Сино.

За период с 1977 по 1985 гг. прошла трудовой путь от младшего научного сотрудника отдела гематологии проблемной лаборатории ТГМУ имени Абуали ибн Сино до старшего научного сотрудника (по конкурсу) отделения медико-социальных проблем акушерства и педиатрии НИИ охраны материнства и детства Минздрава Тадж. ССР.

С 1986 г. в связи с избранием на выборную должность избрана председателем Республиканского комитета профсоюза медицинских работников, где проработала до 1995 г.

С 1995 по 1999 гг. работала заместителем министра здравоохранения Республики Таджикистан.

С 1999 по 2003 годы работала начальником Управления планирования, координации и реформирования системы здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Таджикистан.

С 2003 по 2015 годы возглавляла кафедру семейной медицины, одновременно являлась деканом факультета общественного здоровья и здравоохранения Института последипломного

образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан.

За время руководства кафедрой благодаря её незаурядному таланту ученого, реформатора, гуманиста в стране были подготовлены десятки научных работников и сотни высококвалифицированных специалистов в области семейной медицины, кафедра семейной медицины признана на уровне мирового сообщества. Её вклад в развитии здравоохранения Таджикистана неоценим.

Наряду с педагогической и лечебной работой Мирзоева Зухра Амондуллаевна занималась научной деятельностью и добилась значительных успехов в этой области. В частности, в 2002 году защитила диссертацию на тему: «Социально-гигиеническое обоснование приоритетных направлений совершенствования системы охраны здоровья населения Республики Таджикистан» на соискание ученой степени доктора медицинских наук и с того же года ей присвоено ученое звание профессора.

За последние годы Зухра Амондуллаевна активно занималась общественной работой. С 2003 года и до конца жизни являлась председателем Нацио-

нальной ассоциации семейных врачей Республики Таджикистан.

Заботливая и любящая мать Зухра Амондуллаевна прожила яркую жизнь, всегда имела активную позицию, её отличали глубокая человечность, подлинная интеллигентность, высокий профессионализм, жизнелюбие и оптимизм.

Светлая память об этом энергичном и жизнерадостном человеке, сохранится в наших сердцах, а её имя в истории нашей республики. Она всегда будет для нас примером безграничной преданности своей профессии, милосердия и мудрости. Мы навсегда запоем её жизненную энергию, жизнерадостность, высокие душевные и этические качества.

Светлая память о Зухре Амондуллаевне сохранится в наших сердцах навсегда.

Учителя, ученики и коллектив Медико-социального института Таджикистан глубоко скорбят о безвременной кончине Мирзоевой Зухре Амондуллаевне и выражают глубокие соболезнования родным и близким покойной.