

**ПАЁМИ ДОНИШКАДАИ ТИББЙ-ИЧТИМОИИ  
ТОЧИКИСТОН**

**ВЕСТНИК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ИНСТИТУТА  
ТАДЖИКИСТАНА**

**HERALD OF THE MEDICAL AND SOCIAL INSTITUTE OF  
TAJIKISTAN**

Научно-медицинский журнал

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 2021 г.

**4 (13) 2024**

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

**Муовини сармуҳаррир:** Икромӣ Т.Ш. – д.и.т., дотсент

**ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ**

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

**Душенков В.** – д.и.т., профессор, ИМА

**Мақсадова Л.М.** – д.и.т., дотсент, Тошкент

**Мироҷов Ф.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.Ч.** – н.и.т.

**Раскин И.** – д.и.б., профессор, ИМА

**Расулов У.Р.** – д.и.т., профессор

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

**Воҳидов А.В.** – д.и.т., профессор

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

**Заместитель главного редактора:** Икроми Т.Ш. - д.м.н., доцент

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

**Ибодзода Ҳ.** – д.м.н., профессор, академик Академии медико-технической наук Российской Федерации

**Душенков В.** – д.м.н., профессор, США

**Мақсадова Л.М.** – д.м.н., доцент, Ташкент

**Мироджов Г.Қ.** – 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.

**Раскин И.** – д.б.н., профессор, США

**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 ТИББЙ-  
ИЧТИМОИИ  
ТОЧИКИСТОН**

**Мачаллаи  
илмӣ-тиббӣ**

**Хар се моҳ чоп  
мешавад**

**Соли таъсисаш –  
2021**

**Нашрияи МТФ  
“Донишкадаи  
тиббӣ-ичтимоии  
Тоҷикистон”**

**Мачалла  
дар Вазорати  
фарҳанги  
Ҷумҳурии  
Тоҷикистон таҳти  
№367/МЧ-97 аз  
04 июли соли 2024  
ба қайд гирифта  
шудааст.**

**Мачалла дар  
ИИИР (РИНЦ)  
таҳти №211-11/2024  
аз 25.11.2024 ба  
қайд гирифта  
шудааст.**

Подписано в печать  
10.02.2025. Формат  
60x84<sup>1</sup>/<sub>8</sub>. Бумага офсет-  
ная. Печать офсетная.  
Гарнитура Times New  
Roman. Усл. печ. л. 10,5.  
Тираж 100 экз. Заказ  
№03.

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

**ШЎРОИ ТАҲРИРИЯ**  
**Аҳмадов С.М.** – д.и.т., профессор, узви вобастаи Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон.  
**Ғоибзода А.Ҷ.** – д.и.т., профессор, узви вобастаи АМИТ.  
**Ҷӯсуфӣ 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. Национальной академии наук Таджикистана.  
**Ғоибзода А.Дж.** – д.м.н., профессор, член-корр. НАНТ.  
**Ҷӯсуфӣ 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 мачалла  
нашршуда танҳо бо иҷозати хаттии идораи мачалла  
раво дида мешавад.**

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

**Нуқтаи назари муаллифон метавонад муҳолифи  
назари идораи мачалла бошад.**

**НИШОНИИ МАҶАЛЛА**  
734042, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе,  
кӯчаи Клара Сеткина – 2,  
Тел: +992 933 75 10 75  
E-mail: payom\_donishkada@mail.ru  
www.payom\_don.tj

**Мудири редаксия Муродова М.М.**

## М У Н Д А Р И Ч А

<b>Ашурев Е.Е., Шокиров М.Қ..</b> Таҳлили таркиби структураи шиддатнокии кариеси дандон бо мақсади далелнок намудани алгоритми реабилитатсияи патологияи кариесологӣ дар байни ҳавопаймоёни авиаатсияи гражданӣ.....	5
<b>Боймуродов А.А., Сафарова Г. Р., Холова З.Д., Ганиев Х.Х., Нумонов Х.М.</b> Ҷанбаҳои клиникӣ ва эпидемиологии энтеробиозҳо дар кӯдакон.....	15
<b>Кармишева М.Н., Хушвахтова Э.Х.</b> Хусусиятҳои полипҳои гарданаки бачадон дар занони синну соли гуногун.....	21
<b>Қурбонова Г.Ҳ.</b> Таҳлили таҷрибай клиникӣ дар масъалаи истифодабарии конструксияҳои ортопедии ғайричудошавандай аз маводҳои соҳтори гуногуни композитсионӣ соҳта шуда.....	28
<b>Махамадиев А.А., Давронзода М.Д., Юсупов А.Ш.</b> Усули табобати ҷарроҳии беморони гирифтори <b>отити музмини фасоддошта</b> бо оризаҳои деструктивии он .....	34
<b>Махмадзода Ф.И., Наҷмудинов Ф.Н.</b> Муайян намудани пешгӯҳои эҳтимолии холедохолитиази такроршаванда дар беморони гирифтори фарбехӣ .....	41
<b>Наимов З. Ҷ.</b> Истифодаи методҳои муосири таълим дар мактаби олӣ.....	50
<b>Раҳмонов Ш.М.</b> Фаъолият, салоҳиятҳои мақомоти ваколатдори ҳокимияти давлатӣ ва кормандони иҷтимоӣ .....	58
<b>Холова С.Х., Хушвахтова Э.Х.</b> Нақши маркерҳои омосии дар ташхиси занони гирифтори омосҳои хушсифати тухмдон буда .....	66

## ШАРҲИ АДАБИЁТ

<b>Ҳакимова М.Б, Нуриддинова Н.Н.</b> Бӯхрони экологии глобалӣ ҳамчун оқибати муносибати байниҳамдигарии ҷамъият бо табиат .....	73
--	----

## АҲБОРОТ

Эъломия, қарори ҷаласаи Шурои олимон.....	82
---	----

## ЧАШН

80-солагии Мироҷов Ғиёсудин Кутбудинович .....	95
--	----

## ОГЛАВЛЕНИЕ

**Ашуроев Г.Г., Шокиров М.К.** Структуризация составляющих элементов интенсивности кариеса зубов с целью обоснования алгоритма реабилитации кариесологической патологии у пилотов гражданской авиации  
**Боймуродов А.А., Сафарова Г. Р., Холова З.Д., Ганиев Х.Х. Нумонов Х.М.** Клинико-эпидемиологические аспекты энтеробиоза у детей

**Кармишева М.Н. Хушвахтова Э.Х.** Особенности полипов шейки матки у женщин разных возрастных групп

**Курбонова Г.Х.** Анализ клинического опыта применения несъёмных ортопедических конструкций из материалов различной композиционной структуры

**Махамадиев А.А., Давронзода М.Д., Юсупов А.Ш.** Тактика хирургического лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом, осложненным деструкцией среднего уха

**Махмадзода Ф.И., Наджмудинов Ф.Н.** Определение возможных предикторов рецидива холедохолитиаза у больных с ожирением

**Наимов З.Дж.** Применение современных методов обучения в высшей школе

**Рахмонов Ш.М..** Деятельность, полномочия органа государственной власти и социальных работников

**Холова С.Х., Хушвахтова Э.Х.** Роль онкомаркеров в диагностике женщин с доброкачественными новообразованиями яичников

## ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

**Хакимова М.Б., Нуриддинова Н.Н.** Глобальный экологический кризис как последствие взаимоотношение общества с природой

## ХРОНИКА

Резолюция, решения заседания Ученого совета

## ЮБИЛЕЙ

К 80-летию Мироджова Гиёсудина Кудбу-  
диновича

## CONTENS

- 5 **Ashurov G.G., Shokirov M.K.** Stuctured forming element of caries intensity for the reason motivations of the algorithm rehabilitations of caries pathology beside pilot of the civil aviation
- 15 **Boymurodov A.A., Safarova G.R., Kholova Z.D. Ganiev Kh.Kh. Numonov Kh.M.** Clinical and epidemiological aspects enterobiosis in children
- 21 **Karmysheva M.N., Khushvakhtova E.Kh.** Features of cervical polyps in women of different age groups
- 28 **Kurbanova G.H.** Analysis of clinical experience in the use of fixed orthopedic constructions made from materials of various composite structures
- 34 **Makhamadiev A.A., Davronzoda M.D., Yusupov A.Sh.** Tactics of surgical treatment of patients with chronic suppurative otitis media complicated by destruction of the middle ear
- 41 **Makhmadzoda F.I., Najmudinov F.N.** Possible predictors of recurrent choledocholithiasis in patients with obesity.
- 50 **Naimov Z. J.** Application of modern teaching methods in higher school
- 58 **Rahmonov Sh.M..** Activities, powers of authorized bodies of state power and social workers
- 66 **Kholova S.H., Khushvakhtova E.Kh.** The role of tumor markers in the diagnosis of women with benign ovarian tumors
- 73 **Khakimova M.B., Nuriddinova N.N.** Global ecological crisis as a consequence of society's relationship with nature
- 82 **Resolution, Solution meetings of the Academic council**
- 95 **To the 80<sup>th</sup> anniversary of Mirodzhova Giyosdin Kudbudinovich**

## LITERATURE REVIEW

## CHRONICLE

## ANNIVERSARY

**УДК 616.311-003.93 (075.9)**

**Г.Г. Ашурев, М.К. Шокиров**

## **СТРУКТУРИЗАЦИЯ СОСТАВЛЯЮЩИХ ЭЛЕМЕНТОВ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ С ЦЕЛЬЮ ОБОСНОВАНИЯ АЛГОРИТМА РЕАБИЛИТАЦИИ КАРИЕСОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПИЛОТОВ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ**

**Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»**

**Ашурев Гаюр Гафурович** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан». Email: [shakh92@mail.ru](mailto:shakh92@mail.ru); Тел.: (+992) 988710992

---

**Цель исследования.** Провести клинико-ситуационный анализ структурных элементов интенсивности кариеса зубов в обосновании алгоритма реабилитации кариесологической патологии у лётного состава гражданской авиации.

**Материал и методы исследования.** В работе представлены результаты структуризации интенсивности кариеса зубов в зависимости от уровня кариесологического статуса у лётного состава в возрасте 20-60 лет и старше. В ходе проведенного исследования было обследовано 568 сотрудников лётного состава гражданской авиации. Структурная оценка интенсивности кариеса зубов была проведена согласно разработанной и апробированной методике профессора А.В. Алимского.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Суммарное значение осложненных форм кариеса зубов среди авиаработников с компенсированной и субкомпенсированной формами кариесологического статуса составили соответственно  $0,88 \pm 0,11$  и  $3,00 \pm 0,19$ , в то время как среди обследованных с декомпенсированной формой кариесологического статуса суммарное значение исследуемых показателей достоверно увеличилось до  $5,77 \pm 0,49$  единиц в расчете на одного обследованного.

**Заключение.** Наиболее высокий индекс интенсивности кариеса зубов нами выявлен у лётного персонала с декомпенсированной формой кариесологического статуса, несколько меньше он был у лиц, имеющих суб- и компенсированные формы кариесологического статуса.

**Ключевые слова:** кариесологический статус, лётный состав, гражданская авиация, интенсивность кариеса.

**Ashurov G.G., Shokirov M.K.**

**STRUCTURED FORMING ELEMENT OF CARIES INTENSITY FOR THE REASON  
MOTIVATIONS OF THE ALGORITHM REHABILITATIONS OF CRIES  
PATHOLOGY BESIDE PILOT OF THE CIVIL AVIATION**

**Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»**

**Ashurov Gayur Gafurovich** - Doctor of Medicine, professor, head of the department of therapeutic stomatology of the GOU “Institute of post-graduate education in the field of health care of the Republic of Tajikistan”. Email: shakh92@mail.ru; Tel.: (+992) 988710992

**Aim.** Conduct the clinical and situational analysis structured element of caries intensity in motivation of the algorithm to rehabilitations caries pathology beside flying personnel of the civil aviation.

**Material and methods.** In the article presented results of structured caries intensities in depending the level of cariesology status besides flying personnel at the age 20-60 years and senior. In the course of called on studies were examined 568 employees of the flying composition of civil aviation. Structured estimation of caries intensities was organized according to designed and approved methods of the professor A.V. Alimskiy.

**Results.** Total importance of the complicated forms of caries amongst aircraft workman with compensates and subcompensates forms of cariesology status has formed accordingly  $0.88 \pm 0.11$  and  $3.00 \pm 0.19$ , while amongst examined with decompensate form of cariesology status total importance under investigation realistically increased to  $5.77 \pm 0.49$  units in calculation on one examined.

**Conclusion.** The highest index of caries intensities revealed besides flying personnel with decompensates form of cariesology status.

**Key words:** cariesology status, flying personal, civil aviation, caries intensities.

---

**Актуальность.** Патологические процессы органов и тканей полости рта являются актуальной проблемой медицины и стоматологии, что связано с их распространностью среди населения, поскольку они как хронические очаги инфекции часто вызывают развитие очагово-обусловленных заболеваний. Несвоевременная санация полости рта способствует более тяжелым и запущенным формам заболеваний твердых тканей зубов и пародонта, что усложняет лечение, увеличивает сроки, ухудшает исход заболевания [1, 4, 6]. Улучшение и повышение качества оказываемой стоматологической помощи основывается на знаниях клинико-эпидемиологических и социально-эконо-

мических особенностей того или иного региона, что связано с полифакторным происхождением стоматологических заболеваний [2, 3].

**Цель исследования.** Изучить структурные показатели интенсивности кариеса зубов в зависимости от уровня кариесологического статуса у лётного персонала гражданской авиации с целью обоснования алгоритма реабилитации кариесологической патологии.

**Материал и методы исследования.** В ходе проведенного исследования было обследовано 568 сотрудников лётного состава гражданской авиации с целью структуризации интенсивности кариеса зубов в зависимости от уровня кариесологического статуса у лётного

персонала гражданской авиации. Структуризация интенсивности кариеса зубов нами проведена согласно разработанной и апробированной методике профессора А.В. Алимского. В ходе проведенной структуризации интенсивных показателей подробно изучены и проанализированы нижеследующие структурные показатели интенсивности кариеса зубов: элемент «К» – поверхностный и средний кариес зубов; элемент «Р» – осложнения кариеса зубов, подлежащие лечению; элемент «Х» – осложнения кариеса зубов, подлежащие удалению; элемент «П» – пломбированные зубы; элемент «У» – удаленные зубы.

Статистическая обработка полученных данных проводилась по правилам общемедицинской статистики применительно к стоматологии с использованием программы Statistica. О

достоверности отличий средних величин изучаемых показателей судили по критерии Стьюдента. Статистически достоверными считали различия, соответствующие оценке ошибки вероятности  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** При изучении кариесологического поражения в зависимости от уровня компенсации выяснилось, что обследованные пациенты лётного состава в 14,5% случаев имели компенсированный уровень кариесологического статуса (со значением КПУз = 1-3), в 40,9% случаев – субкомпенсированный уровень (со значением КПУз = 4-7), в 36,5% случаев – декомпенсированный уровень (со значением КПУз  $> 8$ ), в остальных (8,1% случаев) случаях нами визуализирован интактный кариесологический статус (КПУз = 0).

**Таблица 1.**

**Повозрастные показатели интенсивности поражения кариесом зубов в зависимости от формы кариесологического статуса у лётного персонала (в среднем на одного обследованного)**

ФКС	Интенсивность кариеса зубов (КПУз)					В среднем
	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и >	
КФКС	1,51±0,22	1,68±0,26	1,86±0,28	2,46±0,32	2,92±0,34	2,09±0,28
СФКС	4,63±0,37	5,87±0,41	5,98±0,44	6,73±0,46	6,95±0,61	6,03±0,46
ДФКС	P1<0,01	P1<0,001	P1<0,001	P1<0,001	P1<0,001	P1<0,001
	8,12±0,69	8,97±0,76	11,11±1,12	12,60±1,91	13,18±2,01	10,80±1,3
	P2<0,001	P2<0,001	P2<0,001	P2<0,001	P2<0,001	P2<0,001

**Примечание:**

ФКС - форма кариесологического статуса;

КФКС - компенсированная форма кариесологического статуса;

СФКС - субкомпенсированная форма кариесологического статуса;

ДФКС - декомпенсированная форма кариесологического статуса;

P1 - достоверность по отношению к значениям у лиц с компенсированной формой кариесологического статуса;

P2 - достоверность по отношению к значениям у лиц субкомпенсированной формой кариесологического статуса.

Сведения о стоматологической заболеваемости лётного состава подтверждают факт ее высокой интенсивности у лиц с декомпенсированной формой кариесологического статуса по сравнению с компенсированной и субкомпенсированной формами. Сравнительные данные таблицы 1 свидетельствуют о том, что в целом показатель интенсивности кариеса имеет тенденцию к увеличению в зависимости от возрастного фактора.

Как свидетельствуют данные таблицы 1, значения интенсивности кариеса зубов в возрасте 20-29 лет у лётного состава гражданской авиации с компенсированной, суб- и декомпенсированной формой кариесологического статуса составили соответственно  $1,51\pm0,22$  единиц,  $4,63\pm0,37$  и  $8,12\pm0,69$  единиц пораженного зуба на одного обследованного пациента. Исследуемые показатели в возрастных группах 30-39 и 40-49 лет соответствовали  $1,68\pm0,26$ ,  $5,87\pm0,41$ ,  $8,97\pm0,76$  и  $1,86\pm0,28$ ,  $5,98\pm0,44$ ,  $11,11\pm1,12$  единиц при средненецифровом их значении  $2,46\pm0,32$ ,  $6,73\pm0,46$ ,  $12,60\pm1,91$  и  $2,92\pm0,34$ ,  $6,95\pm0,61$ ,  $13,18\pm2,01$  среди обследованных в возрасте 50-59, 60 лет и старше.

Полученные результаты позволяют констатировать факт о том, что средненецифровые значения КПУз у лиц с компенсированной, суб- и декомпенсированной формой кариесологического статуса соответствовали  $2,09\pm0,28$ ,  $6,03\pm0,46$  и  $10,80\pm1,3$  единиц пораженного зуба в расчете на 1 обследованного. Следовательно, наиболее высокий усредненный индекс интенсивности кариеса по показателю КПУз нами вы-

явлен у лиц, страдающих декомпенсированной формой кариесологического статуса, несколько меньше он был у лётного персонала, имеющих суб- и компенсированные формы интенсивности кариеса зубов.

Произведенные расчеты показали, что положительная разница в динамике интенсивности кариозного процесса у лётного персонала в зависимости от формы кариесологического статуса колебалась от  $3,94\pm0,18$  до  $4,77\pm0,84$  пораженного зуба на 1 обследованного. Такая же разница в зависимости от возрастного фактора среди одного обследованного с компенсированной формой кариесологического статуса колебалась от  $0,17\pm0,04$  до  $0,60\pm0,04$  пораженного зуба. У лиц с субкомпенсированной формой интенсивности кариесологического поражения вариабельность в зависимости от возрастного фактора составила от  $0,11\pm0,03$  до  $1,24\pm0,04$  при колебании от  $0,58\pm0,10$  до  $2,14\pm0,36$  единиц пораженного зуба у лётного персонала с декомпенсированной формой кариесологического статуса.

Для планирования и разработки дифференцированного подхода по вопросам совершенствования кариесологической помощи наиболее ценную информацию дают сведения, характеризующие структуру интенсивного поражения кариесом зубов у лётного персонала гражданской авиации. Полученные результаты по структурному анализу интенсивности кариесологического поражения лётного состава позволяют отметить, что несмотря на средний уровень пораженности кариесом, структура КПУз у обследованных лиц с

**Таблица 2.**

**Структуризация интенсивности кариеса зубов у лётного персонала с компенсированной формой кариесологического статуса в зависимости от возраста (в среднем на одного обследованного)**

Возраст, в годах	Структурные элементы КПУз					Всего КПУз
	«К»	«Р»	«Х»	«П»	«У»	
20 – 29	0,08±0,02	0,17±0,04	0,36±0,05	0,04±0,02	0,86±0,09	1,51±0,22
30 – 39	0,04±0,02	0,22±0,05	0,41±0,06	0,06±0,02	0,95±0,11	1,68±0,26
40 – 49	0,05±0,03	0,29±0,06	0,46±0,06	0,05±0,02	1,01±0,11	1,86±0,28
50 – 59	0,03±0,01	0,47±0,06	0,62±0,06	0,04±0,02	1,30±0,17	2,46±0,32
60 и >	0,02±0,01	0,61±0,07	0,78±0,07	0,03±0,01	1,48±0,18	2,92±0,34
В среднем	0,05±0,02	0,35±0,06	0,53±0,05	0,04±0,02	1,12±0,13	2,09±0,28

**Примечание:** здесь и далее в табл. 3 и 4

К – поверхностный и средний кариес зубов;

Р – осложнения кариеса зубов, подлежащие лечению;

Х – осложнения кариеса зубов, подлежащие удалению;

П – пломбированные зубы;

У – удаленные зубы.

компенсированной, суб- и декомпенсированной формами кариесологического поражения оказалась весьма неблагоприятной. Прежде всего, это касается высокого удельного веса удаленных зубов. Особенно это хорошо заметно во всех возрастных группах лётного персонала с компенсированной формой кариесологического статуса, где, например, в возрасте 20-29 лет удельный вес утраченных зубов в среднем составляет 0,86±0,09, что составляет 56,95% от общего удельного веса КПУз (1,51±0,22) в расчете на 1 обследованного (табл. 2).

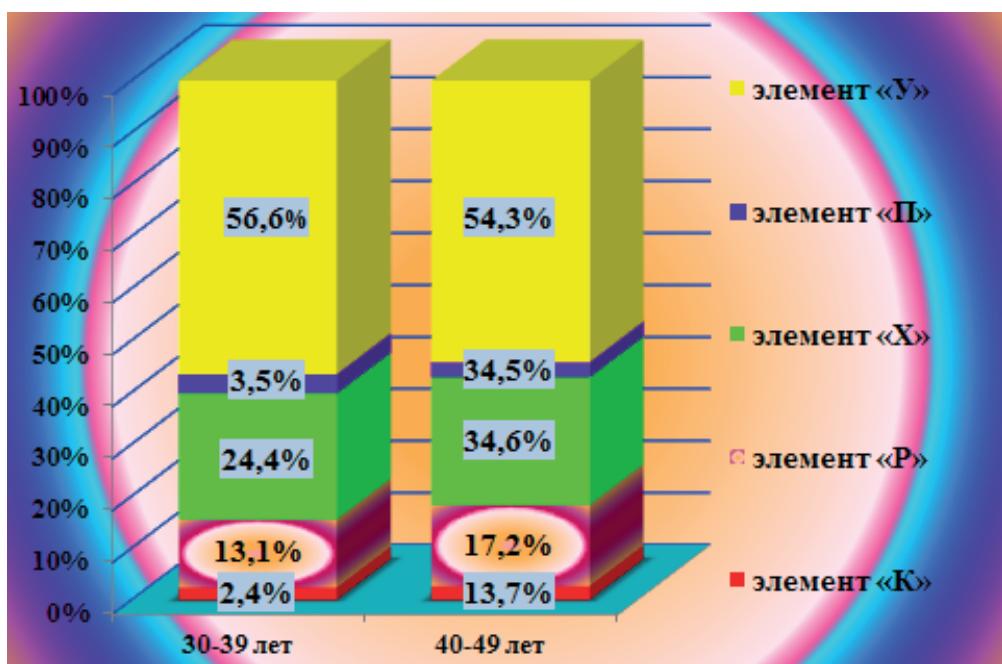
У лётного персонала с компенсированной формой кариесологического статуса в возрасте 30-39 лет 56,55% структуры КПУз занимают удаленные зубы при среднем удельном весе 1,68±0,26 в расчете на 1 обследованного пациента. В возрастных группах 40-49, 50-59 и старше 60 лет исследуемые показате-

ли составили соответственно 54,30%, 52,85% и 50,68% от общего количественного (соответственно 1,86±0,28, 2,46±0,32 и 2,92±0,34) значения интенсивного показателя кариеса зубов.

При изучении элементов, составляющих КПУз, было выявлено, что по-возрастная ее структура среди лётного персонала с компенсированной формой кариесологического статуса в возрасте 20-29 лет была равна 5,30%, 11,26%, 23,84%, 56,95% и 2,65% соответственно для элементов «К», «Р», «Х», «П» и «У».

Структуризация компенсированной формы кариесологического статуса у лётного состава приведена в виде иллюстрации (рис. 1).

Как следует из рисунки, у лётного состава гражданской авиации в возрасте 30-39 лет значение структурных элементов интенсивности кариеса зу-



**Рисунок 1. – Структуризация компенсированной формы кариесологического статуса у лётного состава**

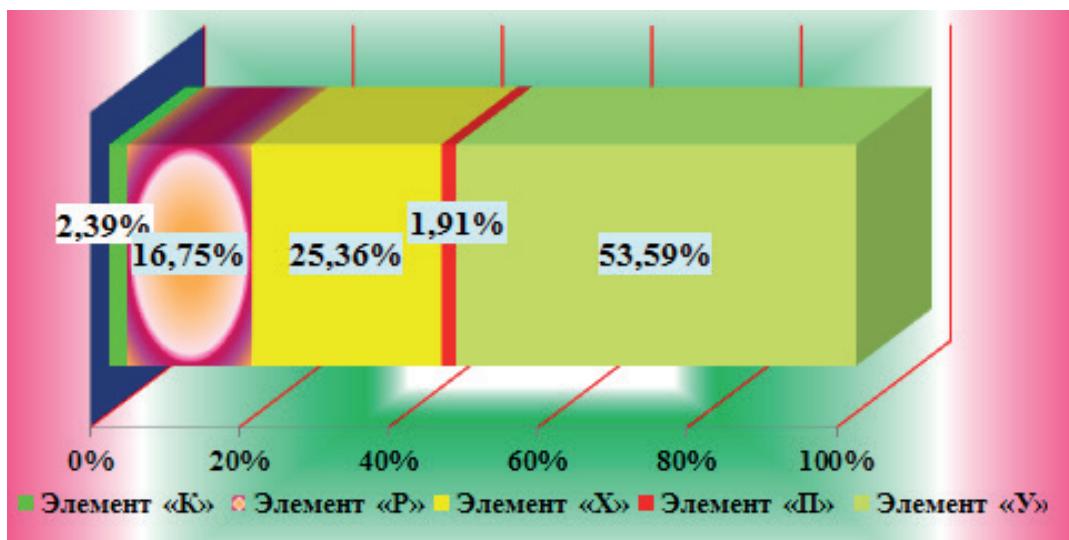
бов при компенсированной форме кариесологического статуса составило 2,38%, 13,10%, 24,40%, 3,57%, 56,55% соответственно для неосложненных форм кариеса зубов (элемент «К»), осложнения кариеса зубов, подлежащих лечению (элемент «Р») и удалению (элемент «Х»), а также удаленных зубов (элемент «У»). По результатам нашего исследования составляющие элементы интенсивности кариеса зубов у лётного персонала с компенсированной формой кариесологического статуса в возрасте 40-49 лет, за исключением количества удаленных зубов (54,30%), другие элементы («К», «Р», «Х», «П») также оказались сравнительно больше (соответственно 2,69%, 15,59%, 24,73%, 2,69%).

У лётного персонала в возрасте 50-59 лет значение вышеупомянутых элементов интенсивности кариесологического статуса составляет 1,22, 19,10, 25,20, 1,63 и 52,85% соответственно при

процентном значении 0,69%, 20,89%, 26,71%, 1,03% и 50,68% в возрасте 60 лет и старше.

В целом среднечисловые значения составляющих элементов интенсивности кариеса при компенсированной форме кариесологического статуса у лётного состава гражданской авиации составили соответственно 2,39%, 16,75%, 25,36%, 1,91% и 53,59% (рис. 2).

Представленные данные табл. 3 убедительно свидетельствуют о сравнительно высоком объеме предстоящей терапевтической и хирургической стоматологической помощи среди лётного персонала с субкомпенсированной формой кариесологического статуса по сравнению с лицами, имеющими компенсированной форме интенсивности кариеса зубов. Среди обследованных лиц удельный вес осложнений кариеса зубов, подлежащие лечению (элемент «Р») остается практически стабильным во



**Рисунок 2. - Усредненные значения составляющих элементов интенсивности кариеса зубов при компенсированной форме кариесологического статуса у лётного состава гражданской авиации**

всех обследованных возрастных группах (соответственно  $1,03 \pm 0,06$ ,  $1,21 \pm 0,07$ ,  $1,31 \pm 0,08$ ,  $1,42 \pm 0,09$  и  $1,53 \pm 0,10$ ) и должен соответствующим образом учитываться при планировании им терапевтической стоматологической помощи.

Помимо того, у лётного персонала, имеющих субкомпенсированной формы кариесологического статуса такой важный показатель как осложнения кариеса зубов, подлежащие удалению (элемент «Х») с соответствующими значениями

$1,43 \pm 0,13$  (30,67%),  $1,99 \pm 0,14$  (33,90%),  $2,05 \pm 0,18$  (34,28%),  $2,69 \pm 0,20$  (39,97%) и  $3,17 \pm 0,36$  (45,61%) свидетельствуют об определенном объеме потребности обследованных лиц в удалении зубов. Причем здесь учтены зубы, подлежащие удалению не только по поводу осложнений кариеса зубов, но также и вследствие заболеваний пародонта.

Удельный вес удаленных зубов (элемент «Ү») среди лётного персонала возрастает от  $1,43 \pm 0,13$  единиц в расчете

**Таблица 3.**

**Структуризация интенсивности кариеса зубов у лётного персонала, имеющих субкомпенсированной формы кариесологического статуса в зависимости от возраста (в среднем на одного обследованного)**

Возраст, в годах	Структурные элементы КПУз					Всего КПУз
	К	Р	Х	П	Ү	
20 – 29	$0,77 \pm 0,06$	$1,03 \pm 0,06$	$1,33 \pm 0,09$	$0,07 \pm 0,03$	$1,43 \pm 0,13$	$4,63 \pm 0,37$
30 – 39	$0,92 \pm 0,07$	$1,21 \pm 0,07$	$1,70 \pm 0,10$	$0,05 \pm 0,03$	$1,99 \pm 0,14$	$5,87 \pm 0,41$
40 – 49	$0,84 \pm 0,05$	$1,31 \pm 0,08$	$1,75 \pm 0,11$	$0,03 \pm 0,02$	$2,05 \pm 0,18$	$5,98 \pm 0,44$
50 – 59	$0,77 \pm 0,04$	$1,42 \pm 0,09$	$1,83 \pm 0,12$	$0,02 \pm 0,01$	$2,69 \pm 0,20$	$6,73 \pm 0,46$
60 и >	$0,33 \pm 0,02$	$1,53 \pm 0,10$	$1,90 \pm 0,12$	$0,02 \pm 0,01$	$3,17 \pm 0,36$	$6,95 \pm 0,61$
В среднем	$0,73 \pm 0,05$	$1,30 \pm 0,08$	$1,70 \pm 0,11$	$0,04 \pm 0,02$	$2,27 \pm 0,20$	$6,03 \pm 0,46$

**Таблица 4.**

**Структуризация интенсивности кариеса зубов у лётного персонала с декомпенсированной формой кариесологического статуса в зависимости от возраста (в среднем на одного обследованного)**

Возраст, в годах	Структурные элементы КПУз					Всего КПУз
	К	Р	Х	П	У	
20 – 29	0,54±0,06	2,25±0,15	2,37±0,17	0,10±0,04	2,86±0,27	8,12±0,69
30 – 39	0,61±0,07	2,34±0,16	2,42±0,19	0,09±0,04	3,51±0,30	8,97±0,76
40 – 49	0,67±0,07	2,90±0,20	3,11±0,26	0,10±0,06	4,33±0,53	11,11±1,12
50 – 59	0,32±0,03	3,03±0,28	3,57±0,36	0,06±0,03	5,62±1,21	12,60±1,91
60 и >	0,10±0,02	3,17±0,30	3,69±0,41	0,03±0,01	6,19±1,27	13,18±2,01
В среднем	0,45±0,05	2,74±0,21	3,03±0,28	0,08±0,04	4,50±0,72	10,80±1,30

на 1 обследованного субкоменсированной формой кариесологического статуса в возрасте 20-29 лет до 3,17±0,36 в возрастной группе 60 лет и старше, т.е. более чем в 2 раза. Сопоставительный анализ элемента «Х» позволяет отметить, что его значение в возрасте 60 лет им старше увеличивается в 1,4 раза. Данный факт должен ориентировать врачей-стоматологов на необходимость увеличения объема хирургической стоматологической помощи среди обследованного контингента авиаработников.

Как свидетельствуют полученные данные, весьма характерна также по-возрастная динамика удаленных зубов в структуре КПУз при субкомпенсированной форме кариесологического статуса у лётного персонала. Удельный вес данного элемента резко нарастает по мере увеличения возраста обследованных лиц, достигая от абсолютного значения 1,43±0,13 и 1,99±0,14 удаленных зубов в расчете на 1 лётного персонала соответственно в возрастной группе 20-29 и 30-39 лет, до 2,05±0,18 и 2,69±0,20 в возрастных группах 40-49 и 50-59

лет соответственно при его значении 3,17±0,36 в возрасте 60 лет и старше. Иными словами, практически больше половины структуры КПУз в обследованных возрастных группах лётного персонала при наличии субкомпенсированной форме кариесологического статуса представлены утраченные зубы (37,6%), при усредненном значении элементов «К» (12,1%), «Р» (21,5%), «Х» (28,2%) и «П» (0,6%).

Как нами установлено, средняя интенсивность элементов «К» и «П» в структуре индекса КПУз у лётного персонала с декомпенсированной формой кариесологического статуса составила минимальную величину (соответственно 0,45±0,05 и 0,08±0,04) при среднедицифровом значении 2,74±0,21, 3,03±0,28 и 4,50±0,72 для элементов «Р», «Х» и «У» соответственно (табл. 4).

Сравнение полученных данных среди авиаработников лётной группы с декомпенсированной формой кариесологического статуса с результатами проводившегося нами обследования интенсивности кариеса зубов у лёт-

ного персонала с компенсированной и субкомпенсированной формами интенсивности кариеса зубов показало достоверный рост элемента «У» в структуре индекса КПУз. Так, в среднем количество удаленных зубов при компенсированной, суб- и декомпенсированной форме кариесологического статуса составило соответственно  $1,12 \pm 0,13$ ,  $2,27 \pm 0,20$  и  $4,50 \pm 0,72$ . Если прирост количества удаленных зубов при субкомпенсированной форме кариесологического статуса составил  $1,15 \pm 0,07$  единиц в расчете на одного обследованного лётного персонала по сравнению с компенсированной формой интенсивности кариеса, то при декомпенсированной степени тяжести кариесологического статуса положительная разница прироста исследуемой величины (элемент «У») составила  $3,38 \pm 0,59$ .

При сопоставлении составляющих элементов интенсивности кариеса зубов у лётного персонала гражданской авиации весьма отчетливо выступало влияние на них формы кариесологического статуса. Так, суммарное значение осложненных форм кариеса зубов (элемент «Р» + элемент «Х») среди авиаработников с компенсированной и субкомпенсированной формами кариесологического статуса составили соответственно  $0,88 \pm 0,11$  и  $3,00 \pm 0,19$ , в то время как среди обследованных с декомпенсированной формой кариесологического статуса суммарное значение исследуемых показателей достоверно увеличилось до  $5,77 \pm 0,49$  единиц в расчете на одного обследованного.

Таким образом, в ходе проведенной сопоставительной оценки элементов

КПУз выяснилось, что среди обследованных лиц лётного состава высокий удельный вес составляют удаленные зубы. В среднем на всех обследованных авиаработников лётного персонала с компенсированной формой кариесологического статуса их абсолютная величина составляет  $1,12 \pm 0,13$ . Наибольший удельный вес удаленных зубов ( $4,50 \pm 0,72$ ) имеет место у лиц с декомпенсированной формой интенсивности кариозного поражения. Промежуточное положение удаленные зубы занимают среди лётного персонала с субкомпенсированной формой кариесологического статуса ( $2,27 \pm 0,20$ ). Оценивая полученные данные, следует констатировать существенный рост показателей пораженности авиаработников лётного состава кариесом зубов и нуждаемости их во всех видах поликлинической стоматологической помощи. В связи с этим полученные нами клинико-эпидемиологические данные о распространенности и интенсивности кариеса зубов и его структуре у лётного персонала представляет, прежде всего, несомненный интерес для организации и планирования стоматологической работы в условиях медико-санитарной части авиационной службы.

## ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-7 см. в REFERENCES)

1. Каримов С.М. Результаты изучения порога вкусового раздражения в зависимости от интенсивности основных стоматологических заболеваний и гомеостатических показателей полости рта / С.М. Каримов, Р.К. Курбанова // Cathedra-Кафедра. Стоматологическое образование. -2023. -№85(3). -С. 32-34.

2. Махмудов Д.Т. Комплексное изучение стоматологического статуса у больных с разной привычной двигательной активностью / Д.Т. Махмудов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. -2020. -№2. -С. 40-46.

3. Обидов С.А. Состояние исходных интенсивных показателей основных стоматологических заболеваний у детей с врожденными несращениями верхней губы и нёба / С.А. Обидов, С.М. Каримов, Г.Э. Муллоджанов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. -2023. -№2. -С. 64-70.

4. Юсупов З.Я. Стоматологическая заболеваемость лиц, работающих в условиях техногенного влияния алюминиевого производства / З.Я. Юсупов, З.Р. Аминджанова, И.С. Одинаев // Наука и инновация. -2020. -№3. -С. 47-53.

children with innate unjoining upper lip and sky]. Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere, 2023. No 2, pp. 64-70.

4. Yusupov Z.Ya., Amindzhanova Z.R., Odinaev I.S. Stomatologicheskaya zabolevaemost lits, rabotayushikh v usloviyakh tekhnogenного vliyaniya alyuminievogo proizvodstva [Dentistry disease of the persons, working in condition of technologic influences of aluminum production]. Nauka i innovatsiya - Science and innovation, 2020, No 3, pp. 47-53.

5. Chrisopoulos S., Beckwith K., Harford J. Oral health and dental care in Australia. Austr Inst Healt Welfare, 2016, 34 p.

6. Rajendra S., Ogle O.E., Williams D. Epidemiology of oral and maxillofacial infections. Dent Clin North Am., 2017, Vol. 61, No 2, pp. 217-233.

## REFERENCES

1. Karimov S.M., Kurbanova R.K. Rezulmati izucheniya poroga vkusovogo razdrazheniya v zavisimosti ot intensivnosti osnovnikh stomatologicheskikh zabolevaniy i gomeostaticeskikh pokazateley polosti rta [Results of the study of the threshold of the gustatory irritation in depending of intensities main dentistry diseases and homeostatic factors of oral cavity]. Cathedra-Kafedra. Stomatologicheskoe obrazovanie - Cathedra-Departement. Dentistry education, 2023, No 85(3), pp. 32-34.

2. Makhmudov D.T. Kompleksnoe izuchenie stomatologicheskogo statusa u bolnokh s raznoy privichnoy dvigatelnoy aktivnostyu [Complex study of dentistry status beside patients with different accustomed motor activity]. Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere, 2020, No 2, pp. 40-46.

3. Obidov S.A., Karimov S.M., Mullodzhyanov G.E. Sostoyanie iskhodnikh intensivnikh pokazateley osnovnikh stomatologicheskikh zabolevaniy u detey s vrozhdyonimi nesrasheniyami gubi i nyoba [Condition of the source intensive factors of main dentistry diseases beside

## ХУЛОСА

**Ф.Ф. Ашурев, М.К. Шокиров**

**ТАҲЛИЛИ ТАРКИБИ СТРУКТУРАИ ШИДДАТНОКИИ КАРИЕСИ ДАНДОН БО МАҚСАДИ ДАЛЕЛНОК НАМУДАНИ АЛГОРИТМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАТОЛОГИЯ КАРИЕСОЛОГӢ ДАР БАЙНИ ҲАВОПАЙМОЁНИ АВИАТСИИИ ГРАЖДАӢ**

**Мақсади таҳқиқот.** Гузаронидани таҳлили клиникую ситуатсионии таркиботи структуравии шиддатнокии кариеси дандон бо мақсади далелнок намудани алгоритми реабилитатсиия патологияи кариесологӣ дар байни ҳайати парвозкунандагони авиатсияи гражданиӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар маводҳои пешниҳодшуда натиҷаҳои

тахлили структуравии шиддатнокии кариеса дандон дар вобастагӣ аз сатҳи ҳолати кариесологӣ байни ҳайати парвозкунандагони синнашон 20-60-сола ва зиёда аз он оварда шудааст. Дар раванди таҳқиқот муоинаи 568 нафар кормандони ҳайати парвозкунандагони авиаатсияи гражданӣ гузаронида шуд. Баҳои структуравии шиддатнокии кариеси дандон бо истифода аз усули коркард ва тасдиқшудаи профессор А.В. Алиский гузаронида шудааст.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Нишондоди ҷамъи намудҳои мураккаби кариеси дандон дар байни кормандони авиаатсионӣ, ки намудҳои компенсаторӣ ва субкомпенсатории ҳолати кариесологиро доштанд

мутаносибан ба  $0,88\pm0,11$  ва  $3,00\pm0,19$  баробарӣ дошта, байни муоинашудагони намуди декомпенсатории ҳолати кариесологидошта ҷамъи нишондоди мазкур то ҳадди  $5,77\pm0,49$  воҳид байни ҳар як муоинашуда зиёд гашт.

**Хулоса.** Барзиёдтарин нишондоди шиддатнокии кариеси дандон дар байни ҳайати парвозкунандагони намуди декомпенсатории ҳолати кариесологидошта муайян гардида, нишондоди ками он байни шахсони намудҳои компенсаторӣ ва субкомпенсаторидоштаи ҳолати кариесологӣ ба назар мерасад.

**Калимаҳои калидӣ:** ҳолати кариесологӣ, ҳайати парвозкунанда, авиаатсияи гражданӣ, шиддатнокии кариес.

**УДК: 616.995.132.8**

**Боймуродов А.А., Сафарова Г.Р., Холова З.Д., Ганиев Х.Х. Нумонов Х.М**

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНТЕРОБИОЗА У ДЕТЕЙ**

**Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»**

**Боймуродов Абдугаффор Авлиякулович** – к.м.н., ассистент кафедры инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». E-mail: abdugaffor.boymurodov@bk.ru. Тел: 919-13-17-10.

**Цель исследования.** Изучить клинико-эпидемиологические особенности энтеробиоза у детей по материалам ГКИБ г. Душанбе.

**Материал и методы исследования.** Материалом исследования явились 23 больных с энтеробиозом, находящихся на стационарном лечение в городской клинический инфекционной больнице г. Душанбе в течение последних 5 лет. Клинический диагноз энтеробиоз выставлялся на основании данных лабораторного исследования (кал на яйца глист, обнаружение яиц гельминта, данных эпидемиологического анамнеза и клинической картины заболевания).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате проведенного исследования из общего 23 (100%) количества больных: городских было 12 (52,2%) и сельских 11 (47,8%) (девочек – 18 (78,3%) и мальчиков было 5 (21,7%). Из них поступили в клинику в первый раз 18

(78,3%), а 5 (21,7%) повторно, в контакте было 20 (87%) детей. У всех обследуемых детей отмечалось легкая форма энтеробиоза, проявляющаяся зудом в прианальной области в вечернее или ночное время (100%), краснота в прианальной области (100%), плохой сон (100%), тошнота у 11 (47,8%), слюнотечение у 11 (47,8%), выход острец наружу у 21 (91,3%) детей.

После проведенного лечения вермоксом 20 детей от 2 лет до 10 лет - по схеме получили однократный приём по 25-50 мг и альбендазолом 200 мл 3 детей получили по 1 таблетки 1 раз в день после еды, в течение 3-4 дней. Результаты выявили абсолютное клиническое выздоровление.

**Выходы.** При проведенном исследовании выявлено, что энтеробиоз остается самым распространенным паразитарным заболеванием в детском возрасте, избежать его достаточно трудно, так как малышам свойственно все пробовать «на зуб», а понятия о безопасности и личной гигиене еще не сформированы. Наблюдается самая главная родительская ошибка при обнаружении симптомов паразитарной инвазии – попытки избавиться от глистов самостоятельно используемые народными средствами или купленными в аптеке препаратами без предварительной консультации с врачом.

**Ключевые слова:** энтеробиоз, паразитарные заболевания, эпидемиологический анализ, яйца глист.

**Boymurodov A.A., Safarova G.R., Kholova Z.D. Ganiev Kh.Kh. Numonov Kh.M**

## **CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS ENTEROBIOSIS IN CHILDREN**

**Department of Infectious Diseases of the GOU «Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino»**

**Boymurodov Abdugaffor Avliyakulovich** – candidate of medical sciences, assistant of the department of infectious diseases, Tajik State Medical University named after Avicenna. E-mail: abdugaffor.boymurodov@bk.ru. Tel: 919-13-17-10.

**Purpose of the study.** To study the clinical and epidemiological features of enterobiasis in children based on materials from the State Clinical Hospital of Dushanbe.

**Material and research methods.** The study material included 23 patients with enterobiasis who were undergoing inpatient treatment at the city clinical infectious diseases hospital in Dushanbe over the past 5 years. The clinical diagnosis of enterobiasis was made on the basis of laboratory test data (feces for helminth eggs, detection of helminth eggs, epidemiological history and clinical picture of the disease).

**Research results and discussion.** As a result of the study, out of a total of 23 (100%) patients: there were 12 (52.2%) urban and 11 (47.8%) rural (18 (78.3%) girls and 5 (21.7%) boys%). Of these, 18 (78.3%) were admitted to the clinic for the first time, and 5 (21.7%) were repeated; 20 (87%) children were in contact. All examined children had a mild form of enterobiosis, manifested by itching in the anal area in the evening or at night (100%), redness in the anal area (100%), poor sleep (100%), nausea in 11 (47.8%), salivation in 11 (47.8%), pinworms coming out in 21 (91.3%) children.

After treatment with vermox, 20 children from 2 years to 10 years old received a single dose of 25-50 mg and albendazole 200 ml according to the scheme; 3 children received 1 tablet once a day after meals, for 3-4 days. The results revealed absolute clinical recovery.

**Conclusions.** The study revealed that enterobiasis remains the most common parasitic disease in childhood; it is quite difficult to avoid it, since children tend to try everything “by tooth”, and

*the concepts of safety and personal hygiene have not yet been formed. The most important parental mistake observed when detecting symptoms of parasitic infestation is attempts to get rid of worms independently using folk remedies or drugs purchased at the pharmacy without first consulting a doctor.*

**Key words:** *enterobiasis, parasitic diseases, epidemiological analysis, worm eggs.*

**Актуальность.** Энтеробиоз является самым распространенным гельминтозом человека, встречается во всем мире, но наиболее распространен в странах умеренного климата. В мире этим гельминтозом поражено более 350 млн. человек, преимущественно дети дошкольного и младшего школьного возраста.

Энтеробиоз - (новолат. *enterobiosis*; лат. *Enterobius* «острица»; от др. греч. ἔντερον «кишечник» + βίος «жизнь») заболевание является антропонозным, передаваемым от человека к человеку. Возбудитель энтеробиоза - круглый червь, в длину не превышающий 6-10 мм. Местом обитания становятся слепая кишечника и аппендицис. Черви питаются перевариваемой пищей, но могут прикрепляться к стенке кишечника и сосать кровь хозяина.

Продолжительность жизни паразита не превышает двух месяцев. Размножение происходит посредством отложения яиц, для чего самки во время ночного сна человека выбираются через расслабленный сфинктер анального отверстия наружу. Этот процесс вызывает у человека сильный зуд. Расчесывая кожу, человек переносит яйца на собственные руки, затем они попадают на бытовые предметы и в рот. Первичная инвазия происходит во время контактов с зараженным человеком или предметами, до которых он дотрагивался загрязненными

ми руками. Возможно распространение яиц на лапках мух и тараканов, а также с домашней пылью.

Уже спустя 5-6 часов после отложения самкой находящиеся в яйцах зародыши трансформируются в личинки. После попадания в кишечник личинка выходит из яйца и развивается до взрослой особи в течение 3-4 недель. Затем процесс повторяется.

Вне человеческого организма яйца остириц сохраняют жизнеспособность в течение месяца. Они устойчивы к большинству внешних факторов, в том числе к дезинфицирующим средствам. При кипячении личинки погибают почти мгновенно, но при обработке поверхностей этиловым спиртом, эфиром или карболовой кислотой уничтожение происходит не ранее чем через пять минут постоянного контакта с веществом.

**Цель исследования.** Изучить клинико-эпидемиологические особенности энтеробиоза у детей по материалам ГКИБ г. Душанбе.

**Материал и методы исследования.** Материалом исследования явились 23 больных с энтеробиозом, находящихся на стационарном лечении в городской клинический инфекционной больницы г. Душанбе в течение последних 5 лет. Клинический диагноз энтеробиоз выставлялся на основании данных лабораторного исследования (кал на яйца

глист, обнаружение яиц гельминта, данных эпидемиологического анамнеза и клинической картины заболевания).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате проведенного анализа было установлено: из общего количества городских 12 (52,2%), сельских 11 (47,8%), девочек – 18 (78,3%), мальчиков было 5 (21,7%), что составляли 16 (69,6%) больных детей в возрасте от 2 до 5 лет, а в возрасте от 5 до 10 – 7 (30,4%). Из общего количества больных 10 (43,5%) дети посещали детский сад, 13 (56,5%) учились в общеобразовательной школе. Из них дети поступили в клинику первый раз 18 (78,3%), а 5 (21,7%) повторно. Не соблюдали правила гигиены 21(91,3%), соблюдали правила гигиены 2 (8,7%). В контакте было 20 (87%) детей и 3 (13%) не были в контакте. Дети употребляли фрукты мытыми 2 (8,7%), немытыми 21(91,3%).

Во всех описанных нами случаях у детей отмечалась лёгкая форма энтеробиоза, проявляющаяся зудом в прианальной области, которая проявлялась в вечернее или ночное время – 23 (100%), краснота в прианальной области наблюдалась – у 23 (100%) детей, плохой сон – 23 (100%), тошнота – у 11(47,8%), слюнотечение у 11(47,8%), выход остиц наружу у 21 (91,3%) ребенка.

Диагноз энтеробиоз выставлялся на основании данных клинической картины заболевания и обнаружения яиц в кале у 23 (100%) ребенка. После подтверждения диагноза, всем пациентам назначалась медикаментозная терапия, состоявшаяся в приеме противогель-

минтозных препаратов: вермокс и декарис.

Так, вермокс получали 20 (87%) детей, который назначался препарат по следующей схеме: от 2 лет до 10 лет - однократный приём по 25-50 мг, альбендазол 200 мл получили 3 (13%) детей по 1 таблетки 1 раз в день после еды, в течение 3-4 дней.

После проведенного лечения проводился контроль лечения по клинической картине - симптомы полностью исчезли - у всех детей было выявлено абсолютное клиническое выздоровление, а в исследовании кала у 23 (100%) детей не было выявлено яиц гельминта. Больные дети после проведенного лечения на 5 день были выписаны 19 (82,6%) детей, а на 7 день 4 (17,4%) ребёнка.

**Выводы.** При проведенном исследовании выявлено, что энтеробиоз остается самым распространенным паразитарным заболеванием в детском возрасте, избежать его достаточно трудно, так как малышам свойственно все пробовать «на зуб», а понятия о безопасности и личной гигиене еще не сформированы. Самая главная родительская ошибка при обнаружении симптомов паразитарной инвазии – попытки избавиться от глистов самостоятельно народными средствами или купленными в аптеке препаратами без предварительной консультации с врачом. Во-первых, паразитов огромное множество, и без диагностики достоверно определить конкретного возбудителя невозможно. Во-вторых, лекарственные средства, принимаемые наобум, могут только навредить. И в-третьих, что делать, если у ребёнка действительно

острицы, решать должен только квалифицированный врач. Только специалист может точно определить род паразитов, подобрать оптимальный лекарственный препарат, схему и дозировку его приема. Эпидемиологическая ситуация по зараженности населения энтеробиозом остается весьма напряженной, о чем свидетельствуют приведенные выше показатели. Наиболее чаще энтеробиоз регистрировался у детей в 99,6% случаев. Основными причинами заражения населения энтеробиозом послужили онихофагия, несоблюдение правил личной гигиены, а также контакт с домашними животными.

Больного изолируют в домашних условиях или в условиях стационара в отдельном боксе или с детьми, имеющими аналогичную нозологию до полного клинического выздоровления (в среднем на 1-2 недели).

Больному рекомендуется соблюдение личной гигиены: тщательное мытье рук после каждого посещения туалета, коротко подстриженные ногти, частая смена белья, стирка белья в горячей воде и проглаживание всех вещей горячим утюгом, воздержание от расчесывания зудящих мест. В помещении, где находится больной, производят ежедневную влажную уборку. Гигиенический режим при энтеробиозе следует соблюдать 2-3 недели.

После клинического выздоровления ребенка допускают в образовательную организацию без противоэпидемических ограничений. Мероприятия в очаге не проводят. Необходимо обеспечение больного отдельной посудой, предметами личного ухода.

Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц не организовывают.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Р.С. Аракельян, Н.С. Ларина, А.Р. Курбангалиева, Л.А. Сивцова. Клинико-эпидемиологические аспекты энтеробиоза у детей / Р.С. Аракельян и др. // Профилактическая и социальная медицина. – 2023. – Стр. – 129-130
2. Сутягина Д.М., Рязанова Е.А. Анализ заболеваемости энтеробиозом населения одного из городов Свердловской области за 2017-2019 гг. Международный студенческий научный вестник 2020; 4: 3.
3. Пошехонова Ю.В. Клинический случай сочетанного гельминтоза в педиатрической практике / Ю.В. Пошехонова и др. // Вестник гигиены и эпидемиологии. - 2019. - Т. 23. - №3. - С. 306-310.
4. Коржова А.Н., Мирзоева Р.К. Распространение энтеробиоза в Краснодарском крае. Евразийский союз ученых 2019; 12-2 (69): 60-63.
5. Афанасьев Э.Х.Ю. Статистика заболеваемости энтеробиозом в Республике Саха (Якутия) за 2008-2018 гг. Научный электронный журнал «Меридиан» 2019; 15 (33): 225-227.
6. Бодня Е.И. Обоснование особенностей лечебно-оздоровительных мероприятий при энтеробиозе детей в современных условиях. Педиатрия. Восточная Европа 2018; 6 (3): 479-488.
7. Летюшева А.Н., Степанова Т.Ф., Вайтович М.А., Стасенко В.Л., Крига А. С. Эпидемиологическая значимость различных объектов внешней среды в общеобразовательных учреждениях г. Омска с низким уровнем поражённости детей энтеробиозом. Здоровье населения и среда обитания - ЗНИСО 2018; 6 (303): 35-39.
8. Лорхматова И.А., Петренко О.В., Монашова М.Г. Особенности аллергических

проявлений у детей при паразитарных инвазиях. Университетская медицина Урала 2017; 3-1 (8): 39-40.

#### REFERENCES

1. R.S. Arakelyan, N.S. Larina, A.R. Kurbangalieva, L.A. Sivtsova. Clinical and epidemiological aspects of enterobiasis in children / R.S. Arakelyan et al. // Preventive and social medicine. – 2023. – Page – 129-130
2. Sutyagina D.M., Ryazanova E.A. Analysis of the incidence of enterobiasis in the population of one of the cities of the Sverdlovsk region for 2017-2019. International Student Scientific Bulletin 2020; 4:3.
3. Poshekhanova Yu.V. Clinical case of combined helminthiasis in pediatric practice / Yu.V. Poshekhanova et al. // Bulletin of hygiene and epidemiology. - 2019. - T. 23. - No. 3. - P. 306-310.
4. Korzhova A.N., Mirzoeva R.K. Distribution of enterobiasis in the Krasnodar region. Eurasian Union of Scientists 2019; 12-2 (69): 60-63.
5. Afanasyev E.Kh.Yu. Statistics on the incidence of enterobiasis in the Republic of Sakha (Yakutia) for 2008-2018. Scientific electronic journal “Meridian” 2019; 15 (33): 225-227.
6. Bodnya E.I. Justification of the features of therapeutic and health measures for enterobiasis in children in modern conditions. Pediatrics. Eastern Europe 2018; 6 (3): 479-488.
7. Letyusheva A.N., Stepanova T.F., Vaitovich M.A., Stasenko V.L., Kriga A.S. Epidemiological significance of various environmental objects in educational institutions of Omsk with a low level of enterobiasis in children. Population health and habitat - ZnSO 2018; 6 (303): 35-39.
8. Lorkhmatova I.A., Petrenko O.V., Monashova M.G. Features of allergic manifestations in children with parasitic infestations. University Medicine of the Urals 2017; 3-1 (8): 39-40.

#### ХУЛОСА

**Боймуродов А.А., Сафарова Г.Р.,  
Холова З.Д., Ганиев Х.Х.,  
Нумонов Х.М.**

#### ЧАНБАҲОИ КЛИНИКӢ ВА ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЭНТЕРОБИОЗҲО ДАР КӮДАКОН

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯхтани хусусиятҳои клиникию эпидемиологии энтеробиоз дар кӯдакон тибқи маводҳои Беморхонаи давлатии клиникии сироятии шаҳри Душанбе.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Маводи омӯзишӣ 23 нафар bemoroni энтеробиозро дар бар гирифтаанд, ки дар тӯли 5 соли охир дар bemorxonaи шаҳрии клиникии bemoriҳои сироятии шаҳри Душанбе таҳти табобат қарор доштанд. Таҳхиси клиникии энтеробиоз дар асоси маълумотҳои лабораторӣ (наҷосат барои тухми гелминтҳо, ошкор намудани тухми гелминтҳо, анамнези эпидемиологӣ ва ҳолати клиникии bemorӣ) гузашта шудааст.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Дар натиҷаи таҳқиқот аз 23 нафар (100%) bemoron: 12 (52,2%) нафари он дар шаҳр ва 11 (47,8%) нафари digaraš дар дехот зиста, 18 (78,3%) онҳо духтарон ва 5 (21,7) нафари digaraš писарон мебошад. 18 нафари онҳо (78,3%) бори аввал ба дармонгоҳ муроҷиат кардаанд ва 5 нафар (21,7%) такроран, 20 нафар (87%) онҳо дар алоқа буданд. Ҳама кӯдакони муоинашуда шакли сабуки энтеробиозро доштанд, ки бо хориш дар минтақаи мақъад бегоҳ ё шабона (100%), сурҳ-

шавии минтақаи аналӣ (100%), хоби бад (100%), дилбехӯзурӣ дар 11 нафар (47,8%) чой доштанд, дилбехӯзурӣ дар 11 (47,8%), баромади кирм ба берун дар 21 (91,3%) кӯдак, - доштаанд.

Пас аз табобат бо вермокс ба 20 кӯдаки аз 2 сола то 10 сола як вояи 25-50 мг ва албендазол 200 мл мувофиқи схема дар як рӯз як маротиба пас аз хӯрок 3-4 рӯз қабул намуданд. Натиҷаҳо барқароршавии мутлақи клиникиро нишон доданд.

**Хуносахо.** Таҳқиқот нишон дод, ки энтеробиоз ҳамчун бемории маъмултарини паразитӣ дар давраи кӯдакӣ боқӣ

мемонад, аз онро пешгири кардан хеле душвор аст, зоро қӯдакон майл доранд, ки ҳама чизро «бо дандон» бисанҷанд ва дар онҳо мағҳумҳои бехатарӣ ва гигиенаи шаҳсӣ ҳанӯз ташаккул на-ёфтаанд. Муҳимтарин ҳатои волидайн ҳангоми ошкор кардани аломатҳои сирояти паразитӣ ин қӯшиши нест кардани кирмҳо бо истифода аз воситаҳои ҳалқӣ ё доруҳои дар доруҳона харидашуда бидуни машварати аввал ба табиб мебошад.

**Калимаҳои қалидӣ:** энтеробиоз, бемориҳои паразитарӣ, таҳлили эпидемиологӣ, тухми кирм.

**УДК: 618.1-089**

**Кармишева М.Н., Хушвахтова Э.Х.**

## **ОСОБЕННОСТИ ПОЛИПОВ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

**ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ и СЗН РТ**

**Кармишева Мавлюда Нарзуллоевна** - к.м.н., научный сотрудник гинекологического отдела ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ и СЗН РТ. E-mail: Sanoatoy.Kholova @ mail.ru; тел: (+992) 901 05 88 89

**Цель исследования.** Изучить основные факторы и особенности развития полипа шейки матки у женщин различных возрастных групп.

**Материал и методы исследования:** Проведено клинико-лабораторное исследование 146 женщин с полипами шейки матки разных возрастных групп в ГУ ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ. Обследованные женщины в зависимости от возраста были разделены на следующие группы: I группа – 29 (19,9%) женщин активного репродуктивного возраста; II группа – 61 (41,7%) женщина позднего репродуктивного возраста; III группа – 56 (38,4%) женщин перименопаузального возраста

**Результаты исследования и их обсуждение.** При гинекологическом обследовании женщин активного репродуктивного возраста в большинстве случаев (25 – 86,2±6,4%) полипы шейки

матки выявлялись как единичные образования. Лишь у 4 ( $13,8\pm4,7\%$ ) пациенток диагностировались множественные полипы. У женщин позднего репродуктивного возраста наблюдалось увеличение частоты множественных полипов — у 15 ( $24,6\pm5,5\%$ ) пациенток, в то время как единичные полипы выявлялись у 46 ( $75,4\pm5,5\%$ ).

Анализ частоты полипов шейки матки в группе женщин перименопаузального возраста также показал преобладание единичных полипов: у 48 ( $85,7\pm4,7\%$ ) пациенток, при этом (56) множественные полипы были обнаружены только у 8 ( $14,3\pm4,7\%$ ).

У всех обследованных пациенток полипы сочетались с патологическими состояниями шейки матки. Данные состояния подтверждались как визуально, так и с использованием кольпоскопического метода исследования, что указывает на необходимость комплексного подхода в диагностике и лечении.

**Заключение:** Проведенные исследования показали многофакторность патологии шейки матки при полипах, большое количество беременностей, родов, искусственные и самопривольные прерывания беременности с последующим инструментальным высабливанием полости матки и длительное применение ВМС. Клинические проявления и тактика лечения полипов шейки матки зависят от возраста женщины, её гормонального фона и сопутствующих заболеваний.

**Ключевые слова:** полип шейки матки, активный репродуктивный возраст, поздний репродуктивный возраст, перименопаузальный возраст.

**Karmysheva M.N., Khushvakhtova E.Kh.**

#### **FEATURES OF CERVICAL POLYPS IN WOMEN OF DIFFERENT AGE GROUPS**

**State Institution «Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology»  
Republic of Tajikistan**

**Karmisheva Mavlyuda Narzulloevna** - candidate of medical sciences, researcher at the gynecological department of the State Institution “Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology” of the Republic of Tajikistan. E-mail: Sanoatoy.Kholova@mail.ru; tel: (+992) 901 05 88 89

**Purpose of the study.** To study the main factors and features of the development of cervical polyp in women of different age groups.

**Materials and methods of research.** In connection with the set goal, we conducted a clinical and laboratory examination of 146 women at the State Research Institute of Aging and Pregnancy of the Ministry of Health of the Republic of Tajikistan. The examined women, depending on their age, were divided into the following groups: Group I – 29 (19,9%) women of active reproductive age; Group II – 61 (41,7%) women of late reproductive age; Group III – 56 (38,4%) women of perimenopausal age

**Research results and discussion.** During a gynecological examination of women of active reproductive age, in most cases ( $25 - 86.2\pm6.4\%$ ) polyps were single and in 4 ( $13.8\pm4.7\%$ ) patients there were multiple polyps. We found an increase in the frequency of multiple polyps in women of late reproductive age ( $15 - 24.6\pm5.5\%$ ), and single polyps occurred in 46 ( $75.4\pm5.5$ ). Analysis of the number of cervical polyps revealed that in the group of women of perimenopausal age, single polyps also predominated: 48 ( $85.7\pm4.7\%$ ) and only 8 ( $14.3\pm4.7\%$ ) had multiple polyps. In all examined patients, polyps were combined with pathological conditions of the cervix, which were confirmed both visually and by colposcopic examination.

**Conclusion.** The studies showed the multifactorial nature of cervical pathology with polyps, a large number of pregnancies, childbirths, artificial and spontaneous abortions followed by instrumental curettage of the uterine cavity and long-term use of the IUD. Clinical manifestations and treatment tactics for cervical polyps depend on the woman's age, her hormonal levels and concomitant diseases.

**Key words:** cervical polyp, active reproductive age, late reproductive age, perimenopausal age.

**Актуальность.** Полипы шейки матки представляют собой доброкачественные новообразования, возникающие на слизистой оболочке шейки матки. Они характеризуются разнообразием клинических проявлений, которые могут зависеть от возраста пациенток и их гормонального статуса. Данная патология является одной из наиболее распространенных среди женщин и оказывает значительное влияние на репродуктивное и общее здоровье [1, 2, 7].

У женщин репродуктивного возраста полипы шейки матки нередко становятся причиной нарушений менструального цикла, межменструальных кровотечений и в ряде случаев могут приводить к снижению fertильности. В перименопаузальном и постменопаузальном периодах наблюдается повышенный риск озлокачествления полипов, что делает необходимым раннее выявление и тщательный мониторинг данной патологии [3, 6].

Особое внимание следует уделять изучению клинических признаков, инструментальной диагностики и дифференциальных подходов к лечению полипов, чтобы своевременно выявлять злокачественные изменения и назначать адекватную терапию. Кроме того, исследование факторов, способствующих рецидивам полипов, и их связи с возрастом, сопутствующими заболеваниями и другими рисками имеет ключевое

значение для разработки эффективных мер профилактики и улучшения качества медицинской помощи [1, 4, 5].

**Цель исследования.** Изучить основные факторы и особенности развития полипа шейки матки у женщин различных возрастных групп.

**Материал и методы исследования.** В связи с поставленной целью нами проведено клинико-лабораторное обследование 146 женщин, проходивших курс амбулаторного и стационарного обследования и лечения в гинекологическом отделении и консультативно-диагностической поликлинике ГУНИИ АГиП МЗ РТ. Обследованные женщины в зависимости от возраста были разделены на следующие группы:

I группа – 29 (19,9%) женщин активного репродуктивного возраста

II группа – 61 (41,7%) женщина позднего репродуктивного возраста

III группа – 56 (38,4%) женщин перименопаузального возраста

**Результаты исследования их обсуждение.** Возраст исследуемых женщин составил 21-60 лет. При этом средний возраст в группе активного репродуктивного возраста составил  $30,7 \pm 0,8$ ; в позднем репродуктивном возрасте –  $41,7 \pm 2,8$  и перименопаузальном возрасте –  $49,0 \pm 0,3$ . Причем большинство пациенток ( $41,8 \pm 4,1$ ) были в возрасте 36-45 лет, в возрасте 46-50 лет – 45 ( $30,8 \pm 3,8\%$ ).

**Таблица 1.**

**Частота выявленных жалоб и клиническая симптоматика**

Характер жалоб и симптоматика	I группа (n=29)		II группа (n=61)		III группа (n=56)		Всего (n=146)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Контактное кровотечение	4	13,8±6,4	8	13,1±4,3	7	12,5±4,4	19	13,0±2,8
Боли внизу живота	18	62,1±9,0	33	54,1±6,4	25	44,6±6,6	76	52,1±4,1
Гноевидное выделение из половых путей	16	55,2±9,2*	16	26,2±5,6*	13	22,2±5,6*	45	30,8±3,8
Бессимптомное течение	4	13,8±6,4**	11	18,0±4,9**	23	41,1±6,6**	38	26,0±3,6

\* –  $p<0,01$ ; \*\* –  $p<0,01$

**Таблица 2.**

**Сочетание полипа шейки матки с другими патологическими состояниями шейки матки**

Патологические процессы	I группа (n=29)		II группа (n=61)		III группа (n=56)		Всего (n=146)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Эктопия	23	79,3±7,5*	38	62,3±6,2	23	41,1±6,6*	84	57,5±4,1
Цервицит	9	31,0±8,6	20	32,8±6,0	26	46,4±6,7	55	37,7±4,0
Гипертрофическое удлинение шейки матки	11	37,9±9,0	30	49,2±6,4	29	51,8±6,8	70	47,9±4,1
Старый разрыв	7	24,1±7,9	14	22,9±5,4	17	30,3±6,1	38	26,0±3,6
Кольпиты	20	68,9±8,6	34	55,7±6,3	29	51,8±6,7	83	56,8±4,1
Наботовы кисты	3	10,3±5,6	6	9,8±3,8	6	10,7±4,1	15	10,3±2,5
Лейкоплакия	3	10,3±5,6	4	6,5±3,2	6	10,7±4,1	13	8,9±2,5

\* –  $p<0,001$

Ведущей жалобой в исследуемых группах явились боли различной интенсивности внизу живота и гноевидные выделения из половых путей – 76 (52,1±4,1%), 45 (30,8±3,8%) соответственно (табл. 1).

Гноевидные выделения из половых путей отмечались достоверно ( $p<0,01$ ) более чем в 2 раза чаще у женщин I группы, чем пациенток II и III группы.

Анализ выявленных жалоб показал, что контактное кровотечение у больных с полипом шейки матки во всех группах колебалось от 12,5±5,4% до 13,8±6,4%. При этом бессимптомное течение процесса зарегистрировано у женщин перименопаузального возраста в 2 раза чаще ( $p<0,01$ ), чем у пациенток позднего репродуктивного возраста, и

в 3 раза чаще по сравнению с группой активного репродуктивного возраста.

Воспалительные процессы влагалища имели место у каждой 2-й женщины перименопаузального и позднего репродуктивного возраста и у более половины пациенток активного репродуктивного возраста. Данные представлены в таблице 2.

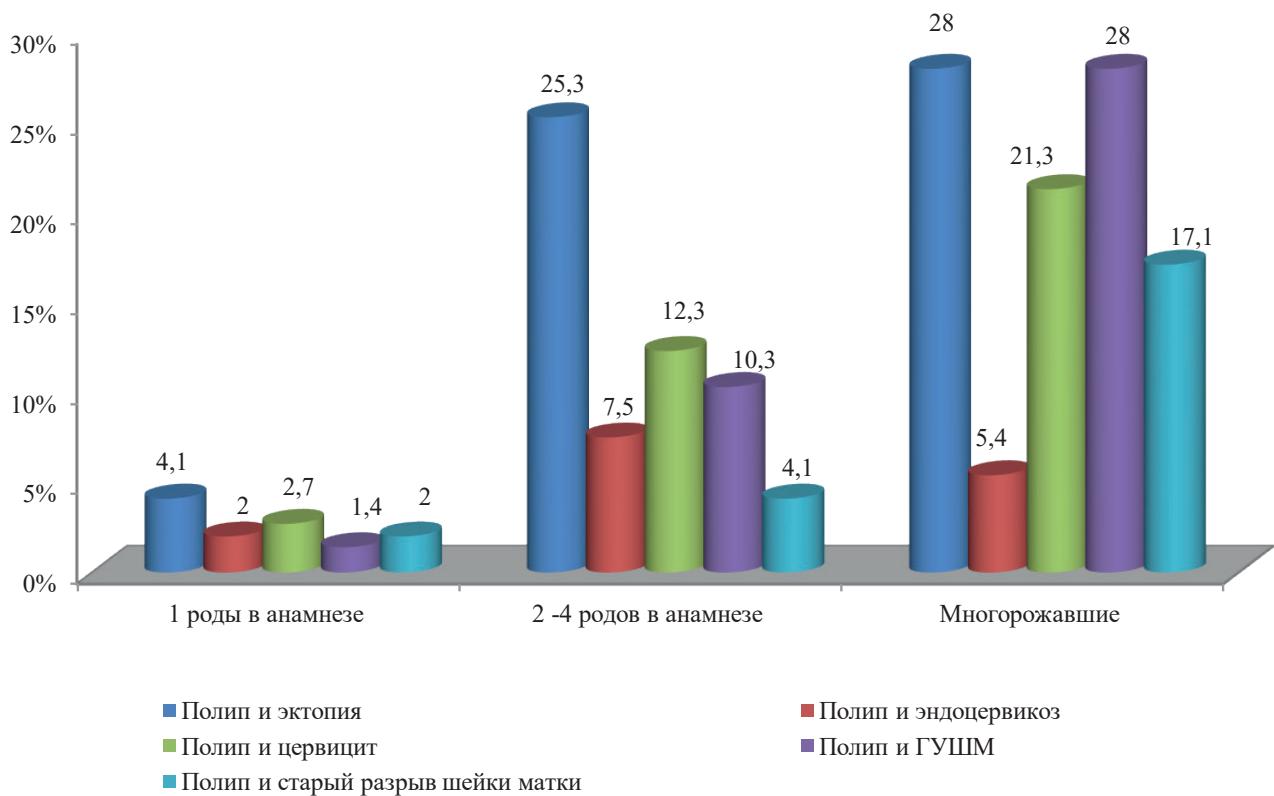
При анализе акушерского анамнеза выявлена высокая частота прерывания беременности, как искусственного, так и самопроизвольного. Лишь у 3 пациенток, что составило 2,1%, не было прерываний беременности. Из 146 пациенток с полипом шейки матки у 39 ( $26,7\pm3,7\%$ ) в анамнезе были самопроизвольные выкидыши с последующим инструментальным выскабливанием и у 109 ( $74,6\pm3,6\%$ ) – искусственное прерывание беременности путем вакуум-аспирации и инструментального выскабливания полости матки. У каждой 5-й – более 4 прерываний беременности в анамнезе.

При изучении контрацептивного анамнеза установлено, что каждая 2-я ( $50,0\pm17,7\%$ ) пациентка I группы использовала ВМС до трех лет. Более половины ( $53,6\pm9,4\%$ ) пациенток III группы, каждая 2-я ( $50,0\pm17,7\%$ ) – I группы и каждая 3-я ( $31,0\pm8,6\%$ ) – II группы использовали ВМС до трех лет. И почти каждая 3-я ( $20-30,8\pm5,7\%$ ) пациентка с полипом шейки матки использовали ВМС более пяти лет.

При гинекологическом исследовании (осмотр шейки матки в зеркалах) визуально определялись полипы шейки различных размеров (от 2 до 30 мм и более). У женщин активного репродук-

тивного возраста в большинстве случаев ( $25-86,2\pm6,4\%$ ) полипы были единичные и у 4 ( $13,8\pm4,7\%$ ) пациенток множественные полипы. У этих пациенток средний размер полипов составил: длина –  $11,7\pm1,3$  мм, ширина –  $9,3\pm1,2$  мм. Нами установлено у женщин позднего репродуктивного возраста увеличение частоты множественных полипов ( $15-24,6\pm5,5\%$ ), а единичные полипы имели место у 46 ( $75,4\pm5,5\%$ ) (средний размер: длина –  $11,4\pm1,1$  мм, ширина –  $8,7\pm0,9$  мм). Анализ количества полипов шейки матки выявил, что в группе женщин перименопаузального возраста также преобладают единичные полипы: у 48 ( $85,7\pm4,7\%$ ) и только у 8 ( $14,3\pm4,7\%$ ) имелись множественные полипы. При этом средний размер составил: длина –  $9,6\pm0,9$  мм, ширина –  $7,8\pm0,6$  мм. У всех обследуемых больных полипы сочетались с патологическими состояниями шейки матки, которые подтверждались как визуально, так и кольпоскопическим методом исследования. Нами установлено, что у более половины пациенток ( $84-57,5\pm4,1\%$ ) полип сочетается с эктопией шейки матки. В 58 ( $39,7\pm4,0\%$ ) случаях полип установлен с гипертрофическим удлинением шейки матки. Установлено, что полипы у 55 ( $37,7\pm4,0\%$ ) женщин сочетаются с воспалительным процессом экзоцервикса, что подтверждалось наличием цервицита. Полип на фоне старого разрыва шейки матки установлен у каждой 5-й ( $35-23,9\pm3,5\%$ ) больной.

Как видно из рисунка №1 полип шейки матки в сочетании с эктопией с наибольшей частотой встречается у много рожавших женщин – 41 ( $28,0\pm3,7\%$ ),



**Рис. 1. Сочетание полипов с доброкачественными заболеваниями шейки матки в зависимости от паритета**

тогда как в группе повторнородящих этот показатель составил 37 ( $25,3\pm3,6\%$ ) и в 7 раз реже ( $6 - 4,1\pm1,6\%$ ) встречался у женщин, в анамнезе которых были одни роды. Сочетание полипов шейки матки и эндоцервикоза с наибольшей частотой – (11 – 7,5%) встречалось в группе повторнородящих женщин, тогда как в группе с одними родами лишь у 3 (2%) и многорожавших у 8 (5,4%). С наибольшей частотой сочетание полипа с цервицитом выявлено у многорожавших женщин – 31 ( $21,3\pm3,4\%$ ). Эта патология отмечалась у повторнородящих в 2 раза реже ( $18 - 12,3\pm2,7\%$ ) и первородящих в 8 раз ( $4 - 2,7\pm1,3\%$ ) реже. Закономерно часто встречалось сочетание полипа шейки матки с гипертрофическим удлинением шейки матки у многорожавших 41 ( $28\pm3,7\%$ ) женщин,

этот показатель почти в 3 раза реже 15 ( $10,3\pm2,5\%$ ) у повторнородящих, тогда как с одними родами в анамнезе лишь у двоих пациенток (1,4%) установлен полип шейки матки на фоне гипертрофического удлинения шейки матки. С увеличением паритета повышается частота сочетания полипа со старым разрывом шейки матки: в группе многорожавших – 25 ( $17,1\pm3,1\%$ ), в группе 2-4 родов в анамнезе – 6 ( $4,1\pm1,6\%$ ) и в группе с одними родами в анамнезе – 3 (2%). Необходимо отметить, что полип шейки матки сочетался во всех наблюдениях с доброкачественными заболеваниями шейки матки. Сочетание полипа с одной патологией установлено только в 11 ( $7,5\pm1,2\%$ ) случаях. В 135 ( $92,5\pm2,2\%$ ) случаях полип сочетался с одним или

несколькими доброкачественными заболеваниями шейки матки.

**Заключение.** Проведенные исследования показали многофакторность патологии шейки матки при полипах, большое количество беременностей, родов, искусственные и самопроизвольные прерывания беременности с последующим инструментальным высабливанием полости матки и длительное применение ВМС. Клинические проявления и тактика лечения полипов шейки матки зависят от возраста женщины, её гормонального фона и сопутствующих заболеваний. Для репродуктивного возраста основным вызовом является контроль рецидивов и коррекция гормональных нарушений, в то время как для женщин старших возрастных групп важен контроль риска малигнизации и своевременная диагностика.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кондриков Н.И. Патология матки. Руководство для врачей / Кондриков Н.И., Баринова И.В. // М.: Практическая медицина, 2019. 229-233С.
2. Рецепторный статус полипов эндометрия у женщин в постменопаузе./ Коган Е.А., Саттаров Ш.Н., Саркисов С.Э., Бойко М.А., Мамиконян И.О. // Акушерство и гинекология. 2014. №2, С.60-66.
3. Структура патологии эндометрия в различные возрастные периоды / Чернуха Г.Е., Асатурова А.В., Иванов И.А., Думановская М.Р // Акушерство и гинекология 2018. №8. С.129-134.
4. High number of endometrial polyps is a strong predictor of recurrence: findings of a prospective cohort study in reproductive-age women./ Gu F, Zhang H, Ruan S, Li J et al. // Fertil Steril. 2018 V.109(3). P.493-500.
5. H. Erinanc. Increased expression of nestin and VEGF in endometrial polyps: an immunohis-

tochemical study./ H. Erinanc, E. Toprak. // J Clin Exp Pathol 2016; V.9(7): P.7458-7463

6. Malcolm G. Uterine polyps, adenomyosis, leiomyomas, and endometrial receptivity./ Malcolm G. Munro, David Geffen. // Fertility and Sterility 2019. V.111(4): P.629-640

7. The management of polyps in female reproductive organs / Tanos V, Berry KE, Seikkula J, Abi Raad E, Stavroulis A, Sleiman Z et al. // International Journal of Surgery. 2017. №43. С. 98.

## ХУЛОСА

**Кармишева М.Н., Хушвахтова Э.Х.**

## ХУСУСИЯТХОИ ПОЛИПХОИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН ДАР ЗАНОНИ СИННУ СОЛИ ГУНОГУН

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши омилҳо ва хусусиятҳои асосии инкишофи полипҳои гарданаки бачадон дар занони синну соли гуногун.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Вобаста ба ҳадафи гузашташуда дар МД ПИТАГ ва П ВТ ва ҲИА ҶТ дар байни 146 нафар занон ташхиси клиникий-лабораторӣ гузаронида шудааст. Занони муоинашуда вобаста ба синну солашон ба гурӯҳҳои зерин тақсим карда шуданд: гурӯҳи I – 29 (19,9%) нафар занони синни репродуктивии фаъол; гурӯҳи II – 61 (41,7%) нафар занони синни репродуктивӣ; гурӯҳи III – 56 (38,4%) зани синни перименопаузӣ.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Ҳангоми муоинаи гинекологии занони синну соли репродуктивии фаъол дар аксари ҳолатҳо (25 – 86,2±6,4%) полипҳо якранг ва дар 4 (13,8±4,7%) ҳолат полипҳои сершумор

ба мушоҳида расиданд. Мо афзоиши шумораи полипҳои сершуморро дар занони синни репродуктивии дертар ( $15 - 24,6 \pm 5,5\%$ ) ва полипҳои якка дар 46 ( $75,4 \pm 5,5$ ) ҳолат ба қайд гирифта шуд. Таҳлили шумораи полипҳои гарданаки бачадон маълум кард, ки дар гурӯҳи занони синни перименопаузавӣ полипҳои яккаса низ бартарӣ доранд: 48 нафар ( $85,7 \pm 4,7\%$ ) ва танҳо 8 нафар ( $14,3 \pm 4,7\%$ ) полипҳои сершумор доранд. Дар ҳамаи беморони муоинашуда полипҳо бо шароити патологии гарданаки бачадон ҳамроҳ карда шуданд, ки онҳо ҳам ба таври визуалӣ ва ҳам бо ташхиси колпоскопӣ тасдиқ карда шуданд.

**Хулоса.** Таҳқиқотҳои гузаронидашуда хусусияти бисёрфактории патологияи гарданаки бачадонро бо полипҳо, шумораи зиёди ҳомиладорӣ, таваллуд, исқоти сунъӣ ва стихиявӣ, ки баъдан ба воситаи инструменталий тоза кардани холигоҳи бачадон ва истифодаи дарозмуддати спирали даруни бачадон нишон доданд. Зуҳуроти клиникӣ ва тактикаи табобати полипҳои гарданаки бачадон аз синну соли зан, сатҳи гормоналӣ ва бемориҳои ҳамроҳикунанда вобаста аст.

**Қалимаҳои қалидӣ:** полипи гарданаки бачадон, синни репродуктивии фаъол, синну соли репродуктивии дер, синну соли перименопаузавӣ.

УДК: 615.477;616-089.23

Г.Х. Курбонова

## АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ НЕСЪЁМНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ИЗ МАТЕРИАЛОВ РАЗЛИЧНОЙ КОМПОЗИЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана».

**Курбонова Гулноз Хошимовна** – и.о. зав. кафедрой терапевтической стоматологии, соискатель кафедры терапевтической стоматологии НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”. Email-gulnozhoshimovna@gmail.com. Тел: (+992) 918 43 43 77

**Цель исследования.** Изучить эффективность применения несъёмных ортопедических конструкций из материалов различной композиционной структуры.

**Материал и методы исследования.** Социологический опрос охватил 487 пациентов, проходивших лечение в городской стоматологической поликлинике №3 г. Душанбе, а также на кафедре ортопедической стоматологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана». В рамках исследования было изучено 1032 ортопедические конструкции. Для статистической обработки данных использовалась вычислительная приставка хроматографа LDS Basis.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Согласно данным эпидемиологического исследования, штампованные стальные коронки составили 629 единиц (60,9%), золотые — 149

(14,4%), коронки из серебряно-палладиевого сплава — 51 (5,0%), металлокерамические — 71 (6,9%), а металлокомпозитные — 132 (12,8%) от общего числа исследованных конструкций.

**Выводы.** Стальные коронки являются наиболее распространёнными ( $p<0,05$ ), особенно среди пожилых пациентов (60,9%), благодаря их доступной стоимости и долговечности. Золотые и металлокерамические коронки чаще выбирают пациенты среднего возраста за их эстетические и функциональные преимущества. Коронки из серебряно-палладиевого сплава и металлокомпозитные конструкции применяются реже.

**Ключевые слова:** зубной протез, ортопедическая конструкция, коронка,

**G.H. Kurbonova**

### **ANALYSIS OF CLINICAL EXPERIENCE IN THE USE OF FIXED ORTHOPEDIC CONSTRUCTIONS MADE FROM MATERIALS OF VARIOUS COMPOSITE STRUCTURES**

**NEI “Medical-Social Institute of Tajikistan”**

**Kurbanova Gulnoz Khoshimovna** – Acting Head of the Department of Therapeutic Dentistry, PhD candidate of the Department of Therapeutic Dentistry of the NOU “Medical and Social Institute of Tajikistan”. Email-gulnozhoshimovna@gmail.com. Tel: (+992) 918 43 43 77

**Purpose of the study.** To study the effectiveness of using fixed orthopedic constructions made from materials of various compositions.

**Material and research methods.** A sociological survey covered 487 patients who underwent treatment at the City Dental Clinic No. 3 in Dushanbe, as well as at the Department of Prosthetic Dentistry of the Non-State Educational Institution “Medical-Social Institute of Tajikistan.” Within the framework of the study, 1,032 orthopedic constructions were analyzed. For statistical data processing, the LDS Basis chromatograph computational module was used.

**Research results and discussion.** According to the data from the epidemiological study, stamped steel crowns accounted for 629 units (60.9%), gold crowns — 149 (14.4%), silver-palladium alloy crowns — 51 (5.0%), metal-ceramic crowns — 71 (6.9%), and metal-plastic crowns — 132 (12.8%) of the total number of constructions analyzed.

**Conclusions:** Steel crowns are the most commonly used ( $p<0.05$ ), especially among elderly patients, due to their affordability and durability. Gold and metal-ceramic crowns are more frequently chosen by middle-aged patients for their aesthetic and functional advantages. Silver-palladium alloy crowns and metal-plastic constructions are used less frequently.

**Key words:** denture, orthopedic design, crown.

---

**Актуальность.** Несъёмные ортопедические конструкции играют важную роль в восстановлении функциональности и эстетики зубного ряда, обеспечивая комфорт и качество жизни пациентов. Современная стоматология предлагает широкий спектр материалов для изготовления таких конструкций, включая стальные, золотые, металло-

керамические, металлокомпозитные и композиционные материалы. Выбор материала зависит от множества факторов, включая возраст пациента, клинические показания, финансовые возможности и требования к эстетике [1, 3, 6].

Стальные коронки продолжают быть популярными благодаря своей доступности и прочности, особенно среди

пожилых пациентов [2]. Золотые и металлокерамические конструкции чаще используются пациентами среднего возраста, так как они обеспечивают высокую эстетику и функциональность [4, 5]. Металлопластмассовые и серебряно-палладиевые коронки применяются реже, что связано с ограничениями их прочностных характеристик [7].

Несмотря на обширные исследования в области несъёмного протезирования, сравнительный анализ клинического опыта применения материалов различной композиционной структуры остаётся недостаточно изученным. Это особенно актуально для регионов с разнообразным уровнем доступности материалов и различной покупательной способностью населения [8].

**Цель исследования.** Изучить эффективность применения несъёмных ортопедических конструкций из материалов различной композиционной структуры.

**Материал и методы исследования.** Социологический опрос охватил 487 пациентов, проходивших лечение в городской стоматологической поликлинике №3 г. Душанбе, а также на кафедре ортопедической стоматологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана». В рамках исследования было изучено 1032 ортопедические конструкции. Для статистической обработки данных использовалась вычислительная приставка хроматографа LDS Basis.

Обследование проводилось по классической схеме: сбор анамнеза, осмотр, изучение пародонтальных индексов. Результаты фиксировались в карту паци-

ента ВОЗ, с указанием пола, возраста, стоматологического статуса и данных об ортопедических протезах (тип, количество, качество, расположение). Для количественных данных рассчитывались среднее значение ( $M$ ) и стандартная ошибка ( $m$ ), для качественных — процентное соотношение. Сравнение показателей проводилось с помощью  $t$ -критерия Стьюдента. В каждой выборке определяли дисперсию, асимметрию и эксцесс. Различия считались значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Эпидемиологические результаты показали, что из 1032 конструкций штампованные стальные коронки чаще всего использовались у пациентов в возрастной группе 30–59 лет — 418 случаев (40,5%), что превышает частоту применения у пациентов старше 60 лет (120 единиц, 11,6%) и у пациентов 20–29 лет, где зарегистрировано наименьшее количество — 91 единица (8,8%). В общем, штампованные стальные коронки были использованы в 629 случаях (60,9%) ( $p < 0,05$ ) (табл. 1).

Золотые коронки были использованы в 149 случаях (14,4%). Чаще всего их применяли у пациентов в возрасте 40–49 лет — 45 единиц (4,4%). В возрастной группе 30–39 лет отмечено 38 случаев (3,7%), у пациентов 20–29 лет — 32 (3,1%), в группе 50–59 лет — 20 (1,9%), а в категории старше 60 лет — 14 (1,4%).

Штампованные коронки из серебряно-палладиевого сплава применялись в 51 случае (4,9%). Наибольшая частота их использования зарегистрирована в группе 30–39 лет — 13 случаев (1,25%).

У пациентов 20–29 лет было установлено 10 таких коронок (0,96%), в группе 50–59 лет — 12 (1,16%), у пациентов 40–49 лет — 5 (0,48%), а среди пациентов старше 60 лет — 6 единиц (0,48%).

Штампованные металлокерамические коронки применялись в 71 случае (6,88%). Чаще всего они использовались у пациентов в возрасте 20–29 лет — 30 случаев (2,90%). В возрастной группе 40–49 лет зафиксировано 15 случаев (1,45%), в группе 30–39 лет — 11 (1,06%), среди пациентов 50–59 лет — 12 (1,16%), а в группе старше 60 лет — 3 случая (0,29%).

Штампованные коронки из металлопластмассы были установлены в 132 случаях (12,79%). Наибольшее использование отмечено у пациентов в возрастных группах 40–49 лет — 44 случая (4,26%), 50–59 лет — 30 (2,90%) и 30–39 лет — 20 (1,93%). В группах 20–29 лет и старше 60 лет их частота применения оказалась одинаковой — по

19 случаев (1,84%).

Результаты исследования свидетельствуют о том, что возраст пациента играет важную роль в выборе типа ортопедической конструкции. Стальные коронки наиболее часто используются у пациентов в возрасте 50–59 лет, в то время как в группе 20–29 лет их применение минимально. Металлопластмассовые конструкции и золотые коронки преобладают у пациентов 40–49 лет, а металлокерамические коронки чаще устанавливаются в возрасте 20–29 лет. У пациентов старше 60 лет наблюдается низкая частота применения металлопластмассы и металлокерамики, что объясняется необходимостью использования более прочных материалов и соответствующими клиническими показаниями. Диаграмма наглядно демонстрирует зависимость выбора материалов от возрастной группы.

Современные подходы в ортопедической стоматологии предоставляют

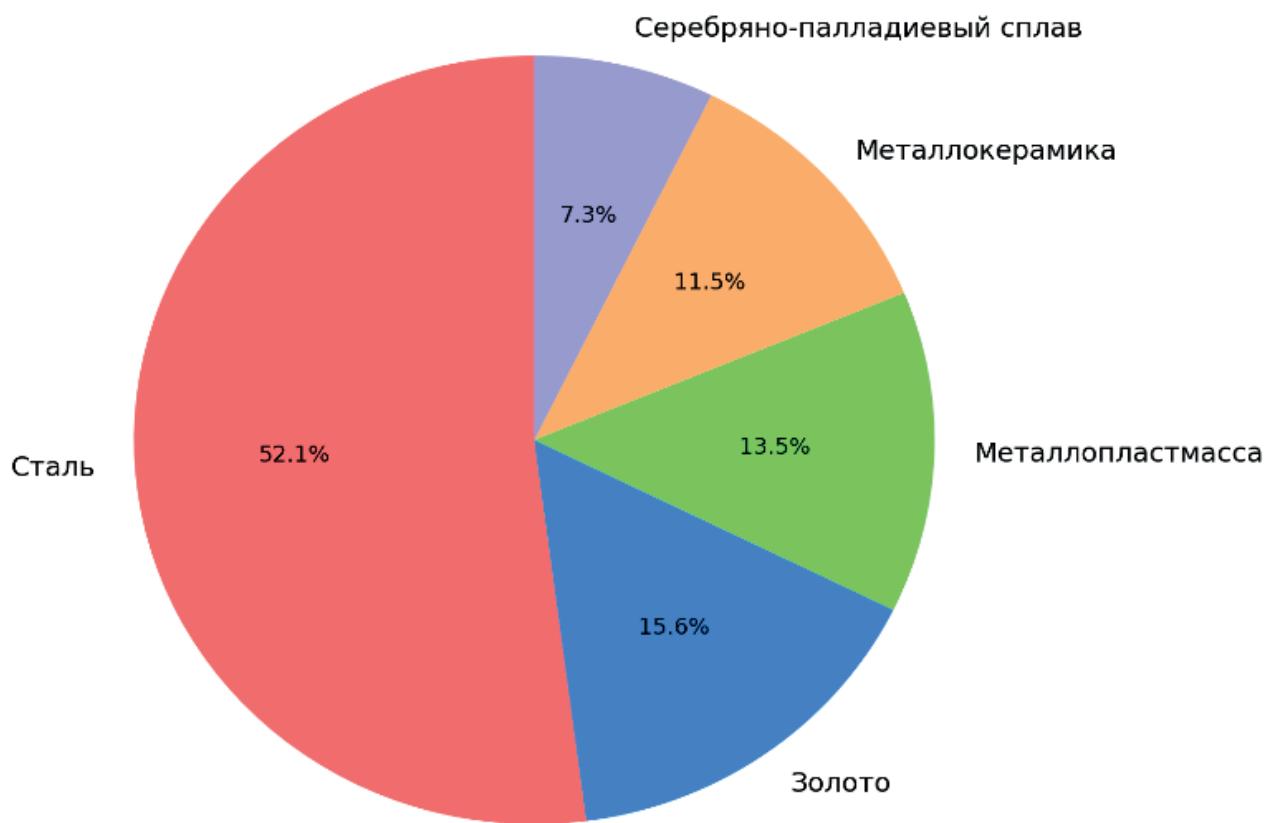
**Таблица 1.**

**Анализ материалов ортопедических конструкций (n=1032)**

Тип материала	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше	Всего
Сталь	91 (8,81%)	125 (12,11%)	142 (13,75%)	146 (14,14%)	125 (12,11%)	629 (60,94%)
Золото	32 (3,10%)	38 (3,68%)	45 (4,36%)	20 (1,93%)	14 (1,35%)	149 (14,43%)
Серебряно-палладиевый сплав	10 (0,96%)	13 (1,25%)	11 (1,06%)	12 (1,16%)	5 (0,48%)	51 (4,94%)
Металлокерамика	30 (2,90%)	11 (1,06%)	15 (1,45%)	12 (1,16%)	3 (0,29%)	71 (6,88%)
Металлопластмасса	19 (1,84%)	20 (1,93%)	44 (4,26%)	30 (2,90%)	19 (1,84%)	132 (12,79%)

Примечание: в среднем % от общего количества ортопедических конструкций. Р<0,05 — статистически значимы.

Распределение различных материалов протезов (%)



возможность выявлять клинические закономерности и с высокой точностью прогнозировать результаты лечения. Однако в Таджикистане реализация таких подходов осложняется из-за недостаточной технической оснащенности стоматологических клиник, ограниченного доступа к современным материалам и дефицита квалифицированных специалистов. Объем доказательной клинико-эпидемиологической информации по методам ортопедического лечения, в том числе при частичной утрате зубов, остается недостаточным. Для восполнения этого пробела было проведено исследование по стандартам ВОЗ. В период с 2018 по 2023 год обследовано 787 пациентов (441 мужчина и 346 женщин) в возрасте 20 лет и старше,

прошедших курс ортопедического лечения. Изучены как ближайшие, так и отдаленные результаты лечения.

**Выводы.** Проведенное исследование показало, что выбор материала для протезов варьируется в зависимости от возрастной группы пациентов. Средние значения составили: сталь —  $125,8 \pm 21,70$ ; золото —  $29,8 \pm 12,7$ ; серебряно-палладиевый сплав —  $10,2 \pm 3,11$ ; металлокерамика —  $14,2 \pm 9,88$ ; металлопластмасса —  $26,4 \pm 10,88$ . Стальные коронки остаются наиболее востребованными ( $p < 0,05$ ), особенно среди пациентов пожилого возраста, что обусловлено их высокой прочностью и доступной стоимостью. Золотые и металлокерамические конструкции чаще используются у пациентов среднего

возраста благодаря их эстетическим и функциональным характеристикам. Серебряно-палладиевые коронки и металлокерамика встречаются реже. Для улучшения качества протезирования важно повышать квалификацию специалистов, обновлять оборудование стоматологических клиник и активно внедрять современные материалы, что позволит продлить срок службы ортопедических конструкций.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белоклицкая Г. Ф. Протезирование зубов: современные тенденции. – М.: Медицина, 2018.
2. Иванов А. С., Кравченко Л. Н. Металлические коронки в стоматологии. // Стоматология, 2019. – №3. – С. 15–19.
3. Коваленко В. А. Эстетика в ортопедической стоматологии. – СПб.: Нова, 2020.
4. Петров Ю. И. Использование металлокерамики в ортопедическом протезировании. // Российская стоматология, 2021. – №2. – С. 32–37.
5. Сидоренко М. И. Прочность и долговечность золотых коронок. – Казань: Университетская пресса, 2017.
6. Смирнова О. Л., Орлова А. А. Композиционные материалы в стоматологии. // Вестник стоматологии, 2022. – №4. – С. 21–26.
7. Тихомиров А. П. Металлокерамика в современной стоматологии. – Воронеж: Академия, 2019.
8. Шарапов Н. К., Абдулаев Д. М. Роль экономических факторов в выборе стоматологических материалов. // Стоматологический журнал Таджикистана, 2020. – №1. – С. 45–50.

## REFERENCES

1. Beloklitskaya G. F. Dental prosthetics: modern trends. – Moscow: Medicine, 2018.
2. Ivanov A. S., Kravchenko L. N. Metal crowns in dentistry. // Dentistry, 2019. – №3. – P. 15–19.

3. Kovalenko V. A. Aesthetics in orthopedic dentistry. – St. Petersburg: Nova, 2020.
4. Petrov Yu. I. The use of metal-ceramics in orthopedic prosthetics. // Russian Dentistry, 2021. – №2. – P. 32–37.
5. Sidorenko M. I. Strength and durability of gold crowns. – Kazan: University Press, 2017.
6. Smirnova O. L., Orlova A. A. Composite materials in dentistry. // Dental Bulletin, 2022. – №4. – P. 21–26.
7. Tikhomirov A. P. Metal-plastic in modern dentistry. – Voronezh: Academy, 2019.
8. Sharapov N. K., Abdulayev D. M. The role of economic factors in the selection of dental materials. // Tajikistan Dental Journal, 2020. – №1. – P. 45–50.

## ХУЛОСА

### Г.Х. Қурбонова

**ТАҲЛИЛИ ТАҶРИБАИ КЛИНИКӢ  
ДАР МАСъАЛАИ ИСТИФОДАБАРИИ  
КОНСТРУКСИЯҲОИ ОРТОПЕДИИ ҒАЙРИЧУДОШАВАНДАИ  
АЗ МАВОДҲОИ СОХТОРИ ГУНОГУНИ КОМПОЗИТСИОНӢ СОХТА ШУДА**

**Мақсади омӯзиш.** Омӯзиши са-маранокии истифодаи конструксияҳои ортопедии ғайричудошаванда, ки аз маводҳои сохтори гуногун сохта шуда.

**Маводҳо ва усулҳои тадқиқот.** Тадқиқоти сотсиологӣ 487 бемореро фаро гирифт, ки дар Клиникаи дан-донпизишкии шаҳри №3-и Душанбе ва инчунин дар кафедраи стоматологияи ортопедии МТФ “Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон” табобат гирифтаанд. Дар доираи таҳқиқот 1032 конструксияи ортопедӣ таҳлил карда шуд. Барои коркарди маълумотҳои

статистикӣ аз замимаи ҳисоббарории хроматографи LDS Basis истифода шуд.

**Натиҷаи омӯзиш ва муҳокимаи онҳо.** Мувоғиқи маълумоти тадқиқоти эпидемиологӣ, тоҷҳои пӯлоди штампшуда 629 (60,9%) аداد, тоҷҳои тиллой — 149 (14,4%), тоҷҳои аз ҳӯлаи нуқра-палладий — 51 (4,9%), тоҷҳои металлокерамикӣ — 71 (6,9%) ва тоҷҳои металлопластмасса — 132 (12,8%) аз шумораи умумии конструксияҳои таҳлилшударо ташкил доданд.

**Хулоса.** Тоҷҳои пӯлодӣ аз ҳама

бештар истифода мешаванд ( $p<0,05$ ), ҳусусан дар байни беморони синну соли солхурдагӣ, аз сабаби дастрасии нарҳ ва устувории онҳо. Тоҷҳои тиллой ва металлокерамикӣ аз ҷониби беморони синни миёна бештар интихоб мешаванд, зоро онҳо бартариҳои эстетикӣ ва функционалий доранд. Тоҷҳои аз ҳӯлаи нуқра-палладий ва конструксияҳои металлопластмасса бошанд камтар истифода мешаванд.

**Калимаҳои калидӣ:** протези дандон, конструксияи ортопедӣ, тоҷ.

**УДК:** 616-089; 616.284-002

**Махамадиев А.А., Давронзода М.Д., Юсупов А.Ш.**

## **ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ДЕСТРУКЦИЕЙ СРЕДНЕГО УХА**

**Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».**  
**Таджикистан.**

**Давронзода Манучехр Давроншо** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». E-mail: [shoevmd@mail.ru](mailto:shoevmd@mail.ru), телефон: (+992) 93-400-47-57

**Цель исследования.** Оптимизировать хирургическое лечение больных с хроническим гнойным средним отитом.

**Материал и методы исследования.** В условиях сурдологического отделения ГУ НМЦРТ «Шифобаҳи» за период 2017-2020 гг. нами было обследовано и прооперировано 126 больных в возрасте от 19 до 45 лет (из них 56 женщин и 70 мужчин), страдающих односторонним хроническим гнойным средним отитом с различной степенью тугоухости.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Все больные с ХГСО, имели различные жалобы, которые были разделены на местные (боль в ухе, оторея, понижение слуха, гнилостный запах из уха, шум в ушах) и общепатологические (головная боль, слабость, озноб).

**Выводы.** Выбор метода хирургического лечения при ХГСО зависит от степени поражения структур среднего уха. Эндоуральная аттикаантротомия эффективна при склеротическом типе сосцевидного отростка с ограниченном гноином процессом. При выраженности деструктивных изменений в полостях среднего уха результативно радикальная операция, что

улучшает доступ к очагу инфекции и даёт возможность для хорошей санации. Закрытие Евстахиевой трубы при радикальных операциях предупреждает распространение инфекции из полости носоглотки сторону среднего уха.

**Ключевые слова:** хирургическое лечение, хронический гнойный средний отит, ухо.

**Makhamadiev A.A., Davronzoda M.D., Yusupov A.Sh.**

### **TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA COMPLICATED BY DESTRUCTION OF THE MIDDLE EAR**

**Department of Otorhinolaryngology GOU «Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino»**

**Davronzoda Manuchehr Davronsho** – candidate of medical sciences, assistant of the otolaryngology department of the State Educational Institution “TSMU named after Abuali ibni Sino”. E-mail: shoevmd@mail.ru, phone: (+992) 93-400-47-57

**Objective of the study.** To optimize surgical treatment of patients with chronic suppurative otitis media.

**Material and methods of the study.** In the conditions of the audiology department of the ENT clinic of the State Medical Center of Radiology and Radiology “Shifobakhsh” for the period 2017-2020. We examined and operated on 126 patients aged 19 to 45 years (including 56 women and 70 men) suffering from unilateral chronic suppurative otitis media with varying degrees of hearing loss.

**Results of the study and their discussion.** All patients with chronic suppurative otitis media had various complaints, which were divided into local (ear pain, otorrhea, hearing loss, putrid odor from the ear, tinnitus) and general intoxication (headache, weakness, chills).

**Conclusions.** The choice of surgical treatment for chronic suppurative otitis media depends on the degree of damage to the structures of the middle ear. Endoural atticoanthrotomy is effective in the sclerotic type of the mastoid process with a limited purulent process. With severe destructive changes in the cavities of the middle ear, radical surgery is effective, which improves access to the source of infection and provides an opportunity for good sanitation. Closure of the Eustachian tube during radical operations prevents the spread of infection from the nasopharynx to the middle ear.

**Key words:** surgical treatment, chronic purulent otitis media, ear.

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем современной оториноларингологии признается хронический гнойный средний отит (ХГСО), который является причиной деструктивных изменений анатомических структур среднего уха, кроме этого он может оказать негативное влияние на внутреннее ухо. Движение цитокинов, воспалительных клеток и бактериальных продуктов через мембранны круглого окна переме-

щаются в улитку, что является риском развития сенсоневральной тугоухости [5]. Хирургическая тактика при ХГСО, осложненном холестеатомой, определяется в зависимости от деструкции структур среднего уха и от распространения холестеатомы [1,2].

Оперативные вмешательства при ХГСО не всегда дают хорошие результаты, заживление трепанационной полости может происходить медленно с

гиперплазией слизистых оболочек, образованием грануляций, экссудаций, а у 13 - 35% приводит к рецидиву заболевания. Процесс, который формируется в ухе после санирующих операций, в литературе часто называется «болезнью оперированного уха», который является показанием к повторному оперативному вмешательству. Малоэффективный санирующий эффект выражается рецидивом холестеатомы, кариозно-грануляционным процессом в оперированном ухе, мукозитом. Повторные образования холестеатомы считаются достаточно серьезной проблемой, которые проявляются, по данным литературы, в 2–80% случаев после осуществления санирующей операции по закрытому типу с тимпанопластикой [3, 4].

**Цель исследования.** Оптимизировать хирургическое лечение больных с хроническим гнойным средним отитом.

**Материал и методы исследования.** В условиях сурдологического отделения ГУ НМЦРТ «Шифобахш» за период 2017-2020гг. нами было обследовано и прооперировано 126 больных в возрасте от 19 до 45 лет (из них 56 (44,4%) женщин и 70 (55,6%) мужчин), страдающих односторонним хроническим гнойным средним отитом с различной степенью тухоухости.

По клиническим формам заболевания были диагностированы: мезотимпанит – у 31(24,6%) больных, эпитимпанит – у 42 (33,3%) больных и мезоэпитимпанит – у 53 (42,1%) больных. Длительность заболевания в среднем составила от 5 лет до 10 лет. Также из них была выделена группа пациентов с рецидивом заболевания – 32

(25,4%), которым ранее проводилось хирургическое лечение по поводу ХГСО.

Всем больным в предоперационном периоде при помощи отомикроскопа оценивали состояние полости среднего уха, проводили исследование проходимости слуховых труб, аудиологическое исследование, компьютерную томографию (КТ) височных костей, а также лабораторные исследования. Применение того или иного объема хирургического вмешательства зависело от данных клинического обследования, длительности процесса и аудиологического исследования. Данные КТ наравне с клиническими находками являлись одним из решающих факторов выбора метода хирургического вмешательства. Кроме того, у всех больных при поступлении исследовали отделяемое из уха, а также отделяемое, забираемое во время санирующей операции из полостей среднего уха. В ходе операции оценивали характер деструктивных изменений в височной кости, состояние слуховых косточек.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Все больные с ХГСО, имели различные жалобы, которые были разделены на местные (боль в ухе, оторея, понижение слуха, гнилостный запах из уха, шум в ушах) и общепротоксиационные (головная боль, слабость, озноб).

Данные о жалобах больных и отомикроскопическая картина приведены в таблицах 1 и 2.

Хирургическая тактика определялась характером интраоперационных находок (гнойное содержимое, грануляционная ткань, полипы, холестеатома), преимущественно в зависимости от

**Таблица 1.****Жалобы больных при поступлении**

Жалобы	Абс.	%
Снижение слуха	126	100%
Гноетечение из уха	126	100%
Шум в ушах различного характера	53	42,0%
Головокружение	12	9,5%
Боль в ухе и заушной области	35	37,7%
Головные боли	18	14,3%
Чувство неприятного запаха	62	49,2%
Периферический парез мимической мускулатуры лица	3	2,4%
Нарушение разборчивости речи	28	22,2%
Заложенность в ушах	32	25,4%

**Таблица 2.****Отомикроскопические находки у обследованных больных**

Находки при отомикроскопии	Абс.	%
Тотальный дефект барабанной перепонки	53	42,1
Субтотальный дефект барабанной перепонки (краевая или центральная)	73	57,9
Постоянная влажность, отёчность и раздражение слизистых полостей среднего уха	62	49,2
Густые гнойные выделения из полости среднего уха	71	56,3
Холестеатома в барабанной полости	43	34,1
Врастание эпидермиса в барабанную полость	20	15,9
Атрезия в НСП в костном отделе за счет грануляционной ткани	18	14,3
Грануляции, кисты, полипы в барабанной полости	20	15,9
Холестеатома, нарастание эпидермиса и грануляции в трепанационной полости у оперированных	22	17,5

разрушения костных структур среднегого уха, черепных ямок, сигмовидного синуса, канала лицевого нерва и состояния цепи слуховых косточек. На основании степени выраженности деструктивных изменений в различных структурах среднего уха, нами были проведены следующие виды операций на среднем ухе: консервативно-радикальных операций было выполнено 17 (13,5%), расширенная радикальная операция 19 (15,1%) санирующих операций

«зарытого типа» - 14 (11,1%), антромастоидотомия в 23 (18,3%) эндоуральная аттикоантротомия в 21 (16,7%) случаях. У 32 (25,4%), больных была проведена ревизия послеоперационной полости.

Анализ предрасполагающих факторов развития ХГСО показал, что больные эпитимпанитом и мезоэпитимпанитом болели острым гноенным средним отитом более 3-4 раз в год (75,4% случаев). Выяснилось, что роль экссудативного среднего отита (6,6%) и адгезив-



**Диаграмма 1. - Результаты обследованных ушей по степени нарушения слуха, по данным аудиометрии в стандартном диапазоне частот (количество обследованных ушей n=126)**

ного среднего отита (15%) как причины ХГСО также велика в группах больных эпитимпанитом и эпимезотимпанитом.

С целью изучения диагностических возможностей раннего выявления холестеатомы среднего уха нами были изучены КТ больных, у которых во время операции была обнаружена холестеатома (87 наблюдений). Склеротический и смешанный тип строения сосцевидного отростка был выявлен у 21 (16,7%) больных, патологическое содержимое в барабанной полости - у 97 (77%), при этом содержимое в эпитимпануме определялось у 95 (75,4%) больных. Патологическое содержимое в антруме было выявлено у 65 (51,6%) больных. Кариес стенок антрума регистрировался у 33 (26,2%) человек, расширение адитуса - у 33 (26,2%), кариес стенок барабанной полости - у 36 (28,6%), кариес слуховых косточек - у 19(15,1%) больных, патологическое содержимое вокруг слуховых косточек - у 27 (21,4%). Блок ниши окна преддверия

наблюдался у 21 (16,7%) человека, блок ниши окна улитки - у 17 (13,5%).

В послеоперационном периоде больные получали соответствующую антибактериальную, антигистаминную и дезинтоксикационную терапию. Ежедневно проводили перевязку с применением антибиотиков в виде порошка на послеоперационную полость (по чувствительности к данной флоре).

В ближайшем послеоперационном периоде удовлетворительный анатомический результат получен у 85 (67,5%) пациентов. В отдаленном послеоперационном периоде удовлетворительный анатомический результат наблюдали у 120 (95,2%) пациентов.

При изучении функциональных результатов хирургического лечения у пациентов было обнаружено статистически значимое понижение порогов воздушного звукопроведения и КВИ в отдалённом послеоперационном периоде.

Преимущественно у большей части обследованных больных с хроническим

гнойным средним отитом были диагностированы смешанная тухоухость у 45 (55,6%), кондуктивная тухоухость - у 29 (35,8%) больных, сенсоневральная тухоухость - у 7 (8,6%).

У больных при ХГСО с длительностью заболевания от 5 до 10 лет с редкими обострениями в результате исследования было отмечено, что костное звукопроведение на частотах при тональной пороговой аудиометрии, начиная от 8000 Гц, имело значительное отличие от нормальных величин  $19,2 \pm 1,6$  дБ.  $P < 0,001$ , а в области от 10000 до 18000 Гц наблюдали повышение порогов костного звукопроведения до  $47,6 \pm 1,5$  дБ.  $P < 0,001$ . При этом костно-воздушный промежуток в среднем был равен  $15,2 \pm 1,1$  дБ.  $P < 0,001$  дБ.

**Выводы.** Выбор метода хирургического лечения при ХГСО зависит от степени поражения структур среднего уха. Эндоуральная аттикоантротомия эффективна при склеротическом типе сосцевидного отростка с ограниченном гноином процессом. При выраженности деструктивных изменений в полостях среднего уха результативно радикальная операция, что улучшает доступ к очагу инфекции и даёт возможность для хорошей санации. Закрытие Евстахиевой трубы при радикальных операциях предупреждает распространение инфекции из полости носоглотки сторону среднего уха.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин И.А. Хирургическая тактика при повторных операциях на среднем ухе / И.А. Аникин, С.В. Астащенко, Б.А. За-

варзин // Российская оториноларингология. – 2008. – №4. – С. 3-8.

2. Болезнь оперированного уха: клиническая характеристика и патоморфологическое обоснование / Ю. К. Янов и [др.] // Рос. оторинолар. — 2005. - №4. - С. 149 - 155.

3. Аникин И. А. Хирургическая тактика при повторных операциях на среднем ухе / И. А. Аникин, С.В. Астащенко, Б.А. Заварзин // Российская оториноларингология. – 2008. – №4. – С. 3-8.

4. Аникин И. А. Способы хирургической санации труднодоступных отделов среднего уха у больных хроническим гноиным средним отитом с холестеатомой / Аникин И.А., Бокучева Т.А. // вестник оториноларингологии. – 2016. - №6. – С. 67-72.

5. Астащенко С.В. Причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения пациентов с хроническим гноиным средним отитом, перенесших санирующие вмешательства на среднем ухе. Ретроспективный анализ / С.В. Астащенко, И.А. Аникин, Р.В. Карапетян // Российская оториноларингология .– 2011. – №6 (55). – С.3-11.

6. Control of chronic otitis media and sensorineural hearing loss in C3H /HeJ mice: Glucocorticoids vs. mineralocorticoids / C.J. MacArthur [et al.] // Otolaryngol head neck surg. 2008. – №139. – P. 646–653.

## REFERENCES

1. Anikin I.A. Surgical tactics for repeated operations on the middle ear / I.A. Anikin, S.V. Astaschenko, B.A. Zavarzin // Russian otorhinolaryngology. – 2008. – No. 4. – P. 3-8.
2. Disease of the operated ear: clinical characteristics and pathomorphological substantiation / Yu. K. Yanov et al. // Ros. otorhinol. — 2005. - No. 4. - P. 149 - 155.

3. Anikin I.A. Surgical tactics for repeated operations on the middle ear / I.A. Anikin, S.V. Astaschenko, B.A. Zavarzin // Russian otorhinolaryngology. – 2008. – No. 4. – P. 3-8.

4. Anikin I.A. Methods of surgical sanitation of hard-to-reach parts of the middle ear in patients with chronic purulent otitis media with cholesteatoma / Anikin I.A., Bokucheva T.A. // Bulletin of otorhinolaryngology. – 2016. - No. 6. – pp. 67-72.

5. Astashchenko S.V. Reasons for unsatisfactory results of surgical treatment of patients with chronic suppurative otitis media who underwent sanitary interventions on the middle ear. Retrospective analysis / S.V. Astashchenko, I.A. Anikin, R.V. Karapetyan // Russian Otorhinolaryngology. – 2011. – No. 6 (55). – P.3-11.

6. Control of chronic otitis media and sensorineural hearing loss in C3H/HeJ mice: Glucocorticoids vs. mineralocorticoids/C.J. MacArthur [et al.] // Otolaryngol head neck surg. 2008. – No. 139. – P. 646–653.

## ХУЛОСА

Маҳамадиев А.А., Давронзода М.Д., Юсупов А.Ш.

## УСУЛИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ОТИ ТИ МУЗМИНИ ФАСОДДОШТА БО ОРИЗАҲОИ ДЕСТРУКТИВИИ ОН

**Мақсади таҳқиқот.** Барои ба танзим дарории табобати ҷарроҳии беморони гирифтори отити музмини фасод-

дошта.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар шароити шӯъбаи аудиологияи Муассисаи давлатии ММТ ҶТ «Шифобаҳш» барои солҳои 2017-2020 - 126 нафар беморони аз 19 то 45соларо (аз он 56 зан ва 70 мард) мубталои яктарафаи отити музмини фасоддоштаи дараҷаҳои гуногуни шунавоӣ муоина ва ҷарроҳӣ карда шуд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва мухокимаи онҳо.** Ҳамаи беморони гирифтори отити музмини фасоддошта шикоятҳои гуногун доштанд, ки онҳо ба маҳаллӣ (дарди гӯш, оторея, паст шудани шунавоӣ, бӯи пӯсидаи гӯш, тиннитус) ва умумӣ (дарди сар, заифӣ, хунуқӣ) тақсим мешуданд.

**Хулосаҳо.** Интиҳоби усули табобати ҷарроҳӣ барои беморони гирифтори отити музмини фасоддошта аз дараҷаи осеб ба соҳторҳои гӯши миёна вобаста аст. Аттикоантротомияи эндоуралӣ барои намуди склеротикии раванди мастоид бо ҷараёни маҳдуди чирк самаранок аст. Агар тағиироти ҳаробиовар дар холигии гӯши миёна шадид бошад, ҷарроҳии радикалӣ самаранок аст, ки дастрасиро ба манбаи сироят беҳтар намуда, имкони шароити хуби санитариро фароҳам меорад. Пӯшидани найчай Эустахия ҳангоми амалиёти радикалӣ паҳншавии сироятро аз холигоҳи бинӣ ба тарафи гӯши миёна пешгирий мекунад.

**Калидвожаҳо:** табобати ҷарроҳӣ, отити музмини фасоддошта, гӯш.

УДК: 616.367-003.7-06:616.36-008.5

**Ф.И. Махмадзода, Ф.Н. Наджмудинов**

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОЗМОЖНЫХ ПРЕДИКТОРОВ РЕЦИДИВА ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

**Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»**

**Махмадзода Фарух Исроил** - д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»; E-mail: [fmahmadov@mail.ru](mailto:fmahmadov@mail.ru); тел: (+992) 900 75 44 90

**Цель исследования.** Определить возможные предикторы, способствующие рецидиву холедохолитиаза у пациентов с ожирением.

**Материал и методы исследования.** Исследование основано на 116 пациентов с ХЛ, на фоне ожирения разной степени. Пациентов с абдоминальным ожирением I-ой степени было 38 (32,8%), II-ой степени – 57 (49,1%), III степени – 14 (12,1%) и IV-ой степени – 7 (6,0%) больных. По проведенным способам операций, больные были распределены на 2 группы: 1-ую основную группу составили 60 (51,7%) больных, перенесшие сочетанные миниинвазивные вмешательства и 2-ую, контрольную – 56 (48,3%) больных, перенесшие неотложные традиционные вмешательства.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ факторов, приводящих к рецидиву ХЛ у 11 (18,3%) пациентов основной группы с рецидивным ХЛ, показало, что дооперационный лейкоцитоз, лапаротомный способ первичной операции, дренирование холедоха T-образным дренажом, длительный срок пребывания в стационаре и длительный промежуток времен при операции, были значительно связаны с развитием рецидива. Другим немаловажным предиктором возникновения рецидива ХЛ у пациентов с ожирением, считалось способ первично выполненной операции на желчном пузыре и ЖВП.

**Заключение.** Рецидив холедохолитиаза у пациентов с ожирением наряду с общизвестными факторами, связаны с такими предикторами, как картина лейкоцитоза до первичной операции, проведенных способов операций и размеров конкремента.

**Ключевые слова:** холедохолитиаз у пациентов с ожирением, двухэтапные миниинвазивные вмешательства, билиарный панкреатит, механическая желтуха

**F.I. Makhmadzoda, F.N. Najmudinov**

## POSSIBLE PREDICTORS OF RECURRENT CHOLEDOCHOLITHIASIS IN PATIENTS WITH OBESITY

**Department of Surgical Diseases No. 1 of the State Educational Institution “Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sino”**

**Mahmadzoda Farukh Isroil** - MD, Professor of the Department of Surgical Diseases No. 1 of the State Educational Institution «Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sino»; E-mail: [fmahmadov@mail.ru](mailto:fmahmadov@mail.ru); tel.: (+992) 900 75 44 90

**Purpose of the study.** To study possible predictors contributing to the recurrence of choledocholithiasis in obese patients.

**Materials and methods of research.** The study is based on 116 patients with choledocholithiasis, against the background of obesity of varying degrees. There were 38 (32.8%) patients with abdominal obesity of the 1st degree, 57 (49.1%) of the 2nd degree, 14 (12.1%) of the 3rd degree and 7 (6.0%) of the 4th degree of patients. According to the performed methods of operations, the patients were divided into 2 groups: the 1st main group consisted of 60 (51.7%) patients who underwent combined minimally invasive interventions and the 2nd, control group - 56 (48.3%) patients who underwent emergency traditional intervention.

**Research results and discussion.** Analysis of the factors leading to choledocholithiasis recurrence in 11 (18.3%) patients of the main group with recurrent CL showed that preoperative leukocytosis, laparoscopic method of the primary operation, drainage of the choledochus with a T-shaped drainage, a long stay in the hospital and a long period of time during operations were significantly associated with the development of recurrence. Another important predictor of choledocholithiasis recurrence in obese patients was the method of primary surgery on the gallbladder and bile ducts.

**Conclusion.** The recurrence of choledocholithiasis in patients with obesity, along with well-known factors, is associated with such predictors as the picture of leukocytosis before the primary operation, the methods of surgery performed, and the size of the calculus.

**Keywords:** choledocholithiasis in obese patients, minimally invasive two-stage interventions, biliary pancreatitis, obstructive jaundice.

---

**Актуальность.** По сути, холедохолитиаз отличается от клинической картины калькулезного холецистита, т.к. холедохолитиаз (ХЛ) чреват грозными осложнениями, со стороны ЖВП, как острый или гнойный холангит, так влекущий за собой сепсис. На сегодняшний день, без альтернативной в диагностике и малоинвазивном лечении ХЛ, остаются эндоскопические вмешательства, в виде эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) с эндоскопической сфинктеротомией (ЭПСТ). Однако не потеряла своего значения и одноэтапная лапароскопическая холецистэктомия, холедохолитотомия, литоэкстракция с дренированием холедоха [1-3]. При этом до сих пор отсутствует однозначный подход в лечении ХЛ, т.к. проведенные, в ведущих клиниках сравнительные анализы результатов одноэтапных и двух этапных

вмешательств по показателям послеоперационных осложнений и летальности, значительных преимуществ того или иного способа не выявила [4, 5]. Единственным преимуществом двухэтапных вмешательств считалась уменьшение пребывания пациента в послеоперационном периоде, что подтверждено и другими исследователями [3, 6].

По данным разных авторов частота послеоперационных осложнений у пациентов с ХЛ, составляет от 8% до 10%, включая рецидив ХЛ, послеоперационный панкреатит и ятрогенное повреждение сфинктера Одди. При этом по мнению других авторов холедохотомия с дренированием холедоха на Т-образной трубке, считается методом выбора, с наилучшими непосредственными результатами [7, 8].

Признавая разноречивость выводов касательно способов лечения ХЛ,

группа авторов на собственном материале выявили, что частота рецидива ХЛ после эндоскопических вмешательств составляла 7%, после двухэтапных операций - 18,5%, а после одноэтапных - 14,1% случаев [9]. Т.е. высокий показатель частоты рецидива ХЛ, отмечается у пациентов, перенесшие двухэтапные оперативные вмешательства. Последнее зачастую связывают с анатомией дистального отдела холедоха и последствиями ЭПСТ, негативно влияющий на пассаж желчи. Но невозможно исключить и другие факторы, как размер конкремента, диаметр холедоха, анамнез заболевания, сопутствующая патология и возраст пациента, что подтверждены исследованиями многих авторов [10,11].

Таким образом, вопрос одно- или двухэтапной тактики лечения ХЛ, факторы, приводящие к рецидиву заболевания, до сих пор остается предметом активного обсуждения специалистов [12,13].

**Цель исследования.** Определить возможные предикторы, способствующие рецидиву холедохолитиаза у пациентов с ожирением.

**Материал и методы исследования.** Исследование основано на 116 пациентах с ХЛ, на фоне ожирения разной степени. Пациенты оперированы за период 2000 по 2021 годы, на базе кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбанова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». При этом средний период времени после холецистэктомии ( $n=43$ ) составила 21,8 месяца. Пациенты, оперированные как в холедохе, так и в печени и под-

желудочной железы, т.е. проведенные сложные оперативные вмешательства, были исключены из исследования. Подтверждение факта ХЛ у 27 (23,3%), которые были выявлены в течение последних 3-х месяцев после холецистэктомии, были отнесены к группе резидуального ХЛ, т.к. закономерно предполагали «забытые» камни. Среди пациентов мужчин было 17 (14,7%), женщин – 99 (85,3%). Доминирование женщин закономерно связано с более частой встречаемостью ЖКБ у женщин. Средний возраст больных варьировал в пределах  $61,1 \pm 17,9$  лет. Пациентов с абдоминальным ожирением (АО) I-ой степени было 38 (32,8%), II-ой степени – 57 (49,1%), III степени – 14 (12,1%) и IV-ой степени – 7 (6,0%) больных. Показатели АО были считаны по индексу массы тела (ИМТ) более 30 кг/м<sup>2</sup>, отношение объема талии к объему бедер более 0,85 у женщин и более 1,0 у мужчин. Степень ожирения определяли по ИМТ, используя классификацию ожирения по ИМТ ВОЗ (1997). По проведенным способам операций, больные были распределены на 2 группы: 1-ую основную группу составили 60 (51,7%) больных, перенесшие сочетанные миниинвазивные вмешательства и 2-ую, контрольную – 56 (48,3%) больных, перенесшие неотложные традиционные вмешательства (табл. 1).

Анализ частоты встречаемости АО различной степени в исследуемых группах показал, что в основной группе первая и вторая степени АО отмечались в 81,7% ( $n=49$ ) случаев, а в контрольной группе - в 82,1% ( $n=46$ ) случаев ( $p>0,05$ ). АО III и IV степени, которые

**Таблица 1.****Распределение пациентов с холедохолитиазом на фоне ожирения (n=116)**

Степень АО	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=56)		p	Всего (n=116)	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
I	20	33,3	18	32,1	>0,05	38	32,7
II	29	48,3	28	50,0	>0,05	57	49,1
III	8	13,3	6	10,7*	>0,05	14	12,1
IV	3	5,0	4	7,1**	>0,05	7	6,1

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию  $\chi^2$ , \*с поправкой Йетса, \*\*по точному критерию Фишера)

представляли наиболее тяжелый контингент больных ХЛ, в основной группе составили 18,3% (n=11), напротив 17,9% (n=10) – группы сравнения.

Больным проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования (УЗИ, КТ, МР-холангиография, ЭРХПГ).

Статистический анализ полученных результатов проводился при помощи прикладного пакета IBM SPSS Statistics 21 (IBM Corp., 2012, США) на ПК. Нормальность распределения выборки оценивали по критериям Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Высчитывались общие тенденции для количественных выборок в виде среднего значения (M) и его ошибки ( $\pm SE$ ). Парные сравнения независимых количественных выборок проводились по U-критерию Манна-Уитни, множественные – по Н-критерию Крускала-Уоллиса. Парные сравнения независимых качественных выборок проводились по критерию  $\chi^2$ , в том числе с поправкой Йетса и по точному критерию Фишера. Для оценки связи между рецидивом ХЛ у лиц с ожирением и факторами риска определяли отношение шансов (ОШ)

с вычислением 95% доверительного интервала (95% ДИ) и с оценкой статистической значимости. Полученные значения считались статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ возможных предикторов, способствующие рецидиву ХЛ у пациентов с ожирением, были основаны на ранее проведенных подобных исследований [11,12]. Именно такие факторы, как степень ожирения (ИМТ), выраженность билирубинемии до первичной операции, диаметр холедоха, размер и количество конкрементов, а также немаловажное значение было удалено одно- и двухэтапным эндоскопическим вмешательствам, что несомненно при определенных обстоятельствах являлись одним из факторов рецидива ХЛ у пациентов с ожирением.

Общая характеристика исследуемых пациентов в сравниваемых группах приведены в таблице 2.

Как показывает таблица 2, между группами сравнения не было значительных различий по основным параметрам, как ИМТ, показатели общего билирубина, ферментов печени, СРБ,

**Таблица 2.****Общая характеристика исследуемых пациентов (n=116)**

Показатели	OГ (n=60)	ГС (n=56)	P
	M±m	M±m	
ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	24,1±3,2	23,7±2,9	>0,05
Общ. билирубин, мкмоль/л	59,3±4,8	62,7±5,1	>0,05
Прям. билирубин, мкмоль/л	4,9±0,23	4,8±0,35	>0,05
АлАТ, мкм/мл/ч	0,54±0,07	0,52±0,01	>0,05
АсАТ, мкм/мл/ч	0,89±0,06	0,87±0,03	>0,05
СОЭ, мм/ч	15,1±1,32	15,2±1,27	>0,05
СРБ, мг/л	167,3±11,5	171,8±12,1	>0,05
Диаметр холедоха, мм	13,6±0,9	13,4±0,8	>0,05
Размер конкремента, мм	1,8±0,6	1,7±0,4	>0,05
Множественные конкременты, абс (%)	14 (23,3)	11 (19,6)	>0,05*
Дооперационная ЭРХПГ, абс (%)	43 (71,7)	7 (12,5)	<0,001*
Дооперационная ЭПСТ, абс (%)	31 (51,7)	4 (7,1)	<0,001*
Лапароскопические вмешательства, абс (%)	49 (81,7)	-	
Средняя продолжительность операции, M±m	154,2±12,6	177,3±14,9	<0,05
Среднее пребывание больного на койке, M±m	7,9±0,8	10,5±1,2	<0,01

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между группами (по У-критерию Манна-Уитни, \*по критерию  $\chi^2$ )

диаметра холедоха и размеров конкрементов. Существенных различий также не наблюдалось в АЛТ, общий билирубин, прямой билирубин, СОЭ, СРБ, множественные конкременты, диаметр конкремента, по предоперационной ЭРХПГ, продолжительности операций и среднее пребывание больных.

Продолжительность госпитализации и время операции также показали существенные различия. Средняя продолжительность госпитализации в основной группе составила 7,9±0,8 дней (диапазон, 4-34 дня), в контрольной - 10,5±1,2 дня (диапазон 5-36 дня) ( $p<0,01$ ). Среднее время работы единовременной группы – 154,2±12,6 минуты (диапазон, 75-360 минут), а для повто-

ряющейся группы – 177,3±14,9 минут (диапазон 138-307 минут) ( $p<0,05$ ).

Анализ факторов, приводящих к рецидиву ХЛ у 11 (18,3%) пациентов основной группы с рецидивным ХЛ, показало, что дооперационный лейкоцитоз (лейкоциты  $\geq 11000 / \text{мкл}$ ), лапаротомный способ первичной операции, дренажирование холедоха Т-образным дренажом, длительный срок пребывания в стационаре ( $\geq 21$  дней) и длительный промежуток времен при операции ( $\geq 240$  минут), были значительно связаны с развитием рецидива (табл. 3).

Непарадоксально, что многие авторы [10-13] развитие послеоперационного холедохолитиаза связывают с такими факторами, как структура холедоха, стеноз БДС, периампулярным

Таблица 3.

## Предполагаемые факторы риска рецидива ХЛ у лиц с ожирением

Наименование факторов	Одномерный анализ		Многофакторный анализ	
	ОШ (95% ДИ)	p	ОШ (95% ДИ)	p
Возраст (лет)	0,99 (0,96-1,02)	0,523		
Мужчина	0,77 (0,33-1,79)	0,542		
ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	0,88 (0,77-1,01)	0,072		
Лейкоцитоз (WBC≥11,000/uL)	2,89 (1,09-7,70)	0,033*	3,43 (1,21-9,73)	0,021*
Перенесенный ЭПСТ	0,59 (0,16-2,14)	0,422		
Открытые операции	4,21 (3,51-4,91)	0,042*	5,54 (4,73-6,35)	0,037*
Дренирование холедоха Т-образной трубкой	2,90 (1,18-7,31)	0,020*	2,82 (1,04-7,65)	0,042*
Продолжительность госпитализации ( $\geq 21$ сут.)	3,86 (1,24-13,28)	0,032*	1,65 (0,38-7,15)	0,503
Продолжительность операц. ( $\geq 240$ мин.)	2,95 (0,90-9,66)	0,053	2,05 (0,55-7,60)	0,284

Примечание: \* – отмечены статистически значимые показатели

дивертикулом, дуодено-холедохеального рефлюкса, а также наличие паразитов в гепатикохоледохе, предрасполагающие к застою и создании условий для чрезмерного бактериального роста и ее дислокации. В тоже время есть мнения, что размер конкремента в холедохе, ее количество, дилатация самого гепатикохоледоха, резкий угол ее наклона, перенесенная ЛХЭ или ЭПСТ в анамнезе, являются несомненными факторами рецидива ХЛ.

Наше исследование показало, что возможными факторами риска послеоперационного рецидива ХЛ, наряду с вышеизложенными также считаются, наличие лейкоцитоза до проведения первичной операции ( $WBC \geq 11000 / \text{мкл}$ ), ЛХЭ и дренирование холедоха Т-образной трубкой.

При этом следует не забывать, что причинами лейкоцитоза у больных с ХЛ могут быть и другие воспалительные сопутствующие патологии. Однако в нашем исследовании сопутствующие патологии, которые могли бы привести к лейкоцитозу, как пневмония, пиелонефрит и воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, составили лишь 6,9% ( $n=8$ ) пациентов.

Закономерно, что воспалительный процесс оказывает значительное влияние на механизм ХЛ. Раннее авторами проведены исследования, касательно убеждений, что окислительный стресс при ХЛ способствует дисфункции митохондрий в гепатоцитах, что считается ведущим фактором, приводящий к некрозу.

При этом малоновый диальдегид, как продукт окислительного стресса,

**Таблица 4.**

**Некоторые показатели процессов ПОЛ и уровня лактата плазмы крови у пациентов с холедохолитиазом на фоне ожирения**

Показатели	Здоровые (n=15)	Степень ожирения				p
		I (n=20)	II (n=29)	III (n=8)	IV (n=3)	
ДК, опт.пл / мг. ед	1,2±0,05	1,29±0,13	1,38±0,17	1,49±0,10*	1,53±0,05*	<0,05
МДА, мкмоль/л	2,24±0,01	3,3±0,11***	3,9±0,10***	4,2±0,11***	4,9±0,21***	<0,001
СOD, усл. ед.	17,5±0,1	14,8±0,5***	12,2±0,21***	10,3±0,3***	7,7±0,3***	<0,001
Лактат плазмы крови, мкмоль/л	1,0±0,01	1,6±0,04***	1,9±0,01***	2,3±0,05***	3,0±0,07***	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между степенями ожирения (по Н-критерию Крускала-Уоллиса), \* $p<0,05$ , \*\*\* $p<0,001$  – при сравнении с группой здоровых лиц (по U-критерию Манна-Уитни)

чрезвычайно цитотоксичен и вызывает повреждение клеточных мембран и внутриклеточных макромолекул, что происходит в основном за счет нарушения оттока желчи и образования камней (табл. 4).

Результаты полученных данных показали, что вследствие нарушения оттока желчи, в последующем дислокаций бактерий у пациентов с ХЛ, в зависимости от степени ожирения, соответственно отмечается повышение уровня продуктов ПОЛ, в частности ДК, достигая  $1,29\pm0,13$  опт. пл/мг. ед. при I-ой степени ожирения,  $1,53\pm0,05$  опт. пл/мг. ед. – при IV степени ( $p<0,05$ ), МДА при I-ой степени ожирения составило  $3,3\pm0,11$  мкмоль/л, при IV степени -  $4,9\pm0,21$  мкмоль/л соответственно ( $p<0,001$ ). При этом отмечается снижение уровня СОД с  $14,8\pm0,5$  усл. ед. при I-ой степени ожирения, до  $7,7\pm0,33$  усл. ед. при IV-ой степени ( $p<0,001$ ). Немаловажное значение у пациентов с ХЛ на фоне ожирения имело место повышение показателей уровня лакта-

та плазмы крови ( $1,6\pm0,04$  мкмоль/л и  $3,0\pm0,07$  мкмоль/л при I-ой и IV степени ожирения ( $p<0,001$ ) соответственно), что говорило о выраженности местных изменений стенок гепатикохоледоха, на фоне длительной ее обструкции.

Вместе с тем можно заключить, что одним из патогенетических механизмов повреждения стенок гепатикохоледоха при ХЛ, возможно является воздействие агрессивных аутооксидов и наиболее агрессивных биохимических субстратов, т.е. свободных радикалов. Их образование в дальнейшем приводит к дисфункции митохондрий в гепатоцитах, нарушению кровообращения в самой гепатикохоледохе, с последующим ее стенозом и стриктуры.

В связи с изложенным, несомненно, лейкоцитоз в дооперационном периоде считается одним из предикторов рецидива ХЛ, поскольку он влияет на уровень воспаления не только местного характера, но и в целом состояния пациентов с ХЛ на фоне ожирения.

Другим немаловажным предиктором возникновения рецидива ХЛ у пациентов с ожирением, считалось способ первично выполненной операции на желчном пузыре и ЖВП. Закономерно после лапароскопических операций число рецидива заболевания была намного меньше, чем при открытых (6,7% и 30,3% соответственно). Так как исследование является ретроспективным, и не исключено, что пациенты, оперированные традиционными открытыми способами, относились к «сложной» группы больных, чему и способствовало высокий процент рецидива, относительно лапароскопическим вмешательствам. Следовательно, можно заключить, что связь между лапароскопическим вмешательствам и уменьшением рецидивов, предполагает высокую вероятность систематической ошибки отбора.

**Заключение.** Рецидив холедохолитиаза у пациентов с ожирением наряду с общеизвестными факторами, связанны с такими предикторами, как картина лейкоцитоза до первичной операции, проведенных способов операций и размеров конкремента. Связь между лапароскопическим вмешательством и уменьшением рецидивов, предполагает высокую вероятность систематической ошибки отбора.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Ярошак С.В. и др. Лапароскопическая лазерная холедохолитотрипсия. Вестник неотложной и восстановительной хирургии.2019;1(4):8-10.
2. Беспалова И.Д., Рязанцева Н.В., Калюжин В.В., Дзюман А.Н. и др. Клинико-морфологические параллели при аб-
- доминальном ожирении. Бюллетень СО РАМН.2014;4(34):51-58.
3. Махмадов Ф.И., Каримов П.Ш., Мирбегиев Дж. Результаты лапароскопической холецистэктомии у больных с высоким операционным риском. Вестник Авиценны. 2019;1(21):121-128.
4. Махмадов Ф.И., Махмадёров Х.Ш., Мирбегиев Дж. Улучшение результатов острого билиарного панкреатита. Здравоохранение Таджикистана.2018;4(339):25-30.
5. Шаповалов И.Н., Голубицкий К.О., Антонюк О.С. и др. Сравнительный анализ традиционных и малоинвазивных методик лечения холедохолитиаза. Университетская клиника.2019;4(33):8-10.
6. Li ZQ, Sun JX, Li B, Dai XQ, Yu AX, Li ZF. Meta-analysis of singlestage versus two-staged management for concomitant gallstones and common bile duct stones. J Minim Access Surg 2020;16:206-214.
6. Singh AN, Kilambi R. Single-stage laparoscopic common bile duct exploration and cholecystectomy versus two-stage endoscopic cholecystectomy for patients with gallbladder stones with common bile duct stones: systematic review and meta-analysis of randomized trials with trial sequential analysis. Surg Endosc 2018;32:3763-3776.
7. Schacher FC, Giongo SM, Teixeira FJ, Mattos ÂZ. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography versus surgery for choledocholithiasis: a meta-analysis. Ann Hepatol 2019;18:595-600.
8. Gantois D, Goudard Y, Bourgouin S, Pauleau G, de La Villéon B, Balandraud P. One-stage laparoscopic procedure versus two-stage procedure in the management of common bile duct stones in patients aged 75 and more. J Visc Surg 2020;157:99-106.
9. Yoo ES, Yoo BM, Kim JH, et al. Evaluation of risk factors for recurrent primary common bile duct stone in patients with cholecystectomy. Scand J Gastroenterol 2018;53:466-470.

10. Parra-Membrives P, Martínez-Baena D, Lorente-Herce JM, JiménezRiera G, Sánchez-Gálvez MÁ. Choledocholithiasis recurrence following laparoscopic common bile duct exploration. Cir Esp 2019;97:336- 342.

11. Al-Temimi MH, Kim EG, Chandrasekaran B, et al. Laparoscopic common bile duct exploration versus endoscopic retrograde cholangiopancreatography for choledocholithiasis found at time of laparoscopic cholecystectomy: analysis of a large integrated health care system database. Am J Surg 2017;214:1075-1079.

12. Gomez D, Cabrera LF, Villarreal R, et al. Laparoscopic common bile duct exploration with primary closure after failed endoscopic retrograde cholangiopancreatography without intraoperative cholangiography: a case series from a referral center in Bogota, Colombia. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2020;30:267-272.

## ХУЛОСА

**Ф.И. Маҳмадзода, Ф.Н. Начмудинов**

### МУАЙЯН НАМУДАНИ ПЕШГҮИҲОИ ЭҲТИМОЛИИ ХО- ЛЕДОХОЛИТИАЗИ ТАҚРОРША- ВАНДА ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФ- ТОРИ ФАРБЕҲӢ

**Мақсади таҳқиқот.** Муайян намудани пешгӯиҳои имконпазир, ки ба тақроршавии холедохолитиаз дар беморони гирифтори фарбехӣ мусоидат мекунанд.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқот дар асоси таҳлили 116 беморони гирифтори холедохолитиаз дар заминай бемории фарбехии дараҷаҳои гуногун асос ёфтааст. Аз он ҷумла, 38 (32,8%) беморони фарбехии шикам

дараҷаи якум, 57 (49,1%) - дараҷаи 2-юм, 14 (12,1%) - дараҷаи 3-юм ва 7 (6,0%) нафар беморон дараҷаи 4-ум буданд. Аз рӯи усулҳои анҷомдодашудаи ҷарроҳӣ беморон ба 2 гурӯҳ таҳсим карда шуданд: гурӯҳи 1-ум аз 60 нафар беморон (51,7%), ки амалиёти омехтаи каминвазивӣ ва гурӯҳи 2-юм, назоратӣ – 56 нафар (48,3%) беморони ёрии таъчили даҳолати анъанавӣ гузаронида шудаанд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Таҳлили омилҳое, ки боиси тақроршавии холедохолитиаз дар 11 (18,3%) беморони гурӯҳи асосии гирифтори холедохолитиази тақрорӣ нишон дода шудаанд, лейкоцитозҳои пеш аз ҷарроҳӣ, усули лапаротомии амалиёти аввалия, дренажкунии холедоҳ бо дренажи Т-шакл, бистарии тӯлонӣ дар беморхона ва муддати тӯлони давомнокии амалиёт бо рушди рецидив ба таври назаррас алоқаманд буданд. Боз як пешгӯии муҳими пайдоиши тақрори холедохолитиаз дар беморони гирифтори фарбехӣ усули ҷарроҳии ибтидой дар талҳадон ва роҳҳои талҳагузар ба ҳисоб мерафт.

**Хулоса.** Тақроршавии холедохолитиаз дар беморони гирифтори фарбехӣ дар баробари омилҳои маълум бо ҷунин пешгӯиҳо, ба монанди тасвири лейкоситоз пеш аз амалиёти ибтидой, усулҳои ҷарроҳии гузаронидашуда ва андозаи санг вобастагӣ дорад.

**Калимаҳои калидӣ:** холедохолитиаз дар беморони гирифтори фарбехӣ, мудохилаҳои думарҳилаи минималии инвазивӣ, панкреатити билиарӣ, зардпарвии механикӣ.

ТДУ: 004.85; 378

Наимов З.Ҷ.

## ИСТИФОДАИ МЕТОДҲОИ МУОСИРИ ТАЪЛИМ ДАР МАКТАБИ ОЛӢ МТФ “Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”

**Наимов Зариф Ҷомиевич** – н.и.п., сардори шуъбаи назорати сифати таҳсилот, и.в. мудири кафедраи психологияи тиббии МТФ “Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”. Тел.:(+992) 782 61 71 71

**Мақсади таҳқиқот.** Муайян соҳтани самтҳои асосии таҳсилоти олии таҳассусӣ ва инкишофи малакаҳои амалии донишҷӯён ба воситаи методҳои муосири таълимӣ, ки муносабатҳои анъанавиро дар таълим тағйир дода, таваҷҷӯҳи донишҷӯёнро барои бедор кардани ҳиссиётҳои (интузиазм) эҷодии инфиродӣ равона месозанд ва ин имконияти инкишофи қобилиятаҳои амалию эҷодии мутахассиси ояндаро фаро меорад.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар раванди иниши мақола маъхазҳои адабӣ вобаста аз мақсади мақола тибқи методи муқонса истифода шуда, диққати асосӣ ба таҷрибаи истифодаи методҳои муосир дар мактаби олӣ дода мешавад. Муаллифи мақола бо истифода аз маъхазҳои таълимӣ ва ададабиётҳои адабии соҳа дар тайёр намудани мутахассисони истифодаи методҳои муосири таълимиро барои шакл додани қобилиятаҳои эҷодӣ пешниҳод карда, истифода мебарад.

**Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Натиҷаи таҳқиқот муайян менамояд, ки истифодаи методҳои муосири таълим дар мактаби олӣ имконият медиҳанд, ки ба мақсади таълим босифаттар ноил гашта, ба донишҷӯён низ имконияти истифодаи донишҳои назариявиро дар амалияи фаъолияти меҳнатӣ – касбӣ ниишон дигем ва мутахассисони беҳтаринро ба ҷомеа равона созем.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷанбаҳои фаъоли низоми ҷаҳонии таҳсилот амал мекунанд, vale ҳанӯз дидা мешавад, ки гирифтани донии (таълим) дар маҳдудаи лексия ва маводи таълимӣ, ки дар дарсхӯи амалӣ коркард мешаванд ба роҳ монда шудаасту ҳалос.

**Хулоса.** Муаллиф дар мақола ба муҳаққиқони соҳаи илмҳои тарбиятӣ муроҷиат карда пешниҳод мекунад:

1. Ҳамоҳанг соҳтани донишҳои назариявӣ ба амалияи касбӣ дар барномаҳои таълимӣ бо истифода аз методҳои муосир;

2. Коркарди роҳҳои фарогирии барномаи таълимии муосир ҳамчун заминаи турқудрат дар ташаккули фарҳанг ва фаъолияти касбии ояндаи мутахассис.

**Вожсаҳои қалидӣ:** таҳсилот, мутахассис, қобилият, мактаби олӣ, методҳои таълим, марҳилаҳои муосир, методи лоиҳавӣ, методҳои ҳолатӣ (кейс), методи нақшиофарӣ, тафаккури эҷодӣ.

Naimov Z.J.

**APPLICATION OF MODERN TEACHING METHODS IN HIGHER SCHOOL**

**NEI “Medical-Social Institute of Tajikistan”**

**Naimov Zarif Jomievich - N.I.P.**, Head of the Department of Education Quality Control, Acting Head of the Department of Medical Psychology, Medical and Social Institute of Tajikistan. Tel.: (+992) 782 61 71 71

**The purpose of the study.** Determining the main directions of higher specialized education and development of practical skills of students through modern educational methods that change traditional attitudes in education, direct the attention of students to awaken individual creative feelings (enthusiasm), and this provides the opportunity to develop practical and creative abilities of future specialists.

**Materials and research methods.** In the process of writing the article, literary sources are used according to the purpose of the article according to the comparative method, and the main attention is paid to the experience of using modern methods in higher education. The author of the article, using educational sources and literature of the field, proposes and uses the use of modern educational methods for the formation of creative abilities in the training of specialists.

**The results of research and their discussion.** The results of the research determine that the use of modern teaching methods in higher education allows us to achieve the goal of higher quality education, to show students the opportunity to use theoretical knowledge in the practice of labor and professional activity, and to direct the best specialists to society.

In the Republic of Tajikistan, active aspects of the global education system are operating, but it is still seen that the acquisition of knowledge (education) is limited to lectures and educational materials that are processed in practical lessons.

**Conclusion.** In the article, the author addresses the researchers in the field of educational sciences and proposes:

1. Synchronization of theoretical knowledge with professional practice in educational programs using modern methods;
2. Development of ways to cover the modern educational program as a powerful basis for the formation of culture and future professional activity of the specialist.

**Keywords:** higher school, teaching methods, modern stage, project method, situational method, method of role-playing games.

---

**Мубрамият.** Дар марҳилаҳои муҳталифи инқишифӣ таҳсилоти мусир қадимишавӣ ва ё аз байн рафтани консепсияҳои анъанавии таълим, ки дар онҳо донишҷӯй вазифаҳои аз ҷониби муаллим супурдашударо иҷро мекард эҳсос мешавад. Таҳсилоти анъанавӣ барои гирифтани донишҳои ташакқулдиҳандай фаъолияти эҷодидошта таваҷҷӯҳи камтар зоҳир мекард. Ин ҷонбаи аз назарҳо пинҳонмандаро таҳсилоти мусир бо истифода аз методҳои нав коркард карда, ба роҳ монда истодааст.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷанбаҳои фаъоли низоми ҷаҳонии таҳсилот амал мекунанд, вале ҳанӯз дида мешавад, ки гирифтани дониш (таълим) дар маҳдудаи лексия ва маводи таълимӣ, ки дар дарсҳои амалӣ коркард мешаванд ба роҳ монда шудаасту халос.

Истифодаи методҳои мусири таълим муносибатҳои анъанавиро дар таълим тағиیر дода, таваҷҷӯҳи донишҷӯёнро барои бедор кардан ҳиссиётҳои (интузиазм) эҷодии инфириодӣ равона месозанд, ки ин имконияти инқишифӣ қобилиятаҳои ама-

лии эҷодии мутахассиси ояндаро фаро меорад [5].

Ҳангоми истифодаи методҳои муосири таълим дар аудитория ғазое (аура) арзи вучуд мекунад, ки он таҳрикиҳандай таваҷҷӯҳи донишҷӯён барои бедор нигоҳ доштани тафаккури онҳо дар ҷараёни дарс мегардад ва ин аст бартарии асосии истифодаи методҳои муосир дар низоми таҳсилоти ҷаҳони имрӯз [8].

Имрӯз зарурати мутобиқкунонии методҳои муосири таълим ба ҷараёни тағйиротҳои барномаҳои таълимӣ дар Тоҷикистон арзи вучуд кардаанд. Муҳаққиқони соҳаи илмҳои тарбияти муваззаф ҳастанд, ки ҳамоҳангии созиши онҳоро барои ташаккули фарҳанги малакаҳои амалии донишҷӯён ба роҳ монанд, то ки онҳо заминай пурӯдраг дар фаъолияти қасбии ояндаи мутахассисони ҷавон гарданд.

Мо дар мақола қӯшиш ба ҳарҷ медиҳем, ки масъалаи истифодаи методҳои муосирро дар амалияи таълимоти мактаби олӣ нишон дода, бартарияти онҳоро дар ташаккули маърифати қасбӣ ва нерӯҳои таҳрикиҳандагии онҳоро дар бедорсозии завқи гирифтани малакаҳои таҳсусӣ барои мутахассисони мактабҳои олии ҷумҳурӣ нишон дидҳем [1, с. 5].

Дар марҳилаи кунунӣ дар таҷрибаҳои педагогии донишгоҳҳои ҷаҳон фаъол гардидан истифодаи методи баромадан аз ҳолатҳои муракқаб (*ситуационный метод*), методи роҳнамоӣ барои ҳалли вазифаҳо (*метод ориентированный на задачи*), методи зудамали марҳилавӣ (*метод кейс-стади*), методи лоиҳа дар таълим (*проектный метод*

обучения), методи нақшофарӣ (*метод ролевых игр*) ва ғайра баръало эҳсос мешаванд [9].

**Мақсади таҳқиқот.** Муайян сохтани самтҳои асосии таҳсилоти олии таҳсусӣ ва инкишофи малакаҳои амалии донишҷӯён ба воситаи методҳои муосири таълимӣ, ки муносибатҳои анъанавиро дар таълим тағйир дода, таваҷҷӯҳи донишҷӯёнро барои бедор кардани ҳиссиётҳои (интуиазм) эҷодии инфиродӣ равона месозанд ва ин имконияти инкишофи қобилиятҳои амалию эҷодии мутахассиси ояндаро фаро меорад.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар раванди иншои мақола маъхазҳои адабӣ вобаста аз мақсади мақола тибқи методи муқоиса истифода шуда, диққати асосӣ ба таҷрибаи истифодаи методҳои муосир дар мактаби олӣ дода мешавад. Муаллифи мақола бо истифода аз маъхазҳои таълимӣ ва ададабиётҳои адабии соҳа дар тайёр намудани мутахассисон истифодаи методҳои муосири таълимиро барои шакл додани қобилиятҳои эҷодӣ пешниҳод карда, истифода мебарад.

**Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Натиҷаи таҳқиқот муайян менамояд, ки истифодаи методҳои муосири таълим дар мактаби олӣ имконият медиҳанд, ки ба мақсади таълим босифаттар ноил гашта, ба донишҷӯён низ имконияти истифодаи донишҳои назариявиро дар амалияи фаъолияти меҳнатӣ – қасбӣ нишон дидҳем ва мутахассисони беҳтаринро ба ҷомеа равона созем.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷанбаҳои фаъоли низоми ҷаҳонии таҳсилот амал

мекунанд, vale ҳанӯз дида мешавад, ки гирифтани дониш (таълим) дар маҳдудаи лексия ва маводи таълими, *ки дар дарсҳои амалӣ коркард мешаванд ба роҳ монда шудаасту халос.*

### **Методи баромадан аз ҳолатҳои мураккаб**

Методи баромадан аз ҳолатҳои мураккаб, фикр мекунам, ки дар заминай методи ба вучуд овардани проблемаи таҳсилоти анъанавӣ пайдо шуда, каме шаклашро тағиیر додааст. Мутобиқ ба талаботҳои ин метод омӯзгор ҳолати масъалавии мушахасеро ба вучуд меорад, ки шогирдон нохудогоҳ ба фазое ворид шаванд, ки он барои ба сомон расонидани мақсади дарси муаллим кӯмак расонад.

Аҳамияти истифодаи ин метод боз дар он аст, ки шогирдон қобилиятаи нуҳуфтаи худро ошкор сохта, ҳамзамон дар аудитория фазои таълимиро ба вучуд меоранд, ки он таъсири хеле муғифид дар ташаккули малакаҳои амалӣ-касбии тахассуси ояндаи онҳо мегузорад.

### **Методи роҳнамоӣ барои ҳалли вазифаҳо**

Методи роҳнамоӣ барои ҳалли вазифаҳо дар таҷриба ҳамчун методи роҳнамоӣ ба ҳаракатҳои фаъолияти мевонанд истифода шавад.

Тибқи талаботҳои ин метод шогирдон дар аудитория шароитҳои реалии вазъияти кориро дар касби ояндаи худ лоиҳагузорӣ қарда, ҳалли онро дар доираи мавзӯи таълими ба роҳ мемонанд. Омӯзгор ҳангоми истифодаи методи роҳнамоӣ барои ҳалли вазифаҳо нақши

роҳбари муассисаро ичро мекунад. Дар анҷом омӯзгор ва донишҷӯён натиҷаи таълимиро баҳогузорӣ мекунанд.

### **Методи зудамамалӣ дар марҳилаҳои омӯзиш (кейс-стади)**

Методи зудамамалӣ дар марҳилаҳои омӯзиш солҳои зиёд аст, ки дар таҳсилоти хориҷӣ таҷриба ва истифода шуда, ҳамоҳангии барномаҳои таълимиро ба таҷрибаҳои амалӣ ифода мекунад [9]. Ин метод нобаҳангом дар баъзе маврид пайдо шуда, аз омӯзгор зудамалиро дар ҳалли масъала талаб мекунад. Калиди асосӣ барои истифодаи муфиди методи «зудамалӣ дар марҳилаҳои омӯзиш» ин ҷудо намудани ҷанбаҳои баҳсбарангези мавзӯи таълими ва роҳҳои ҳалли ҳарҷӣ зудтари онҳо мебошад. Қисмати асосии ҷанбаҳои баҳсбарангези мавзӯи таълими бояд ба ҳаёти реалии саҳнаҳои ҳақиқии корӣ мутобиқат намоянд. Бо истифода аз ин метод, ки дар он саҳнаҳои воқеии таҳассуси оянда таҳлил ва муҳокима мешавад, донишҷӯён барои ҳалли вазифаҳои амалии ихтисоси ояндаашон тайёр мешаванд.

### **Методи лоиҳа дар таълим**

Истифодаи методи лоиҳа дар таълим ин маъни ҳал карда тавонистани лоиҳаҳои ҳақиқии кориеро дорад, ки онҳо арзишҳои амалиро дар таҳассуси ояндаи донишҷӯён қасб кардаанд.

Фаъолияти таълими барои лоиҳаҳои кории ҳақиқӣ дар шакл ва заминай маҷмӯи донишҳои таҳассусӣ ташкил қарда мешавад. Мутобиқ ба талаботҳои ин метод омӯзгор дар навбати аввал ба донишҷӯён якчанд идеяҳои лоиҳаро

пешниҳод мекунад, ки баъди муҳокима онҳо вазифа ва мақсади лоиҳаро муайян кардаанд. Дар ҷараёни амалигардонии ин метод донишҷӯён ҳам қобилияти мустақилона ҳал кардани қарорҳои қабулишуда ва ҳам маҳорати амалигардонии ҳамкориҳои якчояшонро сайқал мебахшанд.

### **Методи нақшофарӣ (метод ролевых игр)**

Методи нақшофарӣ барои мутобиқшавии донишҷӯён ба фаъолияти корӣ ва ҳалли вазифаҳои қасбӣ ҳанӯз дар даврони донишҷӯй истифода мешавад. Ин имконият медиҳад, ки раванди мутобиқшавии мутахассисони оянда зудтар ҷараён гирифта, фаъолияти қасбӣ бештар сайқал ёбад. (*«Теория и практика современной науки» №12(66) 2020334 дальнейшей сократить цикл адаптации у студентов после поступления на работу* [2].

### **Методи таҳрикдиҳандай ҳолатҳо**

Мақсад аз истифодай ин метод дар он аст, ки омӯзгор дар он ҳолати муайяни таълимро ташкил медиҳад. Ин созори муҳите мешавад, ки дар он донишҷӯён донишҳои назариявири дуруст аз худ карда, ҳамчунин дар фаҳмиши хусусиятҳои истифодай онҳо дар амалияи қасбӣ маълумоти асосиро дастрас мекунанд.

### **Методи навсозии ҳолатҳо дар ҷараёни таълим**

Ин методро чӣ дар дарсҳои равияи гумманитарӣ ва чӣ дар дарсҳои равияи илмҳои дақиқ хеле бошиддат истифода кардан мумкин аст, ки дар бароба-

ри азхуд кардани донишҳои назариявӣ таҳрикдиҳандава ташаккулдиҳандай тафаккури эҷодии донишҷӯён шуда метавонад. Масалан: Дар дарси таърихи навтарин дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мавзӯи «Истиқлолияти Тоҷикистон» устод аввалан ҳолатҳои реалии муайяни таърихи гузаштаро ба донишҷӯён омӯзиш дода, баъд аз он ҳолатҳои дигари мутаносибан ба он давраро, ки метавонистанд арзи вучуд карда, ҷумҳуриро аз воридшавӣ ба як бӯхрони шадиди ҷангӣ шаҳрвандӣ наҷот диҳанд, баррасӣ менамояд. Албатта ҳангоми баррасӣ омӯзгор реалият ва имкониятҳои вучуддоштаро дар он замон аз назарҳо дур накарда, бо шогирдон дар пайвастагӣ бо мавзӯҳои гузашта, ки пайвандгари ба он ҳолати вазнин дучор шудани мамлакати моро шарҳ медиҳанд, таҳлил мекунад. Ин дар навбати худ ҳам иҷимиашавии шогирдонро метезонад ва ҳам тафаккури эҷодии онҳоро заминасозӣ карда, ғанӣ мегардонад.

Дар илмҳои дақиқ бошад ин ҷараён боз ҳам бошиддаттар мегузарад, чун дар ин илмҳо дилҳоҳ масъала якчанд роҳҳои ҳал дорад ва шогирдон бевосита аз онҳо таълим мегиранд, аммо низоми муосири таълим аз омӯзгор тақрибан нақши роҳнаморо талаб карда, донишҷӯмехвариро сайқал дода истодааст, ки ин хеле хуб аст. Омӯзгор бо истифода аз ин метод ҳамзамон бо таълим ҷараёни тадқиқ ва таҳқиқгариро ба шогирдон ёд дода ба онҳо шино кардан дар дарёи пуртуғёни илм ва илмофариро меомӯзонад.

Истифодай ин метод дар дарсҳои амалӣ ва лабораторӣ боз ҳам осонтар

аст. Омӯзгор бо истифода аз ин метод ҳолати реалии истеҳсолотро (*масалан дар корхонаи дорусозӣ*) заминасозӣ карда, худро дар нақши роҳбари корхона мегузорад. Ҳамаи донишҷӯён бошанд дар нақши коргарон нақшофарӣ меқунанд, ки ин ҳамҷоя бо истифода аз методи нақшофарӣ ба роҳ монда шуда корро ниҳоят осон ва ҷараёни дарсро ниҳоят шавқбарангез мегардонад. Фаъолити донишҷӯён (*тибқи нақшаи оғаридаи якҷоя устод бо шогирдон*) пурра озод гузашта мешавад. Онҳо аввалан танзими ҳисоббаробаркуниро сохта, масъалаҳои дар фаъолияти корхона вучуддоштаро баррасӣ мекунанд. Ин амалҳо имконият медиҳанд, ки онҳо ба ҷараёни истеҳсолот ғутавар гардида, маҳсулнокии ҷараёни корро дар корхона ва истифодаи донишҳои назариявии дар ҷараёни таълим гирифтаашонро дар амалия омӯзанд.

Методи таълиме, ки барои ичрои вазифаҳои таълимӣ асос ёфтааст ба он нигаронида мешавад, ки вазифаҳои умумии таълимиро ба қисматҳо чудо намояд. Дар ҷараёни таълим вазифаҳои муҳталифи таълимӣ яқдигарро иваз намуда, донишҳои назариявӣ барои ичрои вазифаи на ҷандон қалони марҳилавӣ мувазаф мегарданд. Ичрои ин паҳлӯи вазифаи таълимӣ тавоноии донишҷӯёнро дар ҳамоҳангозии донишҳои назариявӣ ба амалияи қасбӣ фароҳам оварда, ин қобилиятро рушд медиҳад ва завқи донишомӯзиро дар ояндаи қасбӣ низ бедор месозад.

Ҳангоми омӯзиши дилҳоҳ мавзуъ, истифодаи методҳои нави таълим, ки барои ичрои вазифаҳои мушах-хас нигаронида шудаанд, имконияти

мустақилона ба гурӯҳҳо тақсим шудан барои ичрои вазифа ва ҳар як гурӯҳ муҷаҳаз ба «асбобҳо» (*донишҳои заҳирашудаи назариявӣ дар назар аст*) мешавад, ки барои ҳалли мушкилот ҷӣ дар истеҳсолот ва ҷӣ дигар масъалаҳои зиндагӣ мегардад[3.с145]. Дар ҷараёни таълим бо усулҳои нав ҳар як донишҷӯй нақши худ ва ҷойи муайяни худро ҳангоми кор-таълим дорад, ки ин дар оянда барои муайян шудани мавқеи иҷтимоии худи донишҷӯй дар ҷомеа замина мегузорад. Дар ҳақиқат донишҷӯй бояд ҳангоми таҳсил дар муассисаҳои қасбӣ уҳдадорӣ ва вазифаҳои худро донад. Муайян созад, ки мундариҷа ва ҷараёни фаъолияти меҳнатии ўз аз қадом арзишҳо иборат аст ва ўро ба кучо мебарад ва масъулияти ўз дар назди ҳалқу ватан қадом аст?. Оё ўз ба воситаи қасби худ, худ ва ҷомеаро пеш бурда метавонад ё не? [6].

Ҳама гуна метод тибқи талаботҳои педагогӣ таъиноти маҳсуси худро дорад, вале баъзан зарурат пеш меояд, ки дар ҷараёни як дарс омӯзгор аз якчанд метод истифода барад. Масалан ҳангоми истифодаи методи лоиҳа мумкин аст, ки масъалаи лоиҳаи истеҳсоли ягон намуди маҳсулот пеш ояд, ки дар он аз вучуд ва бартараф соҳтани масъалаҳои ташкили кор то охирон нуқтаи хизматрасонӣ бояд ба инобат гирифта шавад. Бо истифода аз ин метод омӯзгор маҳорати эҷодкории шогирдонро дар қасби ояндаашон таҳқиқ карда, таваҷҷӯҳи онҳоро ба таълим фаро мегирад. Ҳамзамон қобилияти ҳалли масъалаҳои амалиро баҳогузорӣ намуда, инкишофи қобилиятҳои қасбиро низ заминагузорӣ менамояд.

Ҳангоми истифодаи методи нақшофарӣ бошад, новобаста аз фани таълимӣ омӯзгор метавонад ичрои якчанд нақшро аз як донишҷӯй талаб намояд. Масалан дарси «Асосҳои баҳисобгирии бухгалтерӣ (муҳосибӣ)» талаб дорад, ки донишҷӯй дар як замон нақши харидор, нақши муҳосиб, хазинадор ва таҳлилгари ҳисобдориро ичро намояд. Ин ба мо имконият медиҳад, ки донишҷӯро ба фазои умумии ҷараёни кори оянда ошно намоем.

Ҳамин тариқ методҳои таълим дар мактаби олӣ муҳталиф буда, баамалбарории онҳо аз омӯзгор донишҳои баланди педагогиро талаб менамояд, то ки истифодаи онҳо мувоғиқат ба мавзӯи таълимӣ дошта бошад [5].

Ин чо мо сухане ҷанд аз муқаддимаи баъзе методҳо оварда, ба ҳонанда дар бораи онҳо фақат иттилооти аввалияро додем ва бояд таъкид ба он дошта бошем, ки методҳои муҳталиф ва хеле зиёданд аз қабили: методи интерактивии таълим; лексияҳои ғайрианъанавӣ; усулҳои фаъолгардонии донишҷӯён дар дарсҳои лексионӣ; методҳои ичрои вазифаҳои эҷодӣ; мусоҳиба, тренинг, мизи мудаввар; донишҷӯ дар вазифаи муаллим; ҷарҳи андешаҳо; мастер класс; экскурсия ва гайра, ки шояд дар мақолаҳои оянда баррасии онҳоро ба амал барорем.

**Хулоса.** Ҳамин тариқ барои ҳалли масъалаҳои стратегии таълим маҳдудият дар интихоби методҳо вуҷуд надорад.

Методҳои мусоири таълим дар мактаби олӣ имконият медиҳанд, ки ба мақсади таълим босифаттар ноил гашта, ба донишҷӯён низ имконияти истифодаи донишҳои назариявиро дар амали-

яи фаъолияти меҳнатӣ – қасбӣ нишон дижем ва мутахассисони беҳтаринро ба ҷомеа равона созем.

## АДАБИЁТ

1. З.Ч. Наимов, Низоми миллии ташаккули шахсият аз нигоҳи педагогӣ, - Маърифати омӯзгор, - Мачалаи таълимӣ, методӣ, илмӣ ва оммавии Вазорати Маорифи Чумхурии Тоҷикистон, №6, 2012. С. 2-5.
2. Назаров Р. Философии образования таджикского народа. Душанбе: 2010 -216 с.
3. Назаров Р. Философия качества образования транформирующегося Таджикистана. Душанбе, «Дониш», 2011, -345 с.
4. Назри Яздонӣ. Ҳикмати озодагон. – Душанбе, 2009. – 276 саҳ.
5. Панина Т.С., Вавилова Л.Н. Современные способы активизации обучения. Москва «Академия», 2006.
6. Сорокопуд Ю.В. Педагогика высшей школы. Ростов –на-Дону «Феникс», 2011.
7. Шоев Н.Н. Психология и педагогика с основами кредитной технологии и активных методов воспитывающего обучения. Душанбе «Ирфон», 2008.
8. Ши Гуан. Использование современных методов обучения в вузах [Электронный ресурс] // Вестник науки (Кэсюе даобао). – 2019. – №1. URL:[https://xueshu.baidu.com/usercenter/paper/show?paperid=d85c4c5deb2abb291a0fe6d84264c4a&site=xueshu\\_se](https://xueshu.baidu.com/usercenter/paper/show?paperid=d85c4c5deb2abb291a0fe6d84264c4a&site=xueshu_se) (дата обращения: 01.12.2020).
9. Шэнь Ян. Анализ проблем и путей реформирования современных университетских методов обучения // Модернизация образования (Цзяоюй Сяньдайхуа). – 2016. – №10. – С. 57-59.

## REFRENCES

1. Z. J. Naimov, The national system of personality formation from a pedagogical point of view, - Teacher education, - Educational, methodical, scientific and public magazine of the Ministry of Education of the Republic of Tajikistan, No. 6, 2012. S. 2-5.

2. Nazarov R. Philosophy of education of the Tajik people. Dushanbe: 2010 -216 p.
3. Nazarov R. The philosophy of the quality of education is transforming Tajikistan. Dushanbe, «Donish», 2011, -345 p.
4. Nazr Yazdani. The wisdom of the free. - Dushanbe, 2009. - 276 pages.
5. Panina TS, Vavilova LN. Modern methods of training activation. Moscow "Academy", 2006.
6. Sorokopud Yu.V. Higher school of pedagogy. Rostov-on-Don "Phoenix", 2011.
7. Shoev N.N. Psychology and pedagogy based on credit technology and active educational methods. Dushanbe "Irfan", 2008.
8. Shi Guan. The use of modern teaching methods in universities [Electronic resource] // Science Bulletin (Casue Daobao). – 2019. – No. 1. URL: [https://xueshu.baidu.com/usercenter/paper/show?paperid=d85c4c5de b2abb291a0fe6d84264c4a&site=xueshu\\_se](https://xueshu.baidu.com/usercenter/paper/show?paperid=d85c4c5de b2abb291a0fe6d84264c4a&site=xueshu_se) (access date: 01.12.2020).
9. Shen Yan. Analysis of the problem and path of reforming modern university teaching methods // Modernization of education (Jiaoyu Xiangdaihua). – 2016. – No. 10. - S. 57-59.

## ВЫВОДЫ

Наимов З.Дж.

## ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ

**Цель исследования.** Определение основных направлений высшего специального образования и развитие практических навыков студентов посредством современных образовательных методов, которые меняют традиционные взгляды в образовании и направляют внимание студентов на пробуждение индивидуальных творческих чувств (энтузиазма) и эту возможность развития охватывает

практические и творческие способности будущего специалиста.

### Материал и методы исследования.

В процессе написания статьи используются литературные источники согласно цели статьи по сравнительному методу, а основное внимание уделено опыту использования современных методов в высшей школе. Автор статьи, используя образовательные источники и литературу данной области, предлагает и использует современные образовательные методы для формирования творческих способностей при подготовке специалистов.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты исследования определяют, что использование современных методов обучения в высшей школе позволяет достичь цели более высокого качества образования, показать студентам возможность использовать теоретические знания в практике трудовой и профессиональной деятельности, направить лучших специалистов обществу.

В Республике Таджикистан действуют активные аспекты глобальной системы образования, однако по-прежнему наблюдается, что получение знаний (образование) ограничивается лекциями и учебными материалами, которые отрабатываются на практических занятиях.

**Заключение.** В статье автор обращается к исследователям в области педагогических наук и предлагает:

1. Синхронизацию теоретических знаний с профессиональной практикой в образовательных программах с использованием современных методов;

2. Разработку способов освещения современной образовательной программы как мощной основы формирования культуры и будущей профессиональной деятельности специалиста.

**Ключевые слова:** образование, специалист, способность, высшая школа, методы обучения, современный этап, проектный метод, ситуационный метод, метод ролевых игр, творческое мышление.

**УДК: 364-46 364-76364-787.9**

**Ш.М. Раҳмонов**

## **ФАҶОЛИЯТ, САЛОҲИЯТҲОИ МАҚОМОТИ ВАКОЛАТДОРИ ҲОКИМИЯТИ ДАВЛАТӢ ВА КОРМАНДОНИ ИҼТИМОЙ**

**МТФ “Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”**

**Раҳмонов Шариф Мадиномович** - н.и.п. сардори Раёсати таълими МТФ “Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”. Тел.: (+992) 000106994

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзииши фаҷолияти корманди иҷтимоӣ, салоҳиятҳои мақомоти ваколатдорӣ ҳокимияти давлатӣ дар соҳаи хизматрасонии иҷтимоӣ ва мутахассиси кори иҷтимоӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Омӯзииши санаҷҳои меъёри ҳуқуқии ба танзимдароранди фаҷолияти мутахассиси корманди иҷтимоӣ, салоҳиятҳои мақомоти ваколатдори ҳокимияти давлатӣ, омӯзииши ҳолати душвори зинадагии шахсони дорои имконияташон маҳдуд, пиронсолони танҷо, модарони серфарзанд, ятимон, шахсони гирифтори бемориҳои вазнини рӯйӣ, вазифаи иҷтимоӣ-педагогии корманди иҷтимоӣ ва объекти фаҷолияти касбии мутахассиси кори иҷтимоиро дар бар мегирад.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Мутахассиси корманди иҷтимоӣ ҳамчун намуди фаҷолияти ҷамъияти барои беҳтар намудани ҳолати фаҷолияти инсон (намудҳои гуногуни бемориҳо), беҳтар гардонидани шароитҳои ҳаёти онҳо, таъмин намудани фаҷолияти самаранок ва амали иҷтимоӣ, ҳамоҳангозии низоми муносибатҳои иҷтимоӣ дар оила, коллектив ва умуман ҷомеа равона гардидааст.

**Хизматҳои иҷтимоии машиӣ, тиббӣ, солимгардонӣ, фарҳангӣ, маълумотгирӣ, ҳуқуқӣ, оғиятбахшиӣ ва мутобиқгардонии иҷтимои шахсони дорои имконияти маҳдуд ва пиронсолон омӯхта шуд.**

**Хулоса.** Натиҷаи таҳқиқот маълум намуд, ки фаҷолияти корманди иҷтимоӣ аз як тараф ба ҳалли мушкилоти ҳамин лаҳзаини инсон равона шуда, аз ҷониби дигар ҷомеаро аз мушкилоти иҷтимоии сатҳи миллидошта (бемориҳо, бекорӣ, кӯмак ба шахсони дорои имконияти маҳдуд, афзудани шаклҳои гуногуни рафттори девиантӣ) огоҳӣ ва дар як вақт кӯмаки амалӣ низ менамояд, Инчунин, корманди иҷтимоӣ ба сифати ҳам равоншинос, ҳам ҷомеашинос, ҳам педагог, ҳам духтур ва ҳам ҳуқуқшинос амал мекунад.

**Калимаҳои қалидӣ:** корманди иҷтимоӣ, мутахассиси кори иҷтимоӣ, салоҳиятнокӣ, шахсони дорои имконияти маҳдуд, пиронсолон, ҳолати душвори зиндагӣ, кафолати иҷтимоӣ.

**Sh.M. Rahmonov**

## **ACTIVITIES, POWERS OF AUTHORIZED BODIES OF STATE POWER AND SOCIAL WORKERS**

**NOU "Medical and Social Institute of Tajikistan"**

**Rakhmonov Sharif Madinovich - n.i.p. Head of the Education Department of the State Medical and Social University of Tajikistan. Tel.: (+992) 000106994**

**Purpose of study.** Studying the activity of a social worker, the powers of the authorized state authorities in the field of social services and social work specialists.

**Research material and methods:** The study of normative legal documents regulating the activity of a social worker specialist, the powers of the authorized state authorities, the study of the difficult situation of people with limited opportunities, the elderly alone, mothers with many children, orphans, people with serious mental illnesses, the social-pedagogical task of a social worker and the object of the specialist's professional activity, social work.

**Study results and their review.** A social worker specialist is considered as a type of social activity for improving the state of human activity (various types of diseases), improving his life conditions, ensuring effective activity and social action, coordinating the system of social relations in the family, collective and society as a whole.

**Study of social services of household** is medical, health, cultural, educational, legal, rehabilitation and social adaptation of persons with limited opportunities and the elderly.

**Conclusion:** On the one hand, the activity of a social worker is aimed at solving the problems of this moment of a person, and on the other hand, on the other hand, he informs the society about the social problems of the national level (diseases, unemployment, helping people with limited opportunities, the increase of various forms of deviant behavior) and at the same time helps. Also, a social worker acts as a psychologist, a sociologist, a teacher, a doctor, and a lawyer.

**Key words:** Social worker, specialist in social work, competence, people with disabilities, elderly, difficult situation, social security.

---

**Муҳиммият.** Ҳаёти иҷтимоии инсонҳо пайваста дар тағйироту инкишоф аст, ҳар лаҳза соҳтори худро иваз менамояд, шароитҳои ҳаёти иҷтимоӣ, иқтисодӣ ва сиёсии аҳолӣ дигаргун мегарданд. Ҳамзамон, дар ҳаёт инсонҳо аз бадбахтӣ, bemorӣ, sadamaҳо ва дигар ҳодисаҳои ноҳуш, ки шахсони алоҳида, оила ва гурӯҳҳои иҷтимоиро эҳтиёҷманду мӯҳточи қӯмак мегардонанд, эъмин нестанд. Мушкилоти иқтисодӣ, бекорӣ, маъюбӣ, bemorӣ ва дигар ҳолатҳои ногувор ҳар лаҳза одамонро таҳдид менамояд.

Аз ин рӯ, барвақт ҷаҳониён дарк на-мудаанд, ки кори иҷтимоӣ ва қӯмаки мутахассисони корманди иҷтимоӣ ба ҳама гурӯҳу табақаҳо ва фардҳои алоҳида зарур мебошад, зоро дар ҳаёт ҳар як фард ҳоҳу ноҳоҳ ба қӯмаки иҷтимоӣ эҳтиёҷманд мегардад. Мушкилоти иқтисодӣ, бекорӣ, маъюбӣ, bemorӣ ва дигар ҳолатҳои ногувор ҳар лаҳза одамонро таҳдид менамояд.

Кори иҷтимоӣ (мутахассиси корманди иҷтимоӣ) аз ибтидои пайдоиши чомеаи инсонӣ ҳамчун шакли фольияти амалӣ ҳамеша вучуд дошт.

Дар давоми асрҳои зиёд ва таърихи фарҳанги ҳалқҳои форсу тоҷик кори иҷтимоӣ дар шакли хайрҳоҳӣ, кори савоб, кӯмак ба бечорагон, ғамхорӣ ба ятимону барҷомондагон, нақӯкорӣ ва амсоли ин амалӣ мегардид. Бо пешрафти ҷомеа кори иҷтимоӣ низ мазмуну моҳияти тозаро қасб менамуд ва дар шаклу намудҳои гуногун таҷассум меёфт. Имрӯз бошад кори иҷтимоӣ ба як намуди фаъолият ва як самти сиёсати иҷтимоии давлат табдил ёфтааст. Ҳукумату давлати Ҷумҳурии Тоҷикистон барои кӯмак ба эҳтиёҷмандон ва шахсони дори масъулияти маҳдуд пайваста ғамхорӣ менамояд. Ҳатто дар моддаи якуми Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон омадааст, ки «Тоҷикистон давлати иҷтимоӣ буда, барои ҳар як инсон шароити зиндагии арзанда ва инкишифи озодонаро фароҳам меорад» [7]. Дар ин раванд бояд қайд намуд, ки Қариб 51%-и масрафи буҷети давлат ба соҳаи иҷтимоӣёт пешбинӣ ўзудааст.

Вазифаи асосии мутахассиси корманди иҷтимоӣ ҳамчун намуди фаъолияти ҷамъиятий беҳтар намудани ҳолати инсон, беҳтар гардонидани шароитҳои ҳаётии ў, таъмин намудани фаъолияти самаранок ва амали иҷтимоӣ, ҳамоҳангсозии низоми муносибатҳои иҷтимоӣ дар оила, коллектив ва умуман ҷомеа ба ҳисоб меравад.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши фаъолияти корманди иҷтимоӣ, салоҳиятҳои мақомоти ваколатдорӣ ҳокимиияти давлатӣ дар соҳаи хизматрасонии иҷтимоӣ ва мутахассиони кори иҷтимоӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Омӯзиши санадҳои меъёрии ҳуқуқии ба танзимдарондаи фаъолияти мутахас-

сиси корманди иҷтимоӣ, салоҳиятҳои мақомоти ваколатдори ҳокимиияти давлатӣ, омӯзиши ҳолати душвори зинадагии шахсони дори имконияташон маҳдуд, пиронсолони танҳо, модарони серфарзанд, ятимон, шахсони гирифтори бемориҳои вазнини рӯҳӣ, вазифаи иҷтимоӣ-педагогии корманди иҷтимоӣ ва объекти фаъолияти қасбии мутахассиси кори иҷтимоиро дар бар мегирад.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Корманди иҷтимоӣ ҳамчун намуди фаъолияти ҷамъиятий барои беҳтар намудани ҳолати фаъолияти инсон (намудҳои гуногуни бемориҳо), беҳтар гардонидани шароитҳои ҳаёти онҳо, таъмин намудани фаъолияти самаранок ва амали иҷтимоӣ, ҳамоҳангсозии низоми муносибатҳои иҷтимоӣ дар оила, коллектив ва умуман ҷомеа равона гардидааст.

Хизматрасони иҷтимоии майшӣ, тиббӣ, психологӣ, педагогӣ, ҳуқуқӣ мебошад, ва аз рӯи ҳамин хизматрасониҳо ба аҳоли осебпазири ҷомеа хизматрасонида мешавад [9].

Ба салоҳияти мақомоти ваколатдори ҳокимиияти давлатӣ дар соҳаи хизматрасонии иҷтимоӣ доҳил мешаванд: таҳия ва татбиқ намудани сиёсати давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соҳаи хизматрасонии иҷтимоӣ, қабули санадҳои меъёрии ҳуқуқӣ дар соҳаи хизматрасонии иҷтимоӣ ва назорати иҷрои онҳо, таҳия ва амалигардонии барномаҳои давлатии хизматрасонии иҷтимоӣ, муқаррар намудани тартиби ҳамоҳангсозии фаъолият ва таъмини усули хизматрасонии иҷтимоӣ, муқаррар намудани тартиби иҷозат барои фаъолияти хизматрасонии иҷтимоӣ, муқаррар намудани ни-

зоми ягонаи давлатии ҳисоби оморӣ ва ҳисботдихӣ дар соҳаи хизматрасонии иҷтимоӣ, идора ва таъмини фаъолияти муассисаҳои хизматрасонии иҷтимоӣ, ки таҳти моликияти давлатӣ қарор доранд [9].

Самти фаъолияти қасбии мутахассисони “Кори иҷтимоӣ”: хизматрасониҳои иҷтимоӣ ва давлатӣ, дар муассисаҳои системаи ҳифзи иҷтимоии аҳолӣ, маориф, тандурустӣ, артиш, мақомоти ҳифзи ҳуқуқ, ҳамзамон, ба таври инфириодӣ мустақилона фаъолият намудан бо аҳли ҷомеъа иборат мебошад [5].

Ҳадафи мутахассисони кори иҷтимоӣ мусоидат намудан дар самти ба даст овардани сатҳи баландтарини саломатӣ, фаъолият ва мутобиқшавӣ бо шахсони дорои имконияташон маҳдуд, дорои нуқсонҳои ҷисмонӣ ва рӯҳӣ, инчунин камбизоатии иҷтимоӣ мебошад [4].

Мутахассиси “Кори иҷтимоӣ” ба шахсоне, ки ҳолати душворӣ зиндагӣ доранд қӯмак мерасонад, инчунин ба шахсони дорои имконияташон маҳдуд, пиронсолони танҳо, модарони серфарзанд, ятимон, шахсони гирифтори бемориҳои вазнин, майзадагон ва нашъамандон, инчунин дигар шаҳрвандони ниёzmanд қӯмаки моддию майшӣ ва дастгирии маънавӣ ва ҳукуқӣ мерасонад. Дар ҳолати депрессияи рӯҳӣ дар робита бо оғатҳои экологӣ, муноқишаҳои байни миллатҳо ва аз даст додани наздиқон, оила, манзил ва кор қӯмаки иҷтимоӣ ва психиологӣ мерасонад, ки дар ин асос шахсон ба ҳолати душворӣ зиндагӣ дӯчор мешаванд [3].

Пас бояд қайд намуд, ки **ҳолати душвори зиндагӣ чист?** Ин ҳолате, ки фаъолияти мӯътадили зиндагии шаҳрвандро ба таври воқеӣ вайрон мекунад ва ё ҳолате, ки ў мустақилона аз он ҳолат баромада наметавонад, аз ҷумла: маъюбӣ, пиронсолӣ, беморӣ, оқибати садамаи истеҳсолӣ ва бемории ки, аз даст додани саробон, танҳоӣ, ятимӣ, беназоратӣ, набудани ҷойи муайянни истиқомат, бемории бардавоми рӯҳӣ, оқибати зӯроварӣ ва ё ҳолатҳое, ки ҳаётро зери ҳатар мегузоранд, ҳолати дигари душвори зиндагӣ. шаҳрвандро ба таври баромада наметавонад, аз ҷумла, оқибати садамаи истеҳсолӣ ва бемории қасбӣ [10].

Корманди иҷтимоӣ шаҳрвандони ба хизматрасониҳои иҷтимоӣ ниёzmandro муайян мекунад, ҳусусият ва ҳаҷми қӯмаки зарурро муайян намуда, инчунин дар беморхонаҳо дар муассисаҳои тиббӣ, қабули хидмат аз ҷониби муассисаҳои гайристатсионарӣ ва статсионарӣ мусоидат менамояд. Мақомоти ҳифзи иҷтимоиро дар бораи гирифтани имтиёзҳо ва имтиёзҳои иловагӣ маслиҳат медиҳад [9].

Мушкилоти иҷтимоии эҳтиёҷ-мандоне, ки корманди иҷтимоӣ ҳал менамояд, аз гурӯҳҳои муайянни иҷтимоӣ-демографии ба он таъллукдошта вобастагии зич доранд. Мушкилотҳои қалонсолон, пиронсолон ва нафақаҳӯрон ба ҳуд ҳусусиятҳои хос доранд. Мушкилоти шахсони камбизоат, шахсони бекасу танҳо ва маъюб ба шакли ба ҳуд хос зоҳир мегарданд. Қӯдакон нисбатан заиф, вобаста ва дастнигар мебошанд, иҷтимишавии онҳо ба ихтиёри дигарон аст, ҳатари ба зӯроварии қалонсолон

гирифтор гаштани онҳо эҳтимолияти зиёд дорад [8].

Кори иҷтимоӣ бо яке аз илмҳои қадимтарини тарбиявӣ - илми педагогика, махсусан педагогикаи иҷтимоӣ алоқамандии зич дорад [1].

Педагогикаи иҷтимоӣ роҳҳои иҷтимишавии кӯдакон, имчунин кӯдаки дорои имконияти маҳдуни иҷтимоӣ доштаро ба малакаҳои имконпазир ва асосии иҷтимоӣ нишон медиҳад, то барои ў муҳити ҳаёти майширо мутобиқ намояд, барои зиндагии мустақилона ва бехатар, барои ҳифзи ҳуқуқу манфиатҳои худ, таҳлили рафтор ва фаъолият ва дарку қабули ҳайрҳоҳонаи мақоми худу атрофиён коррексияи педагогӣ мегузаронад. Дар кори иҷтимоии мусосир ва педагогикаи иҷтимоӣ ҳусусияти асоси методологии ҳамин фанҳо ба шумор рафта, низоми ақоидеро фаро мегирад, ки онҳо дар заминаи таълимот дар бораи табииати фитрии инсон ва арзишҳои инсонӣ ба монанди маънои ҳаёт, мақсади ниҳоии инсон ҳамчунин фаъолияти иҷтимоии ў ҳамчун арзиш, рушд кардаанд [1].

Баъдан ҳар як корманди иҷтимоӣ вазифаи иҷтимоӣ – педагогиро ичро менамояд. *Вазифаи иҷтимоӣ-педагогии корманди иҷтимоӣ* ба маънои васеи инкалима фаъолияти корманди иҷтимоӣ ва педагоги иҷтимоӣ оид ба ташаккул додани бартарияти таъсири тарбиявии мақсадноки низоми иҷтимоӣ ба рафтор ва фаъолияти мизоҷ мебошад. Ба маънои маҳдуд вазифаи иҷтимоӣ-педагогӣ ошкор намудани манфиату талаботҳои одамон дар намудҳои гуногуни фаъолият (фарҳангӣ- фароғатӣ, варзишӣ-солимгардонӣ, эъҷодиёти

техникӣ ва бадеӣ, сайдоҳат ва гайра.) ва барои бо онҳо кор кардан ҷалб намудани ташкилотҳо, муассисаҳо, иттифоқҳои эъҷодӣ ва ғайраҳоро ба назар дорад. *Дастгирии педагогӣ* - ба ёрии муҳофизатӣ ва фаврии кӯдакон, ҷавонон ва оилаҳо нигаронида шудааст, ки тавассути ба онҳо расонидани иттилооти иҷтимоӣ- педагогӣ, гузаронидани ҷорабиниҳои маърифатӣ ва маслиҳатҳои муғид ба амал бароварда мешавад [10].

Корманди иҷтимоӣ ва ё педагоги иҷтимоӣ бояд махсусияти муошаратро бо шахсони дорои имконияти маҳдудро хуб донад, ҳусусиятҳои ўро амиқ омӯхта, муносабати ўро бо муҳити атроф низ хуб донад. Бояд онҳо тавонанд, ки бо кӯдак муомила карда тавонанад, робитаи ҳамешаҳӣ дошта бошад, барои кӯдак шароити хуби омӯзишу фаъолият созмон диҳад, бояд ҳамеша ботаҳаммул бошад, ҳуқуқи кӯдакони лаёқатманд ҳамеша мусоидат кунад, барои татбиқи имконоти зеҳниву ҷисмонии кӯдак шароит фароҳам оварад [1].

Оъекти фаъолияти қасбии мутаҳассис дар соҳаи кори иҷтимоӣ: шахсони алоҳида, оилаҳо, гурӯҳҳои аҳолӣ ва ҷомеаҳое мебошанд, ки ба дастгирии иҷтимоӣ, кӯмак, ҳимоя ва хидмат ниёз доранд, ташкилот, идора ва соҳаҳои истеҳсолӣ ва ғайриистеҳсолӣ, ташкилотҳои гуногуни ҳуқуқӣ, гурӯҳҳои гуногуни аҳолӣ ва шахсони алоҳидаи эҳтиёҷманд ба ёрии иҷтимоӣ, ҳифз ва хизматрасонии иҷтимоӣ, муассисаҳои таҳсилоти и миёнаи умумӣ ва махсуси таълимӣ, ки ба кори иҷтимоӣ равона шуданд [4].

Фаъолияти касбии мутахассиси кори иҷтимоӣ иборат аст аз: фаъолияти ташкилӣ-маъмурӣ, фаъолияти тадқиқотӣ-амалӣ, гузаронидани кори муҳоҳидавӣ ва таҷрибавӣ дар муассисаҳои иҷтимоии давлатӣ ва ғайридавлатӣ [6].

Ҳатмкунанди муассисаи таҳсилоти олии касбӣ. бояд талабот ва вазифаҳои касбии зеринро мутобиқ бо намудҳои фаъолияти касбӣ ва самтияти соҳа ҳаллу фасл намояд: фаъолияти тадқиқотӣ-амалӣ, ташхис, ояндабинии равандҳои иҷтимоӣ ва падидаҳо дар соҳаи кори иҷтимоӣ, омодасозии лоиҳаҳо дар заминаи фаъолияти хадамоти иҷтимоӣ, ташкили татбиқнамоии лоиҳаҳо ва барномаҳои иҷтимоӣ [2].

Фаъолияти ташкилӣ-маъмурӣ корманди иҷтимоӣ:

– таъмини сарчашмаи иттилоотии корҳои иҷтимоӣ: кори маъмурӣ дар қисматҳои идораҳои иҷтимоӣ ва хизматӣ, иштирок дар мутобиқатсозии корҳои иҷтимоии ташкилотҳои гуногун, идораву муассисаҳо, корҳои кадрӣ дар мақомотҳо ва идораҳои иҷтимоӣ, корҳои таҷрибавӣ дар муассисаҳои иҷтимоӣ, роҳнамоӣ, миёнаравӣ ва маслиҳатдиҳӣ;

Корманди иҷтимоӣ бояд салоҳияти умунифарҳангии зеринро бояд доро бошад:

– малакаҳои муносибати байни шаҳсӣ;

– донишҳои меъёрии ҳуқуқӣ, ахлоқӣ ва истифодаи он дар фаъолияти касбӣ;

– тарафдори тарзи ҳаёти солим, нигаронидани сатҳи зарурии омодагии ҷисмонӣ, барои фаъолияти бошууронаи касбӣ;

– қобилияtnокии истифодаи донишҳо дар амалия;

– қобилияти дарёфти донишҳои нау, бо истифодаи технологияи муосири иттилоотӣ;

– қобилияти фаҳмиши моҳият ва аҳамияти иттилоот дар рушди чомеаи муосир, риояи талаботи асосии бехатарии иттилоот, аз ҷумлаи ҳифзи манфиат ва афзалияти давлатӣ;

– маҳорати пайдо кардан, таҳлил намудан ба коркарди матни иттилооти илмӣ;

– омодагии бунёдӣ аз рӯи асосҳои донишҳои касбӣ ва омода будан барои истифодабарии он дар фаъолияти касбӣ;

– малакаҳои кор бо компьютер;

– донишҳои асосӣ дар соҳаи информатика ва технологияи муосири иттилоотӣ, малакаҳои истифодаи вositai барномавӣ ва малакаи кор дар шабакаи компьютерӣ, маҳорати таъсиси ҳазинаи маълумотҳо ва истифодаи заҳираи Интернет:

– қобилияти иртиботии хаттӣ ва шифоҳӣ бо забони тоҷикӣ;

– азхудкуни усулҳои асосии ҳифзи кормандони истеҳсолӣ ва аҳолӣ аз эҳтимолияти оқибати садама, фалоқат, оғати табиӣ;

– усулҳои идоракуни равандҳои технологии кори иҷтимоӣ дар муассисаҳои иҷтимоии ба талаботи стандартҳо ҷавобгӯро таъмин мекунанд;

– усулҳои гузаронидани таҷрибаҳои стандартии хизматрасонии иҷтимоӣ;

– усулҳои иҷроқуни назорати иҷтимоӣ, таҳияи ҳуҷҷатгузорӣ оид ба иҷрои интизоми технологӣ дар шароити мавҷудаи муассисаҳои иҷтимоӣ;

- усулҳои таҳлили сабабҳои пайдоиши нуқсҳо ва бесифатии хизматҳои иҷтимоӣ, ҷустуҷӯи роҳҳои пешгирии онҳо;
- усулҳо ва васоити тадқиқи назариявӣ ва таҷрибавии равандҳои технологи оғиятбахшии иҷтимоии истифодабарандай хизматҳои иҷтимоӣ;
- усулҳои таҳияи барномаҳои оғиятбахшии иҷтимоӣ [3].

Бояд қайд намуд, ки мақсади асосии корманди иҷтимоӣ ташкил намудани шароити муносиби иҷтимоишави (сотсиализатсия)-и шахс мебошад. Минбаъд ба таври мушаххас ин мақсадҳо дар мундариҷаи кори иҷтимоӣ, ки доираи вазифаҳои асосии қасбӣ (мутобиқгардонии иҷтимоӣ, пешгирий, оғиятбахшӣ, ресотсиализатсия (иҷтимоишавии такрорӣ) ва химатрасонии иҷтимоӣ)-ро вобаста ба муносибатҳои субъектҳо ва объектҳои кори иҷтимоӣ муайян менамояд, инъикоси хешро ёфтааст. Вобаста ба мазмун функцияҳои кори иҷтимоиро ба комуникативӣ, ташкилотчиғӣ, ояндабинӣ, ҳифзи ҳуқуқӣ, пешгиринамоӣ-ташҳисӣ, пешгиринамоӣ, оғиятбахшӣ, иҷтимоӣ-терапевтӣ чудо менамоянд [6].

Дар самти вазифаи корманди иҷтимоӣ Бочарова В.Г., Филонов Г.М. чунин қайд намудаанд: «Вазифаи ислоҳотии корманди иҷтимоӣ – тағйирот созанда дар низоми иҷтимоӣ ва низоми таъминоти рӯзгори инсон» дониста мешавад.

Ҳамзамон, бояд зикр кард, ки қасб ва ё мутахассиси кори иҷтимоӣ дар давоми даҳсолаи наздик ба мисли қасбҳои духтур ва муаллим оммавӣ мегардад,

зоро пешгирии бемориҳои иҷтимоӣ нисбати мубориза бо эпидемияҳои иҷтимоӣ каме осонтар аст. Имрӯз кори иҷтимоӣ ба як намуди фаъолият ва як самти сиёсати иҷтимоии давлат табдил ёфтааст. Дар баробари ин инкишоф додани соҳаи кори иҷтимоӣ дар Тоҷикистон ки хеле соҳаи таҳассусӣ ҷавон буда, зинаҳои аввали барқароршавии ҳудро аз сар гузаронида истодааст, яке аз самтҳои афзалиятнок дар сиёсати иҷтимоии давлат мебошад [1].

**Хулоса.** Корманди иҷтимоӣ аз як тараф ба ҳалли мушкилоти ҳамин лаҳзаини инсон равона шуда, аз ҷониби дигар ҷомеаро аз мушкилоти иҷтимоии сатҳи миллидошта (бемориҳо, бекорӣ, афзудани шаклҳои гуногуни рафтори девиантӣ) оғаҳӣ ва дар як вақт кӯмаки амалӣ менамояд, Яъне корманди иҷтимоӣ ба сифати ҳам равоншинос, ҳам ҷомеашинос, ҳам педагог, ҳам духтур ва ҳам ҳукуқшинос амал мекунад.

## АДАБИЁТҲО

1. Бочарова В.Г. Педагогика социальной работы - М: 1994.
2. Социальная работа. Введение в профессиональную деятельность. Учебное пособие. -М., 2005.
3. Социальная работа: Учебное пособие/ Е.И. Холостова. -7-е изд. –М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2010.
4. Социальная работа: теория и организация: пособие для студентов вуза/П.П.Украинец, С.В. Лапина, С.Н. Бурова и др.; под ред. П.П. Украинец, С.В. Лапиной. -2 –е изд. – Минск: ТетраСистемс, 2007.
5. Социальная деятельность как система Фофанов В.В.-1981
6. Ляшенко А.И. Профессиональное становление социального работника. –М.: Наука, 1995.

7. Конституцияи Ҷумҳории Тоҷикистон (6 ноябри соли 1994).
8. Кори иҷтимоӣ бо гурӯҳҳои гуногуни аҳолӣ: Н.Ф. Басов.
9. Қонуни Ҷумҳории Тоҷикистон «Дар бораи хизматрасонии иҷтимоӣ», 5 январи соли 2008, таҳти №359.
10. Фарҳанги энсиклопедии кори иҷтимоӣ. - Душанбе, 2010.

## REFERENCES

1. Bocharova V.G. Pedagogy of social work - M: 1994.
2. Social work. Introduction to professional activity. A tutorial. - M., 2005.
3. Social work: Teaching aid/E.I. Kholostova. -7-e izd. - M.: Publishing and trading corporation «Dashkov and K», 2010.
4. Social work: theory and organization: help for university students/P.P.Ukrainets, S.V. Lapina, S.N. Burova and others; under ed. P.P. Ukrainianets, S.V. Lapinoy. -2 -e izd. - Minsk: TetraSystems, 2007.
5. Social activity as a system Fofanov VV-1981
6. Lyashenko A.I. Professional status of a social worker. - M.: Nauka, 1995.
7. Constitution of the Republic of Tajikistan (November 6, 1994).
8. Social work with different population groups: N.F. Basov.
9. Law of the Republic of Tajikistan “On social services”, January 5, 2008, under No. 359.
10. Encyclopedic culture of social work. - Dushanbe, 2010.

## ВЫВОДЫ

**Ш.М. Рахмонов**

**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ПОЛНОМОЧИЯ ОРГАНА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ И СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ**

**Цель исследования.** Изучение деятельности социального работника, полномочий уполномоченных государственных органов в сфере социального обслуживания и специалистов по социальной работе.

**Материал и методы исследования.** Изучение правовых норм, регулирующих деятельность специалиста социального работника, полномочий уполномоченных государственных органов, изучение трудной жизненной ситуации людей с ограниченными возможностями, одиноких пожилых людей, многодетных матерей, детей-сирот, лиц с тяжелыми психическими расстройствами, социально-педагогическая задача социального работника и объект профессиональной деятельности специалиста по социальной работе.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Как вид социальной деятельности специалиста социального работника направлен на улучшение состояния деятельности человека (различных видов заболеваний), улучшение условий его жизни, обеспечение эффективной деятельности и социального действия, координацию системы социальных отношений в семье, коллектива и общества в целом.

Изучались социальные услуги бытовой, медицинской, культурной, образовательной, правовой, реабилитационной и социальной адаптации лиц с ограниченными возможностями и пожилых людей.

**Выходы.** Результаты исследования показали, что деятельность социального работника направлена на решение проблем данного человека, с одной

стороны, а с другой стороны, на осведомленность общества о социальных проблемах национального общества (болезни, безработица, помочь людям с ограниченными возможностями, рост различных форм девиантного поведения) и одновременно оказываемую практическую помощь. Также социальный работник выступает в роли пси-

холога, социолога, педагога, врача и юриста.

**Ключевые слова:** социальный работник, специалист по социальной работе, компетентность, люди с ограниченными возможностями, пожилые люди, трудная жизненная ситуация, социальные гарантии.

**УДК: 618.1-089**

**Холова С.Х., Хушвахтова Э.Х.**

## **РОЛЬ ОНКОМАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ**

**ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ и СЗН РТ.**

**Холова Саноатой Холовна** - старший научный сотрудник гинекологического отдела ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ и СЗН РТ. E-mail: Sanoatoy.kholova@mail.ru; тел: (+992) 900588812

---

**Цель исследования.** Изучение роли онкомаркеров в исследовании женщин с доброкачественными новообразованиями яичников и выявление наиболее значимые прогностические критерии диагностики.

**Материал и методы исследования:** В исследование были включены 327 женщин, находившихся под наблюдением в консультативно-диагностической поликлинике ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», а также госпитализированные в гинекологическое отделение института. Из них: основная группа – 177 (54,1%) женщин с доброкачественными образованиями яичников группы сравнения – 107 (32,7%) женщин с опухолевидными образованиями яичников, контрольная группа – 43 (13,2%) здоровых женщин.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Проанализировав результаты 80 проб сывороток крови у пациенток с доброкачественными образованиями яичников и 54 - у больных с опухолевидными образованиями яичников на онкомаркер CA-19,9 установлено, что концентрация данного антигена находилась в пределах референсных показателей:  $23,9 \pm 1,37$  МЕ/мл и  $19,2 \pm 1,17$  МЕ/мл, соответственно. Полученные данные имели статистически значимые различия ( $p < 0,01$ ) от аналогичных показателей женщин контрольной группы. Повышение концентрации CA-125 выше референсных значений (35 МЕ/мл) имело место у 4 ( $17,4 \pm 7,1$ ) из 23 пациенток с эндометриоидными кистами и у 3 ( $13,0 \pm 7,0$ ) из 23 больных дермоидными

кистами яичников. Дополнительные исследования онкомаркеров РЭА и CA-19,9 показали концентрацию этих онкомаркеров в пределах нормальных значений. При расчёте ИМ у пациенток основной группы этот показатель составил менее 200, в среднем составляя  $24,7 \pm 2,9$ .

**Заключение.** Таким образом, определение уровня онкомаркеров, вычисление индекса малигнизации у пациенток с придатковыми образованиями в предоперационном периоде позволяют определить профиль стационара, где необходимо проводить хирургическое лечение и осуществлять мониторинг эффективности проводимого лечения. При высоких показателях CA-125 дополнительно должно быть произведено определение концентрации CA-19,9 и РЭА с целью уточнения возможности малигнизации образований

**Ключевые слова:** доброкачественные образования яичников, онкомаркеры, индекс малигнизации.

**Kholova S.H., Khushvakhtova E.Kh.**

### **THE ROLE OF TUMOR MARKERS IN THE DIAGNOSIS OF WOMEN WITH BENIGN OVARIAN TUMORS**

**Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology” Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan**

**Kholova Sanoatoy Kholovna** - senior researcher of the gynecological department of the Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Ministry of Internal Affairs and SZN of the Republic of Tatarstan. E-mail: Sanoatoy.kholova@mail.ru; tel: (+992) 900588812

**Purpose of the study:** to study the role of tumor markers in the examination of women with ovarian tumors and to determine the most important criteria for prognostic diagnosis.

**Materials and methods of research:** The study included women who were under observation in the consultative and diagnostic clinic of the State Research Institute of Aging, as well as those hospitalized in the gynecological department of the institute. Of these: main group - 177 (54,1%) women with benign ovarian tumors, comparison group – 107 (32,7%) women with ovarian tumors, control group – 43 (13,2%) healthy women.

**Results and their discussions:** Having analyzed the results of 80 blood serum samples from patients with pre-occlusive tumors and 54 from patients with general neoplasms for the tumor marker CA-19,9, it was found that the concentration of this antigen was within the reference values:  $23.9 \pm 1.37$  IU/ml and  $19.2 \pm 1.17$  IU/ml, respectively. The obtained data had statistically significant differences ( $p < 0.01$ ) from similar indicators for women in the control group. An increase in the concentration of CA-125 above the reference values (35 IU/ml) occurred in 4 ( $17.4 \pm 7.1$ ) of 23 patients with endometrioid cysts and in 3 ( $13.0 \pm 7.0$ ) of 23 patients with dermoid cysts ovaries. Additional studies of tumor markers CEA and CA-19.9 showed the concentrations of these tumor markers within normal values. When calculating MI in patients of the main group, this indicator was less than 200, averaging  $24.7 \pm 2.9$ .

**Conclusion:** Thus, determining the level of tumor markers and calculating the malignancy index in patients with adnexal formations in the preoperative period make it possible to determine the profile of the hospital where surgical treatment is necessary and to monitor the effectiveness of the treatment. At high levels of CA-125 additionally, the concentration of CA-19.9 and CEA should be determined in order to clarify the possibility of malignancy of formations

**Key words.** benign ovarian tumors, tumor markers, malignancy index.

**Актуальность:** Опухоли яичников являются часто встречающейся гинекологической патологией, занимающей второе место среди опухолей женских половых органов. Частота встречаемости доброкачественных опухолей яичников (ДОЯ) и опухолевидных образований яичников (ООЯ) среди женщин в популяции составляет 6-7%, в то время как среди пациенток репродуктивного возраста она достигает 19-25%. Рак яичников составляет 4-6% среди всех злокачественных опухолей у женщин и занимает 7-е место по частоте встречаемости [1,5,7]. Интерес исследователей к данной проблеме обусловлен современными представлениями о генезе рака яичников, в 80% случаев развивающегося из ДОЯ при длительном наблюдении. Проблема ранней диагностики доброкачественных ОЯ в практическом отношении важна не только из за высокой частоты их возникновения, но и в связи с реальной возможностью озлокачествления. Поэтому «активный поиск» больных с доклиническими формами развития опухолевого процесса (т.е. выявление ОЯ у женщин «групп риска») на сегодняшний день следует расценивать как один из наиболее эффективных способов профилактики новообразований рассматриваемой локализации [3,5,6]. До настоящего времени остаются недостаточно изученными многие стороны пато и гистогенеза ОЯ, неясны причины прогрессии доброкачественной опухоли в пограничную, а той, в свою очередь, в инвазивную карциному. С этим связана низкая эффективность существующих подходов к ранней диагностике ОЯ, о чем свидетельствуют

тревожные статистические показатели заболеваемости и смертности [2,4,8].

**Цель исследования.** Изучить роль онкомаркеров в исследование женщин с доброкачественными новообразованиями яичников и выявить наиболее значимые прогностические критерии диагностики.

**Материал и методы исследования.** В исследование были включены женщины, находившихся под наблюдением в консультативно-диагностической поликлинике ТНИИ АГиП, а также госпитализированные в гинекологическое отделение института. Из них: основная группа - 177 (54,1%) женщин с доброкачественными образованиями яичников, группа сравнения – 107 (32,7%) женщин с опухолевидными образованиями яичников, контрольная группа – 43 (13,2%) здоровых женщин.

Всем пациенткам проведено общеклиническое обследование. Эхографическое исследование и доплерометрию выполняли с использованием приборов фирмы Алока. Исследование онкомаркеров СА-125, РЭА, СА 19-9 осуществлено по стандартной методике в ГУ ТНИИАГ и П Республики Таджикистан.

При обследовании пациенток был использован ИМ, предложенный американскими исследователями и позволяющий получить предварительную оценку вероятности злокачественности в баллах [7]. Суть математического расчета: ИМ = Ультразвуковые характеристики (в баллах) × Состояние менструальной функции (репродуктивный возраст–пременопауза/постменопауза) × Абсолютные показатели СА-125. В настоящем исследовании ИМ был использован также

для пациенток репродуктивного возраста. Для них применена формула расчета для женщин впременопаузе. При полученном значении ИМ $<200$  образование яичника расценивали как потенциально доброкачественное с минимальным риском злокачественности.

Результаты исследования обрабатывали на компьютере Pentium 4. С использованием стандартной программы Excel. Определяли параметрические и непараметрические показатели с использованием критериев достоверности Стьюдента. Взаимосвязь признаков определяли с помощью корреляционного анализа по Пирсону с подсчетом коэффициента линейной корреляции ( $r$ ).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Перед госпитализацией пациенток на плановое оперативное лечение выполнена оценка уровня онкомаркеров в крови. С целью уменьшение ложноположительных и ложноотрицательных результатов в наших исследованиях проведено сочетанное определение уровня антигенов мембранных структур опухолевых клеток – CA-125, CA-19,9 и

онкофетальный антиген – РЭА (табл.1). Применение ультразвукового исследования в сочетании с определением уровней раковых антигенов способствует улучшению дифференциальной диагностики злокачественного процесса от доброкачественных образований. Проведено исследование СА-125 в сыворотке крови, всем пациенткам основной группы и группы сравнения, СА-19,9 и РЭА соответственно в 80 случаях в обеих исследуемых группах женщин репродуктивного возраста, с различными гистотипами опухолей. Контрольную группу составляла 21 женщина для СА-125, 18 – для СА-19,9 и РЭА.

Исследования сыворотки крови на содержание онкомаркеров СА-125, СА-19,9 и РЭА у практически здоровых женщин (контрольная группа) установили, что они находились в среднем  $11,1\pm0,54$  МЕ/мл,  $12,6\pm1,35$  МЕ/мл и  $2,2\pm0,13$  нг/мл, соответственно.

У пациенток основной группы показатели ОМ СА-125 в сыворотке крови находились в диапазоне от 3,0 до 64,9 МЕ/мл, в среднем составляя  $27,5\pm0,45$

**Таблица 1.**

**Средний уровень показателей онкомаркеров СА-125, СА-19,9 и РЭА в сыворотке крови у обследованных женщин репродуктивного возраста**

Онкомаркеры	Основная группа (ДОЯ) n-177	Группа сравнения (ООЯ) n-107	Контрольная группа n-43
СА 125 до 35 МЕ/мл	$27,5\pm0,45$ *** (n-125)	$20,2\pm1,14$ ** (n-62)	$11,1\pm0,54$ ** (n-21)
РЭА до 5 нг/мл	$4,9\pm0,16$ ** (n-80)	$3,2\pm0,16$ * (n-54)	$2,2\pm0,13$ *** (n-18)
СА-19,9 до 35 МЕ/мл	$23,9\pm1,37$ * (n-80)	$19,2\pm1,17$ * (n-54)	$12,6\pm1,35$ * (n-18)

**Примечание:** статистически значимые различия между показателями концентрации ОМ обследованных групп \*\*\* $p<0,001$ ; \*\* $p<0,01$ ; \* $p<0,01$

МЕ/мл и был достоверно ( $p<0,001$ ) выше чем у женщин контрольной группы. Повышение концентрации СА-125 выше референсных значений (35 МЕ/мл) имело место у 4 ( $17,4 \pm 7,1$ ) из 23 пациенток с эндометриоидными кистами и у 3 ( $13,0 \pm 7,0$ ) из 23 больных дермоидными кистами яичников. Дополнительное исследования онкомаркеров РЭА и СА-19,9 показали концентрации этих онкомаркеров в пределах нормальных значений.

У больных группы сравнения показатели ОМ СА-125 варьировали в пределах от 5,9 до 34,2 МЕ/мл, и среднее значение составило  $20,2 \pm 1,14$  МЕ/мл. При сопоставление этих данных с показателями женщин контрольной группы установлена достоверная разница ( $p<0,01$ ).

При сравнение показателей РЭА у пациенток основной и сравниваемой групп и здоровых женщин позволило установить, что во всех исследуемых группах концентрация РЭА находилась в пределах нормативных данных:  $4,9 \pm 0,16$  нг/мл,  $3,2 \pm 0,1$  нг/мл и  $2,2 \pm 0,13$  нг/мл соответственно, но выявлены статистически значимые различия ( $p<0,01$ ) с показателями здоровых женщин.

Проанализировав результаты 80 проб сывороток крови у пациенток с ДОЯ и 54 - у больных с ООЯ на онкомаркер СА-19,9 установлено, что концентрация данного антигена находилась в пределах референсных показателей:  $23,9 \pm 1,37$  МЕ/мл и  $19,2 \pm 1,17$  МЕ/мл, соответственно. Полученные данные имели статистически значимые различия ( $p<0,01$ ) от аналогичных показателей женщин контрольной группы.

Проведено вычисление индекса малигнизации (ИМ) больным с доброкачественными новообразованиями яичников. Пациенткам репродуктивного возраста использована формула подсчёта ИМ для больных в пременопаузальном периоде. В случае ИМ $<200$ , придатковые образования оценивали как доброкачественное новообразование яичников с низкой степенью риска злокачественности. При расчёте ИМ у пациенток основной группы этот показатель составил менее 200, в среднем составляя  $24,7 \pm 2,9$ .

Проведена корреляционная зависимость между прогностическими критериями ДОЯ. Как видно из данной таблицы существуют корреляционная зависимость между индексом рези-

**Таблица 2.**

### Корреляционная связь между критериями диагностики ДОЯ

Параметры	Корреляционная зависимость	N
ИР опухоли + РЭА	$r=-0,4^*$	27
ИР опухоли + Ki67	$r=0,24$	27
СА 125 + Индекс малигнизации ИМ	$r= -0,5^{**}$	27
СА125 + СА -19,9	$r=0,3^*$	27
ИР опухоли + СА -19,9	$r=0,24$	27
Ki67 + СА 125	$r=0,3^*$	38

\*\*-  $p<0,01$  \*  $p<0,05$

стентности кровотока опухоли и онкомаркером, т.е. чем выше кровоток тем выше онкомаркеры. Так же выявлена зависимость между СА 125 и индексом малигнизации что свидетельствует о том что одним из существенных критериев позволяющих исключить злокачественность образования яичников является расчет индекса малигнизации.

Сопоставление данных онкомаркеров СА-125, СА-19,9, РЭА, ИМ с результатами гистологических исследований удалённого препарата, в постоперационном периоде показало отсутствие злокачественного новообразования в яичниках.

**Выводы.** Определение уровня онкомаркеров, вычисление индекса малигнизации у пациенток с придатковыми образованиями в предоперационном периоде позволяют определить профиль стационара, где необходимо проводить хирургическое лечение и осуществлять мониторинг эффективности проводимого лечения. Следовательно, необходимо проведение этих обследований у больных с придатковым образованием в дооперационном периоде. При высоких показателях СА-125 дополнительно должно быть произведено определение концентрации СА-19,9 и РЭА с целью уточнения возможности малигнизации образований

## ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова Е.А. Проблемы ранней дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных образований яичников / Борисова Е.А., Макаренко Т.А., Буланов М.Н.// Research'n Practical Medicine Journal .2016. С.47

2. Объемные образования яичников в постменопаузе: морфологическая структура и дифференциальная диагностика на предоперационном этапе / Евтушенко И. Д., Егунова М. А., Жабина Е. С., Завьялова М. В., Законова И. А., Куценко И. Г. // Доктор.Ру. 2017. №13 (С. 7–11)

3. Маркеры эндометриальных биологических жидкостей в диагностике опухолей придатков матки./ Шварев Е.Г., Дикарева Л.В., Оводенко Д.Л., Аюпова А.К., Зоева А.Р. // Российский вестник акушера-гинеколога. 2021; №21(3). С.25-30.

4. Чибисов Г.М.Комплексное определение онкомаркеров СА125, НЕ4 и индекса ROMA как фактор прогноза развития рака яичника /Чибисов Г.М, Хабаров С.В. // Ж. Новые медицинские технологии - 2018 - Т. 25, №3 - С. 15-20

5. Diagnostic and prognostic value of circulating tumor cells in Indian women with suspected ovarian cancer./ Singh S, Kumar U.// J Cancer Res Ther. 2023. V.19. P.268-S271.

6. The predictive role of thrombocytosis in benign, borderline and malignant ovarian tumors./ Abdulrahman GO, Das N, Lutchman Singh K.// Platelets. 2020. V.31(6). P.795-800.

7. The role of salivary and serum CA 125 and routine blood tests in patients with ovarian malignancies /Vuković A, Kuna K, Lončar Brzak B, et all// Acta Clin Croat. 2021. V.60(1). P.55-62.

8. Yang WL, The role of biomarkers in the management of epithelial ovarian cancer. /Yang WL, Lu Z, Bast RC// Jr. Expert Rev Mol Diagn. 2017;V.17(6). P.577-591.

## ХУЛОСА

Холова С.Х., Хушваҳтова Э.Х.

### НАҚШИ МАРКЕРҲОИ ОМОСИИ ДАР ТАШХИСИ ЗАНОНИ ГИ- РИФТОРИ ОМОСҲОИ ХУШСИ- ФАТИ ТУХМДОН БУДА

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши нақши маркерҳои омосҳо дар занони гирифтори омосҳои тухмдон ва муайян кардани муҳимтарин меъёрҳои ташхиси онҳо.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Ба таҳқиқот заноне, ки дар Маркази машваратӣ-ташхисии МД ПАГ ва П ВТ ва ҲИА ҶТ таҳти назорат қарор доштанд, инчунин онҳое, ки дар шӯъбаи гинекологии пажуҳишгоҳ бистарӣ шудаанд, дохил карда шуданд. Аз инҳо: гурӯҳи асосӣ — 177 (54,7%) нафар занони гирифтори омоси хушсифат, гурӯҳи муқоисавӣ — 107 (32,7%) зани гирифтори варамҳои тухмдон, гурӯҳи назоратӣ — 43 (13,2%) зани солим.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва мухокимаҳои онҳо.** Ҳангоми таҳлили 80 намунаи хунобаи хун аз bemoroni гирифтори омоси хушсифат ва 54 нафар bemoron bo варами тухмдон барои аломати варами CA-19,9 муайян карда шуд, ки концентратсияи ин антиген дар доираи арзишҳои истинод қарор

дорад.:  $23,9 \pm 1,37$  ХБ/ мл ва  $19,2 \pm 1,17$  ХБ/мл. Маълумоти бадастомада аз нишондиҳандаҳои шабехи занони гурӯҳи назоратӣ фарқияти аз чиҳати оморӣ муҳим ( $p < 0.01$ ) дошт. Афзоиши концентратсияи CA-125 аз арзишҳои истинод (35 IU/ml) дар 4 ( $17,4 \pm 7,1$ ) аз 23 bemoroni кистаҳои эндометриоид ва дар 3 ( $13,0 \pm 7,0$ ) аз 23 bemoroni гирифтори кистаҳои дермоид тухмдонҳо ба қайд гирифта шудааст. . Тадқиқоти иловагии маркерҳои варами РЭА ва CA-19.9 концентратсияи ин маркерҳои варамро дар доираи арзишҳои муқаррарӣ нишон доданд. Ҳангоми ҳисоб кардани ИМ дар bemoroni гурӯҳи асосӣ ин нишондод камтар аз 200 буда, ба ҳисоби миёна  $24,7 \pm 2,9$  буд.

**Хулоса.** Ҳамин тариқ, муайян кардани сатҳи маркерҳои варамҳо ва ҳисоб кардани индекси ашаддӣ дар bemoroni дорои омоси тухмдон дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ имкон медиҳад, ки профили bemorxonaе, ки дар он табобати ҷарроҳӣ зарур аст ва назорат кардани самаранокии табобат имконпазир аст. Дар сатҳи баланди CA-125 илова бар ин, концентратсияи CA-19.9 ва РЭА бояд бо мақсади равshan кардани эҳтимолияти ашаддии форматсияҳо муайян карда шавад.

**Калимаҳои қалидӣ:** омосҳои хушсифат тухмдонҳо, маркерҳои варамҳо, индекси ашаддӣ.

## ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ

УДК: 054.75

**¹Хакимова М.Б, ² Нуриддинова Н.Н.**

### ГЛОБАЛЬНЫЙ ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ КРИЗИС КАК ПОСЛЕДСТВИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЕ ОБЩЕСТВА С ПРИРОДОЙ

**¹НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»**

**²ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»**

**Хакимова Мухаббат Баходуровна** – к.м.н., и.о. ассистента кафедры общественного здоровья и здравоохранения, медицинской статистики с курсом истории медицины НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана». Е- mail: bashorat.khakimova@mail.ru; Тел: (+992) 935720009.

---

**Цель исследования.** Изучить и довести до сведения аудитории историю глобального кризиса современной цивилизации, выражаясь в ускоренном росте негативных тенденций во взаимоотношениях общества и природы и в росте социальной напряженности в самом обществе.

**Материал и методы исследования.** Информационной базой исследования явились интернет ресурсы: статьи, диссертации, научные работы отечественных и зарубежных учёных и климатологов, а также материалы международных организаций в сфере изменения климата.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Глобальный экологический кризис – это направление, состоящее во взаимоотношениях между человеческим обществом и природой, характеризующееся несоответствием производственных сил и производственных отношений человеческого общества и ресурсно-биологическим возможностям биосфера Глобального экологического кризиса, обусловленного вмешательством человека в природные процессы, представляющего опасность для жизни на Земле. Он является следствием совокупности хозяйственной деятельности цивилизации и проявляется в изменении характеристик природной среды в масштабах планеты.

**Заключение.** Экологические кризисы несут серьезные угрозы для нашей планеты и будущих поколений. Но каждый человек может стать частью решения. Сознательные усилия по энергосбережению, устойчивому сельскому хозяйству, управлению отходами и защите водных ресурсов — это только начало.

Важно распространять информацию об экологических проблемах, повышать осведомленность общества и вдохновлять на принятие устойчивых изменений в повседневной жизни. Коллективные усилия каждого человека, общества и государства помогут сохранить нашу планету для будущих поколений.

**Ключевые слова:** экологический кризис, кислотные дожди, парниковый эффект, загрязнение окружающей среды.

**M.B. Khakimova<sup>1</sup>, N.N. Nuriddinova<sup>2</sup>**

## **GLOBAL ECOLOGICAL CRISIS AS A CONSEQUENCE OF SOCIETY'S RELATIONSHIP WITH NATURE**

<sup>1</sup>NEI “Medical-Social Institute of Tajikistan”

<sup>2</sup>SEI “Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino”

***Khakimova Mukhabbat Bakhodurovna – PhD, Acting Assistant of the Department of Public Health and Healthcare, Medical Statistics with a Course in the History of Medicine of the NOU “Medical and Social Institute of Tajikistan”. E-mail: bashorat.khakimova@mail.ru; Tel: (+992) 935720009***

***The purpose of the study.*** To study and bring to the attention of the audience the history of the global crisis of modern civilization, expressed in the accelerated growth of negative trends in the relationship between society and nature and in the growth of social tension in society itself.

**Material and research methods.** The information base of the research was the existing Internet resources: articles, dissertations, scientific works of domestic and foreign scientists and climatologists and materials of international organizations in the field of climate change.

***The results and their discussions.*** The global environmental crisis is a trend, a state in the relationship between human society and nature, characterized by a discrepancy between the production forces and production relations of human society and the resource and biological capabilities of the biosphere. The global environmental crisis caused by human intervention in natural processes poses a danger to life on Earth. It is a consequence of the totality of the economic activity of civilization and manifests itself in changing the characteristics of the natural environment on a global scale.

***Conclusion.*** Environmental crises pose serious threats to our planet and future generations. But everyone can be a part of the solution. Conscious efforts towards energy conservation, sustainable agriculture, waste management and water protection are just the beginning.

*It is important to spread information about environmental issues, raise public awareness and inspire decision-making.*

***Key words:*** Environmental crisis, acid rain, greenhouse effect, environmental pollution.

**Актуальность.** На рубеже третьего тысячелетия возник глобальный кризис современной цивилизации. Он выражается в ускоренном росте негативных тенденций во взаимоотношениях общества и природы и в росте социальной напряженности в самом обществе. А причины этого глобального кризиса в целом можно описать следующим образом. Социальное развитие человека

изменило цель существования (удовлетворение социальных, а не биологических потребностей) и потому нарушило полную согласованность трех ключевых параметров эволюции биосферы: неограниченное наращивание числа функций техногенным путем, неадекватность системы коллективного мышления и управления, выход из системы экологического контроля и

в результате полное рассогласование темпов развития [1, 2, 9]. Наиболее ярко это стало сказываться, начиная с периода промышленной революции около 250 лет назад. Именно поэтому возникли экологические проблемы во взаимоотношениях с природой, и стало ускоренно развиваться экономическое и социальное расслоение общества – источник роста социальной напряженности. По комплексу этих признаков можно утверждать, что человечество вступило в фазу эволюционного кризиса со всеми вытекающими из этого последствиями. [3, 17].

**Цель исследования.** Изучить и довести до сведения аудитории историю глобального кризиса современной цивилизации, выражаяющиеся в ускоренном росте негативных тенденций во взаимоотношениях общества и природы и в росте социальной напряженности в самом обществе.

**Материал и методы исследования.** Информационной базой исследования явились существующие интернет ресурсы: статьи, диссертации, научные работы отечественных и зарубежных учёных и климатологов и материалы международных организаций в сфере изменения климата.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Глобальный экологический кризис – это направление, состоящее во взаимоотношениях между человеческим обществом и природой, характеризующееся несоответствием производственных сил и производственных отношений человеческого общества и ресурсно-биологическим возможностям биосферы **Глобального экологиче-**

**ского кризиса, обусловленного вмешательством человека в природные процессы,** представляющего опасность для жизни на Земле. Он является следствием совокупности хозяйственной деятельности цивилизации и проявляется в изменении характеристик природной среды в масштабах планеты [4, 8, 9].

**Глобальный экологический кризис, обусловленный вмешательством человека в природные процессы,** представляет опасность для жизни на Земле.

Он является следствием совокупности хозяйственной деятельности цивилизации и проявляется в изменении характеристик природной среды в масштабах планеты.

**Некоторые основные компоненты глобального экологического кризиса:**

**Кислотные дожди.** Происходят вследствие попадания в атмосферу оксидов серы и азота.

**Парниковый эффект.** Выбросы углекислого газа и загрязняющих веществ в атмосферу задерживают тепловое излучение Земли, в результате чего создаётся парниковый эффект.

**Загрязнение поверхности Земли суперэкотоксикантами.** К ним относятся различные химические соединения, некоторые тяжёлые металлы (ртуть, кадмий, свинец) и долгоживущие радионуклиды.

**Истощение озонового слоя мира.** В результате в нём появляются дыры, в результате чего на Землю проникают повышенные дозы ультрафиолета, которые оказывают вредное воздействие на организм человека.

Для преодоления глобального экологического кризиса необходимо, в частности, создание эффективного природоохранного законодательства и поиск грамотных и действенных научно-технических решений [5, 10].

Итак, глобальный ЭК обусловленный вмешательством в природные процессы, представляет опасность жизни на Земле. Каковы же пути преодоления экологического кризиса? Неотложные меры по решению экологических проблем требуют глобальных усилий. Каждый человек может внести свой вклад в устранение экологических кризисов и создание устойчивого будущего:

Экологический кризис — это устойчивое нарушение равновесия между обществом и природой, заключающееся в деградации окружающей природной среды и неспособности государственных структур принять соответствующие меры для того, чтобы решить создавшуюся проблему и восстановить состояние благоприятной окружающей среды. Одной из предпосылок экологического кризиса является загрязнение человеком окружающей среды. Загрязнение окружающей среды — внесение в экологическую систему не свойственных ей живых или неживых компонентов, физических или структурных изменений, прерывающих или нарушающих процессы круговорота и обмена веществ, с непременным следствием в виде постепенного разрушения экосистемы. Причины экологического кризиса:

1. Ограниченнность природных ресурсов рамками планеты и околоземным космическим пространством.

2. Недостатки в организационно-правовой и экономической деятельности государства по охране окружающей среды.

3. Высокая стоимость очистных сооружений и других средств охраны природы.

4. Недостаточный уровень экологического образования населения, а также низкий уровень культуры и нравственности отдельных людей.

5. Экологический нигилизм — отрицание законов взаимосвязи человека и окружающей среды, пренебрежительное отношение к природе [6, 11].

Формы проявления экологического кризиса:

- радиационное загрязнение;
- загрязнение атмосферного воздуха;
- деградация сельхозугодий;
- недостаток питьевой воды.

До настоящего времени в обществе не сложилось единого взгляда на то, какова экологическая ситуация на планете.

Существовали 3 точки зрения:

1. Человечество уже находится в экологической катастрофе.

2. Человечество вступает в глобальный экологический кризис.

3. Существуют лишь локальные места экологического неблагополучия [7, 9, 12, 13].

Сейчас учёные обозначили важность вышеупомянутой проблемы. Очевидно, что при нынешних темпах развития человечества экологический кризис неизбежен. Необходимо отличать кризис от катастрофы. Если катастрофа представляет собой необратимое

явление, в котором роль человечества минимальна, то кризис является обратимым состоянием, в котором человек выступает активно действующей стороной. Соответственно, существуют способы преодоления кризиса, эффективность которых напрямую зависит как от общества в целом, так и от каждого отдельного человека.

Пути преодоления экологического кризиса:

1. Важным шагом по пути преодоления экологического кризиса является просвещение всех слоёв общества. Экология как учебная дисциплина должна стать неотъемлемой частью подготовки специалистов в области разного рода наук.

2. Создание эффективного природоохранного законодательства. Безусловно, помимо национальных законов, регулирующих отношения между предприятиями, государством и его гражданами в области экологических правоотношений, важное значение имеют межгосударственные правовые отношения.

3. Поиск грамотных научно-технических решений, который может осуществляться путем финансирования деятельности институтов и лабораторий.

4. Необходимо, чтобы каждый житель нашей планеты осознал, что экологическая угроза исходит от каждого конкретного человека, в том числе и от него самого.

Люди должны понять, что жизнь на Земле зависит от их отношения к природе и от гармонии между ними и природным миром. Источник: <https://center-yf.ru/data/stat/globalniy-ekologicheskiy-krizis-obuslovlennyiyy-vmeshatelstvom-cheloveka.php>

екологический кризис обусловлен вмешательством человека.

Экологический кризис не является неизбежным и закономерным порождением научно-технического прогресса, он обусловлен как у нас в стране, так и в других странах мира комплексом причин объективного и субъективного характера, среди которых не последнее место занимают потребительское, а нередко и хищническое отношение к природе, пренебрежение фундаментальными экологическими законами .

Первым экологическим кризисом считается кризис присваивающего хозяйства. Выход из кризиса был найден в переходе на коллективную охоту и разделением труда между участниками. В докладе Национального разведывательного совета США «Глобальные тенденции развития человечества до 2015 года» [2002] слово кризис фигурирует только во множественном числе - региональные кризисы, финансовые кризисы и т.д. А о глобальном экологическом кризисе не упоминается вовсе «Если тридцать лет назад, - пишет В.Р.Дольник, - приближение экологической катастрофы и демографического коллапса обдумывали на всей планете всего несколько экологов, то теперь огромные массы простых людей самостоятельно почувствовали нарастающее давление первичных факторов» (то есть таких, которые напрямую лимитируют жизнедеятельность человеческого вида) [Дольник, 1994]. В самом деле, трудно сегодня назвать страну, народ которой был бы равнодушен к угрозам экологического характера, причем не только местным или региональным. Ни одна

предвыборная платформа не обходится без обещаний взять под контроль ту или иную экологическую проблему. Экологическая проблема не наступила в одно мгновение – она имеет многовековую историю. Но ее темпы невероятным образом ускорились после второй половины XIX в. – с момента развития индустриализации планеты [13-15].

За последние 100 лет около 25% обрабатываемой земли и около 65% лесов нашей планеты были уничтожены или приведены в негодное состояние. С каждым десятилетием в мире становится еще на 7% меньше земель с плодородными почвами. А с каждым годом 26 млрд. плодородного слоя попросту выносится с полей.

Проблема экологии стала носить кризисный характер еще в конце 1950-х – начале 1960-х гг. Рассмотрим несколько фактов, которые частично отображают масштаб проблемы.

Каждые два года 12 млн. га земель становятся опустошенными.

Каждую секунду площадь лесов сокращается на полгектара, а каждые два года – на площадь, равную территории Финляндии. Если подобная тенденция сохранится, то полное уничтожение лесов может наступить в ближайшем десятилетии.

Экологический кризис развивается высокими темпами в каждой стране мира, на всех континентах, в том числе затрагивая «ледовые» территории (Антарктиду и Антарктику) [16-18].

Казалось бы, отмобилизованы все необходимые технологические и финансовые ресурсы, а проблема, словно огромный айсберг, все так же высит-

ся на пути мировой цивилизации, не проявляя никаких признаков к таянию. И люди в своей массе исподволь привыкаются к мысли, что «экология» – это надолго, что с этим жить и их детям, и детям детей, и что возврата к относительному благополучию недавнего прошлого, видимо, не будет уже никогда. И действительно, переживаемая ныне экологическая ситуация резко отлична от всего, с чем когда-либо в своей истории сталкивалось человечество. Хотя бы уже потому, что опасные изменения окружающей среды приобрели сегодня глобальный характер. Они распространились на все подсистемы и компоненты среды и на всю поверхность планеты вплоть до ее полюсов, не затронув разве что океанских глубин, и это подтверждается данными самых разных научных наблюдений. Особенно показательна в этом плане атмосферная динамика изменения концентрации биогенов (веществ, участвующих в процессах жизнеобеспечения). Отдельно следует обратить внимание на угрожающие масштабы проблемы «парникового эффекта», который является следствием выбросов углекислого газа и загрязняющих веществ в атмосферу. Это в первую очередь относится к увеличению в атмосфере углекислого газа (двуокиси углерода, CO<sub>2</sub>). За указанное время ее прирост, подобный нынешнему, имел место лишь дважды – в периоды Миккулинского и современного межледниковых (голоцен). Однако скорость его была тогда на два порядка ниже, а время перепада занимало около 10 тыс. лет. А если заглянуть в еще более далекое прошлое, скажем, на миллион лет назад,

то и здесь на фоне нескольких циклов колебаний концентрации атмосферной CO<sub>2</sub> мы не встретим темпов изменений, хоть сколько-нибудь приближающихся к нынешним. Они на два, а если взять последние 50 лет, то и на три порядка выше того, что случалось в предшествующие геологические эпохи, и имеют, по-видимому, антропогенное происхождение [5,19,20]. На это указывает и анализ соотношения изотопов углерода C<sub>14</sub> и C<sub>13</sub> в атмосферном CO<sub>2</sub>, позволяющий с высокой вероятностью связывать рост его концентрации со сжиганием ископаемого топлива (прежде всего - каменного угля) и прочей хозяйственной деятельностью человека [Vitousek, 1994]. Так, с 1950 по 1996 гг. ежегодная эмиссия углерода только индустриального происхождения выросла в 4,6 раза [Global environment..., 1999], а 1996 год оказался в этом смысле рекордным - 6,52 млрд т углерода (масса CO<sub>2</sub> пересчитывается в углерод с помощью коэффициента 3,664). О том, что углекислый газ играет важную роль в так называемом парниковом эффекте, знает, наверное, каждый школьник. Менее известно, что парниковый эффект - столь же необходимое условие для поддержания жизни на Земле, как и сама атмосфера, и что парниковые газы «перехватывают» часть отражаемого Землей длинноволнового солнечного излучения, согревая нижние атмосферные слои в результате чего может начаться своего рода цепная реакция (так называемый эффект усиления в процессе с положительной обратной связью), обусловленная таянием арктических льдов с высвобождением содержащихся в веч-

ной мерзлоте CO<sub>2</sub> и метана, а также накоплением в атмосфере обладающего парниковым эффектом водяного пара [Грин и др., т.3, 1993].

**Выходы.** Экологические кризисы несут серьезные угрозы для нашей планеты и будущих поколений. Каждый человек может стать частью решения. Сознательные усилия по энергосбережению, устойчивому сельскому хозяйству, управлению отходами и защите водных ресурсов — это только начало.

Важно распространять информацию об экологических проблемах, повышать осведомленность общества и вдохновлять на принятие устойчивых изменений в повседневной жизни. Коллективные усилия каждого человека, общества и государства помогут сохранить нашу планету для будущих поколений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Биоразнообразие и изменение климата. Международный день биоразнообразия. – Секретариат Конвенции о биологическом разнообразии, 2007. – Интернет-ресурс. Режим доступа: [http://www.biodiversity.ru/programs/climate\\_and\\_biodiversity/pub/biodiversity\\_and\\_climate.pdf](http://www.biodiversity.ru/programs/climate_and_biodiversity/pub/biodiversity_and_climate.pdf)
2. Второй оценочный доклад Росгидромета об изменениях климата и их последствиях на территории Российской Федерации. – М.: Росгидромет, 2014. – 1003 с.
3. Доклад WWF «Живая планета 2016» // WWF. 2016. Living Planet Report 2016: Summary. WWF, Gland, Switzerland. 36 с. 32 ГЛОБАЛЬНАЯ ЭКОЛОГИЯ
4. Доклад «Живая планета – 2008». – WWF Intl / WWF России, 2008. – 48 с. – Интернет-ресурс. Режим доступа: <http://www.wwf.ru/resources/publ/book/311/>.
5. Карлин Л.Н., Малинин В.Н., Образцова А.А. Пространственно-временные изменения потока CO<sub>2</sub>. Карлин Л.Н., Малинин В.Н.,

- Образцова А.А. Пространственно-временные изменения потока CO<sub>2</sub> в системе океан – атмосфера // Изв. РГО. 2012. Т. 144. Вып. 5. – С. 27–36.
6. Карлин Л.Н., Малинин В.Н., Гордеева С.М. О влиянии температуры поверхности океана на обмен углекислым газом с атмосферой // Океанология. – 2015. Т. 5, №1. – С. 16–25.
7. Коршунов А.А., Шаймарданов В.М., Шаймарданов М.З. Об организации обслуживания потребителей данными об опасных гидрометеорологических явлениях и неблагоприятных условиях погоды // Учен. зап. РГГМУ. – 2017. №46. – С. 100–110.
8. Кравчук М.А., Краснов Ю.И., Малинин В.Н. Глобальный экологический кризис: стратегия выживания // Общество. Среда. Развитие. – 2009. №1. – С. 194–205.
9. Малинин В.Н. Уровень океана: настоящее и будущее. – СПб.: РГГМУ, 2012. – 260 с.
10. Малинин В.Н. Влагосодержание атмосферы и парниковый эффект // Общество. Среда. Развитие. – 2014. №3. – С. 139–145.
11. Малинин В.Н. Гольфстрим и климат Европы // Общество. Среда. Развитие. – 2012. №1. – С. 214–220.
12. Малинин В.Н., Гордеева С.М. Изменчивость влагосодержания над океаном по спутниковым данным // Исследование Земли из космоса. 2015. №1. – С. 3–11.
13. Малинина Ю.В. К оценке возможного ущерба от возможного повышения уровня океана в XXI столетии // Учен. зап. РГГМУ. – 2010. №14. – С. 162–176.
14. Орлеанская Е.С. Изменение глобальной экосистемы в период потепления климата // Общество. Среда. Развитие. – 2011. №1. – С. 223–227.
15. Реймерс Н.Ф. Экология. Теории, законы, правила, принципы и гипотезы. – М.: Россия молодая, 1994. – 366 с.
16. Фрумин Г.Т. Глобальные экологические проблемы: путь к катастрофе или миф? // Общество. Среда. Развитие. – 2009. №3. – С. 101–113.
17. [Электронный ресурс]. [http://studme.org/54478/ekonomika/mezhdunarodnye\\_ekonomicheskie\\_otoresheniya](http://studme.org/54478/ekonomika/mezhdunarodnye_ekonomicheskie_otoresheniya) free.
18. Чрезвычайные ситуации в России, обусловленные погодными условиями. [Электронный ресурс] URL: <http://meteo.ru/pogoda-i-klimat/150-chs-v-rosii>.
19. Bjorn Lomborg. The Skeptical Environmentalist: Measuring the Real State of the World. – Cambridge: Cambridge University Press, 2001. – 540 p.
20. ERDDAP: AOML Monthly Global Carbon Fluxes dataset. – URL: <http://cwcgom.aoml.noaa.gov/erddap/griddap/aomlcarbonfluxes.graph>, free.

## REFRENSES

1. Biodiversity and climate change. International Biodiversity Day. – Secretariat of the Convention on Biological Diversity, 2007. – Internet resource. Access mode: [http://www.biodiversity.ru/programs/climate\\_and\\_biodiversity/pub/biodiversity\\_and\\_climate.pdf](http://www.biodiversity.ru/programs/climate_and_biodiversity/pub/biodiversity_and_climate.pdf)
2. The second assessment report of Roshydromet on climate change and its consequences on the territory of the Russian Federation. – M.: Roshydromet, 2014. – 1003 p.
3. WWF report “Living Planet 2016” // WWF. 2016. Living Planet Report 2016: Summary. WWF, Gland, Switzerland. 36 pp. 32 GLOBAL ECOLOGY
4. Report “Living Planet – 2008”. – WWF Intl / WWF Russia, 2008. – 48 p. – Internet resource. Access mode: <http://www.wwf.ru/resources/publ/book/311/>.
5. Karlin L.N., Malinin V.N., Obraztsova A.A. Spatiotemporal changes in CO<sub>5</sub> flux. Karlin L.N., Malinin V.N., Obraztsova A.A. Spatiotemporal changes in CO<sub>2</sub> flow in the ocean-atmosphere system. Izv. RGS. 2012. T. 144. Issue. 5. – pp. 27–36.
6. Karlin L.N., Malinin V.N., Gordeeva S.M. On the influence of ocean surface temperature on the exchange of carbon dioxide with the atmosphere // Oceanology. – 2015. T. 5, No. 1. – P. 16–25.
7. Korshunov A.A., Shaimardanov V.M., Shaimardanov M.Z. On the organization of customer service with data on dangerous hydrometeorological phenomena and adverse weather

- conditions // Uchen. zap. RGGMU. – 2017. No. 46. – P. 100–110.
8. Kravchuk M.A., Krasnov Yu.I., Malinin V.N. Global environmental crisis: survival strategy // Society. Wednesday. Development. – 2009. No. 1. – P. 194–205.
9. Malinin V.N. Ocean level: present and future. – St. Petersburg: RGGMU, 2012. – 260 p.
10. Malinin V.N. Moisture content of the atmosphere and the greenhouse effect // Society. Wednesday. Development. – 2014. No. 3. – P. 139–145.
11. Malinin V.N. Gulf Stream and climate of Europe // Society. Wednesday. Development. – 2012. No. 1. – P. 214–220.
12. Malinin V.N., Gordeeva S.M. Variability of moisture content over the ocean according to satellite data // Earth Research from Space. 2015. No. 1. – P. 3–11.
13. Malinina Yu.V. Towards an assessment of possible damage from a possible rise in ocean level in the 21st century // Uchen. zap. RGGMU. – 2010. No. 14. – P. 162–176.
14. Orleanskaya E.S. Changes in the global ecosystem during climate warming // Society. Wednesday. Development. – 2011. No. 1. – P. 223–227.
15. Reimers N.F. Ecology. Theories, laws, rules, principles and hypotheses. – M.: Young Russia, 1994. – 366 p.
16. Frumin G.T. Global environmental problems: a path to disaster or a myth? // Society. Wednesday. Development. – 2009. No. 3. – P. 101–113.
17. [Electronic resource]. [http://studme.org/54478/ekonomika/mezhdunarodnye\\_ekonomicheskie\\_otnosheniya\\_free](http://studme.org/54478/ekonomika/mezhdunarodnye_ekonomicheskie_otnosheniya_free).
18. Emergencies in Russia caused by weather conditions. [Electronic resource] URL: <http://meteo.ru/pogoda-i-klimat/150-chs-v-rossii>.
19. Bjorn Lomborg. The Skeptical Environmentalist: Measuring the Real State of the World. – Cambridge: Cambridge University Press, 2001. – 540 p.
20. ERDDAP: AOML Monthly Global Carbon Fluxes dataset. – URL: <http://cwgom.aoml.noaa.gov/erddap/griddap/aomlcarbonfluxes.graph>, free.

## ХУЛОСА

Ҳакимова М.Б, Нуридинова Н.Н.

### БЎХРОНИ ЭКОЛОГИИ ГЛОБАЛӢ ҲАМЧУН ОҚИБАТИ МУНОСИ- БАТИ БАЙНИҲАМДИГАРИИ ЧАМЬИЯТ БО ТАБИАТ

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯхтан ва ба диққати шунавандагон расондани таърихи кризиси умумичаҳонии тамаддуни муосирро, ки дар афзоиши шиддати иҷтимоии худи ҷамъият ва афзоиши тамоюлҳои манғии муносибатҳои ҷамъият ва табиат ифода ёфтаанд.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Ба-зai иттилоотии тадқиқот захираҳои мавҷудаи интернетӣ: мақолаҳо, рисолаҳо, корҳои илмии олимону иқлиминосони ватаниву хориҷӣ ва маводи созмонҳои байналмилалӣ дар соҳаи тағиیرёбии иқлими буданд.

**Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Бўхрони ҷаҳонии экологӣ як самт, ҳолати муносибати байни ҷомеаи инсонӣ ва табиат мебошад, ки бо номутобиқатии байни қувваҳои истеҳсолӣ ва муносибатҳои истеҳсолии ҷомеаи инсонӣ ва имкониятҳои захиравӣ ва биологии биосфера тавсиф мешавад даҳолати инсон ба процесҳои табиӣ, барои хаёти рӯйи замин ҳавф дорад. Ин натиҷаи маҷмӯи фаъолияти иқтисодии тамаддун буда, дар тағиирёбии хусусиятҳои муҳити табиӣ дар миқёси сайёраҳо зуҳур меёбад.

**Хулоса.** Бӯхронҳои экологӣ ба сайераи мо ва наслҳои оянда таҳдидҳои ҷиддӣ доранд. Аммо ҳар як шахс метавонад як қисми ҳалли масъала бошад. Кӯшишҳои бошуурона барои сарфай энергия, кишоварзии устувор, идора-кунии партовҳо ва ҳифзи захираҳои обтанҳо ибтидои он мебошанд.

Паҳн кардани маълумот дар бораи масъалаҳои экологӣ, баланд бардоштани

огоҳии чомеа ва илҳом бахшидан ба тағйироти устувор дар ҳасти ҳаррӯза муҳим аст. Кӯшишҳои дастаҷамъонаи ҳар як шахс, чомеа ва давлат ба нигоҳ доштани сайёраи мо барои наслҳои оянда мусоидат меқунанд.

**Қалимаҳои қалидӣ:** бӯхрони экологӣ, боронҳои туршӣ, таъсири гармхонаҳо, ифлосшавии муҳити зист.

## **ХРОНИКА**

### **РЕЗОЛЮЦИЯ**

### **ЕЖЕГОДНОЙ IV ГОДОВОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ НОУ «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ТАДЖИКИСТАНА» НА ТЕМУ: “СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ НАУКИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН, ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ЕЁ РЕШЕНИЯ” С УЧАСТИЕМ МЕЖДУНАРОДНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ**

18-19 октября 2024 г.

г. Душанбе

В соответствии пункта 9 Плана - научных мероприятий НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» «Об обеспечении хода научно-исследовательских работ и формировании профессиональных компетенций» на 2024-2025 учебные годы под руководством Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан при непосредственной поддержке Российской академия медико-технических наук; Международная академия наук экологии и безопасности жизнедеятельности; Государственное агентство социальной защиты населения Министерства здравоохранения и социальной защиты на-

селения Республики Таджикистан; ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан **18 – 19 октября 2024 г.** в режиме онлайн и офлайн была организована и проведена на

высоком научном уровне Ежегодная IV годовая республиканская научно-практическая конференция НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» на тему: “Стратегия развития медицинской и социальной науки в Республике Таджикистан, опыт, проблемы и пути её решения” с участием международных специалистов.

В работе конференции отмечено, что здоровье общества в нашей стране считается приоритетным направлением социальной политики государства и правительства, каждая структура сферы здравоохранения и социальной защиты - это вопрос современных повседневных изменений, повышения конкуренции и качества жизни населения, улучшение медицинского и социального обслуживания и своевременное их рассмотрение, и решение проблем.

В современное время развитие человеческих ресурсов в сфере расширяется из года в год с учетом устойчивой образовательно-правовой базы, включающей национальные концепции, стратегии и программы. В целях усиления работы в направлении подготовки медико-социальных кадров несколько лет назад была принята «Программа подготовки медицинских кадров на период до 2030 года» и ее реализация напрямую связана с развитием сферы здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и способствует повышению качества медицинских услуг социальному развитию страны.

За последнее десятилетие по этому важному направлению в Республике Таджикистан принято ряд решающих документов и решений (более 30 стра-

тегий и национальных программ), отвечающих современным требованиям реформирования здравоохранения, одним из которых является «Стратегический план развития первичной медико-санитарной помощи по принципу семейной медицины в Республике Таджикистан на 2021-2025 годы» и «Стратегия питания и физической активности в Республике Таджикистан на 2015-2024 годы» и поэтому, в современном мире чтобы защитить свое существование и развиваться, могут только те страны, граждане которых обладают высоким уровнем грамотности, знаний, культуры, дружелюбны, ученые и предприниматели.

Отрадно, что Республика Таджикистан учла необходимость подготовки медицинских и социальных специалистов по предложению и при непосредственной поддержке Основателя мира и национального единства - Лидера нации, Президента Республики Таджикистан, уважаемого Эмомали Рахмона (письмо от 27.06.2020 г., №25/2-4) 2015 г. организован ООО «Медико-социальный колледж г. Душанбе» и 10 мая 2020 года на базе ООО «Медико-социальный колледж г. Душанбе» создано Негосударственное образовательное учреждение «Медико-социальный институт Таджикистана», имеющий лицензию Агентства по контролю в сфере образования и науки при Президенте РТ на действие деятельности Т-ИФ №0000001 от 08.03.2020 г., при ней действуют 5 факультетов. Также при институте открыт «Клинический, научно-образовательный центр», который в опьте структуры здравоохранения страны

является первым медицинским учреждением при институте. Здесь действуют хирургическое, урологическое, терапевтическое, кардиологическое, стоматологическое, гинекологическое, лечебное, диагностическое, лабораторное и другие отделения.

Негосударственное образовательное учреждение «Медико - социальный институт Таджикистана» является первым негосударственным медико-социальным профессиональным высшим учебным заведением, рожденным в эпоху Независимости, и ставит своей целью реализацию указаний и указаний Основателя мира и национального единства - Лидера нации, Президента Республики Таджикистан, уважаемого Эмомали Рахмона в Послании Маджлиси милли Маджлиси Оли от 21 декабря 2019 года «Об основных направлениях внутренней и внешней политики республики», в направлении подготовки кадров высшей квалификации, специалистов в области медицинской реабилитации, социальной работы и медицинских психологов, как негосударственное учреждение высшего профессионального образования реализует государственную политику в сфере высшего профессионального образования, в целях обеспечения конституционных прав граждан создаются условия, для получения высшего профессионального образования.

Достижения таджикских ученых-медиков в период независимости были значительными и были направлены на повышение уровня диагностики с использованием современных технологий и разработку новых методов лечения.

Данная конференция посвящена одному из важных вопросов в области охраны здоровья и социальной защиты населения, который считается новым направлением в процессе образования, практики и науки для нашей страны. Хотя со времени проведения третьей конференции прошел год, и была принята Резолюция о решении существующих проблем, к сожалению, многие аспекты, требующие решения, до сих пор остались не решенными.

Участники конференции оценили роль медико-социального образования как нового направления в развитии образования, практики и науки в Республике Таджикистан и поддержали его в повышении качества медицинских услуг и дальнейшем медико-социальном развитии.

В работе конференции приняли участие более 250 человек. Среди участников конференции принимали участие специалисты из учреждений высшего профессионального и последипломного образования, научно-исследовательских и медицинских учреждений Республики Таджикистан, представители различных медицинских школ США, Республики Узбекистан, Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; Министерства образования и науки Республики Таджикистан; Национальной академии наук Таджикистана; ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет»; ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», Государственного агентства социальной защиты населения Министерства

здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан с руководителями подведомственных ему учреждений, ГОУ «Республиканский медицинский колледж», Республиканского комитета профсоюза работников здравоохранения и социальной защиты Таджикистан, представители фармацевтических компаний, действующих на территории Республики Таджикистан, а также принимали участие кафедры и сотрудники подструктур НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана».

Работа конференции началась с представлением гостей и её участников, в том числе:

**Мухсинзода Гафур Мухсин** – первый заместитель министра здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, доктор медицинских наук, профессор.

**Сайдзода Хикматулло** – руководитель Департамента высшего образования Министерства образования и науки Республики Таджикистан

**Душенков Вячеслав Михайлович** – доктор биологических наук, профессор. Департамент естественных наук, Общественный колледж Хостос, Городской университет Нью-Йорка, Бронкс, США.

**Кароматов Ином Джураевич** – представитель Бухарского государственного медицинского института им. Абуали ибни Сино, Республика Узбекистан.

**Шарифзода Хушвакт Салим** – руководитель Управления здравоохранения г. Душанбе, к.м.н.

**Хаётзода Нурхон Шариф** - председатель республиканского комитета про-

фсоюзов здравоохранения и социальной защиты Таджикистана, к.м.н.

**Мироджев Гиёсиддин Кутбиддинович** – академик Национальной академии наук Таджикистана, главный специалист Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан по заболеваниям печени и органов пищеварения, профессор.

**Мухиддин Нуриддин Давлатали** – ректор ГОУ “Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан”, д.м.н., профессор.

**Раджабзода Музaffer Эмом** – директор ГУ «Республиканский центр кардиологии», д.м.н.

**Гойбов Амонулло Гойбович** – профессор института последипломной подготовки социальных работников Республики Таджикистан, д.м.н., профессор.

**Боронов Хабибулло Абдуллоевич** – к.м.н., заместитель ректора по науке и инновациям ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет»

**Джураев Набиджон Шодмонович** – начальник управления организации социального обслуживания Государственного агентства социальной защиты населения Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

**Ибодов Нематулло Сохибович** – директор ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», к.м.н.

**Ахмадзода Сайдилхом Мухтор** – член корр. Национальной академии наук Таджикистана, главный специалист Министерства здравоохранения и соци-

альной защиты населения Республики Таджикистан, д.м.н., профессор.

**Мирзоев Сафарали Мирзоевич** – главный специалист Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, к.м.н., доцент.

**Муллоузхур Тохири** – председатель Международного союза писателей и врачей, к.м.н.

После представления гостей с приветственным словом выступили: основатель НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», академик Медико-технической академии наук Российской Федерации, Лауреат премии имени Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор **Ибодзода Хабибулло Ибод**; первый зам. министра здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, доктор медицинских наук, профессор **Мухсинзода Гафур Мухсин**; руководитель Департамента высшего образования Министерства образования и науки Республики Таджикистан **Сайдзода Хикматулло**; руководитель Управления здравоохранения г. Душанбе, к.м.н., доцент **Шарифзода Хушвакт Салим**; председатель республиканского комитета профсоюзов здравоохранения и социальной защиты Таджикистана, к.м.н. **Хаётзода Нурхон Шариф**; академик Национальной академии наук Таджикистана, главный специалист Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан по заболеваниям печени и органов пищеварения, профессор **Мироджев Гиёсиддин Кутбиддинович**; ректор ГОУ “Институт последипломного образования в сфере

здравоохранения Республики Таджикистан”, д.м.н., профессор **Мухиддин Нуриддин Давлатали**; член корр. Национальной академии наук Таджикистана, главный специалист Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, д.м.н., профессор **Ахмадзода Сайдилхом Мухтор**; главный специалист Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан к.м.н., доцент **Мирзоев Сафарали Мирзоевич**; начальник управления организации социального обслуживания Государственного агентства социальной защиты населения Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан **Джураев Набиджон Шодмонович**. искренне поздравили руководство института с началом IV годовой республиканской научно-практической конференции НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» на тему: **“Стратегия развития медицинской и социальной науки в Республике Таджикистан, опыт, проблемы и пути её решения”** и с полной уверенностью выразили, что работа Конференции будет проходить в конструктивной и благотворной атмосфере, ее рекомендации и предложения будут включены в принимаемую Резолюцию и реализованы на практике во благо здоровья и благополучия населения страны.

На пленарном и 3-х секционных заседаниях конференции приняли участие в работе конференции и выступили с докладами: **Душенков Вячеслав Михайлович** – доктор биологических наук, профессор. Департамент естественных

наук, Общественный колледж Хостос, Городской университет Нью-Йорка, Бронкс, США на тему: “Перспективы ботаники: современное состояние и изменение в будущее”; **Кароматов Ином Джураевич** – ассистент кафедры народной медицины Бухарского государственного медицинского института им. Абуали ибни Сино Республики Узбекистан на тему «Оценка влияния акупунктуры на показатели качества жизни у студентов с различной степенью интернет-зависимости».

С докладами (онлайн) выступили: **Котов-Смоленский Артем Михайлович**, старший преподаватель департамента физической культуры, спорта и медиакоммуникаций института естествознания и спортивных технологий Московского городского педагогического университета Российской Федерации на тему “Особенности функционального состояния центральной нервной системы при иммерсивной двигательной тренировке”; **Максудова Лайло Махмутовна** – д.м.н., доцент кафедры офтальмологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников Республики Узбекистан на тему «Контент - анализ иммуноцитохимических показателей поражения переднего отрезка глаз у пациентов с эндофталмитом»; **Пулотов Камолджон Джамолович** – к.м.н., и.о. зав. кафедрой общей хирургии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», на тему «Диагностика и эндоскопическая тактика при потенциально опасных инородных тел верхних отделов пищеварительного тракта у детей» (из Исламской Республике Иран, где проходит

повышение квалификации); **Матякубов Мансур Нарбаевич** – врач ординатор Республиканской клинической офтальмологической больницы Республики Узбекистан на тему «Комплексная оценка использования импланта для коррекции лагофталмии при хроническом параличе лицевого нерва» Антония Каз - кафедра биологии растений Ратгерского университета США на тему: «Дубовые галлы как источник мощных поверхностно-действующих антибактериальных соединений»; Атифах Ализаде| врач стоматолог-ортопед, доцент кафедры детской стоматологии, факультет стоматологии Кашанского университета медицинских наук, Кашан, Исламская Республика Иран на тему «Оценка антимикробного эффекта фотодинамической терапии диодным лазером в отношении карiesогенных бактерий эмали»; Саид Ахмадриза Ахмади и Мохаммадриза Карими - центр исследований заболеваний полости рта и зубов, школы стоматологии Ширазского университета медицинских наук, Исламская Республика Иран на тему «Мамосам – на тему «Мамосам - будущее без рака молочной железы. Инновационная неинвазивная технология обнаружения».

Продемонстрированы 2 лекции с видеозаписью: **Еви Лусиана** – кафедра фармакологии медицинского факультета университета Шривиджая, Палембанг, Индонезия на тему «Экстракти Clitoria ternatea (бабочкового горошка) как потенциальная терапия рака молочной железы»; **Андреа Пумисачо** – университет Сан-Франциско-де-Кито. Институт микробиологии, Магистерская программа по микробиологии и Колледж

биологических и экологических наук. Кито, Эквадор на тему «Биоактивность *in vitro* сырых экстрактов из эквадорских галлов».

Также заслушаны доклады: кафедр хирургии ГОУ «Республиканский медицинский колледж», детское отделение ГУ «Медицинский комплекс Истиклол», кафедра хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов», кафедра фармакологии ва микробиологии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», кафедра нормальной физиологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», ГУ «Республиканский научно-исследовательский фармацевтический центр», а также с клинических, медицинских и немедицинских теоретических дисциплин кафедр «НОУ Медико-социальный институт Таджикистана» и 13 докладов секции Международного симпозиума «Растения здоровье человека».

Участники Конференции по вопросам реформ в сфере здравоохранения и социальной защиты населения по обеспечению доступа населения к медицинским услугам и здоровому питанию, внедрению новых услуг методом оснащения современным оборудованием, доступности всех групп населения к медико-санитарному и реабилитационному лечению, обеспечение здоровья уязвимых слоев населения, решения которых зависят от состояния здоровья при рождении, грамотности населения, здорового образа жизни, экологических условий места обитания, условий тру-

да, наличия и эффективности системы здравоохранения и ее уровня благосостояния, единогласно, свободно высказывали свое мнение.

Ученые Медико-социального института Таджикистана провели очередную ежегодную конференцию института «Стратегия развития медицинской и социальной науки в Республике Таджикистан, опыт, проблемы и пути её решения» (с международным участием) путем проведения 3 пленарных заседаний и 3 секционных заседаний на высоком уровне. В них было обсуждено 48 доклада. На пленарном заседании прозвучало 3 доклада по актуальным вопросам дня, на первом секционном заседании было рассмотрено 16 докладов, на втором – 13 докладов (Международный симпозиум «Растения и здоровье человека», на третьем 16 докладов. Второе пленарное заседание было итоговое с участием председателей пленарного заседания №1, секционных заседаний №1, №2 и №3.

19 октября на З пленарном заседании проведен «Мастер класс» - анализ научных и практических достижений института в области эндохирургии и эндоурологии за последние годы.

В дискуссии приняли участие д.м.н., проф. Хабибулло Ибодов, д.м.н., профессор Ахмедов А., Кароматов Ином Джураевич.

По итогам данного пленарного заседания конференции участниками конференции была принята Резолюция.

Все рассмотренные доклады были представлены участникам конференции в понятной форме, полным перечнем и содержательным цветовым оформлени-

ем и привлекли их внимание. Материалы конференции и Международный симпозиум “Растения и здоровье человека” опубликованы в приложении №4 научного журнала «Вестник Медико-социального института Таджикистана» в объеме 209 страницы.

В целях дальнейшего медико-социального развития в республике, развития медицинской реабилитации на основе изучения опыта различных областей медицины, повышения качества медико-социального образования в институте участники конференции

#### **ПРИНЯЛИ РЕЗОЛЮЦИЮ о следующем:**

Принять к сведению, что IV годовая республиканская научно-практическая конференция НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» на тему: **“Стратегия развития медицинской и социальной науки в Республике Таджикистан, опыт, проблемы и пути её решения”** с участием международных специалистов проведена на высоком организационном уровне.

Также принять к сведению, что на высоком организационном уровне одновременно с IV республиканской научно-практической конференцией института проведен Международный симпозиум “Растения и здоровье человека”.

3. Участники ежегодной IV республиканской научно-практической конференции института и Международного симпозиума “Растения и здоровье человека” выражают искреннюю благодарность руководству Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», на базе которого работа данной конференции была проведена в конструктивной и доброжелательной атмосфере.

4. Конференция отметила значительный вклад НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» в развитие медицинской реабилитации, медицинской психологии и социального обслуживания в Республике Таджикистан, и доказала возможность улучшения здоровья населения путем развития системы медико-социальной реабилитации с использованием природных ресурсов республики.

5. Просить от ученых, педагогов и практикующих врачей:

5.1. В вопросе повышения качества профессиональной подготовки в области медицинской реабилитации и развитию системы профессионального образования на основе теоретических исследований и практического опыта, а также опыта лечебно-профилактических и научно-клинических учреждений, новых методов медико-социальной реабилитации уязвимых слоев населения, детей и подростков республики с использованием активно внедряемого комплекса природных лечебных факторов, оснащения современным высокотехнологичным и физиотерапевтическим оборудованием, разработать и внести предложения по совершенствованию нормативной и законодательной базы с целью обеспечения доступности оказания медико-социальной помощи, а также продолжать реализацию мероприятий по принятой РТ «Националь-

ные программы и стратегии» в области медицины и социальной политики;

5.2. Поэтапно устраниТЬ дефицит кадров, в том числе путем интеграции высшего образования, науки и производства;

5.3. В дальнейшем совершенствовать оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями.

5.4. Широко рекомендовать использование опыта зарубежных стран по медицинской, социальной и психологической реабилитации в своей научной, учебной и практической деятельности;

5.5. На практике использовать новые клинические рекомендации с включением нового раздела санаторно-курортного лечения, а специалистам рекомендовать при составлении клинических рекомендаций санаторно-курортного лечения нозологических форм заболеваний, наиболее востребованных для санаторно-курортного лечения, что в первую очередь должны быть включены к санаторно-курортному разделу;

5.6. В целях усиления и повышения качества профессиональной подготовки в области медицинской реабилитации способствовать развитию системы профессионального образования на основе проведения теоретических исследований и практического опыта.

5.7. Систематично проводить научные исследования по использованию нетрадиционных оздоровительных технологий в реабилитационном процессе;

5.8. Систематически распространять в средствах массовой информации опыт внедрения технологии физического воспитания в процесс реабилитации и восстановительного лечения инвалидов;

6. При проведении научно-практических исследований в области медицинской реабилитации и реабилитации в медико-социальной сфере должны внедряться методы и принципы, основанные на доказательной медицине.

7. Национальную систему оценки эффективности реабилитации и реабилитационных мероприятий следует оценивать на основе международной классификации ВОЗ активности, инвалидности и здоровья.

8. Обеспечить благоприятные условия в процессе сотрудничества с кафедрами ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», медицинским факультетом Таджикского национального университета, НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», с учреждениями здравоохранения и социальной защиты населения, научных лабораторий и других учреждений по вопросам обмена опытом, внедрения технологий в области медицинской реабилитации инвалидов, - должны быть обеспечены благоприятные условия.

9. Создать необходимые условия для создания научно-исследовательского центра по научному обоснованию методов медицинской реабилитации и восстановительного лечения.

10. В целях повышения качества их жизни, относительно возможности использования технологии адаптации физической культуры в процессе реабилитации инвалидов в различных учреждениях системы здравоохранения и социальной защиты населения, популяризации возможностей использование элементов спорта в процессе физической реабилитации, совершенствование существующих технологий физической реабилитации проводить соответствующие научные исследования.

11. Разработать нормативно-правовую базу для обеспечения возможности проведения курсов повышения квалификации специалистов в области медицинской реабилитации, клинической психологии и социальной работы в учреждениях высшего профессионального образования, что позволит им занять должность врача-реабилитолога, медицинского психолога и социального работника в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения республики.

12. Кадровая система республики с врачами-реабилитологами, медицинскими психологами и социальными работниками нуждается в постоянном пересмотре: введение в работу подразделений новых специальностей (реа-

билитолог, клинический психолог) в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения страны, создание учебных пособий по медицинскому, социальному, психологическому и педагогическому аспектам, в том числе по лечебной физкультуре и трудотерапии.

13. Разработать и внедрить в практическую медицину программу обучения специалистов - реабилитологов, медицинских психологов и социальных работников, оказывающих помощь в подборе технических средств реабилитации в соответствии с международными стандартами.

14. Ежегодную V научно-практическую конференцию НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» провести во второй половине 2025 года.

Резолюция обсуждена и принята единогласно на 3-м пленарном заседании ежегодной IV республиканской научно-практической конференции НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» на тему: “Стратегия развития медицинской и социальной науки в Республике Таджикистан, опыт, проблемы и пути её решения”

*Организационный  
комитет*

## РЕШЕНИЕ ЗАСЕДАНИЯ УЧЕНОГО СОВЕТА НОУ «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ТАДЖИКИСТАНА»

27.11.2024 год

№4/4-1

г. Душанбе

О ходе выполнении решения заседания Ученого совета института от 31.05. 2024 г. №11/4-3 и распоряжения института от 04.06. 2024 г. №23 «О проведении IV ежегодной республиканской научного-практической конференции НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» на тему: **“Стратегия развития медицинской и социальной науки в Республике Таджикистан, опыт, проблемы и пути её решения”** с участием международных специалистов

Информацию проректора института по науке и инновациям, члена-корреспондента Национальной академии наук Таджикистана, д.м.н., профессора А.Ахмедова «О ходе выполнении решения заседания Ученого совета института от 31.05. 2024 г. №11/4-3 и распоряжения института от 04.06. 2024 г. №23 «О проведении IV ежегодной республиканской научного-практической конференции НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» на тему: **“Стратегия развития медицинской и социальной науки в Республике Таджикистан, опыт, проблемы и пути её решения”** с участием международных специалистов, а также с целью дальнейшего развития медико-социального процесса в республике, развития медицинской реабилитации на основе изучения опыта различных направлений медицины, повышения качества медико-социального образования в институте», члены Ученого совета обсудили и **ПРИНЯЛИ РЕШЕНИЕ:**

1. Информацию проректора института по науке и инновациям, члена-корреспондента Национальной академии наук Таджикистана, д.м.н., профессора А.Ахмедова «О ходе выполнении решения заседания Ученого совета института от 31.05. 2024 г. №11/4-3 и распоряжения института от 04.06. 2024 г. №23 «О проведении IV ежегодной республиканской научного-практической конференции НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» на тему: **“Стратегия развития медицинской и социальной науки в Республике Таджикистан, опыт, проблемы и пути её решения”** с участием международных специалистов”, - принять к сведению.

2. Принять к сведению, что ежегодная IV республиканская научно-практическая конференция НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» на тему: **“Стратегия развития медицинской и социальной науки в Республике Таджикистан, опыт, проблемы и пути её решения”** 18-19 октября 2024 года проведена на высоком организационном уровне.

3. Также принять к сведению, что на высоком организационном уровне одновременно с IV республиканской научно-практической конференцией института проведен Международный симпозиум “Растения и здоровье человека”.

4. Участники ежегодной IV республиканской научно-практической конференции института и Международного симпозиума “Растения и здоровье человека” выражают искреннюю благо-

дарность руководству Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», на базе которого работа данной конференции была проведена в конструктивной и доброжелательной атмосфере.

5. Конференция отметила значительный вклад НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» в развитие медицинской реабилитации, медицинской психологии и социального обслуживания в Республике Таджикистан, и доказала возможность улучшения здоровья населения путем развития системы медико-социальной реабилитации с использованием природных ресурсов республики.

6. Просить ученых, педагогов и практикующих врачей:

6.1. Содействовать по вопросам повышения качества профессиональной подготовки в области медицинской реабилитации и развитию системы профессионального образования на основе теоретических исследований и практического опыта, а также опыта лечебно-профилактических и научно-клинических учреждений, внедрения новых методов медико-социальной реабилитации уязвимых слоев населения, детей и подростков республики с использованием активно внедряемого комплекса природных лечебных факторов, оснащения современным высокотехнологичным и физиотерапевтическим оборудованием;

6.2. Широко рекомендовать использование опыта зарубежных стран по медицинской, социальной и психологической реабилитации в своей научной, учебной и практической деятельности;

6.3. На практике использовать новые клинические рекомендации с включением нового раздела санаторно-курортного лечения, а специалистам рекомендовать при составлении клинических рекомендаций санаторно-курортного лечения нозологических форм заболеваний, наиболее востребованных для санаторно-курортного лечения, что в первую очередь должны быть включены к санаторно-курортному разделу;

6.4. В целях усиления и повышения качества профессиональной подготовки в области медицинской реабилитации способствовать развитию системы профессионального образования на основе проведения теоретических исследований и практического опыта.

6.5. Систематично проводить научные исследования по использованию нетрадиционных оздоровительных технологий в реабилитационном процессе;

6.6. Систематически распространять в средствах массовой информации опыт внедрения технологии физического воспитания в процесс реабилитации и восстановительного лечения инвалидов.

7. При проведении научно-практических исследований в области медицинской реабилитации и реабилитации в медико-социальной сфере должны внедряться методы и принципы, основанные на доказательной медицине.

8. Национальную систему оценки эффективности реабилитации и реабилитационных мероприятий следует оценивать на основе международной классификации ВОЗ активности, инвалидности и здоровья.

9. Обеспечить благоприятные условия в процессе сотрудничества с кафедрами ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни

Сино, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», медицинским факультетом Таджикского национального университета, НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», с учреждениями здравоохранения и социальной защиты населения, научных лабораторий и других учреждений по вопросам обмена опытом, внедрения технологий в области медицинской реабилитации инвалидов, - должны быть обеспечены благоприятные условия.

10. Создать необходимые условия для создания научно-исследовательского центра по научному обоснованию методов медицинской реабилитации и восстановительного лечения и организации научно-исследовательского центра по изучению лекарственных растений, произрастающих в республике.

11. В целях повышения качества их жизни, относительно возможности использования технологии адаптации физической культуры в процессе реабилитации инвалидов в различных учреждениях системы здравоохранения и социальной защиты населения, популяризации возможностей использования элементов спорта в процессе физической реабилитации, совершенствование существующих технологий физической реабилитации проводить соответствующие научные исследования.

12. Разработать нормативно-правовую базу для обеспечения возможности проведения курсов повышения квалификации специалистов в области медицинской реабилитации, клинической психологии и социальной работы

в учреждениях высшего профессионального образования, что позволит им занять должность врача-реабилитолога, медицинского психолога и социального работника в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения республики.

13. Кадровая система республики с врачами-реабилитологами, медицинскими психологами и социальными работниками нуждается в постоянном пересмотре: введение в работу подразделений новых специальностей (реабилитолог, клинический психолог) в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения страны, создание учебных пособий по медицинскому, социальному, психологическому и педагогическому аспектам, в том числе по лечебной физкультуре и трудотерапии.

14. Разработать и внедрить в практическую медицину программу обучения специалистов - реабилитологов, медицинских психологов и социальных работников, оказывающих помощь в подборе технических средств реабилитации в соответствии с международными стандартами.

15. Ежегодную V научно-практическую конференцию НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» провести во второй половине 2025 года.

Контроль за ходом исполнения настоящего решения Ученого совета возложить на проректора института по науке и инновациям, член-корр. Национальной академии наук Таджикистана, д.м.н., профессора А.Ахмедова.

**Председатель Ученого совета  
З.Х. Ибодзода**

## ЮБИЛЕЙ

### К ЮБИЛЕЮ МИРОДЖОВА ГИЁСУДИНА КУДБУДИНОВИЧА



12 октября 2024 года исполнилось 80 лет со дня рождения академика Национальной академии наук Таджикистана, доктора медицинских наук, профессора, Лауреатов Государственной премии имени Абуали ибни Сино и АН Республики Таджикистан им. Е.Н. Павловского, научного консультанта ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан» Мироджова Гиёсудина Кудбудиновича.

После окончания лечебного факультета Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибни Сино в 1968 г. был направлен в аспирантуру в Московский медицинский институт им. И.М. Сеченова. В 1971 г., после защиты кандидатской диссертации,

вернулся в Институт гастроэнтерологии АН Республики Таджикистан и работал старшим научным сотрудником, а затем - с ноября 1972 г. по январь 1995 г. заместителем директора по науке. С 1995 по 1999 гг. - начальником управления науки и научных учреждений Минздрава Республики Таджикистан, а с 2000 по 2014 гг. - директором Института гастроэнтерологии АН Республики Таджикистан и академиком-секретарем отделения биологии и медицины АН Республики Таджикистан.

С 2009 по 2011 гг. работал президентом АМН Республики Таджикистан.

В годы работы в Институте гастроэнтерологии Г.К. Мироджов активно разрабатывал актуальные проблемы современной гепатологии и гастроэнтерологии.

Г.К. Мироджов внес важный вклад в изучении алкогольных и вирусных поражениях печени. Г.К. Мироджовым впервые выделены особенности образования алкогольного гиалина и его роль в подключении аутоиммунного компонента в прогрессировании алкогольного цирроза и развитии портальной гипертензии.

В последние годы Г.К. Мироджов особое внимание уделяет осложнениям цирроза печени - кровотечению, энцефалопатии и гепатоцеллюлярной карциноме.

В 1991 году Г.К. Мироджов был избран членом-корреспондентом АН Республики Таджикистан по специальному

ности «гастроэнтерология». Он автор более 460 научных работ, в том числе 12 монографий. Большинство работ Г.К. Мироджова опубликованы в ведущих научно-медицинских журналах России - «Терапевтический архив», «Клиническая /I тмедицина», «Российский журнал гепатологии, гастроэнтерологии и колопроктологии», «Архив патологии» и Таджикистана - «Проблемы гастроэнтерологии», «Доклады АН Республики Таджикистан», «Известия АН Республики Таджикистан. Отделение биологических и медицинских наук».

Под его руководством защищены 30 кандидатских и 6 докторских диссертаций. Одновременно является научным консультантом и руководителем 2 докторских и 2 кандидатских диссертаций, которые успешно выполняются.

В 1999 г. ему присвоено почётное звание «Заслуженного деятеля науки и техники». В 2001 году избран действительным членом (академиком) и членом Президиума АН Республики Таджикистан. С 2009-2011 гг. был Пре-

зидентом Академии медицинских наук при Министерстве здравоохранения Республики Таджикистан. За цикл работ по гепатологии Г.К. Мироджов в 2022 году удостоен Государственной премией имени Абуали ибни Сино.

Г.К. Мироджов ведет большую общественную работу: является главным редактором журнала «Проблемы гастроэнтерологии»; членом редколлегии журнала «Здравоохранение Таджикистана», «Вестник медико-социального института Таджикистана», «Вестник АМН Таджикистана», председателем Диссертационного совета по защите докторских и кандидатских диссертаций по специальности «Гастроэнтерология и диетология» ВАК России.

*Редакция журнала «Вестник медико-социального института Таджикистана» поздравляют дорогого Мироджова Гиёсудина Кудбудиновича с юбилеем, желают ему крепкого здоровья и дальнейших творческих успехов!*