

**ПАЁМИ ДОНИШКАДАИ ТИББӢ-ИҶТИМОИИ ТОҶИКИСТОН**  
**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.

**1 (14) 2025**

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

**Муовини сармухаррир:** 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

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

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

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

**Пулотов К.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:** Икромии Т.Ш. - д.м.н., доцент

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

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

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

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

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

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

**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**

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

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

**Маҷалла дар ин-  
декси иқтибосҳои  
илмии Русия  
(РИНЦ) таҳти  
№211-11/2024 аз  
25.11.2024 ба қайд  
гирифта шудааст.**

Подписано в печать  
08.04.2025. Формат  
60x84<sup>1</sup>/<sub>8</sub>. Бумага офсет-  
ная. Печать офсетная.  
Гарнитура Times New  
Roman. Усл. печ. л. 9,75.  
Тираж 100 экз. Заказ  
№10.

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

**ШҶҶҶҶҶҶҶҶҶҶҶ**

**Аҳмадов С.М.** – д.и.т., профессор, узви вобастаи Академияи  
миллии илмҳои Тоҷикистон.

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

**Юсуфӣ С.Ҷ.** – д.и.ф., профессор, академик 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.

**Юсуфи С.Дж.** – д.м.н., профессор, академик НАНТ.

**Муҳиддин Н.Д.** – д.м.н.

**Исмоилов К.И.** – д.м.н., профессор.

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

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

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

**НИШОНИИ МАҶАЛЛА**

734042, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе,  
кӯчаи Клара Сеткина – 2,

Тел: +992 933 75 10 75

E-mail: payom\_donishkada@mail.ru

www.payom\_don.tj

**Мудири редакция Муродова М.М.**

© МТҒ “Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”, 2025.

## М У Н Д А Р И Ч А

<b>Қадамалиева М.Д., Юсуфбекова У.Ю, Хушвахтова Э.Х.</b> Самаранокии табобати ҳамаҷонибаи беморони гирифтори бемории музминии салпингоофорит ҳангоми истифодабарии топикии иммунотерапӣ.....	5
<b>Каримов С.М., Ҳамидов А.И.</b> Омӯзиши клиникаи беҳдошти ҳолати стоматологӣ дар байни беморони вайронӣҳо дар пардаи луоб ва милқдоштаи воридгоҳи ковокии даҳон.....	11
<b>Мағзумова Ф.П., Камалова С.С., Аюбова Д.Х.</b> Кӯмаки тиббӣ ба пиронсолон бо дарназардошти воқеияти ҳозиразамон дар Тоҷикистон ва пешгуи ояндаи онҳо .....	20
<b>Расулов С.Р., Обидов Д.С., Гайратова Н.К.</b> Динамикаи беморӣ ва фаҳт аз саратони ғадуди ширӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон .....	29
<b>Э.Х. Хушвахтова, С.Ҷ. Ниёзова, Г.У. Болиева.</b> Самаранокии усулҳои муосири муолиҷаи бемориҳои хушсифати ғадудҳои ширӣ дар заноне, ки патологияи узвҳои таносул доранд.....	36
<b>Хушвахтова Э.Х., Қурбанова М.Х., Мамедова З.Т., Азимова Д.А., Ақилова Д.М.</b> Истифодаи маводи Визанна барои табобати адуномиозҳо .....	46
<b>Икромов Ғ.Х.</b> Эмомалӣ Раҳмон - кафили сулҳ дар Тоҷикистон .....	51
<b>Талабов О.Д., Нуралиева М.А.</b> Зарурати муҳофизати пириҳо дар Тоҷикистон....	58
<b>Ҳайдарзода Б.М.</b> Рафтори агресивии кӯдак дар муноқишаҳои оилавӣ.....	68

## ШАРҲИ АДАБИЁТ

<b>Мақсудова Л.М., Инагамджанова Ш.Б., Бобохонова Д.М., Ибодова Г.А.</b> Сӯхтани чашм: аз механизм то тасфифи клиникӣ .....	72
---	----

## ОГЛАВЛЕНИЕ

**Кадамалиева М.Д., Юсуфбекова У.Ю., Хушвахтова Э.Х.** Эффективность комплексного лечения пациенток с хроническим сальпингоофоритом при применении топической иммунотерапии

**Каримов С.М., Хамидов А.И.** Клинико-гигиеническое изучение стоматологического статуса у пациентов с мукогингивальными нарушениями преддверия полости рта

**Магзумова Ф.П., Камалова С.С., Аюбова Д.Х.** Медико-социальная помощь лицам пожилого возраста с учетом современных реалий в Таджикистане и их прогноз на будущее

**Расулов С.Р., Обидов Д.С., Гайратова Н.К.** Динамика заболеваемости и смертности от рака молочной железы в Республике Таджикистан за 2016-2023 годы

**Хушвахтова Э.Х., Ниязова С.Дж., Болиева Г.У.** Эффективность современных методов лечения доброкачественных заболеваний молочных желёз у женщин с патологией органов гениталий

**Хушвахтова Э.Х., Курбанова М.Х., Мамедова З.Т., Азимова Д.А., Акилова Д.М.** Применение препарата Визанна при аденомиозе

**Икромов Г.Х.** Эмомали Рахмон – гарантия мира в Таджикистане

**Талабов О.Д., Нуралиева М.А.** Необходимость защиты ледников Таджикистана

**Хайдарзода Б.М.** Агрессивное поведение ребенка в семейных конфликтах

## ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

**Максудова Л.М., Инагамджанова Ш.Б., Бабаханова Д.М., Ибадова Г. А.** Ожоги глаз: от механизма повреждения к клинической классификации

## CONTENS

5 **Kadamalieva M.D., Yusufbekova. U.YU, Khushvahtova E.Kh.** Efficiency of combination treatment using topical immunotherapy in patients with chronic salpingoophoritis

11 **Karimov S.M., Khamidov A.I.** Clinical and hygienic investigation of dentistry status beside patient with muco-gingival disorders thresholds of oral cavity

20 **Magzumova F.P., Kamalova S.S., Ayubova D.Kh.** Medical and social assistance to the elderly taking into account modern realities in Tajikistan and forecasts for the future

29 **Rasulov S.R., Obidov D.S., Gayratova N.K.** Dynamics of breast cancer morbidity and mortality in the Republic of Tajikistan in 2016-2023

36 **Khushvakhtova E.Kh., Niyozova S.J., Bolieva G.U.** The effectiveness of modern methods of treating benign diseases of the mammary glands in women with pathology of the genital organs

46 **Khushvakhtova E.Kh., Kurbanova M.Kh., Mamedova Z.T.** Use of Visanne in adenomyosis

51 **Ikromov G.Kh.** Emomali Rahmon – guarantee of peace in Tajikistan

58 **Talabov O.D., Nuralieva M.A.** The need to protect piety in Tajikistan

68 **Haidarzoda B.M.** Aggressive behavior of a child in family conflicts

## REVIEW OF LITERATURE

72 **Maksudova L.M., Inagamjanova Sh.B., Babakhanova D.M., Ibadova G.A.** Eye burns: from the mechanism of damage to clinical classification

УДК: 618.12 022.2

М.Д. Кадамалиева., У.Ю. Юсуфбекова., Э.Х. Хушвахтова.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТОПИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ

Медицинский факультет Таджикского национального университета

ГУ “Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии”

Кадамалиева Мунира Давлаталиевна – к.м.н., доцент, зав. кафедрой семейной медицины Таджикского национального университета. E-mail: [munira\\_gin@mail.ru](mailto:munira_gin@mail.ru)  
918670144

**Цель исследования.** Повышение эффективности комплексного лечения пациенток с хроническим сальпингоофоритом с применением топической иммунотерапии.

**Материал и методы исследования.** Были обследованы 75 пациенток в возрасте от 25 до 36 лет, поступивших в гинекологическое отделение в плановом порядке с диагнозом трубно-перитонеальное бесплодие, обусловленное хроническим сальпингоофоритом, для выполнения лечебно-диагностической лапароскопии. После предварительного добровольного письменного согласия у всех женщин была взята кровь с целью определения концентрации нейтрофильных антимикробных пептидов HNP1-3 в сыворотке. Все обследованные пациентки были разделены в зависимости от проводимого лечения на две группы: в 1-ю группу вошли 37 (49,3%) пациенток, у которых в комплексное лечение бесплодия, помимо оперативного вмешательства и антибактериальной терапии, был включен иммуностимулирующий препарат Суперлимф, а 2-ю составили 38 (50,7%) женщин, которым проводилось стандартное лечение. Контрольную группу составили 15 женщин без гинекологической патологии в анамнезе, поступившие в стационар по поводу болевой формы апоплексии яичников.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Включение в комплекс лечения иммуностимулирующего препарата Суперлимф способствовало увеличению выработки противомикробного пептида HNP1-3, играющего ключевую роль в активации врожденного иммунитета и противомикробной защите слизистых оболочек генитального тракта в комплексном лечении пациенток с хроническим сальпингоофоритом, что привело к снижению частоты рецидивов воспалительного процесса в придатках матки и повышению репродуктивной функции.

**Заключение.** Разработанная методика и оценка отдаленных результатов лечения позволили сделать заключение об эффективности сочетания хирургической коррекции бесплодия с топической иммунотерапией у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием, обусловленным хроническим сальпингоофоритом.

**Ключевые слова:** хронический сальпингоофорит, противомикробные пептиды HNP1-3, топическая иммунотерапия, трубно-перитонеальное бесплодие, лапароскопия.

M.D Kadamaliev., U.YU Yusufbekova., E.KH Khushvahtova.

**EFFICIENCY OF COMBINATION TREATMENT USING TOPICAL IMMUNOTHERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC SALPINGOOPHORITIS**



*Medical faculty of the Tajik National University*

*State Institution "Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology"*

**Kadamalieva Munira Davlatalieva** – candidate of medical sciences, associate professor, head of the department of family medicine of the Tajik National University. E-mail: munira\_gin@mail.ru 918670144.

**Purpose of the study.** To enhance the efficiency of combination treatment using topical immunotherapy in patients with chronic salpingoophoritis.

**Material and research methods.** Seventy-five patients aged 25 to 36 years, who had been admitted to a gynecology department with a diagnosis of tuboperitoneal infertility caused by chronic salpingoophoritis for elective diagnostic and therapeutic laparoscopy, were examined. After the women gave a preliminary voluntary written consent, their blood was taken to determine the serum concentrations of the neutrophil antimicrobial peptides HNP1-3. According to the performed treatment, all the examined patients were divided into 2 groups:

1) 37 patients in whom, in addition to surgery and antibiotic therapy, the immunotropic drug Superlymph was incorporated into combination treatment for infertility;

2) 38 patients who received standard treatment, control group comprised 15 women without a history of gynecological diseases who had been admitted to hospital for painful ovarian apoplexy.

**Research results and their discussion.** The investigation has shown that the incorporation of the immunotropic drug Superlymph promotes hyperproduction of the antimicrobial peptide HNP1-3 that plays a key role in the activation of innate immunity and in the antimicrobial protection of the genital tract mucosa in the combination treatment of patients with chronic salpingoophoritis. This results in a reduction in relapse rates of an inflammatory process in the uterine appendages and an improvement of reproductive function.

**Conclusion.** The developed procedure and assessment of long-term treatment results may lead to the conclusion that surgical correction of infertility in combination with topical immunotherapy is effective in patients with tub peritoneal infertility caused by chronic salpingoophoritis.

**Key words:** chronic salpingoophoritis, antimicrobial peptides HNP1-3, topica immunotherapy, tuboperitoneal infertility, laparoscopy.

---

**Актуальность.** Согласно мировым данным, первое место в гинекологической патологии занимают воспалительные заболевания органов малого таза, число которых не имеет тенденции к снижению [1-4]. Одним из самых распространенных диагнозов в гинекологической практике является хронический сальпингоофорит. Данной проблеме посвящено многочисленное число научных работ [5-6]. Обсуждаются различные виды как консервативного, так и хирургического лечения, дискуссионным остается вопрос хронизации воспалительного процесса.

Хронический процесс является следствием перенесенного острого воспалительного процесса и проявляется развитием спаечного процесса, непроходимости маточных труб, нарушений менструальной и репродуктивной функций, формированием tuboовариальных образований [7].

Так, неоднократно перенесенные воспалительные заболевания придатков матки чрезвычайно неблагоприятно влияют на функции женского организма, обуславливая развитие синдрома хронической тазовой боли в 24% наблюдений, бесплодия – в 40%, невынашивания беременности - в

45% и эктопической беременности - в 3% [8].

В связи с этим представляется патогенетическое обоснованное изучение концентрации нейтрофильных пептидов HNP1-3 в сыворотке крови у больных с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки.

**Цель исследования.** Выявление эффективности комплексного лечения пациенток с хроническим сальпингоофоритом с применением топической иммунотерапии.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 75 пациенток (основная группа) в возрасте от 25 до 36 лет, поступивших в гинекологическое отделение в плановом порядке с диагнозом трубно-перитонеальное бесплодие, обусловленное хроническим сальпингоофоритом, для выполнения диагностической лапароскопии.

Основной причиной для поступления в стационар было отсутствие беременности в течение 3-15 лет. Первичным бесплодием страдали 12 (16%) пациенток, у остальных в анамнезе имели место беременности, т.е. вторичное бесплодие отмечалось у 84% обследованных. Только роды зафиксированы у 9 (11,9%), роды и аборты - у 20 (26,2%), только аборты - у 25 (33,3%) женщин. Кроме того, 21 (28,6%) больная перенесла тубэктомию по поводу трубной беременности (у одной из них в анамнезе были роды, у 5 - аборты и у 1 - роды и аборт). В связи с острым сальпингоофоритом 15 (20%) больным ранее была произведена тубэктомия со стороны поражения, а 3 (4%) пациенткам выполнена органосохраняющая операция на маточной трубе.

У всех 75 обследованных пациенток был диагностирован хронический сальпингоофорит. Длительность заболевания хроническим аднекситом колебалась от 3 до 15 лет, составляя в среднем 7,2 года, а обострения воспалительного процесса

отмечались 2-4 раза в год. Диагноз хронического аднексита ставился на основании данных анамнеза, гинекологического осмотра, ультразвукового исследования, выявляющего наличие косвенных и явных (гидросальпинксы) признаков спаечного процесса в области придатков матки. Кроме того, наличие хронического воспалительного процесса в придатках матки было подтверждено визуально при выполнении лапароскопии.

Пациентки госпитализировались в плановом порядке после полного клинического обследования. При гинекологическом осмотре патологических выделений из цервикального канала и влагалища не выявлено. Микроскопия мазков из влагалища и цервикального канала показала 12-ю степень чистоты. Перед поступлением в стационар были исключены инфекции, передаваемые половым путем.

Контрольную группу составили 15 женщин, которые поступили в стационар с болевой формой апоплексии яичников и у которых в анамнезе не было гинекологической патологии. Пациентки данной группы не страдали бесплодием.

В связи с поставленной целью нами была определена концентрация нейтрофильных антимикробных пептидов HNP1-3 в сыворотке крови у больных с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза после получения добровольного письменного согласия пациенток на исследование.

Больные основной группы были разделены в зависимости от проводимого лечения на две группы. В 1-ю группу вошли 37 (49,3%) пациенток, у которых в комплексное лечение бесплодия, помимо оперативного вмешательства и антибактериальной терапии, входил иммуномодулирующий препарат Суперлимф. Во 2-ю группу включили 38 (50,7%) пациенток, которым

проводилось стандартное лечение —оперативная лапароскопия с последующей антибактериальной терапией.

**Результаты исследования и обсуждение.** При выполнении лапароскопии у всех пациенток как 1-й, так и 2-й группы был выявлен спаечный процесс в области придатков матки, что подтверждало наличие хронического сальпингоофорита. Маркерами хронического аднексита мы считали наличие перивариальных, перитубарных спаек, а также образование гидросальпинксов.

Так как все больные 1-й и 2-й групп поступили в стационар с диагнозом бесплодие, обусловленное предположительно спаечным процессом в области придатков матки с нарушением проходимости маточных труб, то всем женщинам была выполнена диагностическая лапароскопия с хромосальпингоскопией.

Для оценки активности противомикробных пептидов на системном уровне нами был определен уровень нейтрофильных пептидов у обследуемых женщин с хроническим сальпингоофоритом.

В комплексную терапию пациенток 1-й группы был включен препарат Суперлимф (регистрационный номер ЛС-000148 от 02.06.10). Основной механизм его действия связан с активацией клеток фагоцитарного ряда, фибробластов и усилением взаимодействий между этими клеточными элементами. Суперлимф применяют в лечении заболеваний различной этиологии, сопровождающихся воспалением и нарушением репарации, а также в терапии воспалительных заболеваний, сопровождающихся развитием локального иммунодефицита.

Нами разработана схема введения Суперлимфа. Пациенткам 1-й группы со 2-го дня после лапароскопического вмешательства назначался Суперлимф в виде ректальных свечей в дозе 25 ед. по 1 суп-

позиторию в сутки (на ночь) в течение 14 дней.

Таким образом, применение Суперлимфа в комплексном лечении пациенток с хроническим сальпингоофоритом повышает уровень нейтрофильных пептидов в сыворотке крови, что в свою очередь активирует противомикробную защиту и регулирует механизмы врожденного и адаптивного иммунитета. Это подтверждает целесообразность применения данной схемы лечения пациенток с хроническим сальпингоофоритом.

Анализ течения хронического сальпингоофорита после лапароскопического лечения трубно-перитонеального бесплодия показал, что за время наблюдения ни у одной пациентки 1-й группы, в которой проводилась терапия иммуностропным препаратом Суперлимф, клинически не зафиксировано ни одного эпизода обострения хронического заболевания. Однако у 5 (13,5%) больных 1-й группы в последующем сформировался гидросальпинкс.

В то же время у пациенток 2-й группы из 38 наблюдаемых у 8 (21,1%) течение воспалительного процесса в придатках матки протекало с обострением хронического процесса. 5 (13,2%) больным потребовалось стационарное лечение, 3 (7,9%) пациенткам проведен курс стандартной антибактериальной терапии в амбулаторных условиях с положительным эффектом, у 5 (13,2%) 2-й группы также сформировался гидросальпинкс.

Анализ репродуктивной функции спустя 1—3 года после лечения показал, что маточная беременность наступила у 25 (67,6%) пациенток 1-й группы, в то время как во 2-й группе — лишь у 18 (47,4%). В 1-й группе маточная беременность закончилась своевременными родами у 21 пациентки, преждевременные роды наступили у 2. У 2 пациенток произошла потеря



беременности в I триместре. Во 2-й группе исходом маточной беременности стали своевременные роды у 14, преждевременные роды — у 1, самопроизвольный аборт произошел у 3 из 38 наблюдаемых. Трубная беременность наступила у 3 больных как в 1-й, так и во 2-й группах. Продолжали жаловаться на отсутствие наступления беременности 9 (24,3%) пациенток 1-й группы и 17 (44,7%).

### Выводы.

1. Проведенные исследования показали, что препарат Суперлимф стимулирует выработку нейтрофильных пептидов лейкоцитами периферической крови у пациенток с сальпингоофоритом, что свидетельствует об активации защитных механизмов врожденного иммунитета на системном уровне в данной группе больных с хроническим сальпингоофоритом. Следовательно больным, страдающим трубно-перитонеальным бесплодием, помимо хирургического лечения, целесообразно проводить иммунотерапию препаратом Суперлимф.

2. Разработанная методика и оценка отдаленных результатов лечения позволили сделать заключение об эффективности сочетания хирургической коррекции с топической иммунотерапией у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием, вызванным хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки.

3. Комплексное лечение женщин с трубно-перитонеальным бесплодием, являющимся осложнением хронического сальпингоофорита, приводит к снижению частоты обострений воспалительного процесса и, как следствие, повышению репродуктивной функции и рождению здорового ребенка.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Cherpes TL, Rice PA, and Sweet RL. Pelvic inflammatory disease. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2011;2011:714289.doi: 10.1155/2011/714289.

2. Абрамова С.Н., Лазарева Г.А., Конопля А.А. Метаболические нарушения и способы их коррекции у пациенток с хроническим сальпингоофоритом. *Современные проблемы науки и образования*. 2013;5(49):134-140. [Abramova S.N., Lazareva G.A., Konoplya A.A. Metabolic disorders and ways of their correction in patients with chronic. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. 2013;5(49): 134-140].

3. Хамадьянова А.У. Хронический рецидивирующий сальпингоофорит: современное состояние проблемы. *Медицинский вестник Баршкортостана*. 2013;8:10:124-128. [Hamad'yanova A.U. Chronic recurrent: state of the art. *Medicinskii vestnik Barshkortostana*. 2013;8:10:124-128. (In Russ.)].

4. Шуршалина А.В. Оптимизация тактики ведения пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза. *Гинекология*. 2012;2:14:32-34. [Shurshalina A.V. Optimization of tactics of patients with inflammatory diseases of the pelvic organs. *Ginekologiya*. 2012;2:14:32-34. (In Russ.)].

5. Хардилов А.В. Особенности локального иммунитета при хроническом сальпингоофорите. *Аллергология и иммунология*. 2009; 10:2:251. [Hardikov A.V. Features local immunity in chronic salpingo. *Allergologiya i immunologiya*. 2009; 10:2:251. (In Russ.)].

6. Серов В.Н., Царегородцева М.В. Аутоиммунный оофорит воспалительного генеза и репродуктивная функция. *Акушерство и гинекология*. 2009;1:32-35. [Sarov V.N., Tsaregorodceva M.V. Autoimmune oophoritis inflammatory genesis and reproductive function. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2009;1:32-35. (In Russ.)].

7. Дубинская Е.Д., Гаспаров А.С., Барбанова О.А., Вескилян Н.В., Лаптева Н.В. Диагностические возможности гистеро-сальпингографии у пациенток с бесплодием и спаечным процессом в малом тазу. *Гинекология*. 2012;2:14:78-81. [Dubinskaya E.D., Gasparov A.S., Barabanova O.A., Veskilyan N.V., Lapteva N.V. The diagnostic capabilities of hysterosalpingography in patients with infertility and adhesions in the pelvis. *Ginekologiya*. 2012;2:14:78-81. (In Russ.)].

8. Будихина А.С., Пинегин Б.В. Дефензимы — антимикробные пептиды нейтрофилов: свойства и функции. *Иммунология*. 2008;5:317-319. [Budihina A.S., Pinegin B.V. Defenzims - neutrophil antimicrobial peptides. *Immunologiya*. 2008;5:317-319 (In Russ.)].

## ХУЛОСА

**М.Д Қадамалиева., У.Ю Юсуфбекова,  
Э.Х Хушвахтова.**

### **САМАРАНОКИИ ТАБОБАТИ ҲАМАҶОНИБАИ БЕМОРОНИ ГИ- РИФТОРИ БЕМОРИИ МУЗМИНИ САЛПИНГООФОРИТ ҲАНГОМИ ИСТИФОДАБАРИИ ТОПИКИИ ИММУНОТЕРАПӢ**

**Мақсади таҳқиқот.** Баланд бардоштани самаранокии табобати топикӣ дар бемории салпингоофарити музмин.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Беморони сини солашон аз 25 то 36 солаки ба шӯъбаи гинекология дар тартиби нақшаи бо ташхиси безуриётии “найчаи перитониялӣ”, салпингоофорити музмин, барои амалӣ кардани ташхису-табобати

лапароскопии тадқиқ карда шуд. Пас аз роизигии хаттии пешакӣ аз ҳама замон барои муайян кардани консентратсияи антимикробии нейтрофилҳои пептид, HNP1-3 дар зардобии хун гирифта шуд. Ҳамаи беморони муоина шуда вобаста ба роҳи табобат ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуд: дар якум гурӯҳ 37 бемор дар табобати самаранок ғайр аз табобати ҷарроҳӣ ва зиддимикробӣ, табобати иммунологии топикӣ бо доруи Суперлимф ҳамроҳ карда шуд. Дар гурӯҳи дуюм, ки 38 бемор боқӣ монд, табобати стандартӣ фармуда шуд.

Ба гурӯҳи санҷиши 15 нафар заноне, ки бемории гинекологӣ надоштанд ва дар беморхона бо дарди апоплексии тухмдонҳо муроҷиат карда буданд, ворид шуд.

**Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Таҳқиқот нишон медиҳад, ки ҳамроҳ кардани доруи иммунотропии суперлимф, истеҳсоли пептиди HNP1-3-4 зидди микробиро зиёд мекунад, ки он нақши асосиро дар фаълосозии имунитети модарзодӣ ва ҳифзи луобпардаи роҳи таносул, дар тавобати самарабахши беморони музмини салпингоофорит мебозад. Ин боиси камшудани суръати даври раванди илтиҳоб дар узвҳои изофии бачадон ва баландшудани функсияи репродуктивӣ мегардад.

**Хулоса.** Равияи таҳияшуда ва арзёбии натиҷаҳои табобати дарозмуддат дар маҷмӯи ислоҳи ҷарроҳии безуриётӣ ва табобати иммунологӣ дар бемории сироятшудаи безуриётии найча-перитониялӣ ва салпингоофорити музмин самаранок аст.

**Калимаҳои калидӣ:** салпингоофорити музмин пептиди HNP1-3-4 зидди микробӣ, табобати иммунологии топикӣ, безуриётии найчавӣ - перитонеалӣ, лапароскопия.

УДК 616.31.-053.2-08

С.М. Каримов<sup>1</sup>, А.И. Хамидов<sup>2</sup>

## КЛИНИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С МУКОГИНГИВАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА

<sup>1</sup>ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

<sup>2</sup>ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

**Каримов Сафарахмад Мунаварович** – д.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан». Тел.: +992918616208; Email: karimov.safar67@gmail.com

**Цель исследования.** Провести клинико-гигиеническое изучение состояния околозубных тканей у пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса преддверия полости рта.

**Материал и методы исследования.** Для достижения поставленных задач было проведено клинико-эпидемиологическое исследование стоматологического статуса, в котором приняли участие 498 больных с кариесологической и пародонтологической патологией. Из общего количества обследованных пациентов у 167 (33,5%) из них диагностированы анатомо-функциональные нарушения мукогингивального комплекса, которые были разделены на 3 группы. В первую клиническую группу были включены 64 (38,3%) пациентов со средним преддверием полости рта, II типом соотношения отделов свободной и прикрепленной десны, средним и толстым биотипом десны, II типом прикрепления уздечек губ, без клинических симптомов нуждаемости преддверия, уздечки или бокового тяжа слизистой полости рта в коррекции.

Во вторую группу вошли 57 (34,1%) пациентов с мелким преддверием полости рта, которые имели соотношение отделов свободной и прикрепленной десны по II типу, тонким и средним биотипом десны и II тип прикрепления уздечек губ или тяжелой слизистой оболочки полости рта, а также их гипертрофия, с положительными симптомами нуждаемости перечисленных анатомических структур в коррекции. В третью группу вошли 46 (27,6%) пациентов с вышеперечисленными анатомо-функциональными нарушениями, обнаруженными во вторую группу, а также обнаружены рецессии десны III, но корональное относительно апикальной границе вестибулярной рецессии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Среди обследованных пациентов со средним преддверием полости рта показатели индекса гигиены по Федорову-Володкиной у 25 (34,3%) пациентов соответствовали хорошему уровню, у 29 (39,7%) пациентов они соответствовали удовлетворительному уровню, у 13 (17,8%) пациентов уровень гигиены расценивался как неудовлетворительный, а у 6 (8,2%) пациентов как плохой.

**Заключение.** Показатели гигиенического состояния полости рта у пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса в большей степени свидетельствовали о недостаточном удовлетворительном уровне, что может быть обусловлено невозможностью выполнения полноценных движений зубной щетки при чистке зубов.

**Ключевые слова:** гигиена полости рта, зуб, пародонт, муко-гингивальный комплекс, уздечка губ, преддверия полости рта.

S.M. Karimov<sup>1</sup>, A.I. Khamidov<sup>2</sup>

## **CLINICAL AND HYGENIC INVESTIGATION OF DENTISTRY STATUS BESIDE PATIENT WITH MUCO-GINGIVAL DISORDERS THRESHOLDS OF ORAL CAVITY**

<sup>1</sup>*Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»*

<sup>2</sup>*Department of Orthopedic Dentistry of the Avicenna Tajik State Medical University*

**Karimov Safarakhmad Munavarovich** – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor Associate Professor of the Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Institution “Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan”. Tel.: +992918616208; Email: karimov.safar67@gmail.com

**Aim.** Conduct clinical and hygienic condition of nearteeth tissues beside patients with anatomist-functional disorders of mucous-gingival complex thresholds of oral cavity .

**Material and methods.** The clinical and epidemiological study of dentistry status was organized for achievement of the delivered problems, in which have took part 498 patients with caries and parodontal pathology. From the common amount of examined patient beside 167 (33.5%) of them diagnosed anatomist-functional disorders of mucous-gingival complex , which were divided into 3 groups. In first clinical group 64 (38.3%) patient were enclosed with average threshold of oral cavity, II type of the correlation division free and attached games, average and get fat biotype of the gums, II type of the correlation division free and attached games, II type of the fastening bridle lips, without clinical symptoms needs thresholds, bridles or lateral bridle of mucous oral cavity in correction.

In second group entered 57 (34.1%) patient with small threshold of the oral cavity, which had a correlation division free and attached games on II type, fine and average biotype of the gums, and II type of the fastening bridle lips or mucous shell of oral cavity, as well as their hypertrophy, with positive symptom's needs enumerated anatomical structures in correction. In third group entered 46 (27.6%) patient with afore-mentioned anatomist-functional disorders, discovered in second group, as well as are discovered recession games III, but coronal comparatively apical to border of vestibule recession.

**Results.** Amongst examined patient with average threshold of the oral cavity factors of the index hygiene on Fedorov-Volodkin beside 25 (34.3%) patients corresponded to good level, beside 29 (39.7%) patients they corresponded to satisfactory level, beside 13 (17.8%) patients level hygiene was estimated as unsatisfactory, but beside 6 (8.2%) patient as bad.

**Conclusion.** Factors of the hygienic condition of oral cavity beside patient with anatomist-functional disorders of mucous-gingival complex in greater degree were indicative of insufficient satisfactory level, that can be the full-fledged moving conditioned by impossibility of the performing the toothbrush when cleaning teeth.

**Key words:** hygiene of oral cavity, teeth, parodont, mucous-gingival complex, bridles of the lips, thresholds of oral cavity.

---

**Актуальность.** Заболевания около-зубных тканей являются актуальной проблемой стоматологии, что связано с их высоким уровнем частоты у населения,

которые создают предпосылки к потере зубов, развитию дисфункции зубочелюстной системы, патологических процессов желудочно-кишечного тракта [2, 3, 6]. При



этом воспалительно-деструктивные процессы околозубных тканей являясь очагами хронической инфекции полости рта могут способствовать возникновению и развитию очагово-обусловленных заболеваний в организме [1, 4, 5]. В связи с этим структурная оценка клинико-гигиенического состояния околозубных тканей у пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса имеет значение для стоматологии.

**Цель исследования.** Провести клинико-гигиеническое изучение состояния околозубных тканей у пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса преддверия полости рта.

**Материал и методы исследования.** Для достижения поставленных задач было проведено клинико-эпидемиологическое исследование стоматологического статуса, в котором приняли участие 498 больных с кариесологической и пародонтологической патологией. Из общего количества обследованных пациентов у 167 (33,5%) из них диагностированы анатомо-функциональные нарушения мукогингивального комплекса, которые были разделены на 3 группы. В первую клиническую группу были включены 64 (38,3%) пациентов со средним преддверием полости рта (глубина преддверия до 10 мм), II типом соотношения отделов свободной (С) и прикрепленной (П) десны (размер свободной десны больше прикрепленной), средним и толстым биотипом десны, II типом прикрепления уздечек губ (высокое на нижней челюсти и низкое на верхней челюсти прикрепление, ширина уздечек равна 2 мм), без клинических симптомов нуждаемости преддверия, уздечки или бокового тяжа слизистой полости рта в коррекции.

Во вторую группу вошли 57 (34,1%) пациентов с мелким преддверием полости

рта (глубина преддверия до 5 мм), которые имели соотношение отделов свободной и прикрепленной десны по II типу ( $C > П$ ), тонким и средним биотипом десны и II тип прикрепления уздечек губ (ширина уздечек меньше 2 мм) или тяжелой слизистой оболочки полости рта, а также их гипертрофия, с положительными симптомами нуждаемости перечисленных анатомических структур в коррекции.

В третью группу вошли 46 (27,6%) пациентов с вышеперечисленными анатомо-функциональными нарушениями, обнаруженными во вторую группу, а также обнаружены рецессии десны III (характеризующейся потерей высоты межзубных сосочков и (или) межзубных костных перегородок апикальнее цементно-эмалевого соединения), но корональное относительно апикальной границы вестибулярной рецессии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Приведенные иллюстративные данные свидетельствуют о том, что от общего количества пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса (167 чел.) у 97 (58,1%) обследованных лиц была диагностирована хроническая локализованная форма гингивита, при этом легкая степень патологии отмечалась у 29 (29,9%) пациента, среднетяжелая степень у 56 (57,7%) пациентов, а тяжелая степень заболевания была установлена у 12 (12,4%) пациентов (рис. 1).

При структурном нарушении мукогингивального комплекса от общего количества обследованных лиц у 70 (41,9%) пациентов с диагностированной хронической очаговой формой пародонтита легкая степень заболевания наблюдалась у 44 (62,9%) из них, среднетяжелая степень патологии у 18 (25,7%) пациентов, а тяжелая степень



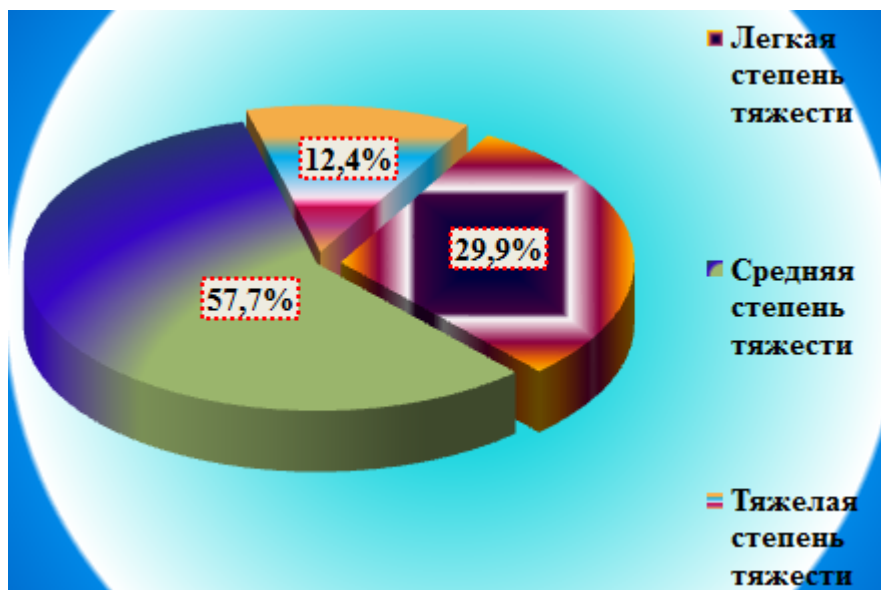


Рисунок 1. – Распространенность хронического локализованного гингивита среди пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса

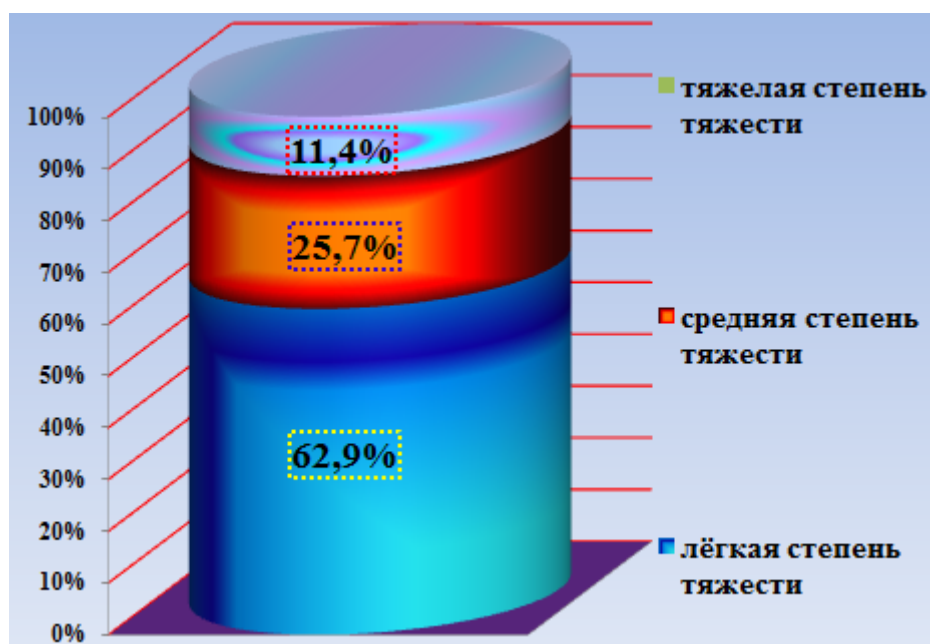


Рисунок 2. – Частота встречаемости тяжести очаговой формы пародонтита у пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса

заболевания отмечена у 8 (11,4%) пациентов (рис. 2).

Пациенты, которые приняли участие в первичном клинико-эпидемиологическом исследовании стоматологического статуса (498 чел.), в ходе дальнейшего исследования были подразделены на 4 отдельные группы в зависимости от исходного со-

стояния мукогингивального комплекса. В первую группу (группа контроля) вошла 331 человека с нормальным структурным состоянием области преддверия и зубных рядов. У пациентов нормальным состоянием мукогингивального комплекса усредненное значение индекса гигиены по Федорову-Володкиной составило  $1,39 \pm 0,15$ .

При этом у 186 (56,2%) пациента показатели указанного индекса соответствовали хорошему уровню гигиены, у 66 (19,9%) пациентов – удовлетворительному уровню, в 50 (15,1%) случаях показатели индекса гигиены соответствовали неудовлетворительному уровню, а в 29 (8,8%) случаях они соответствовали плохому уровню.

Среди наблюдаемых лиц с нормальным состоянием мукогингивального комплекса значение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса в среднем составило  $0,2 \pm 0,07\%$ , глубина преддверия полости рта составила  $9,4 \pm 0,8$  мм, высота прикрепления десны -  $3,2 \pm 0,8$  мм (табл. 1).

Ко второй группе наблюдения были отнесены 29 (17,4%) пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса, у которых наблюдалась скученность зубов во фронтальных участках нижней челюсти. У пациентов этой группы мелкое преддверие полости рта было визуализировано у 19 (11,4%) обследованных лиц, короткой уздечки нижней губы диагностировано у 48 (28,7%) пациентов. Показатели индекса гигиены по Федорову-Володкиной у пациентов второй группы составляли в среднем  $1,80 \pm 0,21$ . Данный показатель в 16 (55,2%) случаях соответствовал хорошему уровню гигиены, в 7 (24,1%) случаях он соответствовал удовлетворительному уровню, у 4

(13,8%) пациентов данный индекс соответствовал неудовлетворительному уровню, а у 2 (6,9%) больных он расценивался как плохой. У 11 (37,9%) пациентов данной группы были обнаружены признаки хронической локализованной формы гингивита. Среди пациентов второй группы усредненные значения индекса РМА, глубина преддверия полости рта и высота прикрепления десны составили соответственно  $14,7 \pm 0,8\%$ ,  $8,6 \pm 0,6$  мм и  $3,0 \pm 0,7$  мм.

Пациенты с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса, у которых было диагностировано среднее и мелкое преддверие полости рта, были включены в третью группу наблюдаемых пациентов, число которых составило соответственно 73 и 46 человека. Следовательно, 43,7% из них оказались со средним преддверием полости рта (глубина преддверия до 10 мм), а 27,5% - с мелким преддверием полости рта (глубина преддверия до 5 мм).

Среди обследованных пациентов со средним преддверием полости рта (73 чел.) показатели индекса гигиены по Федорову-Володкиной у 25 (34,3%) пациентов соответствовали хорошему уровню, у 29 (39,7%) пациентов они соответствовали удовлетворительному уровню, у 13 (17,8%) пациентов уровень гигиены расценивался как неудовлетворительный, а у 6 (8,2%)

Таблица 1.

**Показатели оценки состояния тканей пародонта и преддверия ротовой полости среди наблюдаемых пациентов**

Параметров преддверия	Индекс гигиены	Индекс РМА, %	Глубина преддверия, мм	Высота прикрепления десны, мм
Контроль	$1,39 \pm 0,15$	$0,2 \pm 0,07$	$9,4 \pm 0,8$	$3,2 \pm 0,8$
Скученность	$1,80 \pm 0,21$	$14,7 \pm 0,8^*$	$8,6 \pm 0,6$	$3,0 \pm 0,7$
Среднее преддверие	$1,93 \pm 0,14^*$	$23,9 \pm 0,9^*$	$2,8 \pm 0,3^*$	$1,7 \pm 0,3^*$
Мелкое преддверие	$2,12 \pm 0,17^*$	$28,8 \pm 0,8^*$	$3,2 \pm 0,4^*$	$1,5 \pm 0,2^*$
Короткая уздечка губы	$1,91 \pm 0,13^*$	$21,3 \pm 0,5^*$	$6,2 \pm 0,4$	$1,9 \pm 0,2$

**Примечание:** \* - достоверность различий с контролем ( $p < 0,05$ )



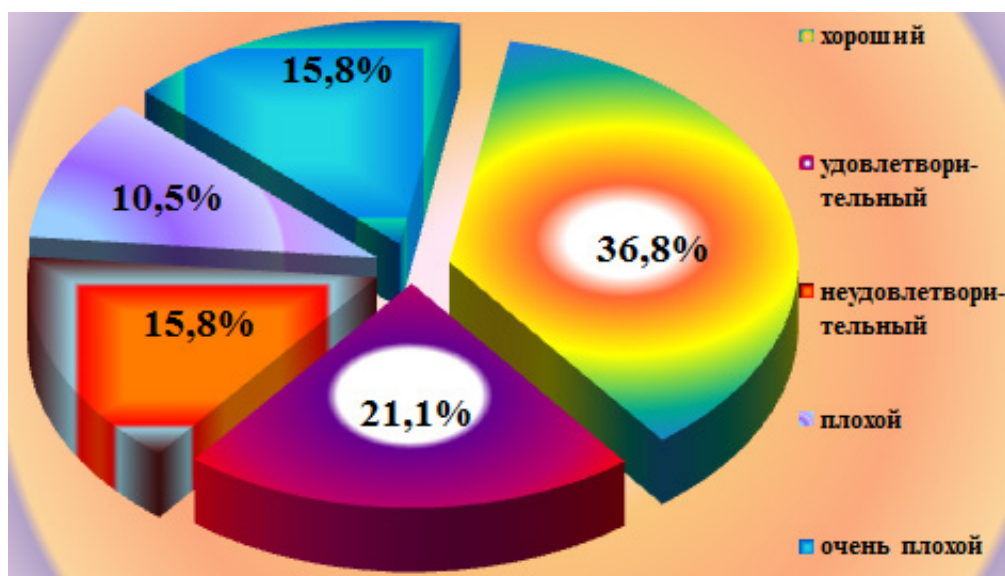
**Рисунок. 3. – Распределение пациентов с короткой уздечкой в зависимости от топического расположения и вида прикуса**

пациентов как плохой. Показатели индекса гигиены в данной группе больных составили в среднем  $1,93 \pm 0,14$ . У пациентов со средней глубиной преддверия полости рта в 34 (46,6%) случаях была диагностирована хроническая локализованная форма гингивита, а в 5 (6,9%) случаях была диагностирована хроническая локализованная форма пародонтита легкой степени тяжести. Среди пациентов названной группы усредненные значения индекса РМА, глубина преддверия полости рта и высота прикрепления десны составили соответственно  $23,9 \pm 0,9\%$ ,  $2,8 \pm 0,3$  мм и  $1,7 \pm 0,3$  мм.

Среди обследованных пациентов с мелким преддверием полости рта (46 чел.) показатели индекса гигиены по Федорову-Володкиной у 9 (19,6%) пациентов соответствовали хорошему уровню, у 7 (15,2%) пациентов они соответствовали удовлетворительному уровню, у 22 (47,8%) пациентов уровень гигиены расценивался как неудовлетворительный, а у 8 (17,4%) пациентов как плохой. Показатели индекса

гигиены в данной группе больных составили в среднем  $2,12 \pm 0,17$ . У пациентов этой группы в 36 (76,1%) случаях была диагностирована хроническая локализованная форма гингивита, а в 6 (13,0%) случаях была диагностирована хроническая локализованная форма пародонтита легкой степени тяжести. Среди этих пациентов среднецифровые значения папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса, глубина преддверия полости рта и высота прикрепления десны составили соответственно  $28,8 \pm 0,8\%$ ,  $3,2 \pm 0,4$  мм и  $1,5 \pm 0,2$  мм.

В четвертую группу были включены 19 пациентов с короткой уздечкой на губах, среди которых у 6 (31,6%) пациентов короткая уздечка имела на нижней губе, а у 13 (68,4%) пациентов отмечалось укорочение уздечки на верхней губе. При структурной оценки среди данной группы выяснилась, что у пациентов с ортогнатическим прикусом сочетание короткой уздечки на верхней и нижней губах отмечалось в 4 (21,1%) наблюдениях, у пациентов с глубоким прикусом - в 5 (26,3%)

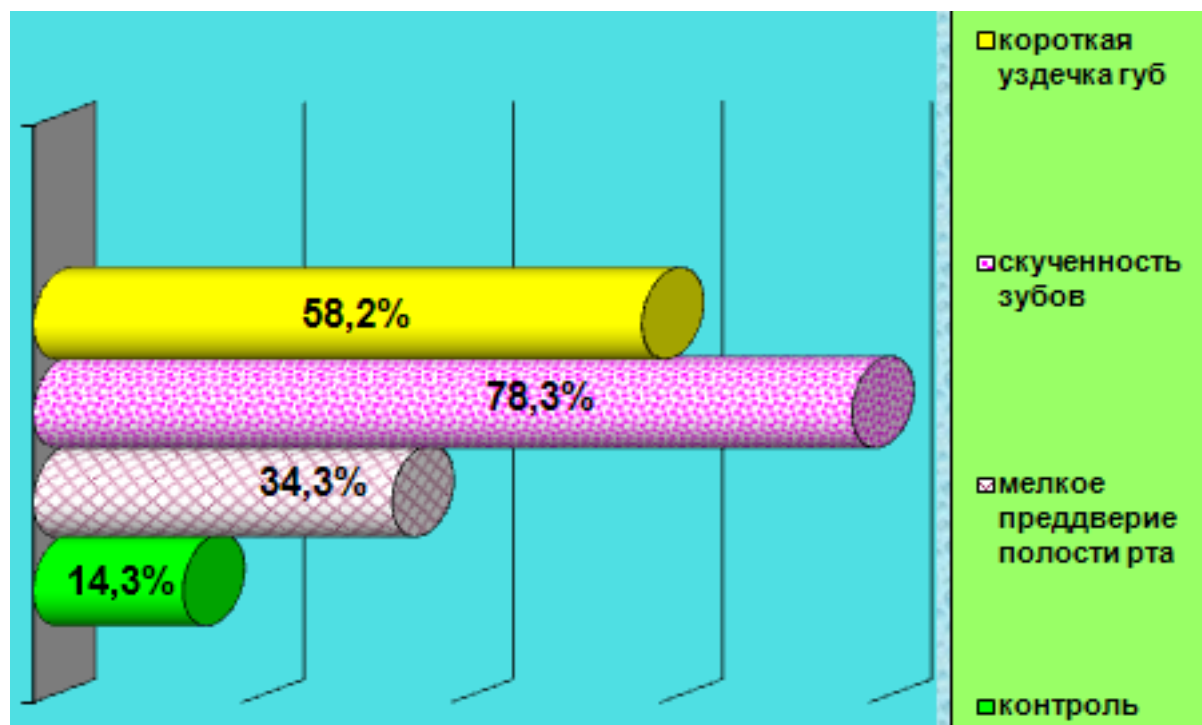


**Рисунок 4. – Характеристика состояния гигиены ротовой полости у пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса**

наблюдениях, у пациентов с прямым прикусом – в 3 (15,8%) наблюдениях, у пациентов с открытым прикусом - в 7 (36,8%) наблюдениях (рис. 3).

У 7 (36,8%) пациентов этой группы показатели индекса гигиены соответство-

вали хорошему уровню, у 4 (21,1%) пациентов – удовлетворительному уровню, у 3 (15,8%) пациентов они соответствовали неудовлетворительному уровню, у 2 (10,5%) больных – плохому уровню, а в 3 (15,8%)



**Рисунок 5. Частота встречаемости воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса**

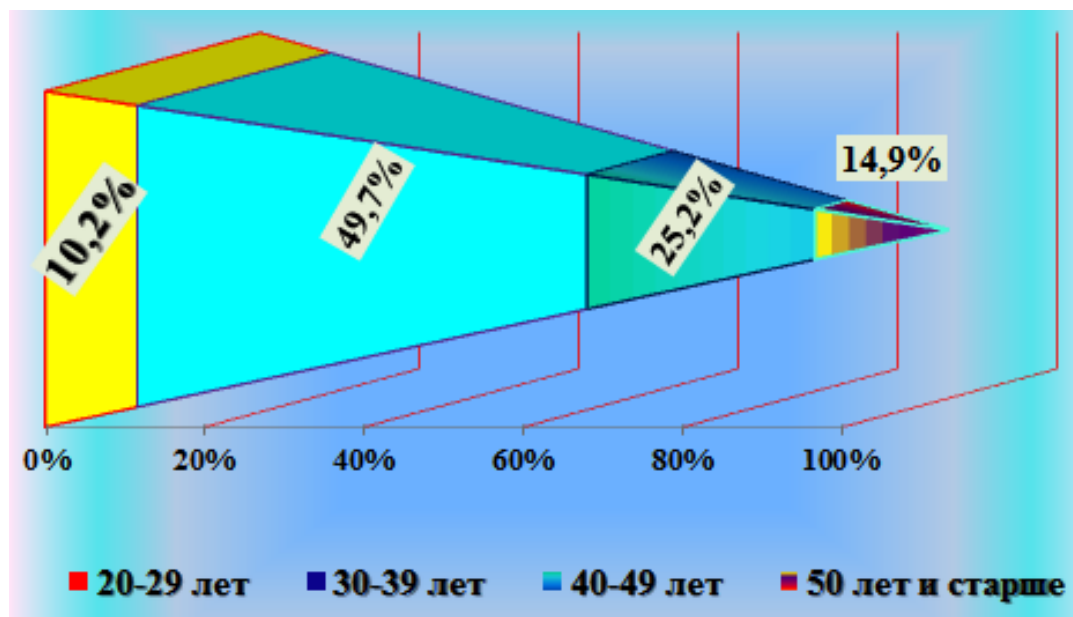


Рисунок 6. – Распределение мелкого преддверия полости рта в зависимости от возрастного фактора

случаях индекс гигиены расценивался как очень плохой (рис. 4).

В данной группе больных показатели индекса гигиены составили в среднем  $1,91 \pm 0,13$ , среднецифровые значения индекса РМА, глубина преддверия полости рта и высота прикрепления десны составили соответственно  $21,3 \pm 0,5\%$ ,  $6,2 \pm 0,4$  мм и  $1,9 \pm 0,2$  мм. У 15 (78,9%) пациентов названной группы была диагностирована хроническая локализованная форма гингивита.

В ходе структуризации анатомо-функционального нарушения мукогингивального комплекса было установлено, что в каждой наблюдаемой группе пациентов чаще всего воспалительные заболевания пародонта наблюдались у пациентов с мелким преддверием полости рта (рис. 5).

При изучении возрастных характеристик пациентов с мукогингивальными нарушениями было установлено, что от общего количества обследованных лиц с названной нозологией (167 чел.) чаще всего случаи с мелким преддверием ротовой полости наблюдались у 30-39-летних

пациентов – в 83 (49,7%) случаях. Среди 40-49-летних пациентов эта частота составила 25,2% ( $n=42$ ), в группе 20-29-летних – 10,2% ( $n=17$ ) случаев при 25 (14,9%) в возрастной группе 50 лет и старше (рис. 6).

Таким образом, показатели гигиенического состояния полости рта у пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса в большей степени свидетельствовали о недостаточном удовлетворительном уровне, что может быть обусловлено невозможностью выполнения полноценных движений зубной щетки при чистке зубов. При корреляционном анализе полученных результатов нами выявлена зависимость между размерами прикрепленной десны и глубиной преддверия полости рта. У пациентов с анатомо-функциональными нарушениями мукогингивального комплекса большой удельный вес воспалительных заболеваний околозубных тканей наблюдался среди лиц с мелким преддверием полости рта и с короткой уздечкой губы, причем это коррелирует с гигиеническим состоянием полости рта.



## ЛИТЕРАТУРА

(пп. 4-7 см. в REFERENCES)

1. Аль Кофиш М.А. Клинико-диагностические критерии оценки воспалительных заболеваний тканей пародонта у лиц молодого возраста / М.А. Аль Кофиш, И.Н. Усманова, М.И. Гумерова // Dental Forum. -2021. -Том 83, №4. -С.9-12.

2. Орлова Е.С. Этиопатогенетические факторы возникновения и развития воспалительных заболеваний пародонта / Е.С. Орлова // Университетская медицина Урала. -2022. -Том 8, №2. -С.83-85.

## REFERENCES

1. Al Kofish M.A., Usmanova I.N., Gumerova M.I. Kliniko-diagnosticheskie kriterii otsenki vospalitelnykh zabolevaniy tkaney parodonta u lits molodogo vozrasta [Clinical and diagnostic criteria of the estimation of inflammatory diseases parodontal tissues beside persons of the young age]. *Dental Forum*, 2021, Vol. 83, No 4, pp. 9-12.

2. Orlova E.S. Etiopatogeneticheskie faktori vozniknoveniya i razvitiya vospalitelnykh zabolevaniy parodonta [Etiopathogenetic factors of the origin and developments of the inflammatory parodontal diseases]. *Universitetskaya meditsina Urala – University medicine of Ural*, 2022, Vol. 8, No 2, pp. 83-85.

3. Costa F.O., Cortelli J.R., Lima R.P. Depressive disorders associated with the recurrence of periodontitis in periodontal maintenance. *J Int Acad Periodontol.*, 2020, Vol. 22, No 2, pp. 1-9.

4. Jepsen K., Falk W., Brune F. Prevalence and antibiotic susceptibility trends of periodontal pathogens in the subgingival microbiota of German periodontitis patients: A retrospective surveillance study. *J Clin Periodontol.*, 2021, Vol. 48, No 9, pp. 1216-1227.

5. Wang C.Y., Yang Y.H., Li H. Adjunctive local treatments for patients with residual pockets during supportive periodontal care: A systematic review and network meta-analysis. *J Clin Periodontol.*, 2020, Vol.47, No 12, pp. 1496-1510.

6. Zhao D., Zhen Z., Pelekos G. Periodontal disease increases the risk for onset of systemic comorbidities in dental hospital attendees: An 18-year retrospective cohort study. *J Periodontol.*, 2019, Vol. 90, No 3, pp. 225-233.

## ХУЛОСА

С.М. Каримов, А.И. Ҳамидов

### ОМУЗИШИ КЛИНИКИЮ БЕҲДОШТИИ ҲОЛАТИ СТОМАТОЛОГӢ ДАР БАЙНИ БЕ-МОРОНИ ВАЙРОНИҲО ДАР ПАР-ДАИ ЛУОБ ВА МИЛҚДОШТАИ ВОРИДГОҲИ КОВОКИИ ДАҲОН

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши клин-кию беҳдоштии ҳолати бофтаҳои атрофи дандон байни беморони вайрониҳои ана-томию функционалӣ дар маҷмуаи пардаи луоб ва милқдоштаи воридгоҳи ковокии даҳон.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Бо мақсади ноил гардидан ба вазифаҳои гузошташуда муоинаи клин-кию эпиде-миологии ҳолати стоматологӣ гузарони-да шуд, ки дар он 498 нафар беморони патологияҳои кариесологӣ ва пародонто-логидошта иштирок намуданд. Аз миқдори умумии муоинашудагон байни 167 нафа-ри онҳо (33,5%) вайроншавии анатомию функционалии маҷмуаи пардаи луоб ва милқ таҳсис гардид, ки онҳо ба 3 гурӯҳ тақсим гардиданд. Ба гурӯҳи якум 64 на-фар (38,3%) беморони воридгоҳи миёна-доштаи ковокии даҳон, навъи II мутано-сибии қисматҳои озод ва устувори милқ, намудҳои миёна ва ғафси биотипҳои милки дандон, навъи II пайвастшудани лаҷомаки лаб бе нишондоди талаботи муоинашудагон ба бартараф намудани воридгоҳ, лаҷомак ва кашакҳои пардаи луоби воридгоҳи даҳон дохил карда шуд.

Ба гурӯҳи дуюм 57 нафар (34,1%) беморони воридгоҳи хурди ковокии даҳондошта, ки мутаносибии II қисматҳои озод ва устувори милкдоранд, намудҳои тунук ва миёнаи биотипҳои милки дандондошта ва навъи II пайвастшудани лаҷомаки лаб ё кашакҳои пардаи луоби воридгоҳи даҳондошта, инчунин гипертрофияи онҳо, бо нишондоди талаботи муоинашудагон ба бартараф намудани структураҳои анатомии номбаршуда дохил гардиданд. Ба гурӯҳи сеюм 46 нафар (27,6%) беморони вайронҳои номбурдаи анатомияи функционалидошта, ки дар гурӯҳи дуюми беморон муайян гардид, инчунин кам гаштани навъи III милк, аммо ба тарафи тоҷии дандон нисбати сарҳади нӯгирешагии ретсесияи вестибуларӣ, дохил гардиданд.

**Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Байни беморони муоинашудаи воридгоҳи миёнаи ковокии даҳондошта

нишондодҳои индекси беҳдошти Федоров ва Володкина дар 25 нафар (34,3%) бемор сатҳи хубро нишон дода, байни 29 нафар (39,7%) беморон ин нишондод сатҳи қаноатбахш, байни 13 нафар (17,8%) беморон сатҳи беҳдошти ковокии даҳон ҳамчун ғайриқаноатбахш, аммо байни 6 нафар (8,2%) беморон ин нишондод ҳамчун бад шуморида шуд.

**Хулоса.** Нишондодҳои беҳдошти ковокии даҳон байни беморони вайронҳои анатомияи функционалии маҷмуаи луобию милкдошта бо дараҷаи баланд аз сатҳи қаноатбахши нокифоя шаҳодат медиҳад, ки сабаби он шояд иҷроиши ғайриимкони ҳаракатҳои хушсифати ҷуткаи дандон ҳангоми тозакунии онҳо ба ҳисоб равад.

**Калимаҳои асосӣ:** беҳдошти ковокии даҳон, дандон, пародонт, маҷмуаи луобию милкӣ, лаҷомаки лаб, воридгоҳи ковокии даҳон.

УДК: 316:61:613.98:613.86

Ф.П. Мағзумова<sup>1,2</sup>, С.С. Камалова<sup>2</sup>, Д.Х. Аюбова<sup>1,2</sup>

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ И ИХ ПРОГНОЗ НА БУДУЩЕЕ

<sup>1</sup>НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

<sup>2</sup>ГУ «НИИ Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**Мағзумова Фируза Пулодовна** – кандидат медицинских наук, и.о. зав. кафедрой семейной медицины НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана». E-mail: [fmagzumova@mail.ru](mailto:fmagzumova@mail.ru) Тел.: (+992) 933153473

*Цель исследования.* Разработка и внедрение рекомендаций по совершенствованию медико-социальной помощи лицам пенсионного возраста на основании комплексного социально-гигиенического и медико-демографического исследования состояния здоровья, образа жизни и состояния геронтологической помощи пожилому населению республики.

**Материал и методы исследования.** Проведен аналитический обзор по старению в Республике Таджикистан, национального законодательства и международных рекомендаций по вопросам пожилых людей. Исследованы качественные методы такие как: дискуссии в фокус – группах, индивидуальные интервью, глубинные интервью, интервью с экспертами, психологическое тестирование. Материалами исследования послужили отчетно-учетные документации лечебно-профилактических и медико-социальных учреждений, а также анкеты, разработанные для лиц пожилого возраста по медико-социальным вопросам.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате проведенного исследования установлено, что только 8% из обследованных не имели образования, и они были женщинами, высшее образование имели 34%, среднее 28%, профессионально-техническое 30%. При опросе установлено, что у всех бенефициаров основным доходом была только пенсия, даже при наличии высшего образования и востребованных в настоящее время профессий (учитель, врач). Установлено, что 56% бенефициаров имели большое желание работать, однако, их не принимали на работу из-за возраста. Такое отношение к пожилым людям является нарушением прав человека путем дискриминации их по возрасту, хотя общеизвестно, что пожилые люди являются огромным человеческим капиталом и могут приносить значительный вклад в экономическое развитие страны. Такое же отношение работодателей было выявлено к инвалидам 2 и 3 группы, что является проявлением ущемления прав и достоинства. Проблемой для всех является маленький размер пенсии, который не удовлетворяет их потребности, несмотря на уровень образования. Они испытывали сложность при приобретении необходимых медикаментов. При самооценке здоровья все оценивали свое здоровье как «среднее». Никто из бенефициаров не был готов к старости ни психологически, ни физически, ни материально, особо бенефициары указывают на одиночество, отсутствия внимания, что свидетельствует о незнании вопросов культуры старения.

**Заключение.** Проведенный анализ показал, что структура здравоохранения для полного охвата лиц старше 60 лет, оказанием медицинской помощи необходима подготовка достаточного количества врачей геронтологов и развития геронтологической службы в республике. Низкие пенсии диктуют необходимость предоставления доступа к труду лиц пожилого возраста, что улучшит их экономическое положение. Необходимо проведение информационной работы для подготовки пожилого к активному и здоровому старению.

**Ключевые слова:** пожилые лица, старение, медико-социальная помощь, здоровое старение.

**F.P. Magzumova** <sup>1,2</sup>, **S.S. Kamalova** <sup>2</sup>, **D.Kh Ayubova** <sup>1,2</sup>

## **MEDICAL AND SOCIAL ASSISTANCE TO THE ELDERLY TAKING INTO ACCOUNT MODERN REALITIES IN TAJIKISTAN AND FORECASTS FOR THE FUTURE**

<sup>1</sup>NOU “Medical and Social Institute of Tajikistan”

<sup>2</sup>State Research Institute of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled People of the Republic of Tajikistan

**Magzumova Firuza Pulodovna**- Candidate of Medical Sciences, Acting Head of the Department of Family Medicine NOU “Medical and Social Institute of Tajikistan”. Email: [fmagzumova@mail.ru](mailto:fmagzumova@mail.ru) ; Tel.: (+992) 933153473.

**Purpose of the study.** Development and implementation of recommendations for improving medical and social assistance to persons of retirement age based on a comprehensive social-hygienic

and medical-demographic study of the health status, lifestyle and state of gerontological care for the elderly population in the republic.

**Material and methods of the research.** An analytical review of aging in the Republic of Tajikistan, national legislation and international recommendations on issues of older people was conducted. The qualitative methods studied were: focus group discussions, individual interviews, in-depth interviews, interviews with experts, psychological testing. The research materials were the reporting and accounting documentation of medical and preventive and medical and social institutions, as well as questionnaires developed for elderly people on medical and social issues.

**Results of the study and their discussion.** As a result of the study, it was found that only 8% of those surveyed had no education, and they were women, 34% had higher education, 28% had secondary education, and 30% had vocational education. The survey found that all beneficiaries' main income was only their pension, even if they had higher education and professions that are currently in demand (teacher, doctor). It was found that 56% of beneficiaries had a great desire to work, however, they were not hired because of their age. This attitude towards the elderly is a violation of human rights through discrimination against them based on age, although it is well known that the elderly are a huge human capital and can make a significant contribution to the economic development of the country. The same attitude of employers was revealed towards disabled people of groups 2 and 3, which is a manifestation of the infringement of rights and dignity. The problem for everyone is the small pension size, which does not satisfy their needs, despite the level of education. They experienced difficulties in acquiring the necessary medications. In self-assessment of health, all assessed their health as "average". None of the beneficiaries were prepared for old age either psychologically, physically or financially, beneficiaries especially point to loneliness, lack of attention, which indicates ignorance of issues of the culture of aging.

**Conclusion.** The conducted analysis showed that the structure of health care for full coverage of persons over 60 years of age, provision of medical care requires training a sufficient number of gerontologists and development of gerontological service in the republic. Low pensions dictate the need to provide access to work for elderly people, which will improve their economic situation. It is necessary to conduct information work to prepare the elderly for active and healthy aging.

**Key words:** elderly people, aging, medical and social assistance, healthy aging.

---

**Актуальность.** Старение – это естественный этап в жизни каждого человека, который невозможно предотвратить. Однако, за последние десятилетия, процесс старения из удела каждого отдельного человека приобрел общечеловеческий характер и стал изменять структуру народонаселения на планете. Увеличение продолжительности жизни населения стало одним из серьезных вызовов всего мирового сообщества. По данным экспертов ООН, каждый месяц свыше 1 млн. жителей земли переступают порог своего 60-летия, при этом большинство из них проживает в странах с низким и средним уровнем до-

ходов, многие пожилые люди не имеют доступа даже к основным ресурсам, необходимым для жизни, полной смысла и достоинства. Кроме того ожидается, что к 2050 году на земле будет проживать более 2 млрд. пожилых людей и демографические индикаторы глобального старения населения, эксперты ООН называют «тихой революцией» с далеко идущими, непредсказуемыми последствиями.

Проблема старения коснулась и Таджикистана, как части мирового сообщества, и государственная поддержка пожилых людей и инвалидов, развитие системы социальной защиты населения и социаль-



ной гарантий является одним из приоритетных направлений социальной политики Республики Таджикистан.

Большинство пожилых граждан нуждаются в широком спектре медико-социальных услуг. Поэтому основным направлением деятельности учреждений медицинского и социального обслуживания становится улучшение межведомственного взаимодействия и качества обслуживания пожилых граждан и инвалидов с учетом индивидуальных потребностей.

За последние годы сфера социального обслуживания в Таджикистане претерпела значительные изменения. Об этом свидетельствует стандартизация социальных услуг с внедрением механизма государственного социального заказа и привлечения негосударственного сектора оказания социальных услуг, разработка различных проектов. Все эти меры направлены на повышение качества, эффективности и доступности социального обслуживания для пожилых лиц и инвалидов.

По данным Государственного Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан на 1 января 2020 года число лиц старше 60 лет составило 5,8% . Это свидетельствует о том что Таджикистан переступил порог старения. В связи, с чем одним из приоритетов деятельности Министерства здравоохранения и социальной защиты населения республики должно стать развитие геронтологической службы в республике.

Правительством Республики Таджикистан принято решение о “Стратегии развития социальной защиты населения Республики Таджикистан на период до 2040г.”. Также утвержден План действий 2024-2026 годов Стратегии развития социальной защиты населения РТ на период до 2040 года, 29 ноября 2022 года (№577). Необходимо отметить, что настало время

разработать и принять “Государственную программу по предотвращению старения и социальной поддержки пожилых людей” в республике. В связи с этим после принятия стратегии данная тема будет связана с государственной политикой и будет являться вхождением и дополнением в эффективной реализации государственной программы.

В связи с этим оказание медико-социальной помощи пожилому населению республики стало серьезной проблемой, и возникает вопрос о принятия решений в создании геронтологической службы, как одного из приоритетов в работе Министерства здравоохранения и социальной защиты населения в Таджикистане.

Все выше изложенное обусловило актуальность и новизну выбранной работы, определило цель и задачи настоящего исследования.

**Цель исследования.** Разработка и внедрение рекомендаций по совершенствованию медико-социальной помощи лицам пенсионного возраста на основании комплексного социально-гигиенического и медико-демографического исследования состояния здоровья, образа жизни и состояния геронтологической помощи пожилому населению в республике.

**Материал и методы исследования.** Материалами исследования послужили отчетно-учетные документации лечебно-профилактических и медико-социальных учреждений, а также анкеты, разработанные для лиц пожилого возраста по медико-социальным вопросам. Также использован аналитический (информация по старению в Республике Таджикистан, национального законодательства и международных рекомендаций по вопросам пожилых людей, публикаций посвященных пожилым людям), качественный методы (дискуссии в фокус – группах, индивидуальные интер-



вью, глубинные интервью, интервью с экспертами, психологическое тестирование).

**Результаты исследования и их об-суждение.** Согласно цели и задачи было анализирован законодательная база и документы касающихся лиц старших возрастных групп в стране, анализ международных документов и публикаций касающихся пожилых людей, также разработаны необходимые анкеты для опроса целевых групп на основе территориальной структуры республики в каждой из 5 основных административных единиц: г.Душанбе, ГБАО, Согдийская и Хатлонская области и Районы республиканского подчинения (РРП)). Путем анкетирования проведен анализ сторон жизни пожилых людей проживающих в различных социальных условиях.

При анализе имеющейся законодательной базы касающейся пожилого населения страны установлено, что до 2009 года ни в одном официальном программном документе в Республике Таджикистан не было термина «пожилой человек». Люди в возрасте 60+ были включены в группу инвалиды или пенсионеры. Анализ имеющейся документации позволил выявить активную гражданскую позицию в решении вопросов старения населения в республике. В Министерстве юстиции был зарегистрировано Общественное объединение «Центрально Азиатский геронтологический центр». В 2010 году Центрально- азиатский геронтологический центр в партнерстве с Центром стратегических исследований при Президенте Республики Таджикистан и технической поддержке Еврокомиссии ООН провело Национальное исследование «СТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ». Это исследование было первым и единственным в Центральной Азии и вторым в СНГ, после Армении. Результаты исследования были доложены на Обще-

ственном Совете Республики Таджикистан, и уже в 2013 году информация была включена в «Паем Президента страны» к Парламенту страны. Результатом политической воли стали активные действия по включению вопросов старения в основные программные документы в Таджикистане.

В Национальной программе развития Таджикистана до 2030 года «Пожилые люди» выделены в отдельную социальную группу, четко разработана программа действий в отношении пожилых людей, вопросы адресной помощи и долгосрочного ухода.

В Национальной Программе развития здравоохранения до 2030 года включен раздел «геронтология», а также в Стратегию охраны здоровья населения РТ на период до 2030 года введен раздел «пожилые люди». Внесены дополнения и изменения в Конституцию Республики Таджикистан касающиеся пожилых людей. Для предотвращения эйджизма в стране сделаны дополнения в Уголовный кодекс страны и в другие нормативно правовые документы. Подготовлен Национальный отчет о выполнении региональной стратегии осуществления (РСО) Мадридского международного плана действий по проблемам старения в Таджикистане за 20 лет для Министерской конференции в Риме. Утвержден Стратегия по социальной защите пожилых людей до 2030 года.

В настоящее время «Старение» стало одним из приоритетных направлений на уровне государства. Открыт Отдел геронтологии и социальной защиты пожилых людей в НИИ Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов при Министерстве здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Процесс старения населения коснулся Европейского региона еще в середине

девяностых годов, что вызвало целый ряд серьезных проблем.

Был разработан в 1982 году ООН для Европейского региона Венский международный план действий по вопросам старения. Резолюцией 46/91 Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1991 года приняты принципы Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей, чтобы сделать полнокровной жизнь лиц преклонного возраста: Независимость, Участие, Уход, Реализация внутреннего потенциала, Достоинство. Однако, старение приняло общечеловеческий характер и стало изменять структуру народонаселения в мире. Это послужило причиной разработки ООН Мадридского международного плана действий по вопросам старения (ММПД), который был представлен главам государств членам ООН в 2002 году<sup>1</sup>. В ММПД имеются три приоритетных направления с целью создания «общества для всех возрастов». Основным содержанием первого приоритетного направления Мадридского плана является интеграция процессов старения и развития общества. Второе приоритетное направление ММПД посвящено обеспечению здоровья и благополучия людей пожилого возраста. В третьем приоритетном направлении содержатся рекомендации для действий, которые призваны способствовать индивидуальному развитию человека и поддерживать это развитие в течение всей жизни, вплоть до самых поздних ее этапов. В рамках трех приоритетных направлений Мадридского плана сформулированы 239 мер (действий) для политики в области старения. Все государства члены ООН работают в рамках этого документа. Каждые 5 лет проводятся Министерской конференции, с приглашением глав государств и представителей гражданского общества. Последняя Министерская конференция прошла в Риме,

в 2022 году, где была принята Римская политическая декларация.

Одним из важных документов является принятие 25-27 сентября 2015 года Саммитом ООН новой повестки дня в области устойчивого развития. Документ состоит из 17 целей. Главной целью ЦУР является «Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года». Ход реализации ЦУР в Таджикистане начался в 2016 году. Таджикистан разработал и принял к реализации Национальную стратегию развития на период до 2030 года (НСР-2030), в которой определены основные направления достижения ЦУР в Таджикистане, в том числе и в отношении пожилых людей. Важным документом, связанным со старением населения всего мирового сообщества, является официальный пересмотр Всемирной организацией здравоохранения возрастных норм. По новой возрастной классификации ВОЗ, от 25 до 44 лет — это молодой возраст, 44—60 лет — это средний возраст, 60—75 лет — пожилой возраст, 75—90 лет — это старческий возраст, а после 90 — это долгожители.

По данным исследований института геронтологии Мальты, к 2050 году каждый шестой человек (более 1 миллиарда) будет в возрасте 65 лет и старше. Старение населения будет иметь драматические последствия для местной, региональной и глобальной экономики в нашем взаимозависимом мире. Чтобы использовать возможности этих демографических изменений и обеспечить экономический рост, экономикам необходимо будет инвестировать в здоровье стареющего населения, которое станет более сильным, здоровым, более квалифицированным и адаптируемым, чем когда-либо.

В Таджикистане в настоящее время открыто демографическое окно возмож-

ностей, если это не использовать, то у нас также возникнут серьезные экономические проблемы.

Анализ показал, что доступ к услугам здравоохранения является важной стороной жизни пожилых людей. Получаемыми услугами в НИИ Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов все больные были довольны. Отрадно, что ни один из них не покупал медикаменты, как это отмечается в других клиниках. Одним недостатком получаемых услуг в данном институте является отсутствие узких специалистов, таких как эндокринолог, невролог, психолог. Эти проблемы будут решены по мере развития геронтологической службы, что позволит привести систему здравоохранения в республике в соответствие с потребностями людей пожилого возраста.

Выход на пенсию является «шоком отставки» для пожилого человека, который всю жизнь работал, считал себя нужным обществу человеком. Выход на пенсию изолирует его в рамках семьи, он теряет свое окружение, резко уменьшаются доходы, так как пенсия значительно меньше получаемой ранее им заработной платы. По данным опроса установлено, что получаемая пенсия бенефициаров удовлетворяет потребность пожилого человека только в приобретении необходимых недорогих медикаментов. Одной из важных сторон жизни влияющих на психоэмоциональное состояние, здоровье, физическое и экономическое благополучие пожилого человека являются семья и семейные взаимоотношения, где проходит большая часть его жизни. Большое значение в этом вопросе принадлежит детям и их отношению к своим престарелым родителям. Однако, отрадно, что ни один из обследованных нами пожилых людей не ощущали чувства одиночества в семье и проявлений эйджизма. Это подтвердилось и их ответами

на вопросы: Изменилось ли отношения к Вам в семье после выхода на пенсию? «Нет» - ответили все 50 опрошенных пожилых людей. Отрицательный ответ был получен и на вопрос: «Вам иногда хочется уйти из дома и не возвращаться?», «Вы хотите жить в доме престарелых?». В то же время имеются некоторые проявления эйджизма в обществе, что является причиной социальной изоляции.

Образование имеет большое значение в жизни и трудовой деятельности каждого человека. От уровня образования зависит уровень доходов и размер пенсии. Наличие образования может служить дополнительным источником доходов после выхода на пенсию, что является важным положительным моментом, улучшающим экономическое положение пенсионера, особенно при наличии низких размеров пенсии, которые имеют место в нашей республике. В проведенном нами исследовании установлено, что только 8% не имели образования и они были женщинами, высшее образование имели 34%, среднее 28%, профессионально-техническое 30% обследованных лиц. При опросе установлено, что у всех бенефициаров основным доходом была только пенсия, даже при наличии высшего образования и востребованных в настоящее время профессий (учитель, врач). При исследовании установлено, что 56% бенефициаров имели большое желание работать, однако, их не принимали на работу из-за возраста. Такое отношение к пожилым людям является нарушением прав человека путем дискриминации их по возрасту, хотя общеизвестно, что пожилые люди являются огромным человеческим капиталом и могут приносить значительный вклад в экономическое развитие страны. Такое же отношение работодателей было выявлено к инвалидам 2 и 3 группы, что является проявлением ущемления прав и достоинства.

Проблемой для всех является маленький размер пенсии, который не удовлетворяет их потребности, несмотря на уровень образования. Они испытывали сложность при приобретении необходимых медикаментов. При самооценке здоровья все оценивали свое здоровье как «среднее». Никто из бенефициаров не был готов к старости ни психологически, ни физически, ни материально, особо бенефициары указывают на одиночество, отсутствия внимания, что свидетельствует о незнании вопросов культуры старения. Более 77% бенефициаров имели большое желание работать, однако, их не принимали на работу из-за возраста, что является нарушением прав человека путем дискриминации их по возрасту.

#### Выводы.

1. Проведенный анализ показал увеличение продолжительности жизни населения, что диктует необходимость подготовки врачей геронтологов и развития геронтологической службы в республике.

2. Низкие пенсии диктуют необходимость предоставления доступа к труду лиц пожилого возраста, что приводит к улучшению их экономического положения.

3. Необходимо проводить информационную работу для подготовки пожилого к активному и здоровому старению.

#### ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 года // Организация Объединенных Наций URL: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/ageing\\_program.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/ageing_program.shtml).

2. Глобальные демографические перспективы, новости ООН, 2019 г.

3. Послание Президента Э. Рахмона Маҷлиси Оли Республики Таджикистан, 24

апреля 2013 года и Послание Президента Э. Рахмона Маҷлиси Оли Республики Таджикистан 23 января 2015 года.

4. Статистический ежегодник Республики Таджикистан, 2019-2022 г. Государственного агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан.

5. Государственное агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. - 2020 г.

6. ВОЗ, Всемирный доклад о старении и здоровье, 2015.

7. Принципы Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей\* Приняты резолюцией 46/91 Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1991 года.

#### REFERENCES

1. Madrid International Plan of Action on Ageing 2002 // United Nations URL: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/ageing\\_program.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/ageing_program.shtml).

2. Global Population Prospects, UN News, 2019.

3. Address of the President E. Rahmon to Majlisi Oli of the Republic of Tajikistan, April 24, 2013 and Address of the President E. Rahmon to Majlisi Oli of the Republic of Tajikistan, January 23, 2015.

4. Statistical Yearbook of the Republic of Tajikistan, 2019-2022 of the State Statistics Agency under the President of the Republic of Tajikistan.

5. State Agency on Statistics under the President of the Republic of Tajikistan. – 2020.

6. WHO, World report on ageing and health, 2015.

7. United Nations principles for older persons\* Adopted by General Assembly resolution 46/91 of 16 December 1991.



## ХУЛОСА

**Ф.П. Мағзумова, С.С. Камалова,  
Д.Х. Аюбова**

### **КЎМАКИ ТИББИЮ ИҶТИМОӢ БА ПИРОНСОЛОН БО ДАРНАЗАРДОШ- ТИ ВОҚЕИЯТИ ҲОЗИРАЗАМОН ДАР ТОҶИКИСТОН ВА ПЕШГУИИ ОЯН- ДАИ ОНҲО**

**Мақсади таҳқиқот.** Таҳия ва татбиқи дастурҳо оид ба рушди хизматрасонии тиббию иҷтимоӣ ба пиронсолон дар асоси тадқиқоти пурраи иҷтимоӣ-беҳдоштӣ ва тиббӣ-демографии пиронсолон, ҳолати саломатӣ ва тарзи ҳаёти онҳо ва ҳолати хизматрасонии геронтологӣ ба одамони солхурда дар кишвар.

**Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот.** Маводҳои тадқиқотӣ ҳуҷҷатҳои ҳисоботӣ ва баҳисобгирии муассисаҳои тиббӣ, профилактикӣ ва тиббию иҷтимоӣ, инчунин саволномаҳои буданд, ки барои пиронсолон оид ба масъалаҳои тиббию иҷтимоӣ таҳия шудаанд, истифода бурда шуданд. Инчунин аз усулҳои таҳлилӣ ва омӯрӣ оид ба пиршавӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, қонунгузориҳои миллӣ ва тавсияҳои байналмилалӣ оид ба масъалаҳои пиронсолон, таҳлили сифатӣ (баҳсҳои гуруҳӣ, муҳосбаҳои инфиродӣ, муҳосибаҳои амик, муҳосиба бо коршиносон, санҷиши равонӣ) истифода бурда шудааст.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Таҳқиқот нишон дод, ки танҳо 8% бенифисарҳо маълумот надоранд (онҳо занон буданд), 34% маълумоти олӣ, 28% маълумоти миёна ва 30% шахсони муоинашуда маълумоти касбӣ доранд. Дар рафти пурсиш маълум гардид, ки даромади асосии ҳамаи онҳо танҳо нафақа буда, ҳатто агарчи маълумоти олӣ ва касбҳои дар айнаи замон зарурӣ (муаллим, табиб) дошта бо-

шанд ҳам бо кор таъмин нестанд. Муайян карда шуд, ки 56 ғоизи бенефитсиарҳо майли зиёд ба кор доштанд, вале аз руи синну солашон ба кор қабул карда нашудаанд. Чунин муносибат нисбат ба пиронсолон поймолкунии ҳуқуқи инсон бо роҳи таъйиз нисбат ба синну сол аст, ҳарчанд ба ҳама маълум аст, ки пиронсолон сармояи бузурги инсонӣ буда, метавонанд дар рушди иқтисоди кишвар саҳми арзанда гузоранд. Чунин муносибати корфармоён нисбат ба маъишати гурӯҳҳои 2 ва 3 низ ба ҷашм мерасад, ки ин зухуроти поймолкунии ҳуқуқ ва шаъну шараф онҳо мебошад. Мушкilotи дигар ин паст будани нафақа буда, он талаботи имрузаи онҳоро қонеъ намекунад. Онҳо дар ҳаридани доруҳои зарурӣ душворӣ мекашанд. Бо худбаҳодиҳии саломатӣ ҳама саломатии худро ҳамчун «миёна» арзёбӣ карданд. Ҳеҷ яке аз баҳрабардорон ба пиронсолӣ на аз ҷиҳати равонӣ, на ҷисмонӣ ва на аз ҷиҳати молиявӣ омода набуданд, баҳусус баҳрабардорон ба танҳои ва бетаваҷҷуҳӣ ишора мекунанд, ки ин надониестани масъалаҳои фарҳанги пиршавиро нишон медиҳад.

**Хулоса.** Таҳлили пешакӣ нишон дод, ки сохторҳои тандурустӣ барои пурра фаро гирифтани шахсони аз синни 60-сола боло ба хизматрасонии пурраи замонав ҷидду ҷаҳд намуда барои тайёр кардани табибони геронтолог ва рушд додани хизматрасонии геронтологӣ дар ҷумҳурӣ ҳаракат намоянд. Нафақаи кам зарурати таъмини дастрасии пиронсолон ба меҳнатро ба миён меорад, то ки вазъи иқтисодии онҳо беҳтар шавад. Барои омода кардани пиронсолон ба давраи пиршавии ғайбӣ ва солим бурдани қорҳои иттилоотӣ зарур аст.

**Калимаҳои калидӣ:** пиронсолон, пиршавӣ, ёрии тиббию иҷтимоӣ, пиршавии солим.



УДК: 616-006.6

С.Р. Расулов<sup>1,2</sup>, Д.С. Обидов<sup>1,2</sup>, Н.К. Гайратова<sup>2</sup>

## ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН ЗА 2016-2023 ГОДЫ

<sup>1</sup>ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

<sup>2</sup>ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**Расулов Самеъ Рахмонбердиевич** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан». E-mail: [same\\_rasulov@mail.ru](mailto:same_rasulov@mail.ru); Тел: (+992) 918682186

---

**Цель исследования.** Провести анализ заболеваемости и смертности от рака молочной железы за период 2016-2023 годы в Республике Таджикистан.

**Материал и методы исследования.** Подвергнуты изучению данные формы №7, представленные Центром медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан за 2016-2023 гг. и отчетные данные отделения маммологии и реконструктивной хирургии ГУ РОНЦ МЗиСЗНРТ. Изучены данные заболеваемости и смертности, степень распространенности по возрасту и стадиям.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В Республике Таджикистан так же ежегодно растет заболеваемость РМЖ, особенно активная выявляемость отмечается последние два года (по сравнению с 2016-2021 годы в 2022-2023 годы были выявлены в 1,5-1,7 раз больше больных РМЖ). Смертность от РМЖ в республике по сравнению с предыдущими годами в 2022-2023 годы уменьшилась на 0,8-0,9 раз. В I-II стадии выявляются 63-75,3% случаев, в III стадии – 10,3-20,9% и в IV стадии 10,3-17,6%. В динамике отмечается тенденция к «омоложению» РМЖ в Республике Таджикистан.

**Заключение.** Заболеваемость и смертность от РМЖ в Республике Таджикистан, как и в других странах мира, ежегодно имеет динамический рост. Несмотря на высокие показатели заболеваемости, уменьшается смертность из года в год. Как и во всех странах мира, отмечается тенденция к «омоложению» РМЖ в нашей республике.

**Ключевые слова.** Рак молочной железы, заболеваемость и смертность.

S.R. Rasulov<sup>1,2</sup>, D.S. Obidov<sup>1,2</sup>, N.K. Gayratova<sup>2</sup>

## DYNAMICS OF BREAST CANCER MORBIDITY AND MORTALITY IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN IN 2016-2023

<sup>1</sup>State Educational Institution “Institute of Postgraduate Education in the field of healthcare of the Republic of Tajikistan”

<sup>2</sup>SU “Republican Oncological Research Center” Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

**Rasulov Sameh Rakhmonberdievich** – MD, Professor, Head of the Department of Oncology at the Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan; Tel: +992918682186; E-mail: same\_rasulov@mail.ru

**Aim.** To analyze the incidence and mortality from breast cancer for the period 2016-2023 in the Republic of Tajikistan.

**Materials and methods.** The data of the form No. 7 submitted by the Center for Medical Statistics and Information of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan for 2016-2023 and the reporting data to the departments of Mammology and Reconstructive Surgery of the State Scientific Research Center of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Tajikistan have been studied. The data on morbidity and mortality, the degree of prevalence by age and stages were studied.

**Results.** In the Republic of Tajikistan, the incidence of breast cancer is also increasing annually, especially over the past two years (compared to 2016-2021, 1.5-1.7 times more breast cancer patients were identified in 2022-2023). Mortality from breast cancer in the republic decreased by 0.8-0.9 times in 2022-2023 compared to previous years. 63-75.3% of cases are detected in stage I-II, 10.3–20.9% in stage III, and 10.3-17.6% in stage IV. There is a tendency towards the “rejuvenation” of breast cancer in the Republic of Tajikistan.

**Conclusion.** The incidence and mortality from breast cancer in the Republic of Tajikistan, as in other countries of the world, is growing dynamically every year. Despite the high incidence rates, mortality is decreasing from year to year. As in all countries of the world, there is a tendency towards the “rejuvenation” of breast cancer in our republic.

**Keywords.** Breast cancer, morbidity and mortality.

---

**Актуальность.** Рак молочной железы (РМЖ) наиболее распространенная злокачественная опухоль среди женского населения большинства стран мира, и стабильно занимает первое место. По данным ежегодного мониторинга GLOBOCAN неуклонно растет заболеваемость и смертность от РМЖ в мире. В 2022 году в мире по данным данной организации ВОЗ было зарегистрировано 2 296 840 новых случаев РМЖ, что составляет 11,5% среди всех случаев злокачественных новообразований, занимая второе место после рака легкого [5].

Наиболее высокие показатели заболеваемости наблюдаются в Азии – 985 817 (42,9%), странах Европы - 557 532 (24,39%) и Северной Америке - 306 307 (13,3%). Относительно низкие показатели заболеваемости отмечены в странах Аф-

рики -198 553 (8,6%) и Океании – 28 507 (1,2%) (рисунок 1).

Из 2 296 840 впервые выявленных случаев РМЖ умерли 666 103 женщин, что составило 6,8% (рисунок 2).

В Российской Федерации так же РМЖ считается наиболее часто встречаемая злокачественная опухоль, которая в 2023 год составила 22,5% в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин. Наиболее часто встречается в возрасте 30-59 лет [1]. В I–II стадиях было диагностировано 75,2% случаев, в III стадии – 17,0% и в IV стадии 5,9% случаев [2].

В странах Азии наиболее высокие показатели заболеваемости РМЖ в 2022 году приходится на Китай - 357 161 (36.2%) и Индия - 192 020 (19.5%) [5], что отражено в рисунке 3.

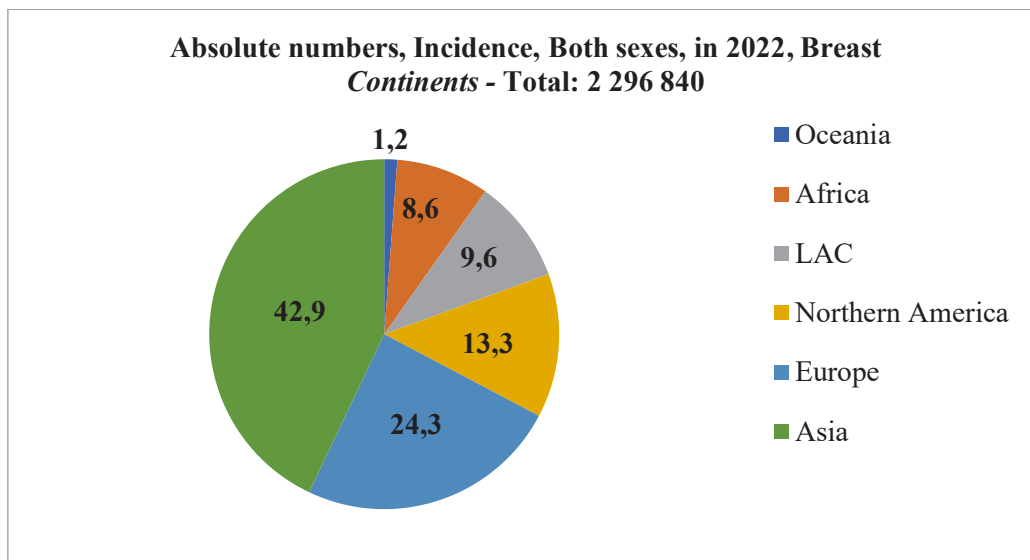


Рисунок 1. Заболеваемость раком молочной железы в мире в 2022 году

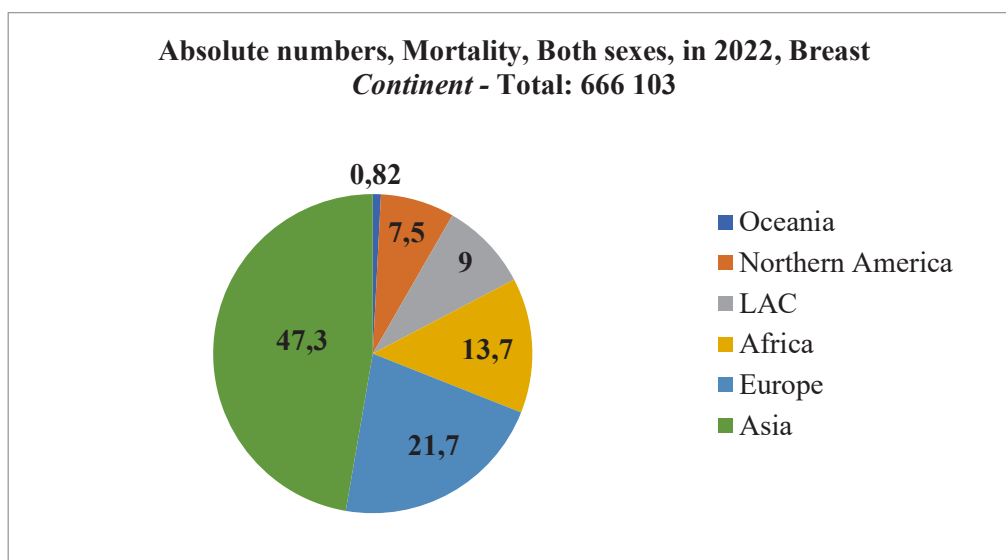


Рисунок 2. Смертность от рака молочной железы в мире в 2022 году

Наш предыдущий анализ о динамике заболеваемости и смертности РМЖ в Республики Таджикистан за 2016-2020гг. показал, что в Республике Таджикистан также заболеваемость РМЖ имела тенденцию к ежегодному росту и среди других злокачественных опухолей занимал первое место, составляя 13,1% [3].

**Цель исследования.** Провести анализ заболеваемости и смертности от рака молочной железы за 2016-2023 годы в Республики Таджикистан.

#### Материал и методы исследования.

Нами изучены данные формы №7, представленным Центром медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан за 2016-2023 гг., отчетные данные отделениям маммологии и реконструктивной хирургии ГУ РОНЦ МЗСЗНРТ. Изучены данные заболеваемости и смертности от рака молочной железы в республике, степени распространенности по возрасту и стадиям. Статистиче-

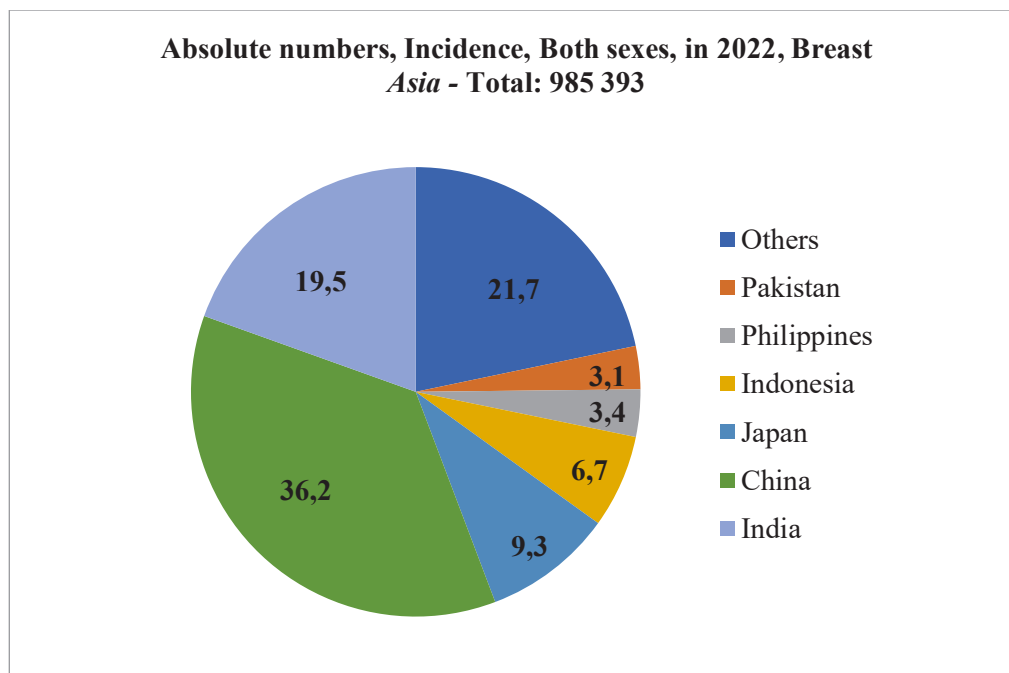


Рисунок 3. Заболеваемость рака молочной железы в странах Азии в 2022 году

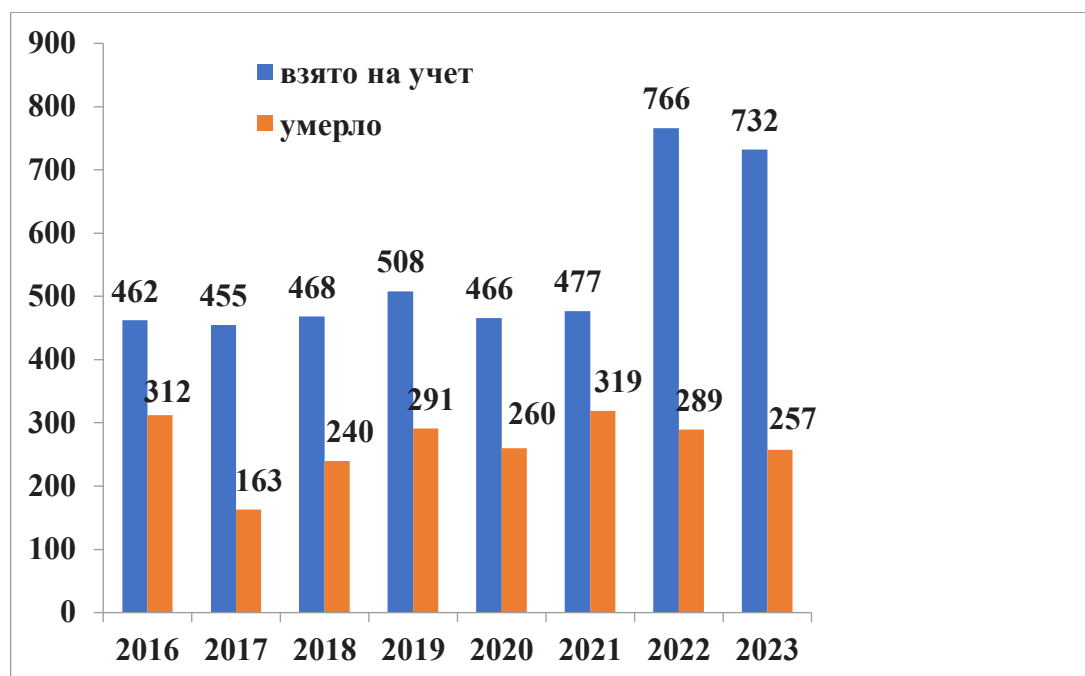


Рисунок 4. Показатели заболеваемости и смертности от рака молочной железы за 2016-2023 гг.

ская обработка результатов проводилась с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoft, США). Количественные показатели представлены в виде среднего значения стандартной ошибки.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По результатам проведенного анализа данных формы №7 Центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной за-



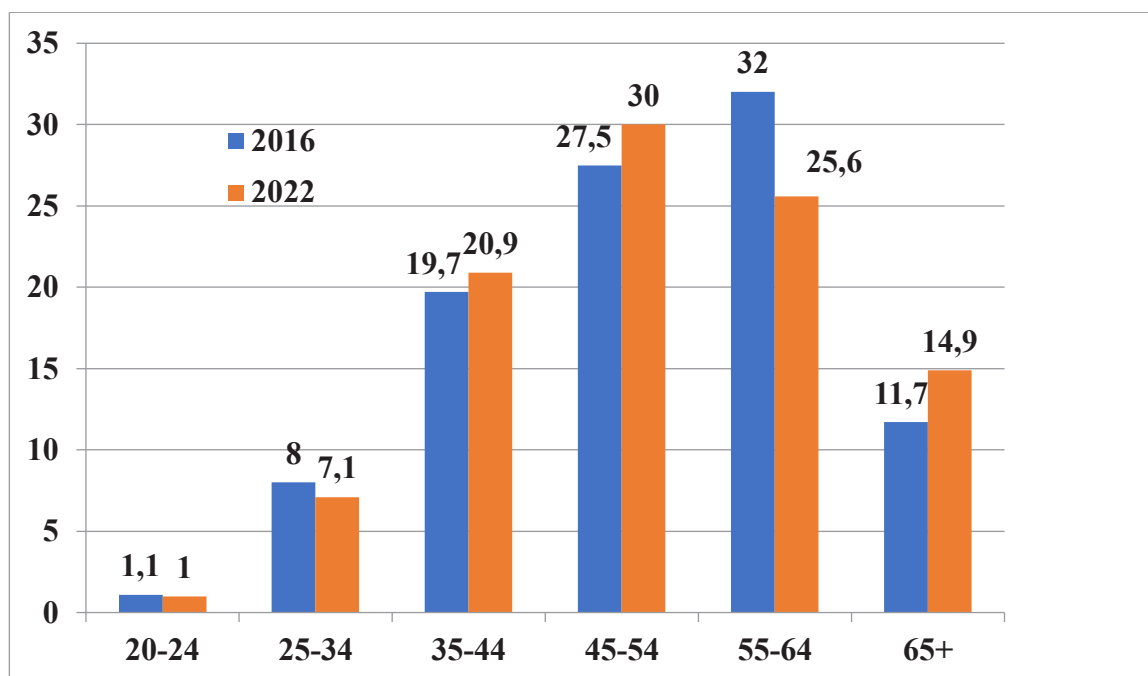


Рисунок 5. Сравнительные показатели заболеваемости РМЖ по возрасту в 2016 и 2022гг.

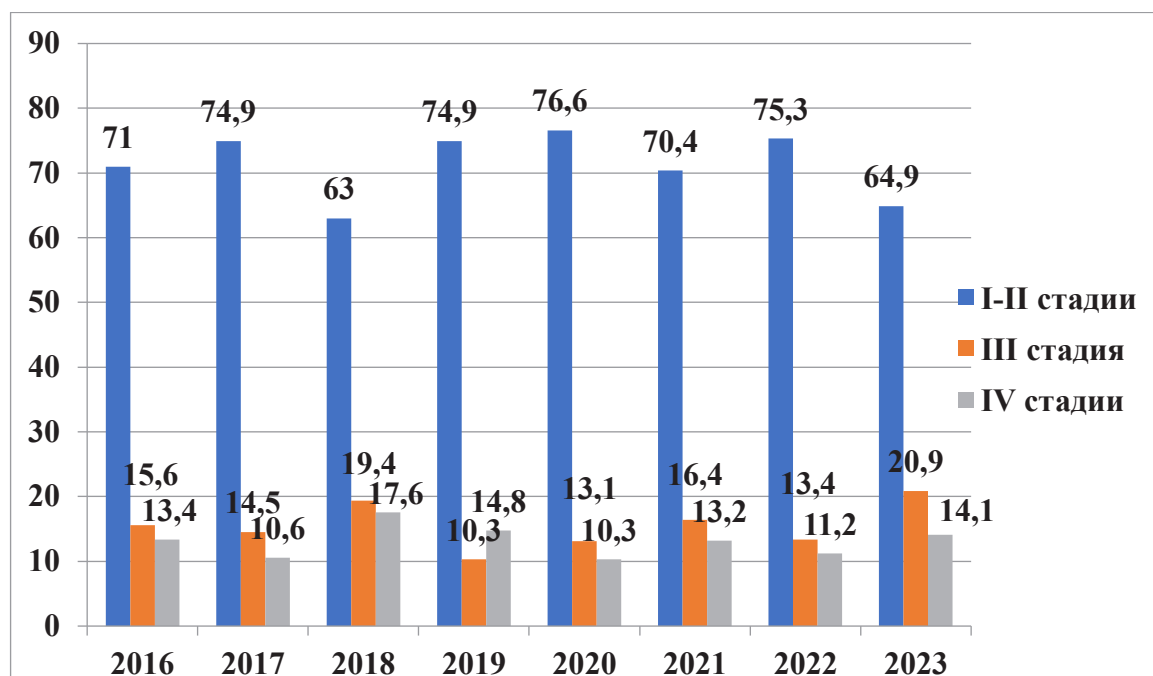


Рисунок 6. Распределение больных РМЖ по стадиям.

щиты населения Республики Таджикистан за 2016-2023 гг. установлено, в Республики Таджикистан, как в большинство стран мира, заболеваемость РМЖ так же имеет тенденцию к ежегодному росту. Заметный

рост заболеваемости отмечается последние два года, что свидетельствует об активном выявлении данной патологии среди женского населения. Смертность из года в год имеет тенденцию к снижению (рисунок 4).

Как показывают данные диаграммы, в республике заболеваемость РМЖ по сравнению с 2016 год в 2022 и 2023 годы увеличилось в 1,6-1,7 раз, а смертность наоборот уменьшилась в 1,1-1,2 раза соответственно.

Высокие показатели последних двух лет указывают не только на рост частоты заболеваемости данной патологии, но и рост степени информативности населения и врачей первичного звена здравоохранения о раке молочной железы. Врачи семейной медицины и акушер-гинекологи более активно осматривают молочные железы у больных и при выявлении патологии направляют в специализированные онкологические учреждения.

Уменьшение смертности, прежде всего, связано с одной стороны с современными достижениями в раннем выявлении РМЖ, с другой стороны с появлением в арсенале онколога современных методов диагностики и лечения данной патологии. Широко применяются более эффективные химиопрепараты, гормонотерапия и таргетная терапия.

При сравнительном анализе заболеваемости женщин РМЖ установлено, что в 2016 году пик заболеваемости приходится в возрастах 55-64 лет, а в 2022 году наиболее часто были выявлены больные в возрасте 45-54 лет. Увеличение частоты РМЖ в возрастном диапазоне 35-54 лет на 1,2-2,5% в 2022 году является свидетелем «омоложение» данной патологии (рисунок 5).

Авторы из развитых и развивающихся стран сообщают об «омоложение» РМЖ последние десятилетия. Данные представленной диаграммы подтверждают, что в Республики Таджикистан так же РМЖ поражает молодых, трудоспособных женщин.

При распределении по стадиям развития опухолевого процесса по данным

формы №7 установлено, что в I-II стадии выявляются 63-75,3% случаев, в III стадии – 10,3-20,9% и в IV стадии 10,3-17,6% (рисунок 6).

По нашим результатам частота больных с I-II стадии несколько превышают данными развитых стран [2, 4].

Относительно высокие показатели больных в I-II стадии связано с тем, что в районах республики из-за отсутствия специалиста-онколога, ставки занимают другие специалисты, которые плохо осведомлены о стадиях онкологического процесса, зачастую II клиническую группу принимают за II стадию. Возможно, некоторые низкие показатели больных с III стадии связано с этим. Частота выявляемости больных в IV стадии в два раза превышает данные других стран СНГ и мира [2].

**Заключение.** Заболеваемость и смертность от РМЖ в Республики Таджикистан, как и в других стран мира, из года в год имеет тенденцию к росту, хотя по сравнению с ростом заболеваемости, наряду с успехами в ранней диагностики и доступности современных эффективных препаратов, отмечается снижении смертности. Высокие показатели выявляемости последние два года свидетельствуют о нарастание осведомленности населения и врачей общей лечебной сети о злокачественных опухолях. Если высокий уровень заболеваемости до 2020 году приходилась на возрастах 45-64 лет, то в 2022-2023 годы отмечается увеличение числа больных в возрастном диапазоне 35-64 лет. Остается на высоком уровне частота больных с IV стадии процесса.

## ЛИТЕРАТУРА

(n. 5 см. в REFERENCES)

1. Злокачественные новообразования в России в 2023 году (заболеваемость и смерт-

ность) / под ред. А.Д. Каприна [и др. // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2024. – илл. – 276 с.

2. Состояние онкологической помощи населению России в 2023 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой // Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2024. – илл. – 262 с.

3. Расулов С.Р. Динамика заболеваемости и смертности от рака молочной железы в Республике Таджикистан за 2016-2020 гг. / С.Р. Расулов, Д.Ф. Ганиев // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2022. - №2. – С. 52-56.

4. Рахимова М.Н. Эпидемиология рака молочной железы в странах СНГ и Республике Казахстан (литературный обзор) / М.Н. Рахимова [и др.] // West Kazakhstan Medical journal. – 2019. - №61(1). – С.46–55.

## REFERENCES

1. Malignant neoplasms in Russia in 2023 (morbidity and mortality) / ed. by A.D. Kaprin [et al. // Moscow: Herzen Institute of Medical Sciences – branch of the Federal State Budgetary Institution “NMITS of Radiology” of the Ministry of Health of Russia, 2024. – fig. – 276 p.

2. The state of oncological care for the Russian population in 2023 / Edited by A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, A.O. Shakhzadova // Moscow: P.A. Herzen Moscow Medical Research Institute – branch of the Federal State Budgetary Institution “NMITS of Radiology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2024. – fig. – 262 p.

3. Rasulov S.R. Dynamics of breast cancer morbidity and mortality in the Republic of Tajikistan for 2016-2020 / S.R. Rasulov, D.F. Ganiev // Bulletin of postgraduate education in healthcare. - 2022. - No. 2. – pp. 52-56.

4. Rakhimova M.N. Epidemiology of breast cancer in the CIS countries and the Republic of Kazakhstan (literary review) / M.N. Rakhimova [et al.] // West Kazakhstan Medical journal. – 2019. - №61(1). – P.46-55.

5. Globocan 2022 (version 1.1) - 08.02.2024. International Agency for Research on Cancer. Cancer TODAY | IARC - <https://gco.iarc.who.int>

## ХУЛОСА

**С.Р. Расулов, Д.С. Обидов,  
Н.К. Гайратова**

## ДИНАМИКАИ БЕМОРИҶ ВА ФАВТ АЗ САРАТОНИ ҒАДУДИ ШИРӢ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

**Мақсади таҳқиқот.** Таҳлили бемориҷ ва фавт аз саратони ғадуди ширӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2016-2023.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Таҳти таҳлил қарор дода шуд маводи форми №7 Маркази омори тиббӣ ва иттилоотии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2016-2023 ва ҳисоботи шӯъбаи маммологӣ и ҷарроҳии тармимии МД МҚИС Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон. Нишондодҳои гирифтӣ ба саратони ғадуди ширӣ, фавт аз он, дараҷаи паҳншавии бемори мувофиқи сини сол ва марҳалаи омос.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, ҷун дар дигар мамолики дунё, ҳамасола гирифтӣ ва фавт аз саратони ғадуди ширӣ зиёд шуда истодааст. Ба хусус дар ду соли охир нишондоди ошкори саратони ғадуди ширӣ нисбат ба солҳои 2016 то 2020 афзудааст. Дар муқоиса бо солҳои 2016-2021 дар давраи солҳои 2022-2023 ба ҳисоби мина ошкори саратони ғадуди ширӣ 1,5-1,7 маротиба афзудааст. Муриш аз саратони ғадуди ширӣ дар ҷумҳури нисбат ба солҳои пешин дар солҳои 2022-2023 ба 0,8-0,9 маротиба кам гардидааст. Дар марҳилаҳои I-II 63-75,3% ҳолат ошкор

шуда, дар марҳилаи III – 10,3-20,9% ва дар марҳилаи IV 10,3-17,6% ҳолати ошкоршавии беморӣ мушоҳида шуда истодааст. Хусусияти “ёшгардии” саратони ғадуди ширӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон низ мушоҳида мешавад.

**Хулоса.** Гирифторӣ ба саратони ғадуди ширӣ ва фавт аз он дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, чун дар дигар мамлаҳики дунё сол аз сол меафзояд. Ба нишондоди балан-

ди гирифторӣ ба беморӣ сол аз сол нигоҳ накарда, фавт аз он ҳамасола кам шуда истодааст, ки аз баланд шудани дараҷаи огоҳии аҳоли ва духтурони шабакаи умумии табобатӣ дарак медиҳад. Сол аз сол сину соли занҳои гирифтори саратони ғадуди ширӣ паст рафта истодааст.

**Калимаҳои калидӣ.** Саратони ғадуди ширӣ, гирифторӣ ва фавт аз беморӣ.

УДК: 618.1-089

Э.Х. Хушвахтова, С.Дж.Ниязова, Г.У. Болиева

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ГЕНИТАЛИЙ

ГУ “Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии”

**Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна** – д.м.н., ведущий научный сотрудник гинекологического отдела ГУ “Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии”. E-mail: hushvaxtova@mail.ru; тел.: (+992) 901 11 59 99

---

**Цель исследования.** Определить эффективность современных методов лечения доброкачественных заболеваний молочных желёз (ДЗМЖ) у женщин с патологией органов малого таза.

**Материал и методы исследования.** В исследование вошли результаты обследования 290 пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желёз с патологией органов гениталий. Первую группу составили – 127 (43,8%) пациенток с дисгормональными заболеваниями молочных желёз на фоне воспалительного заболевания органов малого таза, вторую группу составили – 163 (56,2%) больных с дисгормональными заболеваниями молочной железы в сочетании с доброкачественными новообразованиями яичников.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Терапия в группах исходила от факторов на котором развилось ДЗМЖ: в первой группе пациентки обследованы на инфекции передаваемые половым путем (ИППП) и взяты бактериальные посевы. Терапия включала антибактериальную терапию с учетом выявленного инфекционного агента и санации очагов. У женщин II группы лечение заключалось в удалении истинных опухолей яичников. Для восстановления менструального цикла пациенткам обеих групп назначен КОК Линдинет -20 от 3-6 месяцев. Результаты исследования показали, что в процессе комплексной терапии наблюдалась положительная динамика состоянии молочных желёз у пациенток обеих обследованных групп. К концу первого года наблюдения отмечалось улучшение у преобладающего большинства пациенток обеих групп: 96/75,5±3,8% и 134/82,2±3,0% соответственно в I и II группе.



**Заключение.** Учитывая масштабный и многообразный фон возникновения мастопатии, необходимо отметить отсутствие единой схемы патогенетической терапии ДЗМЖ. Следовательно, лечение должно быть направлено на факторы, причины или их сочетание, которые привели к развитию патологии молочных желез.

**Ключевые слова:** доброкачественные заболевания молочных желёз, ВЗОМТ, ДНЯ, комплексная терапия.

*E.H. Khushvakhtova., S.J Niyozova., G.U Bolieva*

## **THE EFFECTIVENESS OF MODERN METHODS OF TREATING BENIGN DISEASES OF THE MAMMARY GLANDS IN WOMEN WITH PATHOLOGY OF THE GENITAL ORGANS**

**State Institution “Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology”**

*Khushvakhtova Ergashoy Khushvakhtovna – Doctor of Medical Sciences Leading Researcher of the Gynecological Department of the State Institution “Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology”. E-mail: hushvaxtova@mail.ru; tel.: (+992) 901 11 59 99*

**Purpose of the study.** To determine the effectiveness of modern methods of treating MGD in women with pathology of the pelvic organs.

**Material and research methods.** The study material included 290 patients with benign neoplasms of the mammary glands who sought medical help at the gynecological department of the Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of Dushanbe in the period from 2015 to 2022. The first group consisted of 127 (main group) patients with dishormonal diseases of the mammary glands in combination with pelvic inflammatory disease, the second group consisted of 163 (comparison group) patients with dishormonal diseases of the mammary glands in combination with benign ovarian tumors.

**Research results and discussion.** Therapy in the groups was based on the factors on which MGD developed: in the first group, patients were examined for STIs and bacterial cultures were taken. Therapy included antibacterial therapy, taking into account the identified infectious agent and sanitation of lesions. In group II, treatment consisted of removal of true ovarian tumors, the restoration of the cycle for which they received the COC Lindinet -20 for 3-6 months. The results of the study showed that in the process of complex therapy, positive dynamics in the condition of the mammary glands was observed in patients of both study groups. By the end of the first year of observation, improvement was noted in the prevailing majority of patients in both groups:  $96/75.5 \pm 3.8\%$  and  $134/82.2 \pm 3.0\%$ , respectively, in groups I and II.

**Conclusion.** Considering the large-scale and diverse background of the occurrence of mastopathy, it is necessary to note the absence of a unified scheme for pathogenetic therapy of MGD. Therefore, treatment should be aimed at the factors, causes, or combination thereof that led to the development of mammary gland pathology.

**Key words:** benign diseases of the mammary glands, PID, DAY, complex therapy.

---

**Актуальность.** В структуре заболеваний молочных желез, как злокачественные, так и доброкачественные, занимают лидирующее место по заболеваемости среди женского населения земного шара

[4,2,8,10]. Согласно данным статистики, среди злокачественных новообразований рак молочной железы является основной причиной смерти женщин в возрасте от 15 до 54 лет. По данным Всемирной Ор-

ганизации Здравоохранения, ежегодно в мире от рака молочной железы погибают около 5 млн. женщин [1,5,9,11]. В этой связи так важна своевременная диагностика, и основанная на ней корректная терапия доброкачественных заболеваний молочных желёз. Учитывая масштабный и многообразный фон возникновения мастопатии, необходимо отметить отсутствие единой схемы патогенетической терапии ДЗМЖ. Следовательно, лечение должно быть направлено на факторы, причины или их сочетание, которые привели к развитию патологии молочных желёз. В течение терапии дисгормональных заболеваний молочных желёз необходимо учитывать возраст; формы заболевания; характер нарушения менструального цикла; заинтересованность в сохранении репродуктивной функции или, наоборот, в контрацепции; наличие обострения хронических, сопутствующих эндокринных, гинекологических и экстрагенитальных заболеваний [3,6,7].

**Цель исследования.** Определить эффективность современных методов лечения ДЗМЖ у женщин с патологией органов малого таза.

**Материал и методы исследования.** В материал исследования вошли результаты обследования 290 пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желёз с патологией органов гениталий. Первую группу составили - 127 пациенток с дисгормональными заболеваниями молочных желез на фоне воспалительного заболевания органов малого таза, вторую группу составили - 163 пациенток с дисгормональными заболеваниями молочной железы в сочетании с доброкачественными новообразованиями яичников. Возраст обследованные пациенток были как в активном, так и в позднем репродуктивный возрасте. Исследование проведено в гинекологическом отделении Института акушерства,

гинекологии и перинатологии с 2015 по 2022 годы.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Всем женщинам был выполнен клинический осмотр с использованием балльной системы для оценки степени тяжести процесса в молочных железах (таб. №1). Терапия в группах исходила от факторов на котором развилось ДЗМЖ: в первой группе пациентки обследованы на ИППП и взяты бактериальные посеы. Терапия включала антибактериальную терапию с учетом выявленного инфекционного агента и санации очагов. У больных II группы лечение заключалось в удалении истинных опухолей яичников, восстановление менструального цикла, для назначен КОК Линдинет -20 от 3-6 месяцев. При консервативном лечении патологии молочных желез, также проводились специфическое и симптоматическое лечение.

Всем пациенткам в обеих группах с ДЗМЖ включала витаминотерапия: витамин Е по 50-100 мг ежедневно; витамин С по 100-500мг в день; витамин А по 50000 МЕ 2 раза в день длительность курса 3 месяца. В среднем количество курсов витаминотерапии составило до 3 раз, повторное назначение определялось от степени тяжести клинической симптоматики заболеваний молочных желез. А также в рацион питания включены продукты богатые витаминами А, Е, С: молоко, рыба, печень, белок яйца, сливочное масло, кукуруза. Рекомендовано ограничить употребление животных жиров. Гиперпролактинемии нарушение корректировались «Дастинекс» ½таб 2 раза в недели в течение от 3 до 6 месяцев. Для улучшения эмоционального фона женщин назначались седативные средства: вамелан, настойка пустырника, персен, бромкамфора; адаптогены: элеутерококк, пантокрин, настойка женьшеня. Лечение мастодиномом

проводилось в I группе у каждой второй женщины ( $60/47,3 \pm 4,4\%$ ) и во II группе каждой третьей ( $55/33,7 \pm 3,7\%$ ). При наличии различных видов НМЦ с целью регуляции менструальной функции, Линдинет -20 получали женщины II группы в 3 раза достоверно ( $p < 0,001$ ) чаще, чем пациентки I группы. Это указывает на дисгормональный генез возникновения ДЗМЖ у пациенток с ДНЯ (табл. 1).

Пациентки с патологией щитовидной железы консультировались и находились под динамическим наблюдением у врача эндокринолога и получали тиреотропную терапию. Консультированы гастроэнтерологом, и назначены гепатопротекторы (эссенциале форте, лив-52), желчегонные и ферментные препараты (аллахол, холосас, кукурузные рыльца, фестал, мезим форте). Курс терапии длился 1,5-2 месяца.

Терапия в группах исходила от факторов на фоне, котором развилось ДЗМЖ: в первой группе все пациентки с ВЗОМТ обследованы на ИППП и взяты бактери-

альные посевы из цервикального канала на чувствительность к антибиотикам. Лечение включало антибактериальную терапию с учетом выявленного инфекционного агента и санации очагов. У пациенток II группы лечение заключалось в удалении истинных опухолей яичников. При различных типах нарушения менструального цикла женщинам обеих групп ( $20/15,7 \pm 3,2\%$  и  $79/48,5 \pm 3,9\%$  соответственно I и II групп) для восстановления менструального цикла использован КОК Линдинет -20 в течении от 3-6 месяцев. Кроме общего консервативного лечения патологии молочных желез, в каждой группе было проведено симптоматическое лечение.

Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза зависит от точной диагностики этиологии процесса соблюдения последовательной этапности и принципа комплексного подхода к диагностике и терапии. Чаще ИППП вызывают воспаление в ассоциации, что также является фактором, способствующим хронизации

Таблица 1.

**Консервативное лечение женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желез**

Группы	I гр (n -127)	II гр (n -163)
Терапия	n/M $\pm$ m%	n/M $\pm$ m%
1.Диета	127/100	163/100
2.Антиоксиданты (фолиевая к-та).	127/100	163/100
3.Витаминотерапия	127/100 $\pm$ 0	163/100 $\pm$ 0
4.Терапия заболевания щитовидной железы	50/39,3 $\pm$ 4,3	80/49,0 $\pm$ 3,9
5.Терапия заболевания гепатобилиарной системы	35/27,5 $\pm$ 3,9	28/17,1 $\pm$ 2,9
6. Мастодион	60/47,3 $\pm$ 4,4	55/33,7 $\pm$ 3,7 $p < 0,05^{**}$
7.Линдинет - 20	20/15,7 $\pm$ 3,2	79/48,5 $\pm$ 3,9 $p < 0,001^{*}$
8.Седативная терапия	127/100	127/100 $\pm$ 0
9.Местное лечение	35/27 $\pm$ 3,9	55/33,7 $\pm$ 3,7

**Примечание:**  $p < 0,001^{*}$ ;  $p < 0,05^{**}$  – статистическая значимость различий показателей между сравниваемыми группами (по U-критерию Манна-Уитни).

воспалительного процесса и развитию осложнений. При лечении микст-инфекций необходим подбор антибиотиков, обладающих этиотропным действием по отношению ко всем видам выявленной инфекции. Обоснование этиотропной терапии воспалительных процессов половых органов предусматривает, с какими видами ЗППП ассоциируют патологический процесс. Учитывая, низкий иммунный статус женщин с инфекцией, передаваемых половым путём в комплекс лечения, включена системная энзимотерапия, которая потенцирует лечебный эффект антибиотиков. А также противовирусных препаратов, антибиотиков и иммуномодуляторов, воздействующих на моноириаз. Препараты, которые назначали при лечении ИППП, показали одинаковую эффективность вильпрофена и азитромицина. При лечении *Trichomonas vaginalis* и гарднеллез женщинам был назначен метронидазол по 250мг 2 раза в сутки в течение 10 дней, дополнительно было назначено местное лечение в виде вагинальных свечей с метронидазолом. Исследование показали, что сочетание инфекционных агентов наиболее часто отмечено с вирусными ассоциациями - ВПГ и ЦМВ.

После проведенной терапии повторное обследование показало эрадикацию (уничтожению) ИППП у преобладающего большинства женщин: при сочетании двух инфекций у 13/86,6% и 5/83,3%; сочетание трех инфекционных агентов у 33/76,7% и 37/77,7%; сочетание четырех инфекций – у 43/75,4% и 8/72,7%; сочетание более четырех инфекций – у 5/55,5% и 12/60% соответственно в Ia и Ib группах. У женщин с *Trichomonas vaginalis* уничтожение инфекции установлено в 47/79,6% и 31/77,5% случаях соответственно Ia и Ib группах. Учитывая отсутствие эрадикации ИППП, этим пациенткам после первого курса этиотропной терапией, через две недели

перерыва повторяли назначение антибиотиков последнего поколения. Обязательным компонентом терапии при повторном курсе являлась назначение препаратов, защищающих микробиоту кишечника. Таким пациенткам после первого этапе лечения вильпрофеном или азитромицином, во втором этапе терапии включали иммуномодулятор виферон в свечах - широко применяемый малоинвазивный препарат интерферона. Следующим этапом лечение женщин с воспалительными заболеваниями половых органов малого таза является реабилитационная терапия. Физиотерапевтическое лечение начинали при отсутствии у пациенток острого воспалительного процесса органов гениталий.

Пациентки с ДНЯ тщательно обследованы с целью исключения злокачественного новообразования яичников. Учитывая то, что все доброкачественные опухоли яичников (ДОЯ) после установления диагноза подлежат оперативному лечению, мы в нашем исследовании во всех 83 случаях пациенток с ДОЯ производили хирургическое удаление опухоли яичников. Из 93 случаев произведенных хирургического вмешательств при ДНЯ, почти в каждом четвертом (23/24,7±4,4%) случае операция выполнялась по экстренным показаниям: перекрут ножки кисты или перфорация капсулы образования. Объем операции при локальном поражении яичника составлял вылущивание кисты яичника или резекция яичника, а при полном поражении яичника - аднексэктомия. Гистологическое исследование макропрепаратов установило: в более половине (64,5±4,9%) случаев серозная цистаденома яичников, в каждом пятом (24,7±4,5%) случае эндометриоидная киста яичников. Опухолевидные образования во всех случаях были представлены фолликулярной кистой яичников. Образованиями, которые не подлежат хирур-



гическому лечению, являются функциональные кисты яичников (опухолевидные образования яичников: фолликулярная киста и киста жёлтого тела. Под нашим наблюдением находились 196 женщин репродуктивного возраста с ООЯ в течение от 6 до 12 месяцев. Из 196 пациенток с ООЯ установлены следующие эхографические формы ретенционных образований: в 152/77,5±2,9% случаях фолликулярная кисты, и в 44/22,4±2,9% киста желтого тела. Консервативное лечение ООЯ основывалась на результаты эхографической картины предположительного гистотипа яичникового образования, который определяли на УЗИ, наличия болевого синдрома, длительности существования опухоли. В процессе консультирование женщин установлено, что боли носили не постоянный характер, были незначительными и не имели показания к хирургическому лечению.

Из 152 женщин с фолликулярными кистами, у 73/48±4% образование яичника обнаружено при профилактическом осмотре, так как патологический процесс протекал бессимптомно. А у каждой третьей (50/32,8±3,8%) пациентки имели место различные виды НМЦ, и у 29/19,1±3,1% - тянущие боли внизу живота и в пояснице, связанные с ВЗОМТ. Пациенткам с НМЦ был назначен комбинированный оральный контрацептив (линдинет-20) в течение 3-6 менструальных циклов в режиме контрацепции. При проведении консервативной терапии на фоне приема оральных контрацептивов (линдинет-20) менструальный цикл нормализовался, кисты редуцировались. На фоне противовоспалительной терапии у большинства женщин кистозные образования регрессировали (137/90,1±2,4%). А у 15/9,8±2,4% больных образование уменьшились в размерах.

Анализ результатов обследования до проводимой терапии (табл.2) показал, что в I группе из 127 пациенток у 17/13,3±3,0% боли не отмечались в молочных железах, 45/35,4±4,2% женщин испытывали слабую боль, 30/23,6±3,7% пациенток - боль средней интенсивности, и 35/27,5±4,0% - испытывали сильные боли. Во II группе из 163 женщин 30/18,4±3,0% никаких жалоб не предъявляли. Почти каждая третья (50/30,6±3,6%) женщина испытывала слабую боль, а у 28/ 17,1±3,0% пациенток - боль была средней интенсивности. В каждом третьем (55/33,7±3,7%) случае пациентки отметили сильные боли. Очень сильные боли не имели место ни у одной пациентки обеих исследуемых групп.

В I группе у большинства пациенток при оценки внешних симптомов в (109/85,8±3,1%) было установлено правильное развитие сосково-ареолярного комплекса и молочных желез, а у 2/1,5% пациенток выявлена полителлия, и у более чем каждой десятой (16/12,5±2,9%) женщины – макромастия. Во II группе аномалии развития молочных желез не были обнаружены у 141/86,5±2,6% пациенток, у 3/1,8% женщин выявлены полителлия, а макромастия имело место в 19/11,6±2,5% случаях.

При пальпаторном исследовании молочных желез установлено: в I группе у 72/56,6±4,3% пациенток молочные железы были мягкими с равномерной складкой размером 1-3 см, а у 30/23,6±3,7% - равномерно плотными со складкой 3-4 см; в 23/18,1±3,4% случаях у пациенток верхне-наружный квадрант молочных желез был более плотным и со складкой 4-5 см; у 2/1,5% пациентки из-за плотности молочных желез, пальпация была невозможна. Во II группе у половины (80/49,0±4,0%) пациенток молочные железы были мягкими с равномерной складкой размером

Таблица 2.

**Данные клинического осмотра молочных желез обследованных групп женщин с использованием балльной оценки до проводимой терапии**

Оценка в баллах на этапах осмотра	I группа (n=127)	II группа (n=163)
Жалобы	n/%	n/%
0	17/13,3±3,0	30/18,4±3,0
1	45/35,4±4,2	50/30,6±3,6
2	30/23,6±3,8	28/17,1±3,0
3	35/27,5±4,0	55/33,7±3,7
4	-	-
Внешние симптомы		
0	77/60,6±4,3	117/71,7±3,5
1	34/26,7±4,0	46/28,2±3,5
2	16/12,5±3,0	-
Пальпаторное исследование		
0	72/56,6±4,3	80/49,0±4,0
1	30/23,6±3,7	47/28,9±3,5
2	23/18,1±3,4	33/20,2±3,1
3	2/1,5±1,1	3/1,8±1,0
Выделения		
0	123/97,0±1,5	140/86,0±2,7
1	2/1,5±1,1*	20/12,2±2,5*
2	-	-
3	-	-
4	2/1,5±1,1	3/1,8±1,0

1-3 см, и у 47/28,9±3,5% - равномерно плотными со складкой 3-4 см; в каждом пятом случае (33/20,2±3,1%) верхненаружный квадрант молочных желез был более плотный со складкой 4-5 см; а у 3/1,8% пациенток из-за плотности молочных желез пальпация была невозможна.

У 123/97,0±1,5% пациенток I группы выделения из сосков не было, у 2/1,5% женщин выявлены молозивные, прозрачные выделения, и в 2/1,5% случаях наблюдались кровянисто-коричневые отделяемое. Во II группе у 140/85,9±2,7% пациенток выделений не было, а у более чем каждой десятой (20/12,2±2,5%) женщины наблюдались прозрачные или молозивные выделения, и 3/1,8% случаях - наблюдались кровянисто-коричневые.

Критериями улучшения заболевания молочных желез в процессе лечения были: стабилизация/нормализация самочувствия и эмоционального фона больных; устранение или нивелирование болезненности в молочных железах; при пальпации – уменьшение, размягчения или устранения кистообразных расширений протоков желез и очаговых процессов.

На фоне проводимой терапии через 6 месяца пациентки были повторно обследованы с использованием балльной оценки клинического осмотра молочных желез и были получены следующие результаты: при оценке болезненности молочных желез в I группе 82/64,5±4,2% пациенток жалоб не предъявляли, 20/15,8±3,2% женщин испытывали слабую боль, 25/19,7±3,5% -

боль средней интенсивности, жалобы на сильные боли и очень сильные боли не предъявлял никто. Во II второй группе у 117/71,7 $\pm$ 3,5% пациенток жалоб не было, 28/17,1 $\pm$ 3,0% больных испытывали слабую боль, 18/11,0 $\pm$ 2,4% - боль средней интенсивности, а жалоб на сильные и очень сильные боли не отмечались. Динамика в оценке внешних симптомов в обеих группах не обнаружено.

Повторное пальпаторное исследование молочных желез выявило, через 3 месяца что в I группе у 72/56,6 $\pm$ 4,3% пациенток молочные железы были мягкими с равномерной складкой размером 1-3 см, у 30/23,6 $\pm$ 3,7% - равномерно плотными со складкой 3-4 см, у 23/18,1 $\pm$ 3,4% пациенток верхненаружный квадрант молочных желез был более плотным со складкой 4-5 см, и у 2/1,5 $\pm$ 1,1% пациентки из-за плотности молочных желез пальпация была невозможна. Во II группе у 80/49,0 $\pm$ 4,0% пациенток молочные железы были мягкими с равномерной складкой размером 1-3 см, у 47/28,9 $\pm$ 3,5% - равномерно плотными со складкой 3-4 см, у 33/20,2 $\pm$ 3,1% женщин верхненаружный квадрант молочных желез был более плотным со складкой 4-5 см, и у 3/1,8 $\pm$ 1,0% больных из-за плотности молочных желез пальпация была невозможна.

При оценке выделений из сосков в I группе у двух больных выделения прекратились, и всего у 125/98,4 $\pm$ 1,1% пациенток выделения не отмечалось, у 2/1,5 $\pm$ 1,1% - наблюдались янтарно-коричневое отделяемое. Во II группе у десяти женщин от-

деляемое из сосков прекратилось, и всего у 150/92,0 $\pm$ 2,1% пациенток выделений не было. Прозрачные или молозивные выделения наблюдались у 10/6,1 $\pm$ 1,8%, а у 3/1,8 $\pm$ 1,0% - наблюдались янтарно-коричневые.

Результаты исследования показали, что в процессе комплексной терапии наблюдалась положительная динамика состояния молочных желез у пациенток обеих обследованных групп. К концу первого года наблюдения отмечалось улучшение у преобладающего большинства пациенток обеих групп: 96/75,5 $\pm$ 3,8% и 134/82,2 $\pm$ 3,0% соответственно в I и II группе (табл.3).

Оперативное вмешательство у женщин с ДЗМЖ произведено в тех случаях, когда имело место: узловая форма мастопатии с пролиферацией; пролиферация эпителия в кистах в размере менее 5мм; при кистах диаметром более 5мм без пролиферации (после биопсии тонкоигольным методом); в случаях с повторным пополнением кисты; выявление на маммографии микрокальцинатов и при отсутствии эффекта от консервативной терапии

Показанием для оперативного лечения в 29- случаях явилась фиброаденома молочных желез. Из них у 12 женщин заболевание молочных желез сочеталось с ВЗОМТ (Iгруппа) и у 17 пациенток с ДНЯ (IIгруппа). С кистой молочных желез прооперированы 6/24 $\pm$ 8,5% пациентки I и 10/27,8 $\pm$ 7,4% - женщин II группы. При очаговой мастопатии по 2 пациентки с обеих групп подвергнуты хирургическому лече-

Таблица 3.

**Эффективность комплексной терапии ДЗМЖ у обследованных пациенток на фоне терапии в течении 6- и 12 месяцев наблюдения**

Группы	Ia гр	IIa гр	Ia гр	IIa гр
Результаты	Через 6мес.		Через 12 мес.	
улучшение	91/71,6 $\pm$ 3,9	117/71,7 $\pm$ 3,5	96/75,5 $\pm$ 3,8	134/82,2 $\pm$ 2,9
отсутствие жалоб	36/28,3 $\pm$ 3,9	46/28,2 $\pm$ 3,5	31/24,4 $\pm$ 3,8	29/17,8 $\pm$ 3,0

нию. В обеих группах женщин операция при внутрипротоковой папилломы произведено с одинаковой частотой:  $2/8,0 \pm 5,4\%$  и  $3/8,3 \pm 4,6\%$  соответственно. По 2 и 4 случаев соответственно пациенткам в I и II группах с фибролипомой также произведена секторальная резекция молочной железы. Секторальная резекция молочной железы проводилась у женщин в проекции зоны предшествующей мультифокальной трепанбиопсии.

Результаты исследования частоты проведенных операций по отдельным нозологиям ДЗМЖ, таких как фиброаденома, кисты молочных желез, очаговой мастопатии, папиллома, фибролипома статистически значимых отличий удельного веса в сравниваемых группах не установило. Гистологическое исследование оперативного материала установило отсутствие онкологического процесса в молочных железах.

Терапия заболеваний молочных желез должна обязательно включать в себя устранение причин, приводящих к заболеванию. Приоритетным направлением негормональных методов лечения является применение гомеопатических и растительных препаратов. Гомеопатические препараты действуют значительно мягче и не обладают побочными явлениями по сравнению с химически синтезированными препаратами, а отсутствие аллергических реакций является важным преимуществом перед растительными препаратами.

**Заключение.** Учитывая масштабный и многообразный фон возникновения мастопатии, необходимо отметить отсутствие единой схемы патогенетической терапии ДЗМЖ. Следовательно, лечение должно быть направлено на факторы, причины или их сочетание, которые привели к развитию патологии молочных желез. Своевременное выявление инфекции, передаваемые половым путём, позволяет проводить лечение

заболеваний органов малого таза на ранних стадиях, которые приводят к снижению частоты заболевания половых органов и связанные с этим осложнениями, и патологии других систем.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гигантская фиброаденома молочной железы у девочки подросткового возраста./ Саидов М.С., Ходжамуратов Г.М., Исмоилов М.М., Шаймонов А.Х. // Пластическая хирургия и эстетическая медицина. 2023. №1. С.48–52.
2. Динамика ангиогенеза в узловой форме доброкачественной дисплазии молочной железы на фоне терапии алколоидами, флавоноидами и гликозидами / Л. В. Покуль и др. //ГИНЕКОЛОГИЯ. – 2022. – Т. 24, №. 4. – С. 289-293.
3. Доброкачественные опухоли молочной железы и факторы риска их развития / А. В. Пушкарев и др. //Уральский медицинский журнал. – 2022. – Т. 216 №. 5. – С. 128-137.
4. Жерулик С. В. Каталитическая активность сывороток и иммуноглобулинов классов G и A у пациенток с новообразованиями молочной железы / С. В. Жерулик, Н. Г. Луд, И. И. Генералов //Иммунопатология, Аллергология, Инфектология. – 2022. – №. 3. – С. 7.
5. Контрастная спектральная двухэнергетическая маммография–инструмент точной диагностики онкопатологии на фоне плотной ткани молочной железы / А. В. Чёрная и др. //Медицинская визуализация. – 2023. –Т.28, №1. – С. 2-11.
6. Шаханова Ш. Ш. Опухоли молочных желез у девочек подросткового возраста / Ш. Ш. Шаханова, Н. М. Рахимов, П. И. Зарипова //Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7, №. 3. – С. 112 – 116.
7. Юсупова З. Ш. К вопросу патологии молочной железы / З. Ш. Юсупова, Г. З. Исмадинова //MEDICUS. – 2022. – №. 3. – С. 42-45.
8. Breast Tumor Classification in Ultrasound Images by Fusion of Deep Convolutional Neural Network and Shallow LBP Feature / H. Chen et



al. //Journal of Digital Imaging. – 2023. – №1. – P. 1-15.

9. Diagnostic value of multiple b-value diffusion-weighted imaging in discriminating the malignant from benign breast lesions / C. X. Lin et al. //BMC Medical Imaging. – 2023. – Т. 23. – №. 1. – P. 1-12.

10. Feature generation and multi-sequence fusion based deep convolutional network for breast tumor diagnosis with missing MR sequences / T. Wang et al. //Biomedical Signal Processing and Control. – 2023. – Т. 82. – P. 104536.

11. Ni Y. Spindle Cell Lesions of the Breast: A Diagnostic Algorithm / Y. Ni, G. M. Tse // Archives of Pathology & Laboratory Medicine. – 2023. – Т. 147. – №. 1. – P. 30-37.

12. Modi O. Breast tumor detection in ultrasound images using artificial intelligence / O. Modi, A. Subasi //Applications of Artificial Intelligence in Medical Imaging. –2023. - №1. – P. 137-181.

## ХУЛОСА

**Э.Х. Хушвахтова, С.Ч. Ниёзова,  
Г.У. Болиева**

### **САМАРАНОКИИ УСУЛҲОИ МУОСИРИ МУОЛИЦАИ БЕМОРИҲОИ ХУШСИФАТИ ҒАДУДҲОИ ШИРӢ ДАР ЗАНОНЕ, КИ ПАТОЛОГИЯИ УЗВҲОИ ТАНОСУЛ ДОРАНД**

**Мақсади таҳқиқот.** Муайян кардани самаранокии усулҳои муосири табобати бемориҳои хушсифати ғадуди шири дар занони патологияи узвҳои таносули коси хурд дошта.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар маводҳои омӯзишӣ натиҷаҳои муоинаи 290 нафар беморони гирифтори бемориҳои хушсифати ғадудҳои шир бо патологияи узвҳои таносулро дар бар мегирад. Ба гурӯҳи якум 127 (43,8%) (гурӯҳи асосӣ) беморони гирифтори бемориҳои дисгормо-

налии ғадудҳои ширӣ дар заминаи бемории илтиҳоби органҳои коси хурд, гурӯҳи дуюм -163 (56,2%) (гурӯҳи муқоисавӣ) беморони гирифтори бемориҳои дисгормоналии ғадуди ширӣ дар якҷоягӣ бо варамҳои хушсифати тухмдонҳо иборат буданд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Табобат дар гурӯҳҳо ба омилҳои асосӣ ёфта буд, ки дар онҳо бемориҳои хушсифати ғадудҳои ширӣ инкишоф ёфтааст: дар гурӯҳи якум беморон барои муоинаи бемориҳои сироятии ба воситаи алоҳаи ҷинсӣ гузаранда ва барои кишти бактерияҳо маводҳо гирифта шуданд. Табобати антибактериалии коркарди санитарии захмхоро дар бар мегирад, бо назардошти агенти сироятии муайяншуда ва коркарди санитарии осебҳо, дар занони гурӯҳи II, табобат аз бартараф кардани варамҳои ҳақиқии тухмдонҳо иборат буд. Барои барқарор кардани давраи ҳайз ба беморони ҳар ду гурӯҳ ба онҳо барои 3-6 моҳ СОС Lindinet -20 гирифтанд. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар ҷараёни гузаронидани табобати комплексӣ дар беморони ҳарду гурӯҳи таҳқиқотӣ динамикаи мусбӣ дар ҳолати ғадудҳои ширӣ мушоҳида гардид. Дар охири соли аввали мушоҳида, дар аксарияти беморони ҳарду гурӯҳ беҳбудӣ ба қайд гирифта шуд: мутаносибан  $96/75,5 \pm 3,8\%$  ва  $134/82,2 \pm 3,0\%$  дар гурӯҳҳои I ва II.

**Хулоса.** Бо назардошти заминаи васеъ ва гуногунии пайдоиши мастопатия, мавҷуд набудани схемаи ягонаи табобати патогенетикии онро қайд кардан лозим аст. Аз ин рӯ, табобат бояд ба омилҳо, сабабҳо ё омӯзиши онҳо, ки боиси рушди бемории ғадудҳои ширӣ шудаанд, равона карда шавад.

**Калимаҳои калидӣ:** бемориҳои варамии хушсифати ғадудҳои ширӣ, бемориҳои хушсифати тухмдонҳо, бемориҳои сироятии узвҳои таносули коси хурд, табобати комплексӣ.

УДК: 618.14-002-07

Э.Х. Хушвахтова, М.Х. Курбанова, З.Т. Мамедова, Д.А. Азимова., Д.М. Акилова

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ВИЗАННА ПРИ АДЕНОМИОЗЕ

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

**Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна** – д.м.н., ведущий научный сотрудник гинекологического отдела ГУ “Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии”. E-mail: hushvaxtova@mail.ru; тел.: (+992) 901 11 59 99

---

**Цель исследования.** Определить эффективность диеногеста (препарат Визанна) в дозе 2 мг в лечении пациенток пременопаузального возраста с аденомиозом.

**Материал и методы исследования.** Проспективно обследовано 21 пациенток в возрасте 39–49 лет страдающие аденомиозом, осложненным нарушением менструальной функции и синдромом тазовой боли. Критерием включения в исследование явились отсутствие показаний для оперативного лечения, диффузный и локальный аденомиоз. Все пациентки получали лечение диеногестом 2 мг (Визанна, Байер) длительностью 3–6 месяцев. Контрольное обследование пациенток проводилось через 3 и 6 месяцев после начала лечения.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Эффективность лечения диеногестом (Визанны) в дозе 2 мг в течение 6 месяцев в отношении терапии эндометриоза у женщин данных возрастных групп доказана клинически, что характеризовалось отсутствием болевого синдрома и ациклических менструальных кровотечений. При ультразвуковом исследовании органов малого таза отмечено снижения степени выраженности аденомиоза. Через 6 месяцев лечения у всех пациенток отмечалась стойкая ремиссия заболевания и аменорея.

**Заключение.** Эффективность в лечении больных аденомиозом определяется выбором оптимального метода или комбинацией различных методов в каждом конкретном случае. Применение диеногеста (Визанны) в дозе 2 мг в течение 6 месяцев у женщин пременопаузального возраста характеризуется хорошей переносимостью и не сопровождается побочными эффектами, делающими невозможным его длительный прием.

**Ключевые слова:** аденомиоз, консервативное лечение, визанна

**E.Kh Khushvakhtova., M.Kh Kurbanova., Z.T. Mamedova**

## USE OF VISANNE IN ADENOMYOSIS

**State Institution “Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology”**

**Purpose of the study.** To determine the efficacy of dienogest (Vizanne) at a dose of 2 mg in the treatment of premenopausal patients with adenomyosis.

**Material and research methods.** We examined 21 women in the gynecology department of the Research Institute of Obstetrics, gynecology and Perinatology, aged from 39 to 49 years, suffering from adenomyosis, complicated by menstrual dysfunction and pelvic pain syndrome. The inclusion criteria for the study were the absence of indications for surgical treatment, diffuse and local adenomyosis .

**Results of the study and their discussion.** The effectiveness of treatment with dienogest (Visanne) at a dose of 2 mg for 6 months in relation to the therapy of endometriosis in women of these age groups has been proven clinically, which was characterized by the absence of pain syndrome and acyclic menstrual bleeding. Ultrasound examination of the pelvic organs showed a decrease in the severity of adenomyosis. After 6 months of treatment, all patients showed stable remission of the disease and amenorrhea.

**Conclusion.** Conducted studies indicate that the use of the antiproliferative drug Visanne can reduce hysterotopic endometrial inclusions in the myometrium, improve the state of myometrial architecture and thereby alleviate the clinical manifestations of the disease, accompanied by debilitating pelvic pain.

**Key words:** adenomyosis, Visanne, therapy.

**Актуальность.** Основными клиническими проявлениями эндометриоза тела матки - аденомиоза являются болевой синдром, проявляющийся различными видами боли (дисменорея, диспареуния, хроническая тазовая боль) и наличие обильных маточных кровотечений. Данное заболевание крайне негативно отражается на качестве жизни женщины, нередко снижая физическую, социальную, сексуальную активность, приводя к развитию эмоционально-эффективных расстройств. Многие авторы считают, что аденомиоз можно выделить в самостоятельное заболевание, стоящее особняком от эндометриоза и встречающееся в 90% поражения эндометриозом [1,4,6].

Патофизиологические процессы, которые стоят за комплексом изменений, приводящих к появлению эндометриодных гетеротопий, не до конца изучены [4, 6,7]. Теория ретроградной менструации, указывающая на миграцию клеток эндометрия по маточным трубам в брюшную полость во время менструации, нашла наибольшую поддержку в научной общественности. Гиперэстрогения, сниженная чувствительность рецепторов к прогестерону, местное и системное воспаление – вот признанные звенья патогенеза заболевания [5,7].

Принимая во внимание нарушенный гормональный баланс при эндометриозе,

многие клиницисты используют эстрогенонезависимость гетеротопических очагов для патогенетической терапии заболевания [8]. Широко назначаются медикаменты, направленные на подавление функции яичников или снижение местных эффектов эстрогенов [3,4,9].

Диеногест эффективно подавляет образование простагландина E2 — важнейшего медиатора, вовлеченного в механизмы пролиферации, апоптоза, инфильтрации и неоангиогенеза при эндометриозе [3,8]. В настоящее время хирургическое лечение не рассматривается как единственно возможный метод диагностики эндометриоза, поскольку альтернативным вариантом выявления эндометриоза как причины хронической тазовой боли признается гормональная терапия [2,5].

Уникальным по структуре и действию гестагенным компонентом является диеногест, обладающий свойствами группы 19-норстероидов (антипролиферативная активность) и производных прогестерона (благоприятный метаболический профиль) [10]. Сочетание этих свойств позволяет использовать препараты, содержащие диеногест, при планировании длительного лечения [1,4].

Диеногест обладает высокой клинической эффективностью в отношении эндометриоза, демонстрируя оптималь-

ный фармакологический профиль, подавляя пролиферацию стромальных эндометриоидных клеток [9,10] и продукцию противовоспалительных цитокинов этими клетками [1,8,10]. Реализуя свое влияние через экспрессию генов, образование специфических белков, цитокинов и факторов роста, диеногест одновременно со снижением пролиферативной активности клеток эндометриоидных гетеротопий приводит к усилению процессов апоптоза и подавляет неоангиогенез [5,6]. Высокая эффективность препарата в отношении эндометриоидных очагов может быть обусловлена выраженным локальным прогестагенным, антиэстрогенным и антипролиферативным эффектами, которыми обладает диеногест [3,6].

**Цель исследования.** Определить эффективность диеногеста (препарат Визанна) в дозе 2 мг в лечении пациенток пременопаузального возраста с аденомиозом.

**Материал и методы исследования.** Нами было обследовано 21 пациенток репродуктивного возраста от 39 до 49 лет (средний возраст  $43,4 \pm 2,1$  года). Диагноз аденомиоз был поставлен в результате сбора анамнеза, клинико-лабораторного исследования, осмотра женщин, УЗ исследования органов малого таза.

Всем больным был назначен препарат Визанна в дозе 2 мг диеногеста ежедневно и непрерывно в течение 6 мес.

Основными клиническими проявлениями аденомиоза у женщин были тазовая боль и болезненные, обильные менструации. Все пациентки жаловались на кровотечение или мажущие выделения.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза у обследованных женщин были выявлены признаки аденомиоза: в миометрии располагались гипозоногенные полости, без четких контуров, различных размеров и формы, аналогичные ткани эн-

дометрия. У всех пациенток было выявлено увеличение суммарных размеров матки за счет переднезаднего размера. Пациенткам было произведено диагностическое выскабливание полости матки с последующим гистологическим исследованием эндометрия. Признаков злокачественности не обнаружено ни у одной пациентки, вошедшей в исследование.

В терапевтическую схему был включен препарат Визанна 2 мг ежедневно длительно курсом 3–6 месяцев. На фоне проводимой терапии мажущие кровянистые выделения прекратились на 3-4 месяце приема препарата Визанны.

Контроль эффективности терапии осуществлялся с помощью оценки клинической картины заболевания, включающее изучение жалоб, оценки гинекологического статуса при проведении осмотра и ультразвукового исследования органов малого таза.

**Результаты исследования и обсуждение.** Первое контрольное обследование пациенток проводилось через 3 месяца после начала лечения. При оценке характера менструальной функции у больных было выявлено, что у 6 (28,5%) женщин в течение первых трех месяцев лечения отмечались незначительные ациклические кровотечения из половых путей. У всех пациенток отмечалось клиническое улучшение (уменьшение боли во время менструации, тазовой боли и количества менструальных кровотечений). Кроме того, отмечалось улучшение строения и структуры стенок матки. Уже к 4 месяцу терапии полностью купировался болевой синдром, проявляющийся дисменореей, а также диспареунией и являющийся ведущим клиническим проявлением данной патологии у пациенток. К 6 месяцу терапии у пациентки наступила стойкая аменорея.



Предложенный вид терапии продемонстрировал эффективность и в отношении другого клинического проявления заболевания - обильных маточных кровотечений. Через 6 месяцев после начала терапии диеногестом в дозе 2 мг у всех пациенток отмечалась стойкая ремиссия заболевания. Это характеризовалось как отсутствием клинических проявлений (болевого синдрома, нарушений менструального цикла), так и отсутствием патологических изменений в миометрии, что было подтверждено ультразвуковым исследованием органов малого таза.

При проведении ультразвукового исследования малого таза после 6 месяцев применения Визанны 2 мг не было выявлено эхографических признаков гиперплазии эндометрия ни у одной пациентки. Это, несомненно, свидетельствует о положительном влиянии препарата, причем не только на очаги эндометриоза, но и на эндометрий. Профилируя гиперплазию эндометрия, диеногест предотвращает и возникновение маточных кровотечений, обусловленных этим процессом.

На фоне приема Визанны® не отмечалось побочных нежелательных явлений, таких как вегетососудистые реакции в виде приливов, головная боль, диспепсические расстройства, депрессия, артериальная гипертензия, дискомфорт в молочных железах, аллергические реакции. Поэтому ни у одной пациентки нам не пришлось прекращать лечение из-за плохой переносимости. Кроме того, ни у кого не было выявлено прибавки массы тела.

В процессе выполнения исследования мы убедились в хорошей переносимости диеногеста (Визанны®), так как не наблюдали каких-либо выраженных побочных реакций, которые вынуждали бы пациентку отказаться от приема препарата даже при продолжительном (в течение 6 месяцев)

его использовании. У отдельных 6 (28,5%) пациенток в ходе лечения сохранялись мажущие межменструальные выделения, но с увеличением продолжительности лечения этот симптом купировался. У всех исследуемых женщин удалось добиться стойкой аменореи без рецидивов ациклических маточных кровотечений.

Проведенное исследование показало высокую эффективность использования диеногеста (препарат Визанна) в дозе 2 мг с целью терапии эндометриоза у пациенток позднего пременопаузального возраста с диагнозом «аномальное маточное кровотечение на фоне аденомиоза».

Эффективность диеногеста (Визанны) в дозе 2 мг в течение 6 месяцев в отношении терапии эндометриоза у женщин данных возрастных групп доказана клинически, что характеризовалось отсутствием болевого синдрома и ациклических менструальных кровотечений. При ультразвуковом исследовании органов малого таза отмечено снижения степени выраженности аденомиоза.

**Заключение.** Эффективность длительного использования диеногеста в дозировке 2 мг в сутки (препарата Визанна) в непрерывном режиме при лечении пациентки с аденомиозом доказана клинически. Применение диеногеста (Визанны®) в дозе 2 мг в течение 6 месяцев у женщин пременопаузального возраста характеризуется хорошей переносимостью и не сопровождается побочными эффектами, делающими невозможным его длительный прием. Эффективность в лечении больных аденомиозом определяется выбором оптимального метода или комбинацией различных методов в каждом конкретном случае.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Доброкачественные заболевания матки / А. Н. Стрижаков [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 312 с.

2. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. Диагностика и лечение эндометриоза на современном этапе: Пособие для врачей. - СПб, 2008.

3. Киселев В. И. Молекулярные механизмы регуляции гиперпластических процессов / В. И. Киселев, А. А. Лященко. - М., 2015. - 348 с.

4. Андреева Е.Н., Гаврилова Е.Ф. Профилактика и лечение генитального эндометриоза комбинированными оральными контрацептивами - миф или реальность? // Русский медицинский журнал. - 2014. - №17. - С. 1282-1285.

5. Медицинские и социальные аспекты генитального эндометриоза / Л. В. Адамян [и др.] // Проблемы репродукции. -2011. -№6. - С. 78-81.

6. Демидов В.Н., Гус А.И. Современные принципы ультразвуковой диагностики генитального эндометриоза (в помощь практическому врачу) // Гинекология. - 2012. - Т. 4, №2. - С. 48-52.

7. Increased invasion activity of endometrial stromal cells and elevated expression of matrix metalloproteinase messenger RNA in the uterine tissues of mice with experimentally induced adenomyosis / M. Mastuda [et al.] // Am. J. of Obstetrics and Gynecology. - 2015. - Vol. 185 (6). - P. 1374-1380.

8. Kiselyov V. I. Molecular mechanisms of a regulation of hyperplastic processes / V. I. Kiselyov, A. A. Lyashchenko. - М., 2012. - 348 p.

9. Medical and social aspects of genital endometriosis / L. V. Adamyan [et al.] // Reproduction Problems. - 2015. - N 6. - P. 78-81.

10. Yarmolinskaya MI, Shalina MA, Khachatryan AR, et al. Adenomyosis: from scientific discoveries to the practical aspects of prescribing drug therapy. Akusherstvo i Ginekologiya. 2020; (3):182–190. (In Russ.). DOI: 10.18565/aig.2020.3.182-190

11. Cunningham R.K, Horrow M.M, Smith R.J, et al. Adenomyosis: a sonographic diagnosis. Radiographics. 2018; 38(5):1576–1589. DOI: 10.1148/rg.2018180080.

## ХУЛОСА

**Э.Х. Хушвахтова, М.Х. Қурбанова,  
З.Т. Мамедова, Д.А. Азимова, Д.М.  
Ақилова**

## ИСТИФОДАИ МАВОДИ ВИЗАННА БАРОИ ТАБОБАТИ АДУНОМИОЗҲО

**Мақсади таҳқиқот.** Барои муайян кардани самаранокии диеногест (Визанна) дар вояи 2 мг дар табобати беморони пеш аз менопауза бо аденомиоз.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** 21 нафар беморони синнашон 39-49-солаи аденомиоз бо вайроншавии ҳайз ва синдроми дарди коси мубтало бударо аз муоина гузаронида шуд. Меъёрҳои дохилшавӣ ба таҳқиқот аз мавҷуд набудани нишондодҳо барои табобати ҷарроҳӣ, аденомиозҳои паҳншуда ва маҳаллӣ иборат буданд. Ҳама беморон бо диеногест 2 мг (Визанна, Байер) дар давоми 3-6 моҳ табобат гирифтанд. Муоинаи назоратии беморон пас аз 3 ва 6 моҳи оғози табобат гузаронида шуд.

**Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Самаранокии табобат бо диеногест (Визанна) дар вояи 2 мг дар тӯли 6 моҳ дар робита ба табобати эндометриоз дар занони ин синну сол аз ҷиҳати клиникӣ исбот шудааст, ки бо набудани дард ва хунравии ациклӣ тавсиф карда шудааст. Муоинаи ултрасадои узвҳои коси хурд паст шудани шиддати аденомиозро нишон дод. Пас аз 6 моҳи табобат, ҳамаи беморон ремиссияи устувори беморӣ ва аменореяро эҳсос карданд.

**Хулоса.** Самаранокии табобати беморони аденомиоз бо интиҳоби усули оптималӣ ё маҷмӯи усулҳои гуногун дар ҳар як ҳолати мушаххас муайян карда мешавад. Истифодаи диеногест (Визанна) дар вояи 2 мг дар тӯли 6 моҳ дар занони пеш аз менопауза хуб таҳаммул карда мешавад ва бо таъсири тараф, ки истифодаи дарозмуддати онро ғайриимкон месозад, ҳамроҳӣ намекунад.

**Калимаҳои калидӣ:** аденомиоз, табобати консерватӣ, визанна.

УДК: 32 (100)

Г.Х. Икромов

## ЭМОМАЛИ РАХМОН – ГАРАНТИЯ МИРА В ТАДЖИКИСТАНЕ

НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”

**Икромов Гайбулло Холович** - к.и.н., и.о. ассистента кафедры общественных дисциплин НОУ “Медико-социальный институт Таджикистана”. Email: [ikromov\\_gaybullo1@gmail.com](mailto:ikromov_gaybullo1@gmail.com); тел.: (+992) 935653891

---

**Цель исследования.** Изучение деятельности Президента Республики Таджикистан по достижению мира и единства.

**Материал и методы исследования.** В процессе исследования темы, использованы научные материалы, исторические источники, многочисленные постановления Правительства Республики Таджикистан.

**Результаты исследования и их обсуждения.** В исследование особое внимание уделяется материалам XVI сессии Верховного Совета Таджикской республики, материалам соглашения о всеобщем мире и национального согласия.

**Заключение.** В заключение был проведен анализ и итоги идентичных случаев в истории других стран и применение исторического опыта для достижения мира и национального согласия в нашей стране. О заслугах Лидера нации, Президента Республики Таджикистан Эмомали Рахмона в установлении мира и укрепления государственной независимости.

**Ключевые слова:** Президент Республики Таджикистан, судьбоносная сессия, межтаджикские переговоры, Договор об общественном согласии в Таджикистане, соглашение об установлении мира и национального согласия, международное значение опыта таджикского мира, Лидер нации.

**G.Kh. Ikromov**

## EMOMALI RAHMON – GUARANTEE OF PEACE IN TAJIKISTAN

NEI «Medical and Social Institute of Tajikistan»

**Ikromov Gaybullo Kholovich** - PhD in History, Acting Assistant of the Department of Social Sciences of the NOU “Medical and Social Institute of Tajikistan”. Email: [ikromov\\_gaybullo1@gmail.com](mailto:ikromov_gaybullo1@gmail.com); Tel.: (+992) 935653891

**The purpose of the study.** Study of the activities of the President of the Republic of Tajikistan to achieve peace and unity.

**Materials and methods of the study.** In the process of researching the topic, scientific materials, historical sources, numerous decrees of the Government of the Republic of Tajikistan were used.

**Results of the study and their discussion.** The study pays special attention to the materials of the 18th session of the Supreme Council of the Tajik Republic, materials. Agreement on universal peace and national accord.

**Conclusion.** In conclusion, the analysis and results of identical cases in the history of other countries and the application of historical experience to achieve peace and national accord in our

country were carried out. About the merits of the Leader of the Nation, President of the Republic of Tajikistan E. Rahmon in establishing peace and strengthening state independence.

**Key words:** President of the Republic of Tajikistan, fateful session, inter-Tajik negotiations, Treaty on public accord in Tajikistan, Agreement on the establishment of peace and national accord, international significance of the experience of the Tajik world, Leader of the Nation.

---

**Актуальность.** В начале 90-х годов XX в. суверенного Таджикистана охватила гражданская война. Таджикский народ, осознав нависшую над страной угрозу, самоотверженно боролся ради погашения пламени разрушительной войны и достижения мира и единства под руководством Президента Республики Таджикистан.

**Цель исследования.** Изучение деятельности Президента Республики Таджикистан по достижению мира и единства.

**Материал и методы исследования.** В процессе исследования темы, использованы научные материалы, исторические источники, многочисленные постановления Правительства Республики Таджикистан.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В исследование особое внимание уделяется материалам XVI сессии Верховного Совета Таджикской республики и Соглашения о всеобщем мире и национального согласия.

В статье на основе фактических материалов раскрывается роль XVI сессии Верховного Совета Республики Таджикистан в восстановлении конституционного строя в республике. Проблемы мира и единства, целостности страны были центральными и судьбоносными проблемами XVI сессии.

Прогресс человеческого общества, особенно его культуры и цивилизации, во все времена зависел от мира и спокойствия. Общество, в котором нет мира и спокойствия, рано или поздно подвергнется закату, а его члены будут лишены возможности пользоваться благами, счастьем и победами. Величайшие памятники истории и культуры, грандиозные сооружения и

творческие шедевры сотворены в обстановке мира и спокойствия.

Во многовековой истории таджикского народа, наравне с беспокойными и тревожными периодами, приходились и времена мирного и созидательного труда, выдающимся примером которых является эпоха Саманидов. Первые правители Саманидской династии, а прежде всего эмир Исмаил, сумели установить на обширной территории своего государства обстановку мира и спокойствия, что дало им возможность приступить к созидательной деятельности.

Независимость, к которой пришел Таджикистан после распада Советского Союза, и установление мира на этой земле после внутреннего конфликта и противостояния, достигнутого усилиями самих таджиков, посредничеством дружественных стран, и международных организаций, особенно благодаря настойчивости и стремлению Эмомали Рахмона – мудрого и могучего руководителя, напоминает ту же эпоху Саманидов.

В связи с этим Президент Республики Таджикистан Эмомали Рахмон отмечает: “Культура мироздания таджиков и сегодняшние мир и стабильность в Таджикистане являются воплощением благородной мечты и желаний, целью и помыслами народа нашей страны. Опыт мироздания таджиков признан всеми международными организациями как уникальное явление, и этот опыт будет изучаться и использоваться в странах, где происходят внутренние конфликты” [4].



Период государственной независимости Таджикистана подтверждает, что именно Эмомали Рахмон является основателем мира и единства таджиков, которого давно признавали не только таджикстанцы, но и представители зарубежных стран. “Эмомали Рахмонов, - пишет Президент Российской Федерации В.Путин, - занимает одно из ведущих мест среди политиков стран Содружества. И это не случайно. Все его усилия свидетельствуют о том, что в Таджикистане проходит мирный процесс, аналогий которому нет в других странах, где существует известная напряженность. То, что происходит в Таджикистане, - хороший пример для многих народов и стран”. [1, 2]

Отрадно отметить, что члены Маджлиси милли Маджлиси Оли Республики Таджикистан 18 декабря 2015 года единогласно поддержали принятый ранее депутатами Маджлиси намояндагон Маджлиси Оли Республики Таджикистан Закон “Об основателе мира и национального единства – Лидера нации”.

В целях определения факторов, которые способствовали достижению такого высокого и заслуженного звания Президенту Республики Таджикистан Эмомали Рахмону решили еще раз перелистать политическую историю суверенного Таджикистана. После распада СССР для бывших союзных республик, в том числе и Таджикистана, наступили новый политический и экономический этапы. Бывшие союзные республики стали независимыми. Осуществилась давняя мечта народов о национальном суверенитете. Политическая и государственная независимость Таджикистана – это бесценный дар истории, но за ее сохранение и укрепление ответственность перед историей несет нынешнее поколение таджикстанцев.

В республиках, где это полностью осознали, дорожат своей независимостью и с большим энтузиазмом приступили к дальнейшему обустройству и развитию. Однако в Таджикистане сложилась иная ситуация и главным барометром политических событий 1991-1992 гг. в Таджикистане стала митинговая демократия, результатом которой стало создание правительство национального примирения Таджикистана. Это разногласия в свою очередь привели к расколу политических партий на две противоположных группы и усилению политического кризиса. В свою очередь, политический конфликт перерос в вооруженный конфликт.

Буквально в июне-июле 1992 г. Вахшский регион республики охватила братоубийственную война, которая обострила обстановку в Республике Таджикистан. Таджикистан оказался втянутым в братоубийственную войну, весь трагизм которой таджикстанцы будут ощущать еще долго.

Таджикский народ, осознав нависшую над страной угрозу, самоотверженно боролся ради погашения пламени разрушительной войны. В эти трагические для таджикской нации дни во Дворце Арбоб древнего Худжанда состоялась XVI сессия Верховного Совета Республики Таджикистан двенадцатого созыва. Сессия восстановила конституционный строй в республике и провозгласила основные принципы будущего общества.

Народные депутаты поддержали идею замены президентского правления парламентским. На сессии большинством голосов Председателем Верховного Совета Республики Таджикистан был избран Эмомали Рахмон. В присутствии народных избранников новый лидер страны четко и уверенно заявил: “На пути мира и согласия или умру, или достигну своей цели!”.

Этот путь действительно, был исключительно трудным. Он требовал полной отдачи сил, самопожертвования. И Эмомали Рахмон оправдал возложенное на него доверия, шаг за шагом продвигаясь к национальному примерению и согласию в стране. Председатель Верховного Совета Республики Таджикистан Эмомали Рахмон обратился к народу Таджикистана. Это было своего рода первой программой нового Главы государства в первом периоде его деятельности. В его обращении в частности отмечалось: “Я обращаюсь к вам в тяжелый для нашей Родины час. Я верю в вас, в вашу великую мудрость, освященную веками. Я клянусь приложить все свои силы для того, чтобы в каждом доме был мир, в каждой семье – благополучие и счастье, на любимой земле – радость и процветание. Во имя этих великих целей я готов, если необходимо, отдать жизнь. Я верю в процветание моей любимой “Родины, в лучшую и счастливую жизнь моего народа” [5, 8] .

Проблемы мира и единства, целостности страны были центральными и судьбоносными проблемами сессии. Встреча командиров вооруженных противостоящих формирований во Дворце Арбоб 25 ноября 1992 г. стало незабываемым событием сессии. Встреча состоялась по предложению народных депутатов и по инициативе Председателя Верховного Совета Эмомали Рахмона.

Это доброе начинание было первым смелым и твердым шагом в снижении напряженности. Решением Верховного Совета Республики Таджикистана 26 ноября 1992 г. объявлено Днем мира и национального согласия народа Республики Таджикистан. Говоря об исторических заслугах сессии, Президент Республики Таджикистан Эмомали Рахмон отмечает: “Сессия в период безвластия и беспредела избрала

новое руководство страны и ликвидировала угрозу исчезновения государства таджиков и раскола древней таджикской нации, утвердила и приняла символы независимого государства таджиков – Государственные Флаг и Герб, что способствовало подъему патриотизма и национальной гордости. Ведь до этого у нас не было символов, отвечающих требованиям и условиям существования независимого государства, то есть Флага, Герба и Национального гимна, а в стране, которая уже жила в условиях независимости, действовала Конституция 1978 года.

Таким образом, благодаря этим шагам было положено начало созданию нового государственного строя и построению демократического, правового и светского государства было провозглашено главной и священной задачей таджикского общества” [7].

После XVI сессии Верховного Совета Республики Таджикистан здоровые силы республики приложили все силы республики проложили все силы для мирного решения межтаджикской проблемой. Три политических фактора – заинтересованность со стороны правительства, понимание со стороны оппозиции и посредничество международных организаций и дружественных стран – привели к межтаджикским переговорам. Начало межтаджикскому переговорному процессу с целью установления мира в Таджикистане, прекращения военных действий на таджикско-афганской границе, решения проблемы беженцев и национального примирения было положено 5 апреля 1994 г., когда в Москве по инициативе Эмомали Рахмона, при посредничестве ООН и МИД России прошла встреча правительственной делегации Таджикистана с представителями оппозиции – первый раунд переговоров.

Последовавшие за первым раундом – второй и раунд (18-28 июня 1994 г. в Тегеране) и третий раунд (20 октября-ноября 1994 г. в Исламабаде) межтаджикских переговоров внесли существенные коррективы в деле достижения мира и согласия. 6 ноября 1994 г. Таджикистанцы избрали Эмомали Рахмона Президентом Республики Таджикистан. Глава государства постоянно стремился к достижению мира и национального единства таджиков.

17 августа 1995 г. Эмомали Рахмон в Душанбе и Саид Абдулло Нури в Кабуле подписали “Протокол об основных принципах установления мира и национального согласия в Таджикистане”, который открыл новый этап на пути достижения мира и национального согласия. В этой ситуации Президент Республики Таджикистан Эмомали Рахмон во время встречи с руководителями партии, общественных объединений, национальных, культурных центров, творческих и научных союзов выступил с призывом о заключения договора об общественном согласии. 9 марта 1996 г. руководители 30 политических партий и общественных объединений подписали Договор об общественном согласии в Таджикистане.

Этот документ, имеющий историческое и политическое значение для нашей страны, получил одобрение и поддержку населения республики. “Несмотря на притязания оппозиции, - отмечает Президент Республики Таджикистан Эмомали Рахмон, - мы продолжаем строить в нашей республике гражданское общество. Некоторое время назад при участии Президента, Председателя Маджлиси Оли, руководителей политических партий, национально-культурных обществ, творческих организаций, общественных объединений был подготовлен и подписан Договор об общественном согласии в Таджикистане.

Собравшись за столом для подписания этого документа, мы были едины в том, что мы должны передать в наследство будущим поколениям, процветающую страну, несмотря на имеющиеся между нами политические разногласия”. [6, 21]

Осознавая свою ответственность перед народом и будущим не только своей страны, но и других соседних государств, лидеры общественно-политических объединений на основании Договора об общественном согласии создали Общественный совет Республики Таджикистан. Председателем Общественного совета был избран Президент Республики Таджикистан Эмомали Рахмон. Лидеры большинства политических партий, общественных движений, религиозных и национальных общин дают себе отчет в том, что дальнейшее сохранение напряженности и политической нестабильности в республике может грозить непредсказуемыми последствиями для страны в целом и для таджикской нации в особенности.

В этих целях группа известных деятелей науки и культуры страны обратилась с призывом к лидерам оппозиции присоединиться к Договору и поддержать инициативу Президента по достижению полного согласия в таджикском обществе. В письме подчеркивалось, что во имя достижения высших целей, заложенных в Договоре, обеим конфликтующим сторонам в Таджикистане необходимо немедленно прекратить противостояние и покаяться друг перед другом. Представители интеллигенции Таджикистана, видные академики, народные поэты и артисты предложили совместными усилиями построить скульптуру под названием Покаяние и назначить День Покаяния [2, 149].

Поистине судьбоносное значение для народа Таджикистана имеют встречи Президента Республики Таджикистан Эмомали

Рахмона с лидером Объединенной таджикской оппозиции (ОТО) Саид Абдулло Нури и подписанные на их основе документ (северный Афганистан - декабрь 1996 г., Москва - декабрь 1996 г., Мешхед февраль 1997г.). Они пробудили общественность к действиям, вселили в народ, мировое сообщество надежду и веру в то, что в политической жизни Таджикистана наступают добрые времена.

Вспоминая встречу в Хосдех (Северный Афганистан) руководитель ОТО, покойный Саид Абдулло Нури говорил: «...К встрече с Эмомали Рахмоновым я отноюсь самым серьёзным образом. Перед тем, в беседе с Раббани, которая состоялась в местечке Калафнон, я рассказал ему о выпавших мне словах священного Корана: «Если наши противники желают заключения мира, заключите его и доверьтесь Богу». Просвещенный этому обрадовался и заявил, что я не должен отступать от такого предвидения. Он сказал так: «Это свидетельство тому, чтобы вы, руководители Таджикистана, подошли с открытой сердцем к трагедии своей страны, без злых умыслов врагов таджикской нации. Настало время возвращения к миру, созиданию, протянуть друг другу по-братски руки, прекратить кровавое противостояние. У себя в Афганистане мы очень устали от длительной войны, земля наша разорвана на части. Мы надеемся на то, что хотя бы ваш край оставался целым. Теперь, поняв, что такое трагедия, больше думайте о людях, о таджикском народе, ищите благо на пути правового созидания и шагайте смело. Мудрые решения - это результат непрекращающегося поиска разума человека...» [1,154.]

Продолжительные межтаджикские переговоры принесли добрые плоды. 27 июня 1997 г. в городе Москве Президент Республики Таджикистан Эмомали Рахмон,

руководитель ОТО Саид Абдулло Нури, специальный представитель Генерального секретаря ООН Герд Дитрих Мерем подписали Общее соглашение об установлении мира и национального согласия в Таджикистане. Наступил качественно новый этап в достижении мира и национального согласия в Таджикистане. «Дорога мира,-отмечает Президент Республики Таджикистан Эмомали Рахмон, -была для нас дорогой спасения нации и независимого государства таджиков. К порогу мира мы дошли через боль и страдания, труд и мучения, через обмен мнениями сторон, долгие переговоры, продолжительные споры, и в конечном итоге, обеспечили спокойствие и безопасность страны. Наш народ своевременно осознал последствия разрушительной войны, и с целью сохранения суверенитета государства, территориальной целостности, национального единства и укрепления государственных основ с твёрдым убеждением выбрал путь мира и миросоздания» [4, 218] .

На основе Соглашения о мире начала функционировать Комиссия национального примирения. Правительство Республики Таджикистан приступил к сотрудничеству с представителями оппозиции. В республике была объявлена всеобщая амнистия. Беженцы и вынужденные эмигранты получили возможность возвратиться к своим очагам. Международное значение опыта таджикского мира требует всестороннего и тщательного изучения всех его граней, в т. ч. факторов и методов достижения мира.

Пути решения вопросов, указанных в соглашении, обеспечили достижения прочного мира в республике. Мы сегодня гордимся тем, что культура мира таджиков стала предметом подражания для других и признана Организацией Объединенных Наций как уникальный опыт. Истории цивилизации не помнит случая завершения



гражданской войны и примирения сторон за такой короткий срок, когда держась, рука об руку, противоборствующие стороны направляют свои усилия для развития созидательной деятельности единого государственного аппарата ради процветания своей Родины.

Таким образом, признание Президента Республики Таджикистан Эмомали Рахмона основателя мира и национального единства - Лидера нации является закономерным процессом и волеизъявлением таджикистанцев. Председатель Согдийской области, первый заместитель Председателя Маджлиси милли Маджлиси Оли Республики Таджикистан Абдурахмон Кодирот отмечает: «Закон «Об основателе мира и национального единства - Лидер нации» - нужный и своевременный. Это естественное юридическое оформление того, что уже существует в жизни, в жизни народа, в жизни нашего Таджикистана. Заслуги Его Превосходительства, уважаемого Президента Республики Таджикистана Эмомали Рахмона всем известны, не только в нашей стране, но и далеко за пределами нашей Родины.

Цивилизованный мир и большинство международных организаций признали уважаемого Эмомали Рахмона за его мудрость и толерантность, создание культуры мирного проживания, политической фигурой мирового масштаба, потому что каждое его слова и действие являются отражением чаяний, ценностей, идей и национальных интересов. Поэтому признание его Лидером нации является знаком уважения жителей страны его бесценных заслуг» [3] .

**Заключение.** Проблемы мира и единства, целостности страны была и остается центральным судьбоносными для Эмомали Рахмона Президента Республики Таджикистан.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Мирзошоев С. Миротворец /, Душанбе: Адиб, 2004.-192 с.
2. Набиев В. Ваҳдат - ганҷи ҷовидони миллат / В.Набиев. - Хучанд: Ношир, 2012.- 396 с.
3. Набиев В. Миротворец-Лидер нации / В.Набиев // Согдийская правда.- 2016.- 16 января.
4. Рахмон Э. Выступление на церемонии открытия памятника Рудаки и в честь Дня национального единства, 27 июня 2005 г. / Э. Рахмон // Независимость Таджикистана и возрождение нации. - Душанбе: Ирфон, 2007. -Т.6. С.215-220.
5. Рахмонов Э. Обращение Председателя Верховного Совета Республики Таджикистан к народу Таджикистана, 12 декабря 1992г. / Э.Рахмонов // Независимость Таджикистана и возрождение нации. - Душанбе: Ирфон, 2006.- Т.1. С .5-8.
6. Рахмонов Э. По пути единства и созидания: Выступление на торжественном собрании посвященной Дню независимости, 8 сентября 1996 г. / Э.Рахмонов // Независимость Таджикистана и возрождение нации. - Душанбе: Ирфон, 2006. -Т.2. -С. 16-28.
7. Рахмонов Э. Худжандская сессия Верховного Совета и возрождение Таджикистана: Выступление на торжественном собрании в честь десятой годовщины XVI сессии Верховного Совета Республики Таджикистан, 15 ноября 2002г. / Э. Рахмонов // Независимость Таджикистана и возрождение нации. Душанбе: Ирфон, 2006 – Т.5. – С.27-50.

## REFERENCES

1. Mirzoshoev S. Peacemaker /, Dushanbe: Adib, 2004.-192 p.
2. Nabiev V. Vaxdat - ganji ҷовидони millat / V. Nabiev. - Khukhand: Noshir, 2012. - 396 p.
3. Nabiev V. Peacemaker - Leader of the Nation / V. Nabiev // Sogdian Truth. - 2016. - January 16.
4. Rakhmon E. Speech at the opening ceremony of the Rudaki monument and in honor of National Unity Day, June 27, 2005 /

E. Rakhmonov // Independence of Tajikistan and the Revival of the Nation. - Dushanbe: Irfon, 2007. -Vol.6. P.215-220.

5. Rakhmonov E. Address of the Chairman of the Supreme Council of the Republic of Tajikistan to the people of Tajikistan, December 12, 1992 / E. Rakhmonov // Independence of Tajikistan and the Revival of the Nation. - Dushanbe: Irfon, 2006. -Vol.1. P.5-8.

6. Rakhmonov E. On the path of unity and creation: Speech at the ceremonial meeting dedicated to Independence Day, September 8, 1996 / E. Rakhmonov // Independence of Tajikistan and the revival of the nation. - Dushanbe: Irfon, 2006. -V.2. -P. 16-28.

7. Rakhmonov E. Khujand session of the Supreme Council and the revival of Tajikistan: Speech at the ceremonial meeting in honor of the tenth anniversary of the XVI session of the Supreme Council of the Republic of Tajikistan, November 15, 2002 / E. Rakhmonov // Independence of Tajikistan and the revival of the nation. Dushanbe: Irfon, 2006 - Vol. 5. - P. 27-50.

### **ХУЛОСА**

**Ғ.Х. Икромов**

**ЭМОМАЛӢ РАҲМОН - КАФИЛИ  
СУЛҲ ДАР ТОҶИКИСТОН**

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши фаъолияти Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон дар самти овардани сулҳ ва ризоияти миллӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар чараёни таҳқиқот аз асарҳои илмӣ, сарчашмаҳо ва санадҳои меъёрӣ – ҳуқуқии давраи соҳибистиклолӣ истифода бурда шудааст.

**Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Дар натиҷаи таҳқиқот таваҷҷӯҳ ба маводҳои Иҷлосияи XVI-уми Шурои Олии ҚТ, маводҳо оид ба Созишномаи истиқрори сулҳ ва ризоияти миллӣ дода шуд.

**Хулоса.** Аз таҳлили маводҳо возеҳ гардид, ки таҷрибаи сулҳи тоҷикон барои дигар кишварҳо сабақомӯз аст. Нақши Пешвои миллат дар мавриди пойдории истиқрори сулҳ ва ризоияти миллӣ, таҳкими истиқлолияти давлатӣ бориз мебошад.

**Калимаҳои калидӣ:** Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, Иҷлосияи такдирсоз, гуфтушуниди тоҷикон, шартнома оид ба ризоияти ҷомеаи Тоҷикистон, созишномаи истиқрори сулҳ ва ризоияти миллӣ, Пешвои миллат.

ТДУ:574;551.324(575.3)

**О.Д. Талабов, М.А. Нуралиева**

## **ЗАРУРАТИ МУҲОФИЗАТИ ПИРЯХҲО ДАР ТОҶИКИСТОН**

**МТҒ «Донишқадаи тиббӣ- иҷтимоии Тоҷикистон»**

**Талабов Одина Давлатович** – мудири шуъбаи таҷрибаомӯзии МТҒ «Донишқадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон», унвонҷӯи кафедраи географияи табиӣи Донишгоҳи давлатии омӯзгории Тоҷикистон ба номи Садриддин Айни Е-mail: [talabov.odina66@gmail.com](mailto:talabov.odina66@gmail.com). Тел.: (+992) 918681713

---

**Мақсади таҳқиқот.** Муайян намудани омилҳои таъғирёбии иқлим ва обшавии пиряхҳо дар қаламрави Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Доир ба зарурати ҳифзи пиряхҳо аз адабиётҳои мухта-

лиф, ки дар конференсияҳои гуногуни ватанӣ ва умумиҷаҳонӣ оид ба таъғирёбии иқлим нашр шудаанд, истифода шудааст.

**Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Тамоми мардуми ҷаҳонро зарур аст, ки дар гармиавии глобалии сайёра саҳмгузор бошанд бетараф набошанд. Натиҷаи таҳқиқот дар ҷаласаҳои кафедра ва конференсияҳои ҷумҳуриявӣ баррасӣ гардидааст.

**Хулоса.** Гузариш ба расонаҳои рақамӣ ва дастрасӣ ба тасвирҳои моҳворагии баландсифат имкониятҳои таҳқиқоти пирахҳоро васеъ кард. Бо назардошти маълумотҳои мавҷуда мо метавонем тахминан таназзули яхбандии кишварро аз нимаи дуҷуми асри 20 то имрӯз - 20 ғоиз, асосан аз ҳисоби обшавӣ ва нобудшавии пирахҳои хурд диҳем.

**Калидвожаҳо:** пирахҳо, тағйирёбии иқлим, қабати барф, метеорология, ҷараёни об, муҳити зист.

**O.D. Talabov, M.A. Nuralieva**

## **THE NEED TO PROTECT PIETY IN TAJIKISTAN**

**NEI «Medical and Social Institute of Tajikistan»**

**Talabov Odina Davlatovich** - Head of the department of practice of the NEI «Medical and Social Institute of Tajikistan»; applicant of the department of physical geography of the Tajik state pedagogical University after S.Aini. E-mail: [talabov.odina66@gmail.com](mailto:talabov.odina66@gmail.com). Tel.: (+992) 918681713

**Research objective:** To determine the effects of climate change and glacier melting on the territory of Tajikistan.

**Research materials and methods.** On the need to protect glaciers from various literature used in various domestic and international conferences on climate change.

**The results of the research and their discussion.** It is necessary for all people of the world to contribute to global warming of the planet, not to remain neutral.

The results of the research were discussed at the meetings of the department and republican conferences

**Conclusion:** The transition to digital media and access to high-resolution satellite imagery has expanded the possibilities for glacier research.

**Keywords:** glaciers, climate change, snow cover, meteorology, water flow, environment.

---

**Мубрамият.** Агар таназзули пирахшавиро аз ибтидои ҷанкунии инструменталӣ баҳо диҳем, яъне аз соли 1930 то имрӯз арзиши он 30 ғоизро ташкил медиҳад. Дарачаи таназзули кунунӣ 0,5-0,8% дар як сол аст, аммо бояд ба назар гирифт, ки қоҳиши сатҳи намоён пирахҳо нишондиҳандаи ниҳони таназзули онҳо нестанд. Сарпӯши абадии кӯҳӣ то ҳол ба гармшавии иқлим сушт воқуниш нишон медиҳад, дар ҳоле ки қабати барф сол то сол тағйир меёбад [11, 15] .

**Мақсади таҳқиқот.** Муайян намудани омилҳои таъғирёбии иқлим ва обшавии пирахҳо дар қаламрави Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Доир ба зарурати ҳифзи пирахҳо аз адабиётҳои мухталиф, ки дар конференсияҳои гуногуни ватанӣ ва умумиҷаҳонӣ оид ба таъғирёбии иқлим нашр шудаанд, истифода шудааст.

**Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Тамоми мардуми ҷаҳонро зарур

аст, ки дар гармшавии глобалии сайёра сахмгузор бошанд бетараф набошанд. Натиҷаи таҳқиқот дар ҷаласаҳои кафедра ва конференсияҳои ҷумҳуриявӣ баррасӣ гардидааст.

Тағйирёбии иқлим дар Тоҷикистон нишон медиҳад, ки болоравии пешбинишудаи ҳарорат боиси коҳиши шумори рӯзҳои сардӣ хоҳад шуд.

То соли 2050, шумораи рӯзҳои сард, тибқи моделҳои гуногуни иқлим аз 15 то 50 рӯз дар як сол коҳиш меёбад. Муайян карда шуд, ки суръати гармшавии солона дар қисмати шимолии кишвар баландтарин аст, дар ҳоле ки боришот дар ҷанубу шарк кам мешавад. Дар ин ҷо бориш аз соли 1950 инҷониб дар як сол тақрибан 1 фоиз кам шуда истодааст. Дар назар аст, ки то солҳои 2060-2080 ҳаҷми об аз пирахҳои обшаванда кам мешавад, зеро то он вақт як қисми пирахҳо қомилан нест мешаванд, ки ин ба тавозуни об дар ҷумҳурии таъсир хоҳад расонид [11, 15]. Тоҷикистон сиёсати «дарҳои боз»-ро пеш гирифта, ҷомеаи ҷаҳониро ба ҳамкории зич барои ҳифзи ҳаёти наслҳои имрӯзу оянда дар сайёраи мо даъват мекунад.

Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ - Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон бо таъкид бар он, ки тағйирёбии иқлими ҷаҳонӣ ҳамчун яке аз мушкилоти муосир, пеш аз ҳама, ба ҳолати пирахҳо, барфу захираҳои об таъсири манфӣ мерасонад, борҳо аз минбари Созмони Миллати Муттаҳид, дигар созмонҳои байналмилалӣ ва минтақавӣ баромад намуда, таъкид бар он кардааст, кам шудани оби ошомидани дар сайёра метавонад башариятро ба бемориҳои сироятӣ ва офатҳои дигар гирифтور намояд [13]. Дар асоси ин, Пешвои миллат, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон борҳо аз ҷомеаи ҷаҳонӣ даъват ба амал овардаанд, ки ҷиҳати ҳалли мушкилоти экологӣ

тадбирҳои муштарак таҳия ва саривақт амалӣ карда шаванд. Ташаббусҳои глобалии ҷараёndoштаи ҷониби Тоҷикистон оид ба масъалаҳои об, аз қабili «Соли оби тоза» (2003), Даҳсолаи амал «Об барои ҳаёт» (2005-2015), «Дипломатияи об ё ҳамкорӣ дар масъалаҳои об» (2013) ва Даҳсолаи байналмилалӣ амал «Об барои рушди устувор, солҳои 2018-2028» далели равшани нуфуз ва нуфузи ҷаҳонии Президенти Тоҷикистон, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон мебошанд [1, 2, 6, 11]. Қобили зикр аст, ки ҳанӯз моҳи марти соли 2021 зимни ҷаласаи нахустини раҳбарони эътилофи иқлими об, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон изҳор дошта буданд, ки обшавии босуръати пирахҳо дар баробари афзоиши истеъмоли об, ки аз афзоиши аҳоли ва рушди иқтисодӣ вобаста аст, метавонад боиси оқибатҳои номатлуб гардад.

Қайд карда шуд, ки обшавии босуръати пирахҳо на танҳо дар Арктика, Антарктида ва Гренландия мушоҳида мешавад, инчунин ин ҳолат дар пирахҳои рӯизаминӣ низ тағйироти назаррас ба амал оварда истодааст.

Сарвари давлат, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон дар бораи ҳолати имрӯзаи пирахҳои тоҷик, бахусус пирахҳои Помир ҳарф зада, обшавии пирахҳои калонтарини Ванҷах (Федченко) дар Тоҷикистон, ки дарозии бештар аз 75 километр аст, далел овардааст. Таҳқиқот нишон медиҳад, ки танҳо дар давоми 70—80 соли охир пирахҳои Ванҷах (Федченко) бештар аз як километр кам шуда, масоҳати он то 44 километри мураббаъ кам шудааст. Гарчанде ки Ҷумҳурии Тоҷикистон тақрибан даҳяки масоҳати тамоми Осиёи Миёнаро ишғол кунад ҳам, тақрибан аз се ду ҳиссаи оби тамоми минтақа дар қаламрави он ташаккул меёбад.



Бо назардошти ин, Президенти кишвар пешниҳод намуд, ки барои таваҷҷуҳ ба ин масъала дар сатҳи байналмилалӣ соли 2025 Соли байналмилалӣ ҳифзи пирияхҳо ва Рӯзи байналмилалӣ ҳифзи пирияхҳо ва Хазинаяи махсуси байналмилалӣ ҳифзи пирияхҳо таъсис дода шавад.

Боиси ифтихор аст, ки дар асоси ин қатънома пешниҳодҳои раиси ҷумҳурии кишвар аз ҷониби кишварҳои узви СММ аз ҷумла: 21 мартро Рӯзи байналмилалӣ ҳифзи пирияхҳо эълон намуда, эълон гардидани соли 2025 ҳамчун Соли байналмилалӣ ҳифзи пирияхҳо, таъсиси Хазинаяи байнулмилалӣ эътимод дар СММ барои мусоидат ба ҳифзи пирияхҳо ва муҳимтар аз ҳама баргузори Конференсияи байналмилалӣ оид ба ҳифзи пирияхҳо дар соли 2025 дар Душанбе дастгирии худро ёфт. Дар чаласа аҳамияти пирияхҳо ҳамчун ҷузъи ҷудонашавандаи давраи гидрологӣ ва таъсири асосии онҳо ба иқлим, муҳити зист, саломатии инсон ва рушди устувор таъкид шудааст. Дар чаласа ҳамчунин таъкид шудааст, ки таъсири гармшавии глобалӣ боиси коҳиши назарраси криосфера шудааст, ки дар натиҷа тобоварӣ дар минтақаҳои баландкӯҳ коҳиш ёфта, микдор ва мавсими дарёҳо ва захираҳои об дар ҳавзаҳои дарёҳои барф ва пирияхҳо тағйир меёбад. Ин омил ба таназзули маҳсулоти кишоварзии маҳаллӣ, афзудани норасоии об ва баланд шудани сатҳи миёнаи баҳр таъсир мерасонад.

Шумораи зиёди шарикони ин қатънома бори дигар аз он шаҳодат медиҳад, ки ҷомеаи ҷаҳонӣ ба ташаббусҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон ва саҳми он дар ҳалли мушкилоти ҷаҳонӣ эътимод дорад [1, 2, 6, 11] .

Микдори рӯзҳое, ки боришот дар шакли борони шадид зиёд мешавад, муайян кард, ки суръати гармшавии солони дар қисмати шимолии кишвар баландтарин аст, дар ҳоле ки боришот дар ҷанубу шарқ кам

мешавад. Дар ин ҷо бориш аз соли 1950 инҷониб дар як сол тақрибан 1 Ҷоиз кам мешавад. Интизор меравад, ки то солҳои 2060-2080 ҳаҷми об аз пирияхҳои обшаванда кам мешавад, зеро имкон дорад то он вақт як қисми пирияхҳо қомилан нест шаванд, ки ин ба тавозуни об дар ҷумҳурии таъсир мерасонад [11, 15]. Тоҷикистон сиёсати «дарҳои боз»-ро пеш гирифта, ҷомеаи ҷаҳониро ба ҳамкории зич барои ҳифзи ҳаёти наслҳои имрӯзу оянда дар сайёраи мо даъват мекунад.

Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ - Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон бо таъкид бар он, ки тағйирёбии иқлими ҷаҳонӣ ҳамчун яке аз мушкилоти муосир, пеш аз ҳама, ба ҳолати пирияхҳо, барфу захираҳои об таъсири манфӣ мерасонад, борҳо аз минбари созмонҳои байналмилалӣ ва минтақавӣ баромад кардааст. Бар асоси ин, Пешвои миллат, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон борҳо аз ҷомеаи ҷаҳонӣ даъват ба амал овардаанд, ки ҷиҳати ҳалли мушкилоти экологӣ тадбирҳои муштарак таҳия ва саривақт амалӣ карда шаванд. Ташаббусҳои глобалии ҷараёндорҳои ҷониби Тоҷикистон оид ба масъалаҳои об, аз қабили «Соли оби тоза» (2003), Даҳсолаи амал «Об барои ҳаёт» (2005-2015), «Дипломатияи об ё ҳамкорӣ дар масъалаҳои об» (2013) ва Даҳсолаи байналмилалӣ амал «Об барои рушди устувор, солҳои 2018-2028» далели равшани нуфуз ва нуфузи ҷаҳонии Президенти Тоҷикистон, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон мебошанд [1, 2, 6, 11] .

Сарвари давлат, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон дар бораи ҳолати имрӯзаи пирияхҳои тоҷик, бахусус пирияхҳои Помир ҳарф зад.

Дар қатънома аҳамияти пирияхҳо ҳамчун ҷузъи ҷудонашавандаи давраи гидрологӣ ва таъсири асосии онҳо ба иқлим, муҳити зист, саломатии инсон

ва рушди устувор таъкид шудааст. Дар маҷалла ҳамчунин таъкид шудааст, ки таъсири гармшавии глобалӣ боиси коҳиши назарраси криосфера шудааст, ки дар натиҷа тобоварӣ дар минтақаҳои баландкӯх коҳиш ёфта, миқдор ва мавсими дарёҳо ва захираҳои об дар ҳавзаҳои дарёҳои барф ва пирахҳо тағйир меёбад. Ин омил ба таъназули маҳсулоти кишоварзии маҳаллӣ, афзудани норасоии об ва баланд шудани сатҳи миёнаи баҳр таъсир мерасонад.

Раванди бебозгашти обшавии пирахҳо дар Тоҷикистон таваҷҷӯҳи бештари коршиносони байналмилалӣ дар саросари ҷаҳонро ба худ ҷалб мекунад. Тағйирёбии ҷараёни об дар артерияҳои калони оби Осиёи Миёна дар дарёҳои Амударё ва Сир, ки ҷараёни онҳо комилан ба ҳолати боришот дар минтақаи баландкӯх вобаста аст. Масъалаи ҳифзи яху барф ба мавзӯи асосии ҷалби ҷонибҳои манфиатдор дар Тоҷикистон табдил ёфтааст.

Солҳои охир аксари кишварҳои ҷаҳон аз оқибатҳои тағйирёбии иқлим нигаронанд, зеро таъсири манфии тағйирёбии иқлим ба муҳити зист ба таври назаррас афзоиш меёбад. Тағйирёбии иқлим ба як масъалаи глобалӣ табдил меёбад. Омилҳои зиёде, ки ба тағйирёбии иқлим ва муҳити зист таъсир мерасонанд - экологӣ, техногенӣ, иқтисодӣ ва сиёсӣ - ҳамкориҳои байналмилалӣ ва минтақавии байни давлатҳоро тақозо мекунанд. Тоҷикистон осебпазиртарин кишвар дар баробари тағйири иқлим дар Осиёи Марказӣ аст. Тағйирёбандаи маҷрои дарёҳо ва таъсири онҳо ба нерӯи барқи обӣ ва истеҳсолоти кишоварзӣ, инчунин обшавии пирахҳо танҳо чанд намунаи таъсири тағйири иқлим дар Тоҷикистон мебошанд [1, 2].

Дар Тоҷикистон беш аз 8 ҳазор пирах мавҷуд аст, ки 19-тои он калон аст. Маҳз онҳо дар сер кардани дарёҳои асосии ҷумҳурӣ иштирок намуда, дар гармта-

рин рӯзҳои тобистон оби тозае медиҳанд, ки на танҳо Тоҷикистон, балки дигар мамлакатҳои минтақаи Осиёи Миёна ҳам ба он хеле эҳтиёҷ дорад. Дар даҳсолаҳои охир дар зеро таъсири тағйирёбии иқлим баъзе пирахҳои калон километрҳо коҳиш ёфта, ақибнишинӣ карданд. Олимон мегӯянд, ки раванди обшавии пирахҳо тақрибан бебозгашт аст ва даврони саноатӣ ин равандро танҳо метезонад [1, 2]. Тоҷикистон аз рӯи шумораи пирахҳо дар Осиёи Марказӣ пешсаф аст. Майдони пирахшуда ҳамаги 6-8 фоизи территорияи ҷумҳуриро (8476,2 километри мураббаъ) ишғол карда бошад ҳам, дар онҳо якчандсад километри мукааб оби ширин захира карда мешавад. Пирахҳо яке аз сарватҳои муҳимтарини табиӣи Тоҷикистон буда, захираҳои бузурги обро дар бар мегиранд ва дарёҳоро бо об таъмин мекунанд ва дар даштҳои биёбони Осиёи Миёна истифода мешаванд [1, 2].

Дар баландкӯх, ки дар баландии 2500 метр аз сатҳи баҳр воқеъ аст, тамоми пирахҳо ва захираҳои асосии барфи Тоҷикистон — манбаи асосии ташаккули ҷараёни дарёҳо мутамарказ шудаанд. Пирахҳо ва қабати барф ба тағйирёбии иқлим ва тағирот хеле ҳассосанд. Ҳатто тағйироти хурди ҳарорати тобистон 0,5—1,0 дараҷа боиси тағйироти ба назар намоёни ҳатти фирн дар баландии пирахҳо шуда, пирахҳоро 30 фоиз ва аз ин ҳам зиёд кам карда метавонад. Обшавии барфҳои мавсимӣ дар ташаккул ва табиати ҷараёни дарёҳо нақши муҳим мебозад. Гирифтани маълумоти воқеии дар бораи мавҷуд будани об дар қабати барф амалан дар ду даҳсолаи станцияи метеорологи ба ҷо оварда мешавад. Аммо ин маълумотҳо дар дурустии ҳисоб ҳатто калон доранд, зеро дар процесси обшавии қабати барф як қисми оби обшуда бухор мешавад, як қисми он ба хок мерезад ва як қисми он ба дарёю дарёчаҳо

чори мешавад. Асбобҳои статсионарии барфченкунӣ дар минтақаҳои кӯҳии душвогузар, ки шумораи умумии онҳо тақрибан 400 ададро ташкил медиҳад, дар нуктаҳои гуногуни барфченкунӣ ва хатсайрҳо ҳам дар болооби дарёҳои стратегии Тоҷикистон (Вахш, Зарафшон, Кофарниҳон, Обихингу, Қизилсу) ва ҳам дар Помир нафъи калон доранд [1, 2, 7]. Зимистони имсола бо ҳарорати ғайримуътадили ҳаво мушоҳида мешавад ва чамъшавии барф дар аввали мавсими кишт аз меъёр хеле кам аст. Дар нуктаҳои гуногун боришоти кам дар шакли барф вучуд дорад, ки воқеан ба афзоиш ва пайдоиши қабати барф таъсир мерасонад. Ин вазъият ба оби дарёҳо ва мутаносибан ба соҳаҳои вобаста ба иқтисодиёти Тоҷикистон (кишоварзии обӣ ва гидроэнергетика) бевосита таъсир мерасонад. Мо метавонем давраи зимистони солҳои 2002-2003-ро қайд кунем. ва солҳои 2011-2012, ки бориши барф ба таври қобили мулоҳиза аз меъёр зиёд шуда, ба теъдоди рекордии тармафарой оварда расонд [7]. Дар водиҳои сераҳолии чанубу ғарб ва шимоли Тоҷикистон боридаи барфи зиёд як ҳодисаи нодир аст. Чун қоида барфи зиёд бештар дар манотиқи кӯҳӣ, ки дар баландии 1500 метр аз сатҳи баҳр мерезад. Дар Помири шарқи боридаи барфи саҳт ниҳоят кам аст. Динамикаи мушаххаси тағйирёбии басомади барфи зиёдро муайян кардан имкон надошт ва умуман манзараи равшани тағйирёбии басомади боришот дар шакли барфро пай бурдан мумкин набуд. Дар ин ҷо мо метавонем давраи зимистони солҳои 2023-2024-ро қайд кунем, ки захираи барф дар кӯҳҳои Помир аз муқаррарӣ якҷанд маротиба камтар буд ва баландии барф аз 2 то 2,5 см баланд мешавад в моҳҳои тирамоҳу зимистон боиси кам шудани ҳиссаи боришот, кам шудани иқтидори чамъшавии захираҳои барф дар минтақаи баландкӯҳ ва барвақт об шудани қабати

барф мегардад. Дар давраи мушоҳида марказҳои калони пирахшави дар Помир ва дар баландҳои баланд (аз сатҳи баҳр 4500 — 7000 м) каме кам шуданд. Пираххое, ки дар шимол ҷойгиранд, ба гармшавӣ бештар тобоваранд. Масалан, пирахии калонтарини Тоҷикистон Ванҷях (Федченко) мебошад. Аз ибтидои асри 20 (аввалин ченкуниҳои асбобӣ дар соли 1928 гузаронида шуда буд) 1 км ақиб рафта, тақрибан 5 км<sup>3</sup> яхро гум кардааст, масоҳат камтар аз 0,5%, дарозӣ 1,5% ва ҳаҷм 3,5% дигар шудааст [5,7,14].

Дар давраи аз нимаи асри 20 то ибтидои асри 21 (яъне то соли 2003-2010) масоҳати пирахҳо дар ҳавзаи дарёи Вахш (бо назардошти болооби дарёи Қирғизистон) аз 3700 то 3200 км<sup>2</sup> (7,5% -) кам шуд. (10% аз рӯи ҳисобҳои гуногун), дар ҳавзаи дарёи Панҷ (аз ҷумла пирахҳои шохобҳои чапи дохили Афғонистон) - аз 3900 то 3600 км<sup>2</sup> (8,5% - 15% аз руи ҳисобҳои гуногун). Майдони ҳозираи пирахшавӣ дар Ҳисору Олой дар ҳудуди

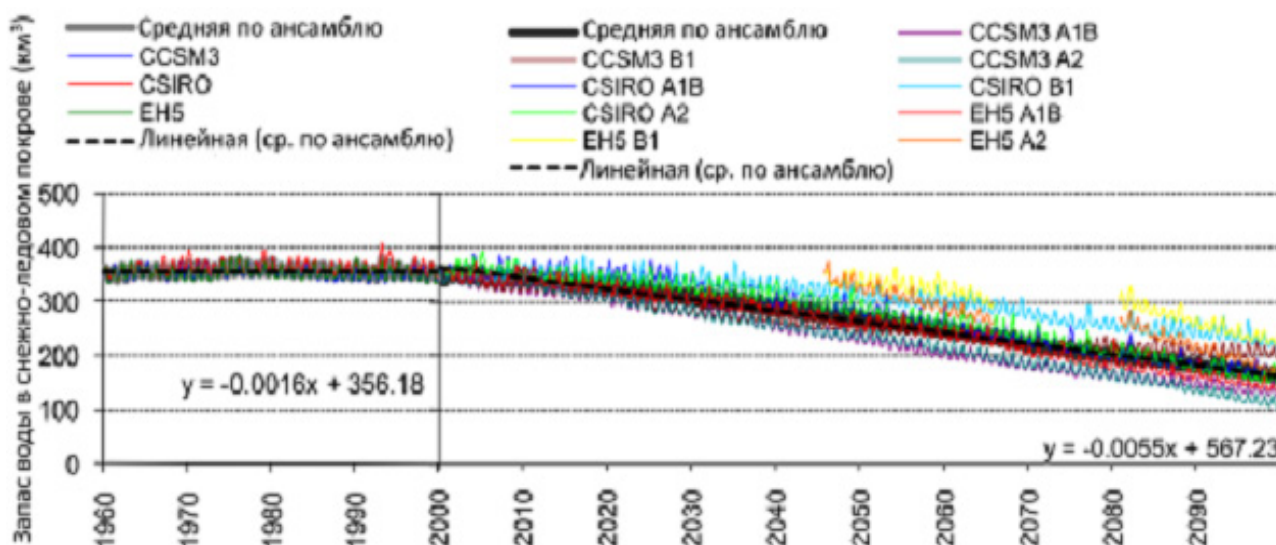




Тоҷикистон тақрибан 500-550 км<sup>2</sup> ҳисоб карда мешавад (дар давраи баррасишаванда 20-25% кам шудааст, ба монанди тамоюл дар Помири ҷанубу ғарбӣ). Дар баробари ин пирахҳои поёнтар ва хурдтар аз таъсири гармшави кам шуда, бисёриҳо об шуданд. Масалан, пирахии Зарафшон 2,5 километр ба ақиб рафтааст. Аз соли 1927 то соли 2010 (дарозияш 10%) пирахии хурди Диахандара (камтар аз 1 км<sup>2</sup>) дар болооби дарёи Каратоғ комилан об шуд. Пирахии Абрамов (масоҳаташ 22,9 км<sup>2</sup>), ки дар ҳудуди Қирғизистон дар наздикии марз бо Тоҷикистон (дар болооби ҳавзаи дарёи Вахш) ҷойгир аст, вале намояндаи аксари пирахҳои Помир ва Ҳисор-Олойро ташкил медиҳад, вазни худро гум кард [1, 2, 7]. Агар динамикаи кунунӣ бо назардошти тағйирёбии иқлим идома ёбад, дар миёнаи асри 21 майдони пирахҳо дар ҳавзаи дарёи Вахш метавонад 40-50 фоиз ва майдони яхбандии ҳавзаи дарёи Панҷ боз ҳам бештар (60-70 фоиз), дар маҷмӯъ 3500-4000 км<sup>2</sup> кам шавад. Ҳисоб кардани талафоти ҳаҷми пирахҳо аз сабаби нокифоя будани маълумот ва ҳисобҳои худсарона вазифаи мураккабтар аст. Дар миёнаи асри 20 ҷамъии пирахҳо дар ҳавзаҳои дарёҳои Вахшу Панҷ беш аз 400 километри мукаббро ташкил медод. Дар нимаи асри маз-

кур дар сурати 20<sup>с</sup> гарм шудани ҳарорат бидуни тағйирёбии назаррас дар намуд ва миқдори боришот, ҳаҷми ях дар маҷрои болоии дарёи Аму метавонад ду баробар кам шавад. Мувофиқи як қатор моделҳо, гармшавӣ метавонад аз 20<sup>с</sup> зиёд бошад, ки ин боиси обшавии боз ҳам ғаёлтар мегардад [1, 2, 7].

Дар натиҷаи таназзул ва зиёд шудани обшавии пирахҳо дар ҳавзаҳои дарёҳо, ки аз пирахҳои барфӣ ғизо мегиранд, ба маҷрои дарёҳо 5% ва бештар аз он афзоиш ёфт. Сарфи назар аз таназзули назарраси пирахҳо, масалан, дар болооби дарёи Зарафшон, маҷрои он кам нашудааст. Ин ба таъсири механизмҳои ҷуброни табиат - илова кардани обҳои обшуда аз яхҳои гӯршуда, пирахҳои сангӣ ва яхбандии абадӣ, ки захираи об хеле зиёд аст ва боришоти зиёд, ки ба обшавии дарёҳо таъсири мусбат расонд [7]. Ба ҳисоби миёна барои солҳои 1940—1990 саҳми маҷрои минтақаи пирахӣ (аз ҷумла обшавии яху барф) ҳавзаҳои дарёҳои асосии Вахш, Панҷ ва Зарафшон дар давраи моҳҳои июн-сентябр 40-45 фоизи маҷрои солона ва дар солҳои гарм то 50-70 фоизро ташкил дод. Аз сабаби обшавии ғаёли пирахҳо дар ҳавзаҳои ин дарёҳо маҷрои он метавонад дар аввал зиёд шавад, аммо дар оянда,





баръакс, аз ҳисоби кам шудани захираҳо кам мешавад. Тағйироти номусоиди речаи гидрологии дарёҳо метавонад ҳам барои чомеа ва ҳам барои иқтисодиёт – махсусан кишоварзӣ оқибатҳои вазнин дошта бошад. Суръати обшавии барфу пиряхҳо дар фасли тобистон зиёд шуда, боиси пайдо шудани кулҳои пирях мегардад. Баъзе аз ин кӯлҳо, агар онҳо рахна шаванд, хатари сели пурқувватро ба вучуд оварда метавонанд. Дигар кӯлҳои пиряхӣ аз сабаби тадричан тавассути таҳшинҳои пиряхҳо ва бухоршавӣ хатари махсус надоранд. Аммо зиёд шудани миқдори оби обшуда дар бадан ва дар каъри пиряхҳо хавфи ҳаракати онҳо, харобшави ва процессҳои таназзули онҳоро зиёд мекунад. Нақши пиряхҳо ба обанборҳои танзими мавсимӣ монанд аст, ки маҷрои солро аз нав тақсим мекунанд (дар зимистон боришот ҷамъ мекунанд, тобистон об мебароранд) ва тағйирёбии онро кам мекунанд, яъне дар солҳои хушк гарм дарёҳо сер мешаванд ва дар солҳои хуноки боришоти зиёд захираи обро ҷамъ мекунанд.

Аз сабаби кам шудани пиряхҳо ба таври фалокатовар кам шудани оби дарёҳоро интизор шудан мумкин нест. Миқдори об асосан аз руи миқдор ва намуди боришот, махсусан барфпуш дар минтақаи ҷараёни куҳҳо муайян карда мешавад. Сценарияи тағйирёбии иқлим, ки дар он боришҳо дар шакли барф дар кӯҳҳо кам мешавад ва зуд боришоти боронҳои шадид, ҳарорати ҳаво ба таври назаррас баланд мешавад, хатари хушксолӣ зиёд мешавад ва пиряхҳо ба таври фаъол об мешавад, омезиши ниҳоят манфӣ мебошад. Эҳтимолияти зухурот ва оқибатҳои хатарноки тағйирёбии иқлим дар охири асри 21 дар Тоҷикистон афзоиш меёбад [5, 7, 14].

Гузариш ба расонаҳои рақамӣ ва дастрасӣ ба тасвирҳои моҳворавии баланд-

сифат имкониятҳои тадқиқоти пиряхҳоро васеъ кард.

Бо назардошти маълумотҳои мавҷуда мо метавонем тахминан таназзули яхбандии кишварро аз нимаи дуюми асри 20 то имрӯз - 20 фоиз, асосан аз ҳисоби обшавӣ ва нобудшавии пиряхҳои хурд диҳем. Агар таназзули пиряхшавиро аз ибтидои ҷенкунии инструменталӣ баҳо диҳем, яъне аз соли 1930 то имрӯз арзиши он 30 фоизро ташкил медиҳад. Дарачаи таназзули кунунӣ 0,5-0,8% дар як сол аст, аммо бояд ба назар гирифт, ки коҳиши сатҳи намоён пиряхҳо нишондиҳандаи ниҳии таназзули онҳо нестанд. Сарпӯши абдаии кӯҳӣ то ҳол ба гармшавии иқлим сушт вокуниш нишон медиҳад, дар ҳоле ки қабати барф сол то сол тағйир меёбад [11, 15].

Тағйирёбии иқлим дар Тоҷикистон нишон медиҳад, ки болоравии пешбинишудаи ҳарорат боиси коҳиши шумори рӯзҳои сардӣ хоҳад шуд.

То соли 2050, шумораи рӯзҳои сардиҳо, тибқи моделҳои гуногуни иқлим, 15-50 рӯз дар як сол коҳиш меёбад. Миқдори рӯзҳои боришот дар шакли борони шадид зиёд мешавад. Он муайян кард, ки суръати гармшавии солона дар қисмати шимолии кишвар баландтарин аст, дар ҳоле ки боришот дар ҷанубу шарқ кам мешавад. Дар ин ҷо бориш аз соли 1950 инҷониб дар як сол тақрибан 1 фоиз кам мешавад. Интизор меравад, ки то солҳои 2060-2080. Ҳаҷми об аз пиряхҳои обшаванда кам мешавад, зеро имкон дорад то он вақт як қисми пиряхҳо қомилан нест шаванд, ки ин ба тавозуни об дар ҷумҳурӣ таъсир мерасонад. [11, 15] Тоҷикистон сиёсати «дарҳои боз»-ро пеш гирифта, чомеаи ҷаҳониро ба ҳамкории зич барои ҳифзи ҳаёти наслҳои имрӯзу оянда дар сайёраи мо даъват мекунад.

Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ-Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, мухтарам Эмомалӣ Раҳмон

бо таъкид бар он, ки тағйирёбии иқлими ҷаҳонӣ ҳамчун яке аз мушкилоти муосир, пеш аз ҳама, ба ҳолати пирахҳо, барфу захираҳои об таъсири манфӣ мерасонад, борҳо аз минбари созмонҳои байналмилалӣ ва минтақавӣ баромад кардааст. Бар асоси ин, Пешвои миллат, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон борҳо аз ҷомеаи ҷаҳонӣ даъват ба амал овардаанд, ки ҷиҳати ҳалли мушкилоти экологӣ тадбирҳои муштарак таҳия ва саривақт амалӣ карда шаванд.

**Хулоса.** Муайян карда шуд, ки гузариш ба расонаҳои рақамӣ ва дастрасӣ ба тасвирҳои мохворавии баландсифат имкониятҳои тадқиқоти пирахҳоро васеъ кард. Бо назардошти маълумотҳои мавҷуда мо метавонем тахминан таназули яхбандии кишварро аз нимаи дуҷуми асри 20 то имрӯз - 20 фоиз, асосан аз ҳисоби обшавӣ ва нобудшавии пирахҳои хурд диҳем.

Баъди гармселҳо ва тундбодҳои бузург миллионҳо тонна ҷанг ва намакҳои қари баҳри Арали хукшуда таввасути шамоли сахту туфонҳо ба ҳаво бархеста, ба масофаи дур паҳн мегардад, ки як қисми ин намакҳо то ба пряҳои Помиру Зарафшон расида ба обшавии пирахҳо таъсири худро мерасонад.

## АДАБИЁТҲО

1. «Первое Национальное Сообщение Республики Таджикистан по Рамочной Конвенции ООН об изменении климата». Издательство: Душанбе-2002г. (Министерство охраны природы, Главное управление по гидрометеорологии и наблюдениям за природной средой).

2. «Второе Национальное Сообщение Республики Таджикистан по Рамочной Конвенции ООН об изменении климата». Издательство: Душанбе-2008г.

3. Тахиров И. Г. Водные ресурсы Республики Таджикистан. Ч. I/ И. Г. Тахиров, Г. Д. Купайи; НПИ Центр. – Душанбе, 1994. – 182 с.

4. Тахиров, И. Г. Водные ресурсы Республики Таджикистан. Ч. 2/ И. Г. Тахиров, Г. Д. Купайи; НПИ Центр. – Душанбе, 1994. – 120 с.

5. NSF # 1491826; 1401899; HEIGE IGCP/ IHP №650. Prepared by Prof. Vladimir B. Aizen, Project Director.

6. «Национальный план действий Республики Таджикистан по смягчению последствий изменения климата». Издательство: Душанбе-2003г.

7. «Архивные данные» Агентства по гидрометеорологии Комитета охраны окружающей среды при Правительстве РТ. (1960-2018гг.)

8. Ресурсы поверхностных вод СССР. Основные гидрологические характеристики. Т. 14, вып.3: Средняя Азия. Бассейн р. Амударья. [Текст]–Л.: Гидрометеоиздат, 1976.–435с.

9. Программа повышения устойчивости к изменениям климата (ППУИК). Этап 1: Повышение устойчивости гидроэнергетического сектора Таджикистана к изменениям климата: докл./ А. Ш. Хамидов, М. А. Леонидова. - Душанбе, 2012. - 58 с.

10. Нуралиев, К. Водные ресурсы Таджикистана: инициативы, ситуация и перспективы / К. Нуралиев, М. Абдусаматов, Р. Б. Латипов. – Душанбе: Азия-Принт, 2011. – 220 с.

11. Отчет о реализации предварительной стадии технико-экономической оценки возможности строительства и функционирования малых ГЭС на ирригационных сооружениях Республики Таджикистан/ Колл. авторов, ПРООН. – Душанбе, 2013. – 38 с.

12. Размолодин П. В. Влияние регулирования стока р. Вахш Нурекским водохранилищем на солевой и температурный режим воды [Текст] / П. В. Размолодин // Освоение целинных земель под орошение в Таджикистане: тез. докл. респ. науч. конф. – Душанбе: Дониш, 1980. – 85с.

13. Каталог ледников СССР. Средняя Азия, Амударья за 1960-1988 гг. Л.: Гидрометеоиздат, - Т.14.-В.3.

14. Рубинова Ф. Э. Затраты стока на испарение с водной поверхности водохранилищ в бассейне Аральского моря/ Ф. Э. Рубинова, А. Г. Шульц // Тр. Среднеазиатского регионального научно-исследовательского гидрометеорологического института. – 1990. – вып. 133(124). – 60 с.

15. Саидов И.И. Научно-прикладные и организационно - методологические основы управления водными ресурсами в зоне формирования стока (на примере Республики Таджикистан)/ И. И. Саидов. – Душанбе; Бишкек: Дониш, 2012. – 380 с.

## REFERENCES

1. “First National Communication of the Republic of Tajikistan on the UN Framework Convention on Climate Change”. Publisher: Dushanbe-2002. (Ministry of Nature Protection, Main Department of Hydrometeorology and Environmental Monitoring).

2. “Second National Communication of the Republic of Tajikistan on the UN Framework Convention on Climate Change”. Publisher: Dushanbe-2008.

3. Tahirov I. G. Water resources of the Republic of Tajikistan. Ch. I/ I. G. Tahirov, G. D. Kupayi; NPI Center. - Dushanbe, 1994. -182 p.

4. Tahirov, I. G. Water resources of the Republic of Tajikistan. Ch. 2/ I. G. Tahirov, G. D. Kupayi; NPI Center. - Dushanbe, 1994. - 120 p.

5. NSF #1491826; 1401899; HEIGE IGCP/ IHP No. 650. Prepared by Prof. Vladimir B. Aizen, Project Director.

6. “National action plan of the Republic of Tajikistan for mitigating the consequences of climate change”. Publisher: Dushanbe-2003.

7. “Archive data” Hydrometeorological Agency of the Environmental Protection Committee of the RT Government. (1960-2018)

8. Surface water resources of the USSR. Main hydrological characteristics. T. 14, issue 3: Central Asia. Bassein r. Amu Dari. [Text]-L.: Hydrometeoizdat, 1976.-435p.

9. Program for increasing resilience to climate change (PPUIK). Stage 1: Increasing the stability of the hydropower sector of Tajikistan to climate change: doc./ A. Sh. Khamidov, M. A. Leonidova. - Dushanbe, 2012. - 58 p.

10. Nuraliyev, K. Water resources of Tajikistan: initiatives, situation and perspectives / K. Nuraliyev, M. Abdusamadov, R. B. Latipov. - Dushanbe: Asia-Print, 2011. - 220 p.

11. Report on the implementation of the preliminary stage of the technical and economic evaluation of the possibility of construction and operation of small hydroelectric power plants and irrigation facilities of the Republic of Tajikistan/ Coll. author, UNDP. - Dushanbe, 2013. - 38 p.

12. Razmolodin P. V. The influence of stock regulation. Vahsh Nurekskim vodokhranilischem na saltevoi i temperaturnyi regime vody [Text] / P. V. Razmolodin // Development of virgin lands under cultivation in Tajikistan: fast. doc. respectively nauch conf. - Dushanbe: Donish, 1980. - 85 p.

13. Catalog of glaciers of the USSR. Central Asia, Amudarya for 1960-1988. L.: Hydrometeoizdat, - T.14.-V.3.

14. Rubinova F. E. The cost of storage and evaporation from the water surface of the reservoir in the Aral sea basin/ F. E. Rubinova, A. G. Shultz // Tr. Sredneazitskogo regionalnogo nauchnogo-issleduganogo hydrometeorologicheskogo instituta. - 1990. - vyp. 133(124). - 60 p.

15. Saidov I.I. Scientific-applied and organizational-methodological foundations of water resource management in the area of stock formation (not an example of the Republic of Tajikistan)/ I. I. Saidov. - Dushanbe; Bishkek: Donish, 2012. - 380 p.

## ВЫВОДЫ

**О.Д. Талабов, М.А. Нуралиева**

## НЕОБХОДИМОСТЬ ЗАЩИТЫ ЛЕДНИКОВ ТАДЖИКИСТАНА

**Цель исследования.** Определение последствий изменения климата и таяния ледников на территории Таджикистана.

**Материал и методы исследования.** О необходимости защиты ледников из различной литературы, использованной на различных национальных и международных конференциях по изменению климата.

**Результаты исследования и их обсуждение:** Необходимо, чтобы все люди

мира способствовали глобальному потеплению планеты, а не были нейтральными.

Результаты исследования обсуждались на заседаниях кафедры и республиканских конференциях.

**Заключение.** Переход на цифровые носители и доступ к спутниковым изображениям высокого разрешения расширили возможности исследования ледников. При-

нимая во внимание имеющиеся данные, можно оценить сокращение ледяной шапки страны со второй половины XX века до наших дней - 20%, главным образом за счет таяния и разрушения мелких ледников.

**Ключевые слова:** ледники, изменение климата, снежный покров, метеорология, водный поток, окружающая среда.

ТДУ: 159.9; 316.482

Б.М.Хайдарзода

## РАФТОРИ АГРЕССИВИИ КЎДАК ДАР МУНОҚИШАҲОИ ОИЛАВӢ

МТҒ “Донишқадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”

**Хайдарзода Бузургхони Маъруфхон** – декани факултетҳои «Кори психологияи тиббӣ» ва «Тиббӣ - иҷтимоӣ»-и МТҒ “Донишқадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон”, унвонҷӯи Институти иқтисодиёт ва демографияи Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон. E-mail: haydarzoda93@mail.ru. Телефон: (+992) 988 18 59 18.

---

**Мақсади таҳқиқот.** Равшани андохтан ба вазъияти кунунии ҳолати кӯдак дар оила, ҳалли нофаҳмии байни кӯдак ва волидайн.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқот дар асоси маҳзанҳои омӯӣ, аз ҷумла ҳисоботҳои омӯӣ, таҳлили маводҳои илмӣ-назариявӣ ва иттилоотӣ дар соҳаи психологияи оила ва ҷамъият ба роҳ монда шудааст.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Натиҷаҳои таҳқиқот ба ҳолати равони кӯдак дар ҳолатҳои гуногун муайян гашта, роҳҳои ҳалосии кӯдак аз ҳолати агрессивӣ коркард карда шудааст. Инчунин сабабҳои ба вуҷуд омадани агрессия дар кӯдакон ва наврасон мавриди муҳокима қарор гирифта, дар натиҷа чунин сабабҳои рафтори агрессивӣ: рафтори агрессивӣ дар оила; серталаб набудани модарон нисбати фарзандон; тарбия дар сатҳи зарурӣ, рӯҳбаланд накардани фарзандон; ҷазои ҷисмонӣ ва таҳдидҳо нисбати фарзандон ва ғайра муайян карда шуд.

**Хулоса.** Яке аз роҳҳои ҳалосии кӯдак аз агрессия, ин аз ҷониби волидайн баробар тақсим намудани қувваи дохилаи кӯдак буда дар натиҷа, кӯдак пайваста ба маишулияте банд мегардад.

**Калимаҳои калидӣ.** Агрессия, эҳсосоти манфӣ, кӯдак, лаҳзаи гузариш, рафтори муноқишавӣ, эҳсосот.

**B.M. Haidarzoda**

## AGGRESSIVE BEHAVIOR OF A CHILD IN FAMILY CONFLICTS

NEI “Medical - Social Institute of Tajikistan”



**Haidarzoda Buzurgkhoni Marufkhon** – Medical and Social Institute of Tajikistan, Dean of the Faculty of “Medical and Psychological Affairs” and “Social Affairs”. Address: Republic of Tajikistan, Dushanbe, K. Setkin Street, 2. E-mail: [haydarzoda93@mail.ru](mailto:haydarzoda93@mail.ru). Phone number: (+992) 988 18 59 18.

**Aim.** Clarifying the current situation of the child's situation in the family, resolving misunderstandings between the child and parents.

**Materials and methods of research.** The research is based on statistical databases, including statistical reports, analysis of scientific-theoretical and informative materials in the field of family and community psychology.

**The results of the study and their discussion.** The results of the research are devoted to the child's mental state in various situations, and the ways to get rid of the child from an aggressive state are elaborated. The causes of aggression in children and adolescents are also discussed.

**Conclusion.** One of the ways to save a child from aggression is the equal distribution of the child's inner strength by the parents, as a result of which the child is constantly engaged in an activity.

**Key words:** Aggression, negative emotions, child, transition moment, confrontational behavior, emotions.

**Мубрамият.** Ба ташаккули шаклҳои агрессияи рафтори кӯдакон шароити тарбияи оилавӣ таъсири калон мерасонад, зеро маҳз дар оила кӯдак аз иҷтимоикунонии ибтидоӣ мегузарад (қоидаҳои муайяни меъёрҳои муносибат бо одамонро аз худ мекунад: чӣ мумкин аст, чӣ не, чӣ хуб аст ва чӣ бад ва ғайра). Масалан, муқаррар карда шудааст, ки агар кӯдакон (новобаста аз он ки онҳо ба кадом гурӯҳи синну сол тааллуқ доранд) бо як ё ҳарду волидайн муносибати бад дошта бошанд; ва ё кӯдакон эҳсос кунанд, ки онҳо дар оила мавқеи муайяне надоранд; ва ё онҳо нисбати эҳсосоти худ бепарвой аз ҷониби волидайн ҳис мекунанд; ва инчунин дастгирӣ ва таваҷҷӯҳи зарурӣ ба ҳаёти онҳо вучуд надорад; пас эҳтимолияти зиёде мавҷуд аст, ки онҳо дар оянда ба фаъолияти ҷиноятӣ даст зананд, нисбати дигар кӯдакон агрессия нишон диҳанд ва ё нисбат ба волидони худ агрессивӣ рафтор кунанд.

Кӯдакони муосир бештар агрессияро нишон медиҳанд. Дар чунин ҳолат волидон ба раваншиносон рӯй меоранд. Сухан дар бораи он аст, ки кӯдак, ба ҳар чизе, ки ӯро ихота намудааст, дар ҳолатҳое, ки агар

чизе аз ӯ дар майдончаи бозӣ гирифта шавад, ӯ эҳсосоти манфии худро хеле шадид ифода мекунад, дашном медиҳад ва ё ҳатто метавонад ба касе зарба занад, бо чунин роҳ воқуниш нишон медиҳад.

Хусусан, агар онҳо кӯдакони хурдсол ва ё наврасоне бошанд, ки ба ғичиррос задан оғоз мекунанд, суҳанони наҷандон хуб меғӯянд. Ва волидон ин рафтори кӯдаконро танҳо ба ҳайрат меорад. Аввалин чизе, ки дар волидон ба амал меояд, ақсуламалест, ки гуё онҳо кадом қореро нодуруст мекунанд. Ва чунин фикрҳо ба вучуд меоянд, ки ҳеҷ чиз қор намедиҳад, зеро волидон, масалан, тоб меоранд, кӯшиш мекунанд, ки ба зухуроти бавучудода ба таври адекватӣ ҷавоб диҳанд ва баъдан тоб оварда наметавонанд ва худро гум мекунанд.

**Мақсади таҳқиқот.** Баррасии вазъияти кунунии ҳолати кӯдак дар оила, ҳалли нофаҳмии байни кӯдак ва волидайн.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқот дар асоси маҳзанҳои оморӣ, аз ҷумла ҳисоботҳои оморӣ, таҳлили маводҳои илмӣ-назариявӣ ва иттилоотӣ дар соҳаи психологияи оила ва ҷамъият ба роҳ монда шудааст.

**Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Ҳар як марҳилаи синну сол хусусиятҳои инкишофи кӯдакро дорад ва талабот ва вазифаҳои муайяно ба шахсият мегузорад.

Давраҳои бӯхронӣ ва гузаришии синну соли бо норозигӣ аз мавқеи худ, рафтори эътирозӣ, кайфият ва номутавозунӣ алоқаманданд. Афзоиши хашмгинӣ бо пайдоиши ниёзҳои нав дар кӯдак алоқаманд аст. Вай зарурати тағир додани муносибатҳо ва шароити рушдро дорад [1].

Агрессия - меъёр аст, зеро он ислоҳшаванда мебошад.

Инчунин ба фарқиятҳои хурди гендерӣ дар масъалаи таъовуз дар кӯдакон диққат додан лозим аст. Дар ҷомеа чунин мешуморанд, ки писарон нисбат ба духтарон бештар ба рафтори хашмгин майл доранд. Дар асл, духтарон низ агрессия доранд, аммо каме фарқ мекунанд. Фарқият дар он аст, ки дар писарон хашмгинӣ ошкоро зоҳир мешавад, аксар вақт онҳо онро идора карда наметавонанд. Духтарон барвақтар назорати хашмро меомӯзанд ва онҳо шакли ғайримустақими онро истифода мебаранд, на шакли ҷисмонӣ [2]. Метавон гуфт, ки хашм дар духтарон интиҳобӣ аст, онҳо метавонанд онро идора кунанд ва писарон эҳсосоти манфиро ба ҳама бетафовут мерезанд.

Омиле, ки бояд дар масъалаи агрессия ба назар гирифта шавад ин аст, ки кӯдакон тамоми тасвиреро, ки аз берун мебинанд, ба худ мегиранд. Ғайр аз таъсири ҳамсолон ва васоити ахбори оммаи муосир, ин бешубҳа муносибати байни волидон аст. Масалан, агар дар хона доимо муноқишаҳо ва ҷанҷолҳои баланд ба амал оянд, волидон дар кӯча бо ҳамдигар ё бо одамони дигар ҷанҷол кунанд ва кӯдакон ҳама чизро бубинанд, пас онҳо ба калонсолон тақлид мекунанд. Новобаста аз хоҳиши волидон,

кӯдакон рафтори онҳоро қабул мекунанд. Он чизе, ки дар амалҳои кӯдак нодуруст ба назар мерасад, бар он зуд вокуниш нишон додан ва ислоҳ кардан дар баъзе маврид имконпазир аст.

Ба тағир додани рафтори кӯдак муносибати ҳамаҷонибаи тағир додани якҷоя лозим аст, вақте ки волидон ба кӯдак худ ибрат нишон медиҳанд, ҷӣ гуна мо метавонем вазъро ба таври дигар иваз диҳем, натарсонидан ва саркӯб накарда, оромона вокуниш нишон додан лозим аст, барои мисол, якҷоя ба ҷое раванд, ки кӯдак аз ҳамсолаш чизе гирифтааст, якҷоя бахшиш пурсанд. Дар бораи муҳити кӯдак фаромӯш кардан лозим нест. Агар онро тағйир надиханд, пас агрессияи кӯдак боқӣ мемонад ва ё дар бадтарин ҳолат, вай онро дар худ пахш мекунад, ки он ба агрессияи дохилӣ табдил меёбад.

Омили синну сол ба мо дар бораи вазъияте нақл мекунад, ки дар оила низоъ (ҷанҷол) вучуд надорад, кӯдак ва волидайн муоширати хуб доранд, эҳтироми ҳамаи аъзои оила вучуд дорад, дар оила муносибатҳои ҳамоҳанг ба вучуд омадаанд. Аммо рафтори кӯдак на ҳамеша аз худӣ вазъи оила вобаста аст, зеро ҳар кас марҳилаҳои синну соли ва ё бӯхрони синну соли худро дорад [3].

Волидон метавонанд табиӣ хеле ором дошта бошанд, аммо кӯдак метавонад табиӣ тамоман дигар дошт. Вай миқдори зиёди энергия хоҳад дошт ва ин энергияро бояд сарф кунад. Аммо ҷӣ гуна мо инро дуруст карда метавонем?

Аввалан, мо бояд аз нав оғоз намоем ва тақсимои истифодаи тамоми энергияро ба роҳ монем. Ин вазифаи волидон аст. Ҳолатҳои мешаванд, ки кӯдак ғайб аст ва бояд доимо бозӣ кунад, чизеро тамошо кунад. Он барои ин қадар амал фазои кофӣ надорад.

Ва волидайн бояд ин энергияи боздоштанишавандаро истифода баранд. Масалан, онро ба ягон намуди варзиш, бахш ё маҳфил номнавис кардан мумкин аст. Ҳамин тавр, мо ба кӯдак кӯмак мекунем, ки аз шиддати аз ҳад зиёди эмотсионалӣ ва ҷисмонӣ ҳалос шавад [4] .

Дар рафтори бад ҳамеша сабаб вучуд дорад. Шояд ӯ ин ҳолатро дар ҷое дидааст, ё лаҳзаи гузариш дорад ё бемор шудааст. Ҳангоми бемор будан, кӯдакон аксар вақт сабабҳои ҳашмигии худро намефаҳманд, аз ин рӯ волидайн бояд бо кӯдак инро муҳокима намоянд. Эҳсосот чунин табиат доранд, агар мо қуллаи мусбат дошта бошем, пас ҳатман таназзул ба вучуд хоҳад омад.

Ва бисёре аз волидон аз ин падида ҳайрон мешаванд, аммо ин чунин шарҳ дода мешавад. Системаи асаб аз ҳад зиёд бедор мешавад, шумораи зиёди эҳсосот ба вучуд меояд ва кӯдак намедонад, ки бо мо чӣ гуна муносибат кунад, аз ин рӯ бо ӯ нишон додан лозим аст, ки чӣ гуна онро идора кардан лозим аст.

**Ҳулоса.** Ба кӯдак муҳити ӯ таъсири калон расонида, онҳоро эҳсосоти бисёрманфӣ ихота мекунанд.

Бисёр мултифилмҳо ва филмҳо намунаҳои рафтори муноқишавиро нишон медиҳанд.

Азбаски кӯдак ҳанӯз дақиқ намедонад, ки чӣ гуна онҳоро дуруст тафсир кунад ва ба кадом мавқеъ бархезад, вай метавонад танҳо ин эҳсосоти манфиро нусхабардорӣ кунад. Бисёр ҳамсолон метавонанд ба кӯдак таъсир расонанд, ки на ҳамеша метавонад ба он таъсири мусбат расонад.

Низоъҳо дар оилаҳо метавонанд аз сабаби нофаҳмии кӯдак ва волидайн ба амал оянд. Азбаски аксар вақт кӯдакон ва наврасон эҳсосот ва хоҳишҳои худро нодуруст баён мекунанд, аз ин рӯ волидон низ

суханони кӯдакро ба тарзи дилхоҳи худӣ кӯдак дарк карда наметавонанд.

Дар натиҷа чандин омилҳои маълум карда шуд, ки рафтори агрессивиро дар кӯдакон авҷ медиҳад:

1. Оилаҳои, ки кӯдакон дар он рафтори агрессивӣ доранд, пайвандҳои эҳсосии байни падарон ва писаронро вайрон мекунанд. Волидон аксар вақт арзишҳо ва манфиатҳои кӯдаконро ба назар намегиранд. Падарон аксар вақт намунаҳои рафтори агрессивиро худашон нишон медиҳанд ва инчунин ин тамоюлҳоро дар рафтори фарзандони худ ташвиқ мекунанд.

2. Модарони кӯдакони агрессивӣ нисбат ба фарзандони худ серталаб нестанд. Кӯдакон дар ҳона масъулияти аниқ надоранд.

3. Дар волидони кӯдакони агрессивӣ, намунаҳои тарбия ва рафтори худ аксар вақт бо ҳам мухолифанд ва нисбати кӯдак талаботи мутақобилан истисноӣ гузошта мешавад.

4. Воситаҳои асосии тарбия, ки волидони кӯдакони агрессивӣ аксар вақт ба онҳо муроҷиат мекунанд, ҷазоҳои ҷисмонӣ, таҳдидҳо, набудани рӯҳбаландӣ, аксар вақт фарқият гузоштан байни кӯдакон, огоҳона маҳрум кардани муҳаббат ва ғамхорӣ дар сурати бадрафтории кӯдак мебошанд.

## АДАБИЁТ

1. Аграшенков А.В. Психология на каждый день. Советы, рекомендации, тесты. - М: Вече, 1997-230 с.

2. Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Конфликтология: Учебник для вузов. – М.: ЮНИТИ, 1999-180 с.

3. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. СПб: «Питер», 2000-550 с.

4. Сурова, Е. В. Особенности проявления агрессии у современных подростков: опыт изучения // Молодой ученый №6 // Е. В. Сурова. – 2018. – С.154-157.

5. Семенюк Л. М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции // Л. М. Семенюк — Москва: ИНФРА-М, 2015. — 245с.

6. Крысько В. Г. Социальная психология // В. Г. Крысько - Москва, 2001. — 208 с.

#### REFERENCES

1. Agrashenkov A.V. Psychology for every day. Tips, recommendations, tests. - M: Veche, 1997-230 p.

2. Ansupov A.Ya., Shipilov A.I. Conflictology: A textbook for universities. - M.: UNITI, 1999-180p.

3. Granovskaya R.M. Elements of applied psychology. SPB: "Peter", 2000-550 p.

4. Surova, E. V. Features of the manifestations of aggression in modern teenagers: study experience // Young researcher #6 // E. V. Surova. - 2018. - P.154-157.

5. Semenyuk L. M. Psychological features of aggressive behavior of adolescents and conditions for its correction // L. M. Semenyuk — Moscow: INFRA-M, 2015. — 245s.

6. Krysko V. G. Social psychology // V. G. Krysko — Moscow, 2001. — 208s.

**Б.М. Хайдарзода**

#### АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ РЕБЕНКА В СЕМЕЙНЫХ КОНФЛИКТАХ

**Цель исследования.** Выяснение текущего положения ребенка в семье, разрешение недопонимания между ребенком и родителями.

**Материал и методы исследования.** Исследование основано на статистических базах данных, включающих статистические отчеты, анализ научно-теоретических и информационных материалов в области семейной и общественной психологии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Изучено психическое состояние ребенка в различных ситуациях, разработаны способы избавления ребенка от агрессивного состояния.

**Заключение.** Одним из способов избавить ребенка от агрессии является равное распределение внутренней силы ребенка родителями, в результате чего ребенок постоянно занят какой-либо деятельностью.

**Ключевые слова:** агрессия, негативные эмоции, ребенок, переходный момент, конфронтационное поведение, эмоции.

#### ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ

УДК 617.7-001.17-085:615.216.84

Л.М. Максудова, Ш.Б. Инагамджанова, Д.М. Бабаханова, Г. А. Ибадова

#### ОЖОГИ ГЛАЗ: ОТ МЕХАНИЗМА ПОВРЕЖДЕНИЯ К КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Узбекистан, Ташкент

Республиканская клиническая офтальмологическая больница

Максудова Лайло Махсутовна – д.м.н., доцент кафедры офтальмологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников Республики Узбекистан. E-mail: doclaylo@gmail.com; тел. (+998) 98 595 00 55



*Наблюдается рост ожоговой травмы у людей трудоспособного возраста, чаще всего у мужчин, возникающей в результате несчастных случаев на производстве, в быту, во время отдыха или связаны с уголовными преступлениями.*

*Эффективность лечения зависит от вида повреждающего агента, своевременного оказания неотложной помощи и срока поступления в стационар.*

**Ключевые слова:** ожоги глаз, ожоговая травма, офтальмология.

**L.M. Maksudova, Sh.B. Inagamjanova, D.M. Babakhanova, G.A. Ibadova**

## **EYE BURNS: FROM THE MECHANISM OF DAMAGE TO CLINICAL CLASSIFICATION**

**Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Uzbekistan, Tashkent**

**Republican Clinical Ophthalmological Hospital**

*There is an increase in burn injuries in people of working age, most often in men, resulting from accidents at work, at home, during recreation, or associated with criminal offenses.*

*The effectiveness of treatment depends on the type of damaging agent, timely provision of emergency care and the time of admission to the hospital.*

**Key words:** eye burns, burn injury, ophthalmology.

---

На сегодняшний день отмечается рост ожоговой травмы, чаще всего возникающей в результате несчастных случаев на производстве, в быту, во время отдыха или связаны с уголовными преступлениями [1,2,3].

Ожоги являются одной из главных причин травм глаз, составляя от 6,1% до 38,4% от общего числа случаев. Около 60-80% всех ожогов глаз вызваны химическими веществами. При этом из-за развития химической промышленности количество химических и термических ожогов увеличивается с каждым годом [4,5,6].

Анализ литературы показывает, что ожоги глаз преобладают у людей трудоспособного возраста (30- 40 лет) [7]. Кроме того, мужчины страдают чаще, чем женщины (соотношение 3-8:1) [8]. Главным фактором, способствующим этому, являются традиционные профессиональные различия, в котором мужчины чаще работают в условиях с более высоким риском [9].

Ожоговая травма глаз это наиболее тяжелый вид повреждения органа зрения, который сопровождается нарушением всех видов обменных процессов в тканях [10].

Этиология может быть обусловлена воздействием различных факторов, химические, вызванными кислотой или щелочью (наиболее распространенные), или термические вызванными ультрафиолетовым или тепловым излучением [11].

По мнению Л.Ф. Умарова (2004) «Эффективность этио патогенетического лечения зависит от вида повреждающего агента, оказание неотложной помощи и срока поступления в стационар» [12].

Химические ожоги глаз или глазных придатков представляют собой серьезную форму травмы с долгосрочными последствиями, имеющими отношение к зрению и общему качеству жизни [13]. Так как, они могут привести к хроническим осложнениям и инвалидности на всю жизнь. Учитывая, что химические ожоги представ-

ляют собой одну из наиболее распространенных глазных травм и большую часть этих пациентов составляют лица трудоспособного возраста, можно говорить о высокой социальной значимости ожоговой травмы органа зрения [14].

Химические ожоги глаз могут быть следствием контакта с кислотными или щелочными веществами [15].

Щелочные вещества, приводят к самым тяжелым ожогам глаз, из-за способности вызывать лизис клеточных мембран, быстро проникать в роговицу и переднюю камеру и размягчать ткани глаз и следовательно, угрожают как тканям поверхности глаза, так и внутриглазным структурам, как трабекулярная сеть, сетчатка, цилиарное тело и хрусталик [16].

Среди щелочных веществ аммиак имеет самую высокую скорость проникновения ( $< 3$  мин) вызывая самые тяжелые химические ожоги глаз и часто используется в случаях нападения [17].

Напротив, кислотные вещества вызывают более ограниченное повреждение глазной поверхности. Так, концентрированная кислота приводит к денатурации и коагуляции белка в эпителии роговицы и передней стромы, что приводит к помутнению. Этот коагулированный белок ограничивает глубокое проникновение кислоты в строму роговицы, теоретически ограничивая ее разрушительное воздействие. Также, буферные свойства эпителия роговицы и передней стромы позволяют нейтрализовать низкий pH [18].

Распространенные агенты, вызывающие кислотные ожоги глаз, включают серную, соляную, фтороводородную и аккумуляторную кислоты [19].

Как для целей лечения, так и для прогнозирования важно иметь систему классификации ожоговой травмы глаз. Так, например, «... ранняя оценка тяжести

повреждения глаза особенно важна при определении тактики лечения ожогов, прогнозировании их исходов» [4, 20].

На сегодняшний день, для практического применения до сих пор не потеряли актуальности разработанные классификационные критерии по Roper–Hall (1965) и Dua et al. (2001) [4, 21].

Так, с момента введения в 1965 году классификация Roper–Hall стала общепринятым эталоном и является простой в применении классификационной системой, основанной на степени повреждения роговицы и лимбальной ишемии. Ожоги глаз были оценены от I (легкая) до IV (тяжелые) степени [21, 22].

Тем не менее, недостатком этой системы классификации является то, что все травмы с ишемией лимба  $>50\%$  относятся к IV степени. Хотя, знания и представления о заживлении глазной поверхности, современные методы лечения, как трансплантация лимбальных стволовых клеток, значительно улучшила прогноз тяжелых химических ожогов глаз [24].

Еще одним недостатком классификации является то, что она не учитывает повреждение конъюнктивы. Так, как клинически было доказано, что повреждение конъюнктивы имеет значение для прогнозирования расплавления роговицы и образования симблефарона [22, 24].

Dua et al основываясь на том, что даже малое количество стволовых клеток лимба могут способствовать повторной эпителизации и заживлению глазной поверхности, а неповрежденный эпителий конъюнктивы может вырасти над роговицей и способствовать естественному механизму восстановления, сводя к минимуму расплавление стромы. Они переклассифицирует ожоги IV степени по Roper–Hall в ожоги IV, V или VI степени.

Система классификации Dua et al была разработана для обеспечения более точной стратификации прогноза, особенно при тяжелых травмах. Она учитывает повреждение бульбарной конъюнктивы (в процентах) и повреждение лимба (в часах). На основе этих двух показателей ожоги делятся на 6 степеней тяжести. I степень: благоприятный исход; дефект эпителия роговицы без вовлечения лимба или конъюнктивы; II степень поражение лимба менее в течение 3 часов, и менее 30% прилегающей или смежной конъюнктивы, при традиционном лечении можно ожидать хорошего прогноза. Хорошего исхода можно ожидать и в том случае, если лимб поражен от 3 до 6 часов, а конъюнктивита поражена от 30-50%. Это соответствует III степени повреждения; При вовлечении лимба 6-9 часами и конъюнктивы 50-75% прогноз неблагоприятный. Вовлечение лимба более чем на 9 часов, но менее на 12 часов указывает на достаточно тяжелую травму IV степени, VI степень вовлечен весь лимб (12 часов) и вся конъюнктивита (100%) очень плохой прогноз. Пока сохраняется хотя бы 1 час лимбального эпителия, есть возможность восстановить эпителиальный покров роговицы если не на всей роговице, то хотя бы на зрительной оси. Клинические результаты затем переводятся в аналоговую шкалу оценки, которая должна рассчитываться ежедневно на острой стадии по мере того, как степень травмы становится очевидной. Аналоговая шкала повышает гибкость классификации, позволяя переходить от одной степени химического повреждения к другой и может точно отражать ежедневный прогресс и заживление после острых ожогов, даже если степень повреждения остается неизменной [23].

Химические травмы глаза могут привести к обширному повреждению глазной

поверхности, переднего и заднего сегмента, вызывая необратимую потерю зрения [25].

Поскольку химические травмы могут иметь разрушительные последствия для глазной поверхности и периорбитальных структур, разработка и внедрение клинических руководств для медицинских работников может оптимизировать оказание первой помощи и предотвратить возможные осложнения [26].

Клиническое течение химической травмы глаза можно разделить на немедленное, острое (от 0 до 7 дней), раннее репаративное (от 7 до 21 дня) и позднее репаративное (после 21 дня). Соответственно можно разделить стадии лечения глазных химических травм в хронологическом порядке на острую (<6 недель) и хроническую (>6 недель) фазу [27].

Основным недостатком нынешних систем классификации является то, что, хотя площадь поверхности травмы хорошо сортируется, они не учитывают глубину травмы. В текущей клинической обстановке более часто доступные методы визуализации, такие как ОКТ (оптическая когерентная томография) переднего сегмента, могут помочь определить глубину повреждений [28].

ОКТ может показать гиперрефлективную стромальную демаркационную линию в случае ожога глаза. Эта линия представляет собой переходную зону между передней стромой роговицы, которая является ацеллюлярной и местом апоптоза кератоцитов, и задней клеточной стромой. Она постепенно исчезает в ходе наблюдения за пациентом из-за повторного заселения кератоцитами передней стромы. Оценка средней глубины стромальной демаркационной линии может определить тяжесть щелочного ожога роговицы и возможность восстановления роговичной ткани [28].

ОКТ является важным инструментом в лечении ожогов глаз, поскольку может использоваться для первоначальной оценки поражения и для мониторинга после лечения. С помощью ОКТ неинвазивного метода визуализации был выявлен ряд нарушений, таких как деэпителизация роговицы, поверхностные эпителиальные точечные эрозии, эпителиальные буллы, потеря однородности стромальных волокон, отек роговицы, буллезная кератопатия, отслоение мембраны десцемета и неоваскуляризация роговицы [29].

Особый интерес представляют исследования Л.М. Максудовой (2017) которая определила высокую прямую корреляционную связь между показателями митотического индекса и степенью деструкции по показателю антигенсвязывающие лимфоциты (АСЛ) к тканевым антигенам (ТА) сосудистой оболочки глаз ( $r=0,83$ ;  $P<0,01$ ) и роговицы ( $r=0,61$ ;  $P<0,05$ ), что следует использовать как критерий диагностики деструктивных и репарационных процессов в динамике ожоговой болезни органов зрения. Также автором, было отмечено, что определение уровня АСЛ к ТА склеры, роговицы, хрусталика и сосудистой оболочки дает возможность объективно верифицировать степень и глубину поражения ожогом, оптимизировать тактику ведения пациентов с химическим повреждением глаз и проводить качественную динамическую оценку активности процессов репарации.

В своих последующих исследованиях Л.М. Максудова (2021) пришла к выводу, что при щелочном ожоге глаз на экспериментальных животных дегенеративные изменения переднего отрезка глаз сохраняются более 30 дней, причем, у БА (быстрое ацетилирование), восстановление тканей роговицы, хрусталика и склеры протекает с выраженной положительной динамикой, а процесс деструкции этих тканей у МА

(медленное ацетилирование) не только не купируется, но и нарастает к 30 дню ожоговой травмы [30].

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Islam SS, Doyle EJ, Velilla A, Martin CJ, Ducatman AM. Epidemiology of compensable work-related ocular injuries and illnesses: Incidence and risk factors. *J Occup Environ Med.* 2000;42:575–81. doi: 10.1097/00043764-200006000-00004.
2. Zakrzewski H, Chung H, Sanders E, Hanson C, Ford B. Evaluation of occupational ocular trauma: Are we doing enough to promote eye safety in the workplace? *Can J Ophthalmol.* 2017;52:338–42. doi: 10.1016/j.jcjo.2016.11.034.
3. Domngang C, Mvilongo C, Aboubakar H, Kilangalanga Ngoy J, Kagmeni G. Prise en charge des brûlures oculaires en milieu hospitalier à Yaoundé. *Health Sci Dis.* 2020;21(4):135–137.
4. Пучковская Н.А., Якименко С.А., Непомнящая В.М. Ожоги глаз. М.: Медицина; 2001. 233с.
5. Черныш, В.Ф. Ожоги глаз. Состояние проблемы и новые подходы /В.Ф. Черныш, Э.В. Бойко. – 2-е издание доп. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2017. –184 с.
6. Li FM, Xie LX (2014) Chinese ophthalmology. Beijing, China
7. Quesada JMA, Lloves JM, Delgado DV. Ocular chemical burns in the workplace: Epidemiological characteristics. *Burns.* 2020;46:1212–8. doi: 10.1016/j.burns.2019.11.007.
8. Korkmaz I, Palamar M, Egrilmez S, Yagci A, Barut Selver O. Ten years of pediatric ocular chemical burn experience in a tertiary eye care center in Turkey. *Eye Contact Lens.* 2022;48:175–9. doi: 10.1097/ICL.0000000000000858.
9. Ahmmed AA, Ting DSJ, Figueiredo FC. Epidemiology, economic and humanistic burdens of ocular surface chemical injury: A narrative review. *Ocul Surf.* 2021;20:199–211. doi: 10.1016/j.jtos.2021.02.006.
10. Пашков В.А., Чередниченко Н.Л., Гаджиев С.Д., Кореньяк Г.В. Особенности патогенеза химических ожогов глаз / Российский



общенациональный офтальмологический форум. – 2021. – Т. 2. – С. 528–531

11. Merle H, Gérard M, Schrage N: Brûlures oculaires. *J Fr Ophtalmol*, 31: 723-34, 2008. doi: 10.1016/S0181-5512(08)74391-2

12. Умарова Л. Ф. Особенности щелочных ожогов глаз и результаты их лечения // Вестник ОГУ. 2004. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-schelochnyh-ozhogov-glaz-i-rezultaty-ih-lecheniya>.

13. Eslani M, Baradaran-Rafii A, Movahedan A, Djalilian AR. The ocular surface chemical burns. *J Ophthalmol*. 2014;2014:196827. doi: 10.1155/2014/196827. Epub 2014 Jul 1. PMID: 25105018; PMCID: PMC4106115.

14. Ghosh S, Salvador-Culla B, Kotagiri A, Pushpoth S, Tey A, Johnson ZK, et al. Acute chemical eye injury and limbal stem cell deficiency—a prospective study in the United Kingdom. *Cornea*. 2019;38:8–12. doi: 10.1097/ICO.0000000000001739.

15. Pargament JM, Armenia J, Nerad JA. Physical and chemical injuries to eyes and eyelids. *Clin Dermatol*. 2015 Mar-Apr;33(2):234-7. doi: 10.1016/j.clindermatol.2014.10.015. Epub 2015 Jan 17. PMID: 25704943.

16. Bunker DJL, George RJ, Kleinschmidt A, Kumar RJ, Maitz P. Alkali-related ocular burns: a case series and review. *J Burn Care Res*. 2014;35(3):261-268.

17. Ghosh S, Salvador-Culla B, Kotagiri A, Pushpoth S, Tey A, Johnson ZK, et al. Acute chemical eye injury and limbal stem cell deficiency—a prospective study in the United Kingdom. *Cornea*. 2019;38:8–12. doi: 10.1097/ICO.0000000000001739.

18. Schrage NF, Langefeld S, Zschocke J, et al. Eye burns: an emergency and continuing problem. *Burns*. 2000;26:689–99. doi: 10.1016/S0305-4179(00)00044-9.

19. McKenzie LB, Ahir N, Stolz U, Nelson NG. Household cleaning product-related injuries treated in US emergency departments in 1990-2006. *Pediatrics*. 2010 Sep;126(3):509-16. doi: 10.1542/peds.2009-3392. Epub 2010 Aug 2. PMID: 20679298.

20. Пучковская Н.А., Якименко С.А., Непомящая В.М. Ожоги глаз. М.: Медицина; 2001. 233с.

21. Dua HS, King AJ, Joseph A. A new classification of ocular surface burns. *Br J Ophthalmol*. 2001 Nov;85(11):1379-83. doi: 10.1136/bjo.85.11.1379. PMID: 11673310; PMCID: PMC1723789.

22. Roper-Hall MJ. Thermal and chemical burns. *Trans Ophthalmol Soc U K* (1962). 1965;85:631-53. PMID: 5227208.

23. Dua H., King A., Joseph A. A new classification of ocular surface burns. *The British Journal of Ophthalmology*. 2001;85(11):1379–1383. doi: 10.1136/bjo.85.11.1379.

24. Gupta N, Kalaivani M, Tandon R. Comparison of prognostic value of Roper Hall and Dua classification systems in acute ocular burns. *Br J Ophthalmol*. 2011;95:194–8. doi: 10.1136/bjo.2009.173724.

25. Vajpayee RB, Shekhar H, Sharma N, Jhanji V. Demographic and clinical profile of ocular chemical injuries in the pediatric age group. *Ophthalmology*. 2014;121:377–80. doi: 10.1016/j.ophtha.2013.06.044.

26. Quesada JMA, Lloves JM, Delgado DV. Ocular chemical burns in the workplace: Epidemiological characteristics. *Burns*. 2020;46:1212–8. doi: 10.1016/j.burns.2019.11.007.

27. Singh P, Tyagi M, Kumar Y, et al. Ocular chemical injuries and their management. *Oman J Ophthalmol*. 2013;6:83–6. doi: 10.4103/0974-620X.116624.

28. Tsoulfas KI, Liakopoulos DA, Grentzelos MA, Pallikaris AI, Mikropoulos DG, Kymionis GD. Confocal Microscopy and Anterior segment optical coherence tomography findings after chemical alkali corneal burn. *Cornea*. 2016;35:e32–5. doi: 10.1097/ICO.0000000000000930.

29. Luisi J, Kraft E, Giannos S, et al.: Longitudinal assessment of alkali injury on mouse cornea using anterior segment optical coherence tomography. *Transl Vis Sci Technol*, 10: 6, 2021. doi: 10.1167/tvst.10.3.6

30. Максудова Л. М. Современные подходы к ведению больных с ожогами глаз

(Клинико-экспериментальное исследование).  
Автореферат дисс... к-та мед наук. / Л. М.  
Максудова – Ташкент, 2017. –47с.

### **ХУЛОСА**

**Л.М. Максудова, Ш.Б. Инагамджано-  
ва, Д.М. Бобохонова, Г.А. Ибодова**

### **СЌХТАНИ ЧАШМ: АЗ МЕХАНИЗМ ТО ТАСФИФИ КЛИНИКӢ**

Қарохатҳои бардошташуда дар байни  
одамони синну соли қобили меҳнат, ак-  
саран дар байни мардон, ки дар натиҷаи  
ҳодисаҳои нохуш дар қор, хона, ҳангоми  
истироҳат ва ё бо ҷинойтҳои ҷинойтӣ  
алоқаманданд буда, зиёд шудааст.

Самаранокии табобат аз намуди агенти  
зараровар, сари вақт расонидани кӯмаки  
таъҷилӣ ва вақти бистарӣ шудан ба бемор-  
хона вобаста аст.

**Калимаҳои калидӣ:** сўхтани чашм,  
осеби сўхтагӣ, офтальмология.