ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН
МУАССИСАИ ДАВЛАТИИИ ТАЪЛИМИИ “КОЛЛЕҶИ ТИББИИ ҶУМҲУРИЯВӢ”

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

МАВОДИ 12-УМИН КОНФЕРЕНСИЯИ СОЛОНАИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМӢ-АМАЛӢ ДАР МАВЗӮИ «НАҚШИ КОРҲОИ ИЛМИЮ ТАДҚИҚОТӢ ВА ИСТИФОДАИ ТЕХНОЛОГИЯИ МУОСИР ДАР БАЛАНД БАРДОШТАНИ СИФАТИ ТАҲСИЛОТ ВА ОМОДАСОЗИИ МУТАХАССИСОНИ МИЁНАИ КАСБИИ ТИББӢ»

МАТЕРИАЛЫ 12-ОЙ ГОДИЧНОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ НА ТЕМУ «РОЛЬ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ И ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ И ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ»

ЗАМИМА №3

ПРИЛОЖЕНИЕ №3

E-mail: zdravoh.tj@mail.ru
Web site: www.zdrav.tj

Отдел рекламы:
Тел: +992 933751075

Редактор
М.Ф. Мусоева

Технический редактор
А.А. Мурадов

Художественный редактор
А.А. Мусоев

Переводчик
Т.Р. Халимова

Зарегистрирован в Министерстве культуры Республики Таджикистан № 0032/МЧ-97, от 27.12.17 г.

Учредитель: Министерство здравоохранения и социальной защиты население РТ.

Регистрационный номер в государственной регистрации информационного ресурса Республики Таджикистан 34-02.1.085 tj

Индексы по каталогу «Почтаи точик».
77693 – для индивидуальных подписчиков.
77694 – для предприятий и организаций.

Подписано в печать 10. 11.2020. Формат 60x84 $^{1}/_{8}$. Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Times New Roman Tj. Усл. печ. л. 17,0. Тираж 250 экз. Заказ №29.

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

Муҳаррир
Ашуриён Ш.С., н.и.т.

Аъзоёни Шӯрои таҳририя:
Муминзода Ҷ.С. (котиби масъул, н.и.т.)

Азиззода З.А., н.и.т.
Одилзода И.Ё.
Ғоибов А.Ғ., д.и.т.
Набиев З.Н., д.и.т.
Пулотов К.Ҷ., н.и.т.
Рачабова Н.И., д.и.т.
Шарифзода Х.С., н.и.т.

Редактор
Ашуриён Ш.С., к.м.н.

Члены редакционного Совета:
Муминзода Дж.С. (ответственный секретарь, к.м.н.)

Азиззода З.А., к.м.н.
Одилзода И.Ё.
Гаибов А.Г., д.м.н.
Набиев З.Н., д.м.н.
Пулотов К.Дж., к.м.н.
Раджабова Н.И., д.м.н.
Шарифзода Х.С., к.м.н.

Масъулияти муҳтавои мавод ба души муаллифони корҳои илмӣ вогузор карда мешавад

Ответственность за содержание материала несут авторы научных работ

Журнал входит в перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёных степеней доктора и кандидата наук.

Решение президиума Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 декабря 2014 г. № 43/307.

Адрес редакции:
734067, г. Душанбе, ул. Дехоти, 48 (14 этаж).
Телефон +992 93-375-10-75

© «Нигаҳдории Тандурустии Тоҷикистон», 2020 г.

Зав. редакцией П.Ф. Зубайдов

М У Н Д А Р И Ҷ А

МАСЪАЛАҲОИ МУБРАМИ ТАНДУРУСТӢ ВА СОЛИМИИ ҶОМЕА

Юсуфӣ С.Ҷ., Ашуриён Ш.С., Муминзода Ҷ.С., Одилзода И. ИСТИФОДАИ ТЕХНОЛОГИЯИ МУОСИР ВА КОРҲОИ ИЛМӢ – ТАДҚИҚОТӢ ДАР РАВАНДИ ОМОДАСОЗИИ МУТАХАССИСОНИ МИЁНАИ КАСБИИ ТИББӢ ДАР МДТ "КОЛЛЕҶИ ТИББИИ ҶУМҲУРИЯВӢ" 11

Ғоибов А.Ғ., Авғонов З.Т., Боймуродов Б.Н., Камолов Б.С. ТАШХИСИ ТИББИЮ ИҶТИМОӢ ВА ТАВОНБАХШИИ МАЪЮБОН ДАР ТОҶИКИСТОН: ҲОЛАТ ВА РОҲҲОИ МУККАМАЛСОЗИИ ОН 13

Ғоибов А.Ғ., Пулотов К.Ҷ., Муминзода Ҷ.С., Саидов Х.М., Мадобидов А.С. ТАРС ҲАМЧУН ОМИЛИ ИНКИШОФИ БЕМОРӢ ВА ФАВТИ АҲОЛӢ ДАР ДАВРАИ ПАНДЕМИЯИ СИРОЯТИ КОРОНАВИРИРУС COVID-19 ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН 17

ҒоибовА.Ғ., Шарифзода Х.С., Ғоибов М.А., Шарипов М.М. БАҲОДИҲИИ ТИББӢ-САНИТАРИИ ТАҶҲОҲУМИ ИҶТИМОӢ ҲАМЧУН ОМИЛИ ХАВФИ БА ВУҶУДОӢ ВА ИНКИШОФИ БЕМОРИҲОИ ҒАЙРИСИРОЯТӢ (дар мисоли Ҷумҳурии Тоҷикистон) 22

Қаюмов Ф.Ҷ., Ғоибов А.Ғ., Хочаева Ш.А., Пулотов К.Ҷ. ТАҲЛИЛИ ПАҲНШАВИИ ДИАБЕТИ ҚАНД ДАР КӮДАКОН ВА НАВРАСОН ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН 25

Қурбонов Н.Т., Муминов Ш. ДЕТЕРМИНАТСИЯИ МИГРАТСИЯИ МЕҲНАТӢ ҲАМЧУН ПРОБЛЕМАҲОИ ТИББӢ ВА ИҶТИМОӢ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН 28

Мағзумова Ф.П., Абдураҳимов А.А. ИЛМАН АСОСНОККУНИИ ЧОРАБИНИҲО ОИД БА МУККАМАЛСОЗИИ ТАШХИСИ ТИББИЮ ИҶТИМОӢ ВА ТАВОНБАХШИИ КӮДАКОНИ МАЪЮБ ДАР ШАҲРИ ДУШАНБЕ 30

Мирзоев М.Т., Ғанизода М.Х., Искандарова М.М., Муродова Г.П. ТАМОЮЛШАВИИ МУНОСИБАТҲОИ ОИЛАВИЮ НИКОҲӢ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН 31

Рачабзода С.Р., Азиззода З.А., Мағзумова Ф.П. МАЪЮБШАВИИ АВВАЛИН АЗ БОИСИ БЕМОРИҲОИ ОНКОЛОГӢ ДАР БАЙНИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН 37

Рачабзода С.Р., Мағзумова Ф.П. РАВАНДИ ВОРИД НАМУДАНИ БАРНОМАИ ИНФИРОДИИ ТАВОНБАХШИИ МАЪЮБОН ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН 37

II. ИЛМҲОИ ГУМАНИТАРӢ, ҶАМЪИЯТШИНОСӢ ВА ТЕХНОЛОГӢ

Азизова Н.Н. НАҚШИ ТЕХНОЛОГИЯИ МУОСИР ВА УСЛУБҲОИ БАЙНАЛФАЪОЛИ ТАЪЛИМ ДАР БАЛАНД БАРДОШТАНИ СИФАТИ ОМОДАСОЗИИ МУТАХАССИСОНИ МИЁНАИ КӮМАКИ АВВАЛИЯИ ТИББИЮ САНИТАРӢ 39

Арбобов М.Қ., Арбобов Х.М., Абдусамадов С.А. ҲАРОРАТГУЗАРОНИШИ МАВОДИ ОҲАНӢ ДАР ТУРБОНАСОСҲОИ АГРЕГАТӢ ДАР МАЙДОНИ ҚУВВАИ МАРКАЗГУРЕЗ 40

Давлатова Д.Д., Азиззода З.А., Азизова Н.Н., Рачабов Х.С. ВОРИД НАМУДАНИ ТЕХНОЛОГИЯИ МУОСИРИ ТАЪЛИМ ДАР КАФЕДРАИ ТИББИ ОИЛАВӢ 42

Давлатова Д.Д., Азиззода З.А., Азизова Н.Н., Рачабов Х.Т. ТАҶРИБАИ МУККАМАЛСОЗИИ КОРИ ГУРӮҲИИ ДОНИШҶӮЁН 44

Девонаев О.Т., Нарзуллоев Н.Ф., Менликулов М.Ф. ҲОСИЛАҲОИ ЛИМФОИДИИ РОҲҲОИ ПЕШОББАРОР ДАР ШАХСОНИ СИННУ СОЛИ ГУНОГУН 45

Зияева З.Ҷ., Нарзуллоев Н.Ф., Муминов Ш. ТАЪСИР ВА ЗАРАРИ ТАМОКУКАШӢ БА ПӮСТИ РӮЙИ ИНСОН 45

Зияева З.Ҷ., Нарзуллоев Н.Ф., Муминов Ш. ТАЪСИРИ НУРҲОИ УЛТРАБУНАФШ БА ХАЛАЛЁБИИ КОЛЛАГЕН ВА ЭЛАСТИН 46

Зияева З.Ҷ., Умарова Т.Х. ИНВОЛЮТСИЯИ ТИМУС ВА ТАҒЙИРОТИ ОН ТАҲТИ ТАЪСИРИ ТАҶОҲУМ 47

Қурбонова М.З., Ёров М.Ё., Сайфуллоева М.Ҳ. ТАТБИҚИ УСУЛИ ТАҲҚИҚОТИ ТАЛАБАГӢ ДАР ТАЪЛИМИ ХИМИЯ БО ИСТИФОДАИ ТЕХНОЛОГИЯИ ЛОИҲАВӢ 47

Мирзоахмедов Ф., Нуриддинзода А.Д., Ҳафизов А.Х. АСОСҲОИ НАЗАРИЯИ ИСТИФОДАБАРИИ ТЕХНОЛОГИЯИ ШАБАКАВӢ ДАР МУАССИСАҲОИ ОЛИИ ТАҲСИЛОТИ КУШОДА (шарҳ) 50

Назаров Ҷ.С., Назарова Ф.Ҳ., Меликов Т.Қ., Сафаров А. НАҚШИ ТЕХНОЛОГИЯҲОИ ИТТИЛООТӢ ДАР БАЛАНД БАРДОШТАНИ СИФАТИ ТАЪЛИМ 54

Нарзуллоев Н.Ф., Девонаев О.Т., Алиев А.А. ҒАФСИИ ГИРЕҲҲОИ ЛИФОИДӢ ДАР ДЕВОРАҲОИ РОҲҲОИ БЕРУНИ ТАЛХАБАРОР ДАР ШАХСОНИ СИННУ СОЛИ ҶАНБАДОШТА 56

Раҳмонова М.Ш., Саидшоҳи С., Лаълбекова С.С. ХЛОРОНИДАНИ МИСИ МЕТАЛЛӢ ДАР АВТОКЛАВҲОИ АНАЛИТИКӢ 57

Соҳибова З.Н., Искандаров М.М., Озоди О., Сафаров А. ТАТБИҚИ ТЕХНОЛОГИЯИ ИННОВАТСИОНӢ ЗИМНИ РАВАНДИ ТАДРИС ДАР КАФЕДРАИ ГИСТОЛОГИЯ 58

Соҳибова З.Н., Мухамадиева К.М., Шукурова Ф.Ш. ТАҲҚИҚОТИ МОЛЕКУЛЯРӢ - ГЕНЕТИКИИ ПӮСТ ДАР МАВРИДИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ХАДШАҲОИ КЕЛОИДӢ 59

Соҳибова З.Н., Нарзуллоев Н.Ф., Муминов Ш. ФУНКСИЯИ ТАНЗИМИ ҲАРОРАТИ ПӮСТ ДАР ПИРОНСОЛОН 60

Соҳибова З.Н., Одилзода И., Шукурова Д.А. АКСУЛАМАЛИ ПӮСТ БА АНГЕЗАНДАИ ХИМИЯВӢ ДАР МАВРИДИ ПИРОНСОЛОН 60

Тамризи Мубин, Сафаров А. ИСТИФОДАИ ТЕХНОЛОГИЯИ МУОСИР ЯКЕ АЗ ШАРТҲОИ БАЛАНД БАРДОШТАНИ СИФАТИ ОМОДАСОЗИИ МУТАХАССИСОНИ БАЛАНДИХТИСОС 61

Ҳасанов О.К., Бекназарова Н.С., Раҳмонова М.Ш., Ёрмадов П.Б. МАҶМӮЪҲОСИЛКУНАНДАИ ОҲАН (III) БО 1-ФЕНИЛ-2,3-ДИМЕТИЛПИРАЗОЛИН-5-ТИОН ДАР МАҲЛУЛИ ОМЕХТАИ (6МОЛЬ/Л НСІ:АЦЕТОН=2:1) 288К 61

Ҳасанова Д.М. АҲАМИЯТИ ФИЗИОЛОГИИ МОДДАИ АСОСИИ БОФТАИ КОВОКИИ ТОРШАКЛИ ПАЙВАСТКУНАНДА 62

Ҳасанова Д.М. КОҲИШ ЁФТАНИ КОНСЕНТРАТСИЯИ ГЛИКОПРОТЕИНҲО БА СИФАТИ ЯКЕ АЗ ОМИЛҲОИ ПИРШАВИИ ТАҒОЯКИ ГИАЛИНӢ 63

Шукурова Д.А., Мирзоева М.Т. ХУСУСИЯТҲОИ МОРФОЛОГИИ КОМПОНЕНТҲОИ БОҚИМОНДАИ ПӮСТ ДАР ЗАНҲОИ СИННУ СОЛИ ГУНОГУН 64

Шукурова Д.А., Соҳибова З.Н., Мирзоева М.Т. ХУСУСИЯТҲОИ МОРФОФУНКСИОНАЛИИ МЕЛАНОТСИТҲО ҲАНГОМИ ТАЪСИРИ ОМИЛҲОИ БЕРУНА 64

Эмомова С. ДАРКИ ТЕХНОЛОГИЯИ ИТТИЛООТИЮ КОММУНИКАТСИОНӢ– ДОИРАИ ФАРОГИРӢ ВА НАҚШИ ОН ДАР БЕҲСОЗИИ СИФАТИ ТАЪЛИМ 65

III. ИЛМҲОИ ТИББӢ-БИОЛОГӢ ВА ФАРМАТСЕВТӢ

Саторов С., Мирзоева Ф.Д., Бобохоҷаева З.С. ТАҲҚИҚОТҲОИ СКРИНИНГИИ ФАЪОЛНОКИИ БАКТЕРИТСИДИИ БАЪЗЕ РАСТАНИҲОИ ОЛАМИ НАБОТОТИ ҚИСМИ МАРКАЗИИ ТОҶИКИСТОН НИСБАТ БА PSEUDOMONAS AUREGENOSA 72

Саторов С., Мирзоева Ф.Д., Бобохоҷаева З.С. БАҲОДИҲИИ НИСБИИ ФАЪОЛНОКИИ ЗИДИМИКРОБИИ ШИРАИ НАМУДҲОИ ГУНОГУНИ РАСТАНИҲОЕ, КИ ДАР ҚИСМИ МАРКАЗИИ ТОҶИКИСТОН МЕСАБЗАНД 73

Хоҷаева З.Г. Қурбонбекова Ш.Ш. ПОЛИФЕНОЛҲОИ ДАРМАНАИ САНТАЛИНОБАРГ 74

IV. МАСЪАЛАҲОИ МУБРАМИ ПЕШГИРӢ, ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ БЕМОРИҲО

Абдуллоев И. ТАБОБАТИ ОРТОПЕДИКИИ БЕМОРОН БО АНОМАЛИЯҲОИ ДАНДОНИ ДАСТГИР 75

Алиев С.П., Хуҷагелдиева З.У., Саидов Х.М., Аминов А.Х. ОМУЗИШИ КИШТИ МИКРООГАНИЗМҲО ДАР ОБЪЕКТИ МУҲИТИ АТРОФИ ШУЪБАҲОИ ТАБОБАТӢ ВА ТАВАЛЛУДХОНАИ №1 ДАР МАВРИДИ ГУЗАРОНИДАНИ ЧОРАБИНИҲОИ ПРОФИЛАКТИКӢ 77

Ахунова Н.Т., Холова З.У., Холов С.С., Сунъатуллоев Д.С., Ҳақназаров Ҳ.Ш. ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ ВА ГИПЕРУРЕКЕМИЯ ДАР МАВРИДИ ПОДАГРА 79

Ахунова Н.Т., Ҳақназаров Ҳ.Ш., Киясов А.Р., Бобоев М.М. ЭНЗИМОТЕРАПИЯИ СИЛСИЛАВӢ ДАР МАВРИДИ ТАБОБАТИ БЕМОРИҲОИ ТАРБОД 80

Ашуриён Ш.С., Набиев З.Н. Муминзода Ҷ.С. ХУСУСИЯТҲОИ КУРСИ КЛИНИКИИ АСТМАИ БРОНХӢ ДАР КӮДАКОН ДАР ЗАМИНАИ ФАРБЕҲӢ 81

Ашуриён Ш.С., Набиев З.Н., Муминзода Ҷ.С. АСТМАИ БРОНХӢ ДАР ЗАМИНАИ ФАРБЕҲӢ БО ОМӮЗИШИ НИШОНДОДҲОИ ФУНКСИЯИ БЕРУНИИ НАФАСКАШӢ ДАР КӮДАКОН 84

Қубиддинов А.Ф., Мадмаров Л., Саидов Ҷ.С., Одинаев А.А. ХУСУСИЯТҲОИ АФЗАЛИЯТНОКИИ НИШОНДИҲАНДАҲОИ ГЕМОСТАЗИ ХУНИ ДОНОРӢ ВА ИНТИХОБИ ОН ДАР КОРКАРДИ КОМПОНЕНТҲОИ ХУН 86

Мирзоев С.З., Мирзобеков Ф.З., Касирова М.Н., Карамшоева Т.И. БАҲОДИҲИИ НИСБИИ САМАРАНОКИ ИСТИФОДАИ МАВОДҲОИ НЕСТЕРОИДИИ ЗИДДИИЛТИҲОБӢ ДАР МАВРИДИ АРТРИТҲОИ РЕАКТИВӢ 87

Мирзоев С.З., Мирзобеков Ф.З., Касирова М.Н., Карамшоева Т.И. ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ САРИВАҚТИИ БЕМОРОНИ МУБТАЛОИ ТАРБОД ДАР ДАВРАИ БАРМАҲАЛИ БЕМОРӢ 87

Муминзода Ш.Ҷ., Ватанзода О., Маҳмадов Ш.К. САМАРАНОКИИ ТЕРАПЕВТИИ ТЕТРАСИКЛИНҲО ДАР ТАБОБАТИ ИЛТИҲОБИИ ПИЛКҲО 88

Сафарзода А.М., Қурбанова М.Х., Амонова Ш.Ш., Ҳалимова А.Р. ХУСУСИЯТҲОИ ТАВАССУТИ РОҲИ РАГӢ ГУЗАРОНИДАНИ СЕАНСИ ГЕМОДИАЛИЗ 89

Сафарзода А.М., Қурбанова М.Х., Ҳалимова А.Р. УСЛУБИ ГУЗАРОНИДАНИ СЕАНСИ ГЕМОДИАЛИЗ АЗ ҶОНИБИ ҲАМШИРАИ МИЁНАИ ТИББӢ ДАР БЕМОРОНИ НОРАСОГИИ МУЗМИНИ ГУРДАҲО ДАР МАРҲИЛАИ ТЕРМИНАЛӢ 92

Сафолова М.К., Рачабова Н.И. САМАРАНОКИИ ИСТИФОДАБАРИИ МЕЗОТЕРАПИЯ ДАР МАВРИДИ ТАБОБАТИ АЛОПЕТСИЯ 95

Сунъатуллоев Д.С., Холова З.У., Ҷоназарова Д.Х., Ҳақназаров Ҳ.Ш. СЕЛЕКОКСИБҲО ДАР МАВРИДИ ТАБОБАТИ БЕМОРИҲОИ ТАРБОД 96

Табаров А.И., Рачабзода М.Э., Ҷумаева М.Ҷ., Одилзда И. ТАҲЛИЛИ СОХТОРИ ФАВТ АЗ БЕМОРИҲОИ ҚАЛБУ РАГҲОИ ХУНГАРД ДАР МИСОЛИ МД «МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ КЛИНИКИИ КАРДИОЛОГИЯИ ҶТ» 97

Хайров Ҳ.С., Абдураҳмонова З., Давлатов Д.М. ОМИЛИ ИРСӢ ВА ПАҲНШАВИИ БЕМОРИИ ФАРБЕҲӢ ДАР БАЙНИ ЗАНҲОИ ШАҲРИ ДУШАНБЕ ВА НОҲИЯҲОИ ТОБЕИ ҶУМҲУРӢ 97

Хайров Ҳ.С., Абдураҳмонова З., Давлатов Д.М. ФИШОРБАЛАНДӢ ВА ПАҲНШАВИИ БЕМОРИИ ФАРБЕҲӣ ДАР БАЙНИ ЗАНҲОИ ШАҲРИ ДУШАНБЕ ВА НОҲИЯҲОИ ТОБЕИ ҶУМҲУРӢ 98

Холов Ш.Ф., Рофиева Н.Р., Аҳмадзода М.А. УСЛУБҲОИ МУОСИРИ ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ПУЛПИТ 99

Холова Б.Т., Абдуллоев Х.С., Сатторова М.Х., Нуриддинова М.К., Аббосова М. НАҚШИ СИРОЯТИ УРОГЕНИТАЛӢ ДАР ИНКИШОФИ АРТРИТҲОИ РЕАКТИВӢ 100

Холова З.У., Сунъатуллоев Д.С., Ҳақназаров Ҳ.Ш., Иброҳимзода Т.Х. H-PYLORI- ВА ГАСТРО–ДУОДЕНОПАТИЯҲОИ АЗ БОИСИ МАВОДҲОИ НЕСТЕРОИДӢ БАВУҶУДОМАДА 101

Шоҷонов М.М., Рачабова Н.Ч., Қосимова Ш.Р. ВАЙРОНШАВИИ КОРИ ДИЛ ДАР ОДАМОНИ СОЛИМ 102

V. МАСЪАЛАҲОИ МУБРАМИ СОЛИМИИ РЕПРОДУКТИВӢ, ГИНЕКОЛОГИЯ, АТФОЛ ВА ҶАРРОҲИИ КӮДАКОН

Абдуллозода Ҷ.А., Набиев З.Н., Юсуфӣ С.Ҷ., Икромов Т.Ш. ХУСУСИЯТҲОИ МУШАХХАСИ КУРСИ КЛИНИКИИ СИРОЯТИ КОРОНАВИРУС ДАР КӮДАКОН (БАЪЗЕ ҶАНБАҲОИ МОНИТОРИНГИ БЕМОРӢ) 103

Бобохоҷаева З.С., Талабов М.С., Негматова Г.К. ХУСУСИЯТҲОИ ҶАРАЁНИ КЛИНИКИИ СИРОЯТИ КОЛИИНФЕКСИЯ ДАР КӮДАКОНИ СИННИ БАРМАҲАЛ 105

Қубиддинов А.Ф., Саидов Ҷ.С., Тағоқонов М. З., Одинаев А.А., Ҳомидов Ҷ.Б. ОПТИМИЗАТСИЯИ ТАБОБАТИ ТРАНСФУЗИОНӢ ДАР МАВРИДИ ХУНРАВИҲОИ АКУШЕРӢ ДАР АМАЛИЯИ БРИГАДАҲОИ САЙЁРИ ТРАНСФУЗИОЛОГӢ-ЭҲЁГАРӢ БО ОЗМОИШГОҲИ ГЕМОСТАЗӢ 106

Қурбонова П.Г., Воҳидов А.В. БАЪЗЕ МАСЪАЛАҲОИ ПАТОФИЗИОЛОГИЯИ КАМЧИН БУДАНИ ВИТАМИНИ D ДАР ОРГАНИЗМИ КӮДАК 106

Қурбонова Р.Т., Мухамедова И.Г., Бегматов Х.Ш., Маҷидов А.А. АМАЛИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ КӮДАКОНИ ФАЛАҶИ МАЙНАИ САР 107

Латифов Ш.Э., Пулодов Ҷ.О., Шоймуродов Х.У. БАЪЗЕ НИШОНДИҲАНДАҲОИ ВАЙРОНШАВИҲОИ ГЕМОСТАЗ ДАР КӮДАКОНИ МУБТАЛОИ БЕМОРИИ ГИРШПРУНГ 108

Мамадаминова С.Х., Саидов С.О., Раҳмонов Т.К. НИШОНДИҲАНДАҲОИ ФУНКСИЯҲОИ ЭНДОТЕЛИЯ ДАР КӮДАКОН БО АСТМАИ БРОНХИАЛИИ МИЁНАВАЗНИН 109

Мамадаминова С.Х., Саидов С.О., Раҳмонов Т.К., Муҳиддинов Б. СИНДРОМИ СОХТМОНИ БРОНХИ ОБСТРУКСИЯ ВА АСТМА ДАР КӮДАКОНИ БАРВАҚТ 110

Меҳмондустов С.Г., Охунова З.А. САМАРАНОКИИ МАВОДИ ПОШКУНАНДАИ «НАЗОНЕКС» ДАР МОНОТЕРАПИЯИ БЕМОРИҲОИ АЛЛЕРГИКИИ КӮДАКОН 112

Мирзоева М.Б., Ҳақназарова М.А. САМАРАНОКИИ ШУОЪЗАНИИ ЛАЗЕРИ ПАСТШИДДАТНОК ДАР МАВРИДИ ТАБОБАТИ БЕЗУРИЁТӢ ДАР БЕМОРОНИ МУБТАЛОИ СИРОЯТИ ХЛАМИДИЯДОШТА 113

Мирзоева С.М., Шукруллоев А.Г. ТАҶРИБАИ МО ДАР ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ АРТРОЗИ СИННИ КӮДАКӢ 114

Сайдаҳмадова Ш.Ҷ., Бойматова З.К., Гулакова Д.М. ОРИЗАҲОИ ГЕСТАТСИОНӢ ДАР ЗАНҲОИ МУБТАЛОИ БЕМОРИҲОИ ҒАДУДИ СИПАРШАКЛ 114

Тағоқонов З.Ф., Назаров Э.И., Уроқов А.Н., Саидов С.О. БЕМОРИҲОИ ШАДИДИ РОҲҲОИ НАФАСКАШӢ ДАР КӮДАКОН: ПЕШГӮЙӢ, ТАШХИС ВА ПЕШГИРИИ ОРИЗАҲО 115

Хуҷагелдиева З.У., Аминов А.Х., Турсунов Р.А., Ҳикматова Б.М., Аббосова М.А. ХУСУСИЯТҲОИ СОХТОРИ ЭТИОЛОГИИ БЕМОРИҲОИ ГИНЕКОЛОГӢ ДАР ЗАНҲОИ ТОҶИКИСТОН 119

VI. МАСЪАЛАҲОИ МУБРАМИ ҶАРРОҲӢ, ОСЕБШИНОСӢ ВА ТАВОНБАХШӢ

Абдуллозода Ҷ.А., Набиев М.Х., Гадозода Н. ПЕШГИРИИ АЛОИМИ ПАНҶАИ ДИАБЕТӢ 122

Азиззода З.А., Рузибойзода К.Р., Қурбонов И.К. ҶАРРОҲИИ МИНИИНВАЗИВНӢ ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ ЭХИНОКОКИ ҶИГАР 123

Қурбонов С.Х., Абдуллоев М.С., Сафолова М.С., Салимова С.А., Ҷомаҳмадова Г.Р. ТАБОБАТИ МАҶМӮИИ БЕМОРИҲОИ ОСЕБДОШТА БО ВАЙРОНШАВИИ ОСТЕОГЕНЕЗИ РЕОПАРАТИВӢ 126

Қурбонов С.Х., Раҳмонов А.А., Хонҷонов Ф.Ҷ., Салимова С.А., Ҷомаҳмадова Г.Р. ТАРКИБИ БИОКИМИЁВИИ МОЕЪИ СИНОВИАЛӢ ДАР БЕМОРОНИ ОСТЕОАРТРОЗИ БУҒУМИ ЗОНУ 126

Мухамедова И.Г., Қурбонова Р.Т., Назаров И.Р., Ҷумаева З.Т., Ботуров У.Н. ТАБОБАТИ МАҶМӮИИ ОСТЕОПОРОЗ ДАР МАВРИДИ АРТРОЗ ВА ОСТЕОХОНДРОЗ 127

Набиев М.Х., Абдуллозода Ҷ.А. ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ БОФТАҲОИ МУЛОИМИ СИРОЯТЁФТАИ МАВТШУДА 128

Набиев М.Х., Абдуллозода Ҷ.А., Гадозода Н. ТАВОНБАХШИИ БЕМОРОНИ АЛОИМИ ПАНҶАИ ДИАБЕТИДОШТА БАЪДИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲӢ 128

Пулотов К.Ҷ., Пулодов Ҷ.О. НАТИҶАҲОИ ДУРНАМОИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ ТАРҚИШИ МУЗМИНИ МАҚЪАД 129

Пулотов К.Ҷ., Ҳомидов А.Т., Юсупов Б.Х., Ҳомидов И.Х., Давлатов А.Р. ИМКОНИЯТҲОИ ТАШХИСӢ ВА ТАБОБАТИ ДАРУННИГАРИИ МУОСИР ДАР МАВРИДИ АХАЛАЗИЯИ СУРХРӮДА 133

Пулотов К.Ҷ., Юсупов Б.Х., Хомидов И.Х. ТАҲЛИЛИ КАСОЛАТЁБИИ ЛУОБПАРДАИ СУРХРӮДА ВА МЕЪДА АЗ БОИСИ ИСТЕЪМОЛИ НОГАҲОНИ МОДДАҲОИ САХТТАЪСИРИ КИМИЁВӢ 134

О Г Л А В Л Е Н И Е

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Юсуфи С.Дж., Ашуриён Ш.С., Муминзода Дж.С., Одилзода И. ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ТЕХНОЛОГИИ И НАУЧНО – ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В ГОУ "РЕСПУБЛИКАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ" 11

Гаибов А.Г., Авгонов З.Т., Боймуродов Б.Н., Камолов Б.С. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ: СОСТОЯНИЕ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ 13

Гаибов А.Г., Пулотов К.Дж., Муминзода Дж.С., Саидов Х.М., Мадобидов А.С. СТРАХ, КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ – COVID-19 В ТАДЖИКИСТАНЕ 17

Гаибов А.Г., Шарифзода Х.С., Гоибов М.А., Шарипов М.М. МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА, КАК ФАКТОРА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (на примере Республики Таджикистан) 22

Каюмов Ф.Дж., Гаибов А.Г., Ходжаева Ш.А., Пулотов К.Дж. АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН 25

Курбонов Н.Т., Муминов Ш. ДЕТЕРМИНИРОВАННОСТЬ ТРУДОВОЙ МИГРАЦИИ, КАК МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА В ТАДЖИКИСТАНЕ 28

Магзумова Ф.П., Абдурахимов А.А. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ 30

Мирзоев М.Т., Ганизода М.Х., Искандарова М.М., Муродова Г.П. ТЕНДЕНЦИИ БРАЧНО-СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН 31

Раджабзода С.Р., Азизов З.А., Магзумова Ф.П. ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН 37

Раджабзода С.Р., Магзумова Ф.П. ПРОЦЕСС ВНЕДРЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН 37

II. ГУМАНИТАРНЫЕ, ОБЩЕСТВЕННЫЕ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

Азизова Н.Н. РОЛЬ СОВРЕМЕННОЙ ТЕХНОЛОГИИ И МЕЖПРЕДМЕТНЫЕ ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА СПЕЦИАЛИСТОВ ПСМП 39

Арбобов М.Қ., Арбобов Х.М., Абдусамадов С.А. ТЕМПЕРАТУРОПРОВОДНОСТЬ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ТУРБОНАСОСНЫХ АГРЕГАТОВ В ПОЛЕ ЦЕНТРОБЕЖНЫХ СИЛ 40

Давлятова Д.Д., Азиззода З.А., Азизова Н.Н., Раджабов Х.С. ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ 42

Давлятова Д.Д., Азиззода З.А., Азизова Н.Н., Раджабов Х.Т. ОПЫТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 44

Девонаев О.Т., Нарзуллоев Н.Ф., Менликулов М.Ф. ЛИМФОИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ЛЮДЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА 45

Зияева З.Дж., Нарзуллоев Н.Ф., Муминов Ш. ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА КОЖУ ЛИЦА 45

Зияева З.Дж., Нарзуллоев Н.Ф., Муминов Ш. РАЗРУШАЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫХ ЛУЧЕЙ НА КОЛЛАГЕН И ЭЛАСТИН 46

Зияева З.Дж., Умарова Т.Х. ИЗМЕНЕНИЯ ИНВОЛЮЦИИ ТИМУСА ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ СТРЕССА 47

Қурбонова М.З., Ёров М.Ё., Сайфуллоева М.Ҳ. ВНЕДРЕНИЕ СТУДЕНЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ МЕТОДОВ В ОБУЧЕНИИ ХИМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОЕКТНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ 47

Мирзоахмедов Ф., Нуриддинзода А.Д., Ҳафизов А.Х. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕТЕВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОТКРЫТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ВУЗАХ (обзорная) 50

Назаров Дж.С., Назарова Ф.Х., Меликов Т.Қ., Сафаров А. РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА 54

Нарзуллоев Н.Ф., Девонаев О.Т., Алиев А.А. ТОЛЩИНА ЛИМФОИДНЫХ УЗЕЛКОВ В СТЕНКАХ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ЛЮДЕЙ ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ 56

Раҳмонова М.Ш., Саидшоҳи С., Лаълбекова С.С. ХЛОРИРОВАНИЕ МЕТАЛЛИЧЕСКОГО МЕДА В АНАЛИТИЧЕСКИХ АВТОКЛАВАХ 57

Соҳибова З.Н., Искандаров М.М., Озоди О., Сафаров А. ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИИЙ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС НА КАФЕДРЕ ГИСТОЛОГИИ 58

Соҳибова З.Н., Мухамадиева К.М., Шукурова Ф.Ш. МОЛЕКУЛЯРНО - ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ С КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ 59

Соҳибова З.Н., Нарзуллоев Н.Ф. ТЕРМОРЕГУЛЯЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ КОЖИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 60

Соҳибова З.Н., Шукурова Д.А. РЕАКЦИИ КОЖИ НА ХИМИЧЕСКОЕ РАЗДРАЖЕНИЕ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 60

Тамризи Мубин, Сафаров А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ - ОДНО ИЗ УСЛОВИЙ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ 61

Хасанов О.К., Бекназарова Н.С. Рахмонова М.Ш. Ермадов П.Б. КОМПЛЕКСООБРАЗОВАНИЯ ЖЕЛЕЗА (III) С 1-ФЕНИЛ-2,3-ДИМЕТИЛ-ПИРАЗОЛИН - 5 - ТИОНОМ В СМЕШАННОМ РАСТВОРИТЕЛЕ (6МОЛЬ/Л HCI:АЦЕТОН=2:1) ПРИ 288К 61

Ҳасанова Д.М. НАРУШЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ГЛИКОПРОТЕНОВ, КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ СТАРЕНИЯ ГИАЛИНОГО ХРЯЩА 62

Ҳасанова Д.М. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ВЕЩЕСТВА РЫХЛОЙ ВОЛОКНИСТОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 63

Шукурова Д.А., Мирзоева М.Т. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТАТОЧНЫХ КОМПОНЕНТОВ КОЖИ У ЖЕНЩИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА 64

Шукурова Д.А., Сохибова З.Н., Мирзоева М.Т. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЛАНОЦИТОВ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ 64

Эмомова С. ПОНЯТИЕ И СФЕРА ОХВАТА ИНФОРМАЦИОННО - КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ЕГО РОЛЬ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА 65

III. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ НАУКИ

Саторов С., Мирзоева Ф.Д., Бобоходжаева З.С. СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БАКТЕРИЦИДНОЙ АКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ РАСТЕНИЙ ИЗ ФЛОРЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЧАСТИ ТАДЖИКИСТАНА В ОТНОШЕНИИ PSEUDOMONAS AUREGENOSA 72

Саторов С., Мирзоева Ф.Д., Бобоходжаева З.С. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ ЭКСТРАКТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ РАСТЕНИЙ, ПРОИЗРАСТАЮЩИХ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЧАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН 73

Ходжаева З.Г., Курбонбекова Ш.Ш. ПОЛИФЕНОЛЫ ПОЛЫНИ САНТОЛИНОЛИСТНОЙ 74

IV. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Абдуллоев И. ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЯМИ РАСПОЛОЖЕНИЯ ОПОРНЫХ ЗУБОВ 75

Алиев С.П., Худжагелдиева З.У., Саидов Х.М., Аминов А.Х. ИЗУЧЕНИЕ ВЫСЕВАЕМОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ В ОБЪЕКТАХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ОТДЕЛЕНИЙ ГУ НИИАГИПТ И РОДДОМА №1 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ 77

Ахунова Н.Т., Холова З.У., Холов С.С., Сунъатуллоев Д.С., Хакназаров Х.Ш. ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ И ГИПЕРУРЕКЕМИЯ ПРИ ПОДАГРЕ 79

Ахунова Н.Т., Хакназаров Х.Ш., Киясов А.Р., Бобоев М.М. СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 80

Ашуриён Ш.С., Набиев З.Н. Муминзода Дж.С. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ 81

Ашуриён Ш.С., Набиев З.Н., Муминзода Дж.С. БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ С ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ 84

Кубиддинов А.Ф., Мадмаров Л., Саидов Дж.С., Одинаев А.А. ОСОБЕННОСТИ ПРЕВАЛИРОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА ДОНОРСКОЙ КРОВИ И ИЗБИРАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЗАГОТОВКЕ ГЕМОКОМПОНЕНТОВ 86

Мирзоев С.З., Мирзобеков Ф.З., Касирова М.Н., Карамшоева Т.И. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НПВП ПРИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТАХ 87

Мирзоев С.З., Мирзобеков Ф.З., Касирова М.Н., Карамшоева Т.И. ДИАГНОСТИКА И СВОЕВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АТРИТОМ НА РАННИЕЕЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ 87

Муминзода Ш.Дж., Ватанзода О., Махмадов Ш.К. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕТРАЦИКЛИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕКА 88

Сафарзода А.М., Курбанова М.Х., Амонова Ш.Ш., Халимова А.Р. ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕАНСА ГЕМОДИАЛИЗА 89

Сафарзода А.М., Курбанова М.Х., Халимова А.Р. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ СЕАНСА ГЕМОДИАЛИЗА СО СТОРОНЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА У БОЛЬНЫХ ХПН В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ 92

Сафолова М.К., Раджабова Н.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕЗОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛОПЕЦИИ 95

Сунъатуллоев Д.С., Холова З.У., Джоназарова Д.Х, Хакназаров Х.Ш. ЦЕЛЕКОКСИБЫ В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 96

Табаров А.И., Раджабзода М.Э., Джумаева М.Дж. АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «РЕСПУБЛИКАНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА КАРДИОЛОГИИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН» 97

Хайров Х.С., Абдурахмонова З., Давлатов Д.М. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И РАСПРОСТАНЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН ГОРОДА ДУШАНБЕ И РРП 97

Хайров Х.С., Абдурахмонова З., Давлатов Д.М. ГИПЕРТОНИЯ И РАСПРОСТАНЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН ГОРОДА ДУШАНБЕ И РРП.. 98

Холов Ш.Ф., Рофиева Н.Р., Ахмадзода М.А. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ ПУЛЬПИТА 99

Холова Б.Т., Абдуллоев Х.С., Сатторова М.Х., Нуриддинова М.К., Аббосова М. РОЛЬ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РАЗВИТИИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ 100

Холова З.У., Сунъатуллоев Д.С., Хакназаров Х.Ш., Иброхимзода Т.Х. H-PYLORI- И НПВП-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ГАСТРО И ДУОДЕНОПАТИИ 101

Шоджонов М.М., Раджабова Н.Ч., Косимова Ш.Р. НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ 102

V. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ, ГИНЕКОЛОГИИ, ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Абдуллозода Дж.А., Набиев З.Н., Юсуфӣ С.Дж., Икромов Т.Ш. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ (НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МОНИТОРИНГА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ) 103

Бобоходжаева З.С., Талабов М.С., Негматова Г.К. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ КОЛИИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 105

Кубиддинов А.Ф., Саидов Дж.С., Тагожонов М.З., Одинаев А.А., Хомидов Дж.Б. ОПТИМИЗАЦИЯ ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ НА ПРАКТИКЕ ВЫЕЗДНОЙ РЕАНИМАЦИОННО-ТРАНСФУЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ С ЛАБОРАТОРИЕЙ ГЕМОСТАЗА..... 106

Курбонова П.Г., Вохидов А.В. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОФИЗИОЛОГИИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D В ОРГАНИЗМЕ РЕБЕНКА..... 106

Курбанова Р.Т., Мухамедова И.Г., Бегматов Х.Ш., Маджидов А.А. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ..... 107

Латифов Ш.Э., Пулодов Дж.О., Шоймуродов Х.У. НЕКОТОРЫЕ НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА 108

Мамадаминова С.Х., Саидов С.О., Рахмонов Т.К. ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С СРЕДНЕТЯЖЁЛОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 109

Мамадаминова С.Х., Саидов С.О., Рахмонов Т.К., Мухиддинов Б. СИНДРОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ И АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 110

Мехмондустов С.Г., Ахунова З.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПРЕЯ «НАЗОНЕКС» В МОНОТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ У ДЕТЕЙ..... 112

Мирзоева М.Б., Хакназарова М.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ТЕРАПИИ БЕСПЛОДИЯ У ПАЦИЕНТОК С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ..... 113

Мирзоева С.М., Шукруллоев А.Г. НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТРОЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ 114

Сайдахмадова Ш.Дж., Байматова З.К., Гулакова Д.М. ГЕСТАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 114

Тагожонов З.Ф., Назаров Э.И., Уроков А.Н., Саидов С.О. ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ 115

Худжагелдиева З.У., Аминов А.Х., Турсунов Р.А., Хикматова Б.М., Аббасова М.А. ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН 119

VI. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ, ТРАВМАТОЛОГИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Абдуллозода Д.А., Набиев М.Х. ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ 122

Азиззода З.А., Рузибайзода К.Р., Курбонов И.К. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ..... 123

Курбонов С.Х., Абдуллоев М.С., Сафолова М.С., Салимова С.А., Джомахмадова Г.Р. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С РАСТРОЙСТВАМИ РЕПОРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА 126

Курбонов С.Х, Рахмонов А.А., Хонджанов Ф.Дж., Салимова С.А., Джомахмадова Г.Р. БИОХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА 126

Мухамедова И.Г., Курбанова Р.Т., Назаров И.Р., Джумаева З.Т., Ботуров У.Н. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ АРТРОЗАХ И ОСТЕОХОНДРОЗЕ..... 127

Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А., Гадозода Н. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ..... 128

Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А., Гадозода Н. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ..... 128

Пулотов К.Дж., Пулодов Дж.О. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН 129

Пулотов К.Дж., Хомидов А.Т., Юсупов Б.Х., Хамидов И.Х., Давлатов А.Р. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ЭНДОСКОПИИ ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ..... 133

Пулотов К.Дж., Юсупов Б.Х., Хамидов И.Х. АНАЛИЗ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ВСЛЕДСТВИИ СЛУЧАЙНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ ДЕТЬМИ АГРЕССИВНО-ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ 134

Юсуфӣ С.Ҷ., Ашуриён Ш.С., Муминзода Ҷ.С., Одилзода И.

ИСТИФОДАИ ТЕХНОЛОГИЯИ МУОСИР ВА КОРҲОИ ИЛМӢ – ТАДҚИҚОТӢ ДАР РАВАНДИ ОМОДАСОЗИИ МУТАХССИСОНИ МИЁНАИ КАСБИИ ТИББӢ ДАР МДТ “КОЛЛЕҶИ ТИББИИ ҶУМҲУРИЯВӢ”

Тибқи «Стратегияи миллии солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2010 –2020» бунёди муассисаҳои нави тандурустӣ, таъмиру таҷдиди иншооти мавҷудаи тиббӣ ва бо таҷҳизоти муосири тиббӣ таъмин намудани онҳо, инчунин омодасозии кадрҳо низ ба нақша гирифта шудааст, зеро яке аз самтҳои муҳим ва афзалиятноки сиёсати иҷтимоии Ҳукумати кишвар масъалаи омода намудани мутахассисони баландихтисоси соҳаи тиб ба ҳисоб меравад.

Дар даврони соҳибистиқлолӣ зиёда аз ҳазор муассисаи тиббӣ бунёд ва таъмиру таҷдид шуда, дар даҳ соли охир ба кишвар технология ва таҷҳизоти муосиртарини ташхисиву табобатӣ ворид карда шудааст.

Бо фароҳам овардани заминаи мусоиди моддиву техникӣ мутахассисони соҳа ҳоло усулҳои муосири ташхисиву табобатиро роҳандозӣ намуда истодаанд.

Аз ҷумла, дар муассисаҳои тиббии кишвар табобати бемории чашм, саратон, ҷарроҳии мураккаби дил, бартараф намудани нуқсонҳои рӯй, иллати модарзодии дил, ивазсозии шараёнҳои қалб ва ҷарроҳиҳои дигар ба роҳ монда шудааст.

Бо кӯшиши олимони соҳа озмоишгоҳи ҳуҷайраҳои бунёдӣ ба фаъолият оғоз намуда, табобати бемориҳои дилу раг ва ҷигар тавассути ҳуҷайрадармонӣ ба роҳ монда мешавад.

Аз соли 2009 дар Тоҷикистон амалиёти ҷарроҳии пайвандсозии гурда анҷом дода мешавад, ки мушкилоти гарони аҳолии кишварамонро осон кардааст. То имрӯз дар маркази миллии пайвандсозии узву бофтаҳои инсон ба садҳо нафар амалиёти ҷарроҳии гурда гузаронида шудааст.

Боиси ифтихор аст, ки дар натиҷаи рушди соҳаи тиб солҳои охир кишвари мо дар самти ташхису табобат аз давлати фиристандаи беморон ба кишвари қабулкунандаи маризон табдил ёфтааст. Бешубҳа, ҳамаи ин комёбиҳо натиҷаи заҳмату талошҳои, олимону донишмандон ва шифокорони миллати тоҷик мебошад.

Сарфи назар аз дастовардҳои соҳаи тандурустӣ ҳанӯз ҳам истифодаи усулҳои наву самараноки пешгирӣ ва ташхису табобати бемориҳо дар асоси навгониҳои илми муосир ва технологияи ҳозиразамон ҳамчун вазифа ва самти афзалиятноки сиёсати тандурустӣ боқӣ мемонад.

Солҳои охир талаботи аҳолӣ нисбат ба хизматрасонии босифати тиббӣ зиёд гардидааст, ки ин раванд таваҷҷуҳи бештарро ба омодасозии кадрҳои соҳибтахассус тақозо мекунад.

Мусаллам аст, ки хизматрасонии босифати аввалияи тиббӣ натанҳо аз донишу малакаи кормандони соҳа, балки аз мавҷуд будани заминаи моддиву техникӣ вобаста аст.

Сол аз сол дар заминаи Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Ваҳдати миллӣ дар МДТ “Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ” дар қатори дигар муассисаҳои тиббӣ ва профлактикии ҷумҳурӣ, бо дастгирии Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, Вазоратҳои тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолӣ ва маориф ва илми Ҷумҳурии Тоҷикистон шароитҳо баҳри омодасозии мутахассисони миёнаи тиббӣ беҳтар шуда истодааст.

Айни замон МДТ “Колеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ” дорои 4 - бинои таълимӣ, марказҳои таълимӣ-истеҳсолии дорусозӣ, маркази таълимӣ-табобатии ҷарроҳия, маркази таълимӣ-табобатии стоматология, маркази таъмири техникаи тиббӣ, маркази омӯзиши малакаҳои амалии ҳамширагӣ, маркази таълимӣ-ахборотии таълими фосилавӣ оид ба банақшагирии оила, 4 ташхисгоҳҳои таълимӣ, зиёда аз 401 кабинетҳои таълимӣ мебошад.

Бо мақсади боз ҳам беҳтар намудани шароитҳои таълим ва омодасозии мутахассисон, Рӯзи 1 сентябри соли равон бо иштироки Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон ва Раиси Маҷлиси миллии Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Раиси шаҳри Душанбе муҳтарам Рустами Эмомалӣ бинои нави замонавӣ дар суроғаи кӯчаи Раҳмон Набиев - 248, дар ваъзияти тантанавӣ, мавриди истифодаи омӯзгорону донишҷуёни коллеҷ қарор доданд,ки дар минтақаи

Осиёи Миёна назир надорад.

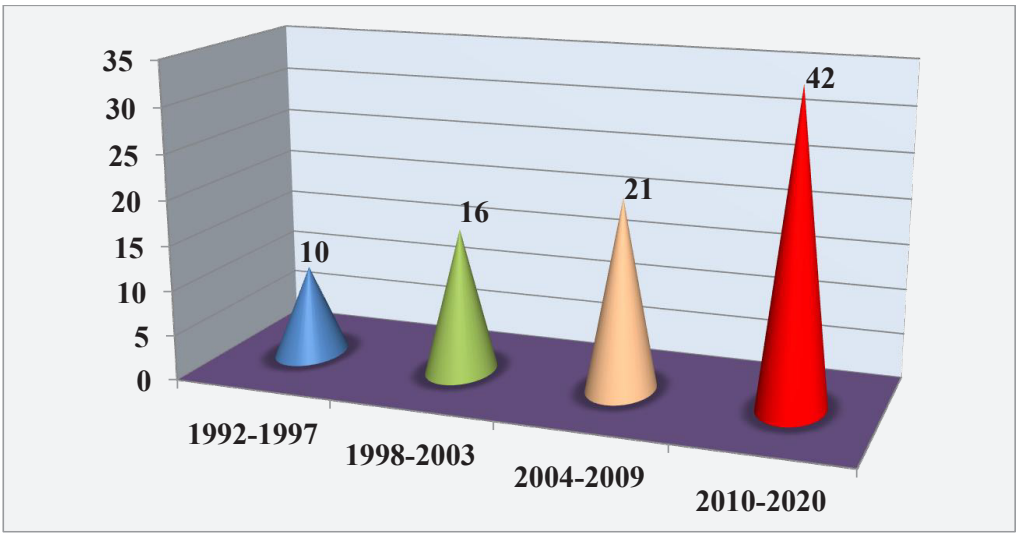
Масоҳати умумии ҳудуди он 13000 метри квадратӣ (1,3 га), аз он ҷумла, масоҳати зери сохтмон 4150,50, масоҳати роҳҳо ва гузаргоҳҳо 3270,50, масоҳати майдончаи варзишӣ 1850,25, масоҳати сабзазорҳо ва гулгаштҳо 3728,75 метри квадратиро ташкил медиҳад. Масоҳати таълимии бино бошад, 16627 метри квадратиро ташкил медиҳад, ки барои таълиму омӯзиши 3500 донишҷӯ дар як баст рост меояд. Бинои мазкур аз 146 кабинетҳои таълимӣ, 8 толори лексионӣ ва 1 маҷлисгоҳ барои 350 нафар иборат мебошад.

Ҳамаи ин шароиту имкониятҳо барои пешбурди корҳои илмӣ тадқиқотӣ, ки яке аз самтҳои афзалиятноки Коллеҷ ба шумор меравад зарӯр мебошанд. Имрӯзҳо зиёда аз 32 нафар устодони таълимгоҳ дар самтҳои гуногун - тиб, кимиё ва биология, филология, педагогика ва психология, таъриху фалсафа, аз ҷумлаи онҳо 3 нафар барои дарёфти дараҷаи илмии доктори илм ва 29 нафар барои дарёфти дараҷаи номзади илмҳо таҳқиқот бурда истодаанд.

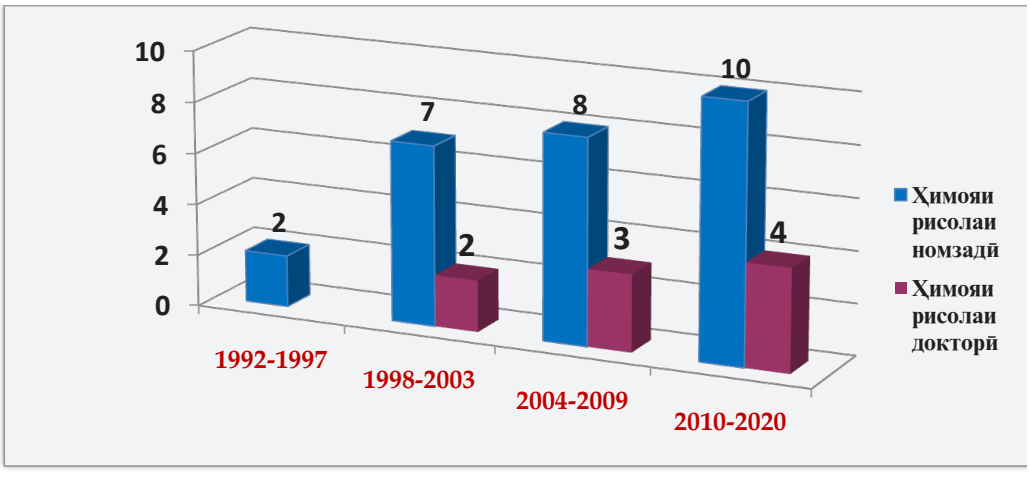
Имрӯзҳо технологияи муосир дар раванди таълим ва тадқиқотҳои илмӣ васеъ истифода бурда мешавад ва он яке аз роҳҳои асосии баланд бардоштани сифати таҳсилот мебошад. Аз ин ру ҳамасола ба Коллеҷ васоити электронии таълим ворид карда мешавад. Айни замон шумораи компютерҳо дар Коллеҷ 447, принтерҳо 208, тахтаҳои электронӣ 87, проектори мултимедӣ 85 ададро ташкил медиҳад.

Соли 2019 дар коллеҷ бо ҷаҳду талоши роҳбарият дар назди кафедраҳои тиббӣ - риёзӣ, ташхиси лабораторӣ ва тиббӣ - биологӣ озмоишгоҳҳои тадқиқотии таълимии биофизика, таҳлилҳои биокимёвӣ ва кимёвӣ ташкил карда шу-

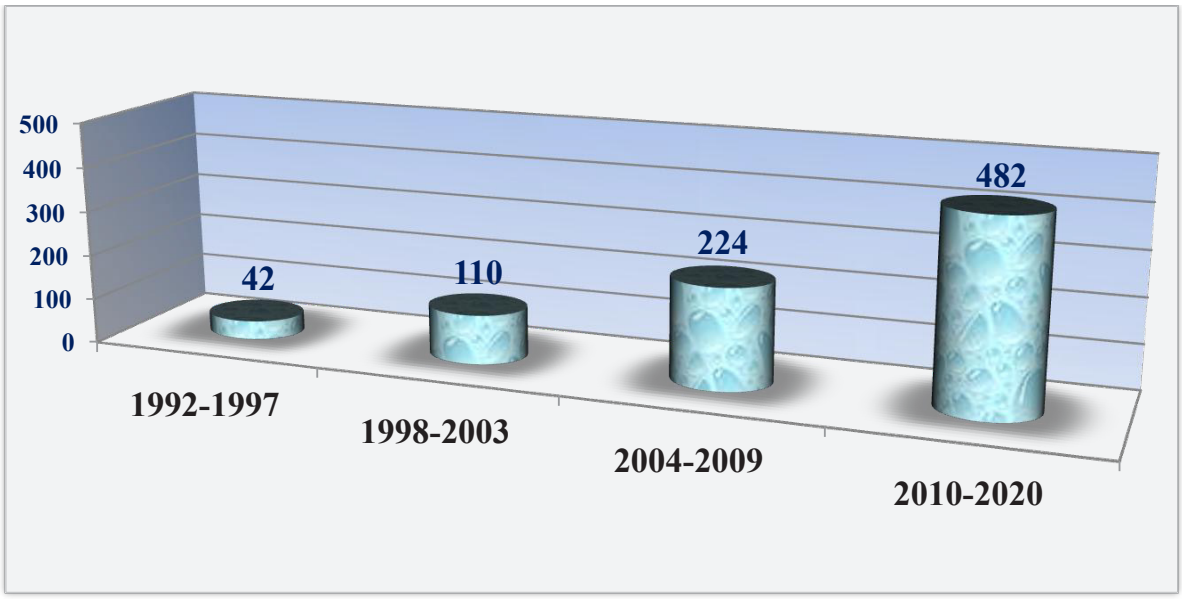
Шумораи кормандоне, ки ба корҳои илмӣ-тадқиқотӣ машғуланд



Шумораи ҳимояи рисолаҳои илмӣ дар давраи солҳои 1992 - 2020



Аз тарафи кормандони илмии Коллеҷ дар давраи солҳои 1992 – 2020 зиёда 482 мақолаҳои илмӣ ба чоп расидаанд



дааст. Дар ин озмоишгоҳҳо аз ҷониби омӯзгорон ва донишҷуён корҳои илмӣ-тадқиқотӣ бурда мешавад.

Айни замон дар Коллеҷ 3 нафар докторони илмҳои тиб, 11 нафар номзадони илмҳои тиб ва 1 нафар номзади илмҳои филология ва 1 нафар номзади илмҳои педагогӣ фаъолият доранд.

Шумораи кормандони ба корҳои илмӣ-тадқиқотӣ машғулбуда нисбат ба 5 солаи давраи аз соли 1992 то соли 1997 ба 22% афзӯдааст

Ҳамасола дар Коллеҷ конфронси солонаи ҷумҳуриявии илмӣ-амалӣ ташкил ва баргузор мегардад, ки дар он натиҷаи корҳои илмӣ-тадқиқотии кормандони Коллеҷ ва дигар муассисаҳои илмӣ-тадқиқотӣ баррасию муҳокима мегарданд.

Ҳамчунин масъалаҳои машғул гардидани омӯзгорону донишҷуёни коллеҷ ба корҳои илмӣ – тадқиқотӣ,пешниҳод намудани мақолаҳои илмӣ дар матбуоти даврӣ,конфренсияҳо,нишастҳои илмӣ,симпозиумҳо ва дигар ВАО, дар Шурои олимони коллеҷ пайваста мавриди муҳокима ва баррасӣ қаорор мегирад.

Роҳбарияти Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ дастуру супоришҳои Асосгузори сулҳу Ваҳдати миллӣ - Пешвои миллат, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмонро зери сармашқи кори худ қарор дода, дар оянда кӯшиш менамояд, ки баҳри боз ҳам беҳтару хубтар ба роҳ мондани ҷараёни корҳои илмӣ-тадқиқотӣ ва бо ин васила барои баланд бардоштани сатҳи тахассуснокии омӯзгорон ва омодасозии мутахассисони миёнаи касбии тиббӣ, тамоми имкониятҳоро фароҳам биёрад.

Гаибов А.Г.[1,2], Авгонов З.Т.[3], Боймуродов Б.Н.[4], Камолов Б.С.[5]

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ: СОСТОЯНИЕ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

ГОУ «Республиканский медицинский колледж»[1],
ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»[2],
ГУ «НИИ профилактической медицины»[3],
ГУ «Детский республиканский реабилитационный центр»[4],
Государственная служба медико-социальной экспертизы[5] Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Приоритетными задачами в области здравоохранения и социальной защиты населения на современном этапе являются укрепление здоровья, профилактика заболеваемости и инвалидности, развитие услуг реабилитации. Согласно экспертным оценкам, 15,0% населения мира в 2018 г. име-

ли статус инвалидности, причем в 5,0% случаев он соответствовал таким тяжелым состояниям, как паралич конечностей, стойкая форма депрессии или полная слепота. При этом дети в возрасте до 14 лет среди инвалидов составляли не менее 6,0% случаев, в т.ч. около 1,0% из них имели тяжелые формы инвалидности. Ежегодно в мире впервые признаются инвалидами свыше 1 млн. человек. В Таджикистане к началу 2019 г. на учете состояло 146826 тыс. человек, или 1,8% от общего числа населения - 9,1 млн. человек, из них 27355 инвалидов с раннего детства. Детская инвалидность имеет тенденцию к росту и является важнейшей медико-социальной проблемой.

Ежегодно в стране свыше 7-8 тысяч человек впервые признаются инвалидами. Настоящим исследованием охвачены ограниченный круг проблем связанные с реабилитацией инвалидов[3]. Инвалидизация населения во всем мире является объективной социальной проблемой, избежать которой невозможно ни в одном обществе. Она непропорционально поражает уязвимые слои населения и более распространена среди женщин, детей, пожилых и бедных слоев населения.

При этом инвалидность, в целом занимая особое место среди актуальных медико-социальных проблем современности, отражается на состоянии всего потенциала здоровья и адаптационных ресурсов населения [1]. Этим обусловлена необходимость всеобъемлющего внимания, направленного на решение таких важнейших задач государства и общества, как защита и реабилитация людей с инвалидностью.

Инвалидность, как медико-социальная проблема, вызывает все большую озабоченность. Во-первых, это результат старения некоторой части населения и увеличения числа факторов риска среди определенной категории людей. Во-вторых, это глобальный рост частоты случаев таких хронических состояний, как сахарный диабет, сердечно-сосудистые, онкологические, психические заболевания и травмы [2].

Согласно мировой статистике, неинфекционные заболевания (НИЗ) составляют более 98,0% в структуре общей заболеваемости, оставаясь основной причиной инвалидизации и преждевременной смертности населения [1]. НИЗ являются основной причиной инвалидности и смертности в Таджикистане, требуя немалых ресурсов от системы здравоохранения и социальной защиты [5].

Профилактика инвалидности, медицинская и социальная реабилитация представляют собой ведущие компоненты стратегии борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями, принятой ВОЗ. В отечественной медицине реабилитация рассматривается как метод предупреждения инвалидности, снижения её бремени в общей системе профилактики и является составной частью диспансеризации.

В современных условиях социально-экономического развития страны значимость диспансеризации определяется, в значительной мере, показателями снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности, сокращения выхода на первичную инвалидность и смертности в трудоспособном возрасте.Не вызывает сомнения, что люди с инвалидностью имеют более низкие показатели здоровья, образования, меньшую экономическую активность и доходы, чем люди, не имеющие ограничений в реализации своих привычных возможностей получать услуги в системах здравоохранения, образования, в сферах занятости, информационного и транспортного обслуживания [2, 5].

Приняты нормативно-правовые документы, где все образовательные учреждения независимо от форм собственности должны обеспечить равный доступ и получения образования детей с инвалидностью без дискриминации [3]. Для создания инклюзивного общества требуется разработка новых, более эффективных организационных комплексных мер по реабилитации инвалидов, с одной стороны, и совершенствование путей профилактики инвалидности, с другой; реализация указанных мер является одной из актуальных задач, стоящих перед системой здравоохранения и социальной защиты населения [2]. В долгосрочной перспективе для достижения целей развития тысячелетия и соответственно других программных документов, требуется расширение прав инвалидов, устранение барьеров, мешающих им участвовать в жизни сообщества. В силу стигматизации и предрассудков люди с инвалидностью сталкиваются с социальными и информационными барьерами. К соответствующим усилиям необходимо отнести создание благоприятной окружающей среды, развитие индивидуальных реабилитационных и вспомогательных услуг, а также применение существующих стандартов, законодательных и нормативных актов.

В последние годы в этом направлении службами медико-социальной экспертизы, научно-исследовательскими институтами уже делаются адекватные шаги, однако они должны быть ускорены

всеми ответственными структурами законодательной и исполнительной власти, а также заинтересованными общественными организациями.

Несмотря на предпринимаемые шаги, о доступной среде для людей с инвалидностью в Таджикистане говорить еще рано, в этой сфере остаются ряд проблем, но заметны и положительные тенденции. Правительством Республики Таджикистан при поддержке международных организаций приняты и реализуются соответствующие программы и стандарты по созданию без барьерной среды [4].

В «Конвенции о правах инвалидов» ООН, подписанной в 2018 году Таджикистаном, отражен основной сдвиг в глобальном понимании проблем инвалидности и реабилитации людей с инвалидностью. Основная цель Конвенции заключается в поощрении, защите и обеспечении полного и равного осуществления прав человека и основных свобод всеми лицами с инвалидностью, а также в анкураживание присущего им достоинства.

Что касается осуществления экономических, социальных и культурных прав, то каждое государство-участник обязуется принимать меры к постепенному достижению полной реализации этих прав в соответствии с международным правом, при этом максимально задействуются имеющиеся в стране ресурсы, а в случае необходимости инициируется международное сотрудничество.

Определить уровень потребности лица с инвалидностью в социальной защите невозможно без оценки биосоциальных последствий болезни и травм. С другой стороны, без мероприятий по социальной защите и обеспечения определенного уровня жизнедеятельности, невозможна реализация реабилитационных мероприятий.

Современная МСЭ должна базироваться на изменениях концепции инвалидности, цели, задачах и функциях, приоритетности общедемократических ценностей, прежде всего, прав человека. Она характеризуется государственным подходом и реабилитационной направленностью всей деятельности медицинских экспертных учреждений, а также единообразием методологических принципов на всей территории страны.

В целях динамического наблюдения за состоянием здоровья и прогноза развития, компенсаторных и адаптационных возможностей людей с инвалидностью проводят их систематическое переосвидетельствование.

Такое динамическое наблюдение имеет важное медицинское, юридическое и народнохозяйственное значение, позволяя определить тенденции течения патологического процесса в клиническом и трудовом аспекте.

От правовой регламентации, рациональной организации МСЭ, ее качества и научной обоснованности зависят как реализация прав каждого человека на социальную защиту, так и рациональное расходование государственных и общественных средств на материальное обеспечение инвалидов.

В целях реализации Закона Республики Таджикистан «О социальной защите инвалидов» и нормативно - правовых актов в социальной сфере предполагается проведение комплекса мероприятий, направленных на обеспечение лицам с инвалидностью должного социального и правового статуса, создание возможностей для их интеграции в общество. Наличие равных возможностей для всех групп населения, несомненно, является одной из основных особенностей современного гражданского общества.

Ведущая роль в проведении этих мероприятий отводится Государственной службе МСЭ, основная цель которой - научно обоснованная оценка медико - социального и психологического статуса больного, претендующего на особые меры по социальной защите, определение условий обеспечения его оптимальной жизнедеятельности.

Социальная работа имеет свои специфические особенности. Одной из них является далеко не всегда удовлетворяющая медико-социальная направленность деятельности различных секторов. Следует признать, что ее развитие сопряжено с большими трудностями, обусловленными демографической и социально-экономической обстановкой.

На качество и доступность медико-социальных услуг для людей с ограниченными возможностями в регионах Республики Таджикистан негативно влияют их слабая межсекторальная координация, низкая обеспеченность кадрами, недосточное финансирования, ненадлежащая диспансеризация и низкий уровень квалификации персонала.

При поддержке международного сообщества в Таджикистане уже осуществлен ряд мер по утверждению методологических основ медико-социальной работы. При этом обоснованы новые образцы социальной помощи, апробированы новые технологии реабилитации и протезирования.В Таджикистане работают около 3000 социальных работников и зарегистрировано всего 39 отделений социальной помощи на дому [3].

Их внедрения в практику требует изданный в 2010 году Закон Республики Таджикистан «О

социальной защите инвалидов», в котором акцентируется внимание всех институтов исполнительной власти на реализацию концепции социальной модели инвалидности.

Исходя из расстройства функций, как основного критерия потребности в реабилитации, можно выявить значительный контингент нуждающихся в медико-социальных мероприятиях, формирующих уровень общественного здоровья, что диктует необходимость разработки новой методологии решение проблем ее организации на территориальном уровне.

В основе этой методологии лежит процесс восстановления личностного и социального статуса человека. Для практической деятельности особое значение имеют две его основные характеристики - это инфраструктура и динамика. При этом основными принципами реабилитации становятся ранняя диагностика, непрерывность, комплексность, этапность, индивидуальность, динамичность и завершенность [5].

Более того, постановлением Правительства Республики Таджикистан от 28 октября 2016 года, за №455 принята «Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы». Стратегия данной программы, прежде всего, направлена на профилактику инвалидности, медицинскую и социальную реабилитацию, а также на доступность и качество медико-санитарных и социальных услуг для людей с инвалидностью.

Однако, многие индикаторы названной программы представлены в качественном измерении и не связаны с конкретными финансовыми показателями,что создает проблему их исследования и оценке на практике [3].

Для государства решение вопросов социальной реабилитации инвалидов позволяет реализовать принцип социальной направленности и уменьшить социальную напряженность среди этой категории граждан. В связи с этим представляется необходимым выбор таких форм социальной защиты, ориентиром которых было бы удовлетворение потребностей в получении образования, профессиональной подготовке, содействии в трудоустройстве, выплата соответствующих пособий и пенсий [2].

Дальнейшее совершенствование системы медико-социальной реабилитации должно базироваться на приоритете интересов лиц с инвалидностью при осуществлении реабилитационных мероприятий, общедоступности системы реабилитации, с учетом потребностей каждого лица с инвалидностью и обеспечения координации служб, осуществляющих реабилитацию на всех уровнях.

В современных условиях распространения социальнозначимых заболеваний, такие как, туберкулез, ожирения, сахарный диабет, сердечно-сосудистые, неврологические, онкологические патологии, увеличение эмоционального напряжения и повышение генетического риска, даже у здоровых людей в процессе труда, могут в определенной степени взывать кратковременную утрату биосоциальных функций организма, и инструментом их восстановления является реабилитация.

Таким образом, понятие инвалидности значительно изменилось: от восприятия людей с инвалидностью лишь как получателей благотворительной медицинской помощи и государственных пособий до более объективного взгляда на них как на равноправных граждан страны. Такой подход на основе прав человека всё чаще отражается в разрабатываемых и принимаемых к исполнению законодательных документах и стратегических программах. В то же время оценка состояния организации системы реабилитации в Республике Таджикистан показала, что служба реабилитации людей с инвалидностью в отдельных сельских регионах все еще не способна осуществлять системный подход в организации и проведении реабилитационных мероприятий. Решение проблем инвалидности является одним из приоритетных направлений социальной политики и в значительной мере определяет уровень социального благополучия, как всего населения, так и его социально уязвимых групп.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гаибов А.Г. Условия перехода к социальной модели инвалидности и особенности реабилитации лиц с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан / А.Г. Гаибов, Н.Б. Лукьянов, М.М. Рузиев // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. -2017. - № 3. - С.11-15.

2. Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы. Утверждена Постановлением Правительства Республики Таджикистан № 455 от 28 октября 2016 года. - 136 с.

3. Петрушков М.Г. Анализ ситуации в сфере социальной защиты и поддержки лиц с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан: современное состояние и перспективы / М.Г. Петрушков // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки, 2019, № 1 (53). - С. 102–115.

4. ЮНИСЕФ. Проблемы детской инвалидности в переходный период в странах ЦВЕ/СНГ и Балтии.

Доклад ЮНИСЕФ. - М., 2012. - 70 с.

5. Satish Mishra, Sharon DeMuth, Sanjeev Sabharwa, Hugh G. Watts, Kirsten (Kiki) L. Lentz, Manfred Huber, Gayatri Kembhavi // Инвалидность и реабилитация в Таджикистане: разработка межотраслевой национальной программы для того, чтобы никто не был оставлен без внимания. Панорама общественного здравоохранения. ВОЗ.Том.4. 2018. - С. 2010-2019.

Гаибов А.Г., Пулотов К.Дж., Муминзода Дж.С., Саидов Х.М., Мадобидов А.С.

СТРАХ, КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ – COVID-19 В ТАДЖИКИСТАНЕ

ГУ «НИИ профилактической медицины Таджикистана»[1],
ГОУ «Республиканский медицинский колледж»[2]
ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» МЗ СЗН РТ[3]
Центр Госсанэпиднадзора г. Душанбе[4]

Актуальность. История человечества насчитывает множество различных инфекционных заболеваний, возникающих на Земле. До сегодняшних дней сохранились многочисленные подтверждения существования опустошительных эпидемий, которые охватывали не только отдельные страны, но и целые континенты [5]. Губительные эпидемии ушли в прошлое и редко стали смертоносны, как несколько веков назад, но даже благодаря развитию медицины, они продолжают возникать. Это является следствием нарушений баланса между человеческими популяциями, наличием возбудителей опасных инфекционных заболеваний и условиями их существования [1].

В конце XX и начало текущего века обострилась ситуация с такими широко известными заболеваниями, как чума, холера, желтая лихорадка, и появилось более 30 новых ранее неизвестных, но опасных болезней: высоко контагиозное геморрагические лихорадки Ласса, Эбола, Марбург; ВИЧ-инфекция, птичий и свиной грипп, коронаровирусы (Coronoviridae) и другие [2, 6].

Главными причинами быстрого распространения острых инфекции верхних дыхательных путей, почти во всех регионах мира является несоблюдение элементарных правил личной гигиены, отсутствие превентивных профилактических мероприятий, вакцинации и, как следствие, низкая санитарная культура, потенциальная возможность распространения различных инфекционных заболеваний. На сегодняшний день количество больных смертельным заболеванием значительно сократилось, чем в прошлые столетия [2, 4].

Инфекционные болезни, в том числе и новые, составляют угрозу развития человечества, поскольку является причиной трети общего ежегодного количества смертей, как взрослых, так и детей в мире.

Более того, 50% случаев смерти детей в возрасте до 5 лет вызваны патологиями органов дыхания, кишечными инфекциями, корью, малярией, и другими патологиями, а в структуре заболеваемости в названной возрастной группе инфекционные болезни составляют около 80% [4].

Среди всех инфекционных болезней, регистрируемых в мире, наибольшее влияние на состояние здоровья населения имеют грипп и острые инфекции верхних дыхательных путей, вирусные гепатиты, острые кишечные заболевания, туберкулез, энцефалиты, бруцеллёз, сибирская язва, управляемые средствами специфической профилактики, паразитозы и т.д.

По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ,2015), смертность в результате инфекционных болезней в некоторых регионах мира, особенно в бедных странах, занимает второе место в структуре общей смертности взрослого населения. На сегодняшний день во всем мире, в т.ч. развивающихся и бедных странах сохраняется напряженная эпидемиологическая обстановка, в связи с вспышкой инфекционного заболевания, острой респираторной инфекции в очень короткие сроки переросла в глобальную угрозу, пандемию коронаровируса -COVID-19.

Объявленной ВОЗ 11 марта сего года возникновения и распространения COVID-19 пандемией, явился очень сильным социальным стрессом, и способствовала развитию страха [7] и паники среди населения всего мира, в т.ч. и, в нашей стране. Общество напугано, СМИ, социальные сайты тиражируют страх. Безусловно данная пандемия, несомненно, имеет очень много негативных по-

следствий для мирового сообщества, а также для здоровья всего населения, и мировой экономики.

К огромному сожалению, возникшая пандемия привела не только к атипичной пневмонии у многих представителей населения Земли, но ещё и к массовой истерике. Паника нередко доводит человека до самого настоящего безумия, заставляя его страшиться даже собственной тени. В случае с коронавирусом это вылилось в явление, уже получившее своё название – ковидофобия. Боязнь заболеть у многих людей стала настолько сильной, что приведет к нервным срывам, психическим заболеваниям, обострению хроническихи появлению новых синдромов и заболеваний [3], т.е. к социальному стрессу.

Социальный стресс (англ. stress - напряжение) является одним из ключевых факторов риска развития ряда серьезных заболеваний, в их числе неврологические нарушения, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, пограничные психические расстройства. Кроме того, как доказывают исследования, страх перед неопределенностью, самоизоляция в условиях карантина, регулярные стрессы снижают функцию иммунной системы человека [3], что способствует возникновению ряду соматических и онкологических заболеваний [1, 5]. Объясняется это увеличением выработки кортикостероидов, в результате которого снижается клеточный иммунитет [2].

С одной стороны высокая информационная нагрузка, неподготовленность системы к экстремальным ситуациям, рост заболеваемости, смертности, нехватка медикаментов, больничных коек, изменение обычного ритма жизни, подвергали населению земного шара, в т.ч. жителей Таджикистана к значительным психоэмоциональным нагрузкам. С другой стороны она служит мощным фактором активизации сопутствующих и хронических патологий, что в свою очередь, грозит срывом резервных возможностей органов и систем с дальнейшим формированием различных хронических заболеваний и онкологических патологий, а также ростом смертности. При этом научные работы посвященные изучению страха как последствие социального стресса и воздействие на человека связи с пандемией коронавируса пока не имеются в нашей стране.

Цель исследования. Изучение влияния страха в период пандемии коронаровируса на развитие заболеваний и смертности населения.

Материалы и методы. Для выполнения исследования проведен обзор литературы с целью рассмотрения существующих причин и факторов, влияющих на возникновение и распространение мировых эпидемий. В работе использованы статистические данные и информационные материалы ВОЗ, международных организаций, в т.ч. научные публикации. Дополнительная информация получена из различных источников: медицинских энциклопедий, специализированных сайтов, интернет-источников.

Данные социологического исследования было направлено на изучение влияние пандемии на психическое состояние жителей г. Душанбе и некоторых районов РПП. Исследование осуществлялся в форме опроса и анкетирования 350 респондентов на территории 4-х районов г. Душанбе (по 50 человек) и население Рудаки, Гиссар и Вахдатского районов (по 50 человек) с помощью волонтёров с 1 по 10 мая 2020 гг.

Полученные результаты и их обсуждение. Вирусные инфекции «вездесущи», каждый из нас переносит за свою жизнь десятки и даже сотни из них. За менее чем 100 лет после открытия вирусов мы научились не только распознавать вызываемые ими болезни, но и предупреждать их с помощью мер эпидемиологического надзора и, главное, иммунопрофилактики. Есть определенные успехи в химиотерапии вирусов, хотя и не столь впечатляющие, как в отношении терапии бактериальных инфекций, эти препараты используют и для химиопрофилактики.

Первый коронаровирус человека описан в 1960 - х годах. Сегодня известно семь коронавирусов, которые заражают человека и поражают его дыхательный и кишечный тракты. Особую опасность коронавирусы представляют для людей с ослабленным иммунной системой, в частности для новорожденных, детей, взрослых, пожилых и лиц страдающих различными хроническими и онкологическими заболеваниями, в т.ч. ожирением.

Коронавирусы почти не привлекали внимание исследователей, пока в Китае в 2002-2003 годах не была зафиксирована вспышка атипичной пневмонии, или тяжёлого острого респираторного синдрома (ТОРС, SARS). Заболевание было вызвано вирусом SARS-CoV. В результате болезнь распространилась на другие страны, всего заболело 8273 человека, 775 умерло (летальность 9,6%).

Ближневосточный респираторный синдром человека (Middle East Respiratory Syndrome - MERS) - особо опасное инфекционное заболевание, вызываемое представителем рода бетакоронавирусов. Как известно, коронавирус - это РНК-содержащий

вирус, передающийся людям и животным.

Вирус MERS-CoV является возбудителем ближневосточного респираторного синдрома (MERS), первые случаи которого были зарегистрированы в 2012 году. В 2015 году в Южной Корее произошла вспышка ближневосточного респираторного синдрома, в ходе которой заболело 183 и умерло 33 человека.

Первые официальные данные о вспышке «неизвестной» болезни появились в Китае 31 декабря 2019 года, а первые клинические симптомы в городе Ухане, который позже стал глобальным центром распространения коронавируса, были зафиксированы у больных еще 8 декабря. Считается, что 30 декабря 2019 года офтальмолог Ли Вэньлянь (12 октября 1986 - 7 февраля 2020) первым сообщил о новом вирусе, аналогичном вирусу SARS (тяжелый острый респираторный синдром), в беседе выпускников медицинского факультета Уханьского университета в чате WeChat, после чего был вызван в полицию и строго предупрежден о недопустимости распространения слухов. В итоге Ли Вэньлян сам заразился коронавирусной инфекцией и умер.

Позже стало известно, что первый случай заражения коронавирусом нового типа был зафиксирован еще 17 ноября 2019 года. Тогда еще неизвестный вирус SARS-CoV-2 обнаружили у 55-летнего жителя китайской провинции Хубэй. Всего в 2019 году китайским врачам удалось найти 266 человек, больных коронавирусной инфекцией нового типа, который вызывает болезнь Covid-19. Сейчас ученые пытаются найти так называемого нулевого пациента - человека, который первый заразился коронавирусной инфекцией от животных.

К середине марта не осталось ни одной европейской страны, не затронутой вирусом, а многие страны, включая наша страна, просто закрыли свои границы и ввели массовые карантины - впервые в истории современного человечества.

В природе резервуарамивируса могут быть - летучие мыши, крысы, кошки, собаки, ламы, обезьяны, свиньи и птицы. Также установлено, что промежуточными хозяевами являются верблюди, коровы, панголины (Pholidota), гималайские циветты (Paguma Larvata) и змеи (Serpentes).

Исследование, проведенное в Китае, Японии и Российской Федерации показал, что, предположительными хозяевами являются два вида змей, прежде всего, это южно-китайский многополосный крайт (Bungarus) и китайская кобра (Natia atra) оба ядовитые змей из семейства аспидов, которые широко употребляются как деликатез в китайской кухни. В пользу этой теории говорит и то, что обе они продавались в Уханьском рынке морепродуктов. Судя по всему, в организме змей они образовали гибрид, который приобрел новый поверхностный белок и благодаря этому смог заражать клетки человека.

Наш взгляд, который совпадает с мнением китайских ученых, летучие мыши заразили своим коронавирусом змеи, и в их организме два вируса обменялись белковыми участками. В результате чего возник гибридный вирус 2019-nCoV, который в ноябре - декабре прошлого года добрался до человеческой популяции.

Основные симптомы заболевания, прежде всего: боль в горле, повышение температуры, кашель, одышка, затруднение дыхания, боль в грудной клетке, гипосмия (снижение обоняния) и инверсия вкусов, миалгия, утомляемость, снижение аппетита, иногда признаки конъюнктивита, а также появление сине-фиолетовых пятен в стопах и боковых отделах живота.

Названный вирус передается воздушно-капельным (при кашле, чихании, разговоре, крике, плаче), воздушно-пылевым (некоторые микроорганизмы сохраняют патогенные свойства в составе пыли несколько суток), контактным (при касании грязными руками лица, носа, глаз) и фекально-оральным путем.

Инкубационный период в среднем составляет от 2 до 14 суток. Источниками коронавирусных инфекций могут быть, прежде всего, больной человек и животные. Заболеваемость растёт зимой и ранней весной с быстрым ростом и развитием значительных осложнений.

Установлено, что вирус, прежде всего, заражает клетки, имеющие на поверхности рецепторы ACE2. Но ACE2 играет важную роль в организме, присутствуя в клетках легких, сердца, почек и половой системы, поэтому попытка справиться с вирусом через этот белок может негативно отразится на работе названных органов.

Последние публикации обособенности коронаровирусе свидетельствуют, о том, что именно - nCoV-2019 проникает в клетки человека с помощью рецептора ACE2. Как известно, этот рецептор очень полезный белок, который помогает нам бороться с разными патофизиологическими процессами. В том числе ACE2 защищает наши легкие при вирусных инфекциях. Именно этот белок - рецептор используют коронаровирусы. При инфицировании человека вирусом nCoV-2019

белок ACE2 оказывается «угнанным». И в место того, чтобы выполнять свою защитную функцию, он становится входными воротами для вируса внутри клеток организма. При этом выработка белка рецептора ACE2 повышается у людей, которые принимают определенные препараты для снижения нагрузки или «давления» вирусной инфекции. Именно, с помощью молекулы гликопротеина (S-белок) связывается с рецепторами ангиозинпревращающего фермента 2 (Angiotenzis-Converting Enzime 2, ACE2), которые участвует в регуляции кровообращения. По всей видимости, именно это связь и служит каналом для проникновения вируса в клетку.

Накопленные данные свидетельствуют о том, что от коронавируса гибнет вдвое больше мужчин, чем женщин. Согласно одной из теорий, иммунная реакция на вакцины и патогенные возбудители вообще более выражена и более эффективна у женщин по сравнению с мужчинами. Это действительно так и подтверждено многими наблюдениями. Видимо, это может связано с тем, что у женщин две Х хромосомы, и белок, по которому коронавирусы распознаются, закодирован в Х хромосоме. В результате этот белок выражается в виде двойной дозы во многих иммунных клетках у женщин - в отличие от мужчин. И иммунная реакция женского организма на коронавирус, соответственно, усиливается. Не последнюю роль играют вредные привычки (курение, алкоголь) и наличие сопутствующей хронической патологии.

В повседневной жизни или в чрезвычайных ситуациях человеку приходится преодолевать опасности, угрожающие его жизни, что вызывает страх, т. е. кратковременный или длительный эмоциональный процесс, порождаемый действительной или мнимой опасностью, сигнал тревоги.

Обычно страх вызывает неприятные ощущения, но при этом он может являться сигналом к защите, т. к. главная цель, стоящая перед человеком, - остаться живым. Однако следует учитывать, что ответом на страх могут быть необдуманные или бессознательные действия человека, вызванные паникой - проявлением сильной тревоги, вследствие природных катаклизмов: наводнений, извержение вулканов, лесных пожаров, землетрясение, эпидемии особо опасных инфекционных заболеваний и т.д.

Страх понимается и как одно из возможных состояний человеческого бытия. В настоящее время существуют различные классификации страхов. Согласно одной из них, все многообразие данных эмоциональных состояний можно разделить на природные, социальные и внутренние страхи.

Дальнейший анализ человеческих страхов позволил прийти к мнению, что более точным является разделение на три группы: биологические, социальные и экзистенциальные. К первой группе относятся страхи, непосредственно связанные с угрозой жизни или здоровья человека, вторая представляет боязни и опасения за изменение своего социального статуса, третья группа страхов связана с глубинной сущностью человека и характерна для всех людей вне зависимости от конкретных ситуаций.

Последние месяцы, почти во всех регионах многие стационары стали наполняться больными, которые доведёнными до нервного расстройства. Наблюдается развития целой фобии, которая доводит до полного помутнения рассудка. От ужаса перед новой болезнью рушится вся психическая система человека. В противном случае, людей погибнет больше от психических заболеваний, чем от самого коронавируса.

Развитие чувства страха определяется двумя нейронными путями, которые, в идеале, функционируют одновременно. Первый из них, ответственный за развитие основных эмоций, реагирует быстро и сопровождается большим количеством ошибок. Второй реагирует медленнее, но более точно.

Быстрый путь. Первый путь позволяет нам быстро ответить на признаки опасности, но часто срабатывает как ложная тревога. Второй путь позволяет нам более точно оценить ситуацию и ответить на опасность точнее. В этом случае чувство страха, инициированное первым путём, блокируется функционированием второго пути, который оценивает определённые признаки опасности как нереальные.

При первом пути (низком, коротком, подкорковом) эмоциональный стимул, отражаясь в чувствительных ядрах зрительного бугра, замыкается на амигдалярных ядрах зрительного бугра, вызывая эмоциональный ответ.

Длинный путь. При втором пути (высоком, длинном, корковом) эмоциональный стимул, отражаясь в чувствительных ядрах зрительного бугра, восходит в сенсорные отделы коры головного мозга и уже из них направляется в ядра амигдалярного (миндалевидного) комплекса, формируя эмоциональный ответ.

В изменившихся условиях среды обитания для обеспечения жизнедеятельности организма сначала включаются адаптивные процессы (по-

вышение интенсивности окислительного обмена, изменение нейроэндокринной регуляции), которые при страхе и длительном воздействии стресса постепенно начинают оказывать дестабилизирующее действие на организм (увеличение образования свободных радикалов, нарушение нейроэндокринной регуляции). Все перечисленное в результате сложного взаимодействия как на уровне отдельно взятого организма, так и на уровне популяции приводит к изменению ряда патофизиологических характеристик систем организма, регулирующих его активность [5].

По состояние на 12 мая 2020 г., в мире зафиксировано 3,9 миллиона случаев заражения коронавирусом. 275 тысяч человек умерли, 1,3 миллиона выздоровели. Соответственно в нашей стране зарегистрировано 650 случаев, из них в г. Душанбе -54, Согдийской области -45 ГБАО-25, Хатлонской области-68 и РРП -35 случаев. Всего умерло 000 человек. Под наблюдением врачей находятся 4738 человек.

Социальные методы защиты являются одними из основных при эпидемии, они включают в себя: карантин, самоизоляция, ограничения перемещений, закрытие некоторых предприятий, использование работы из дома, поддержку социального дистанцирования, использование метода «солидарной защиты» как всеобщее ношение масок. Соблюдение социальной дистанции в общественных местах.

В практическом выражении они связаны с применением средств индивидуальной защиты, измерением температуры в местах массового скопления людей, госпитализацией зараженных в отдельные палаты, соблюдение личной гигиены. Кроме гигиенических мер, очень важно, вести здоровый образ жизни, очень важно иметь полноценный сонь, правильное питание и физическая активность.

Лечение новой коронавирусной инфекции включает поддерживающую терапию, при этом кислородотерапия, респираторная поддержка, а также антикоагулянтная терапия являются основными видами лечения. Все проводимое лечение сегодня - экспериментальное. Среди тех препаратов, которые используется, нет ни одного для прямого воздействия на эту вирусную инфекцию.

Выводы

1. Самая опасная свойства коронавируса высокая скорость передачи инфекции. Заразность коронавируса намного превосходит аналогичные свойства сезонного гриппа и ОРВИ. Именно это делает его максимально контагиозным и вирулентным.

2. Одной из главной цели профилактических мероприятий, в странах охваченной эпидемией - это введение карантина. На сегодня она является лучшее средство профилактики, главная задача карантина - разобщение людей.

3. Основные меры гигиенической профилактики должны быть направлены на предотвращение контакта здоровых людей с содержащими вирусы частицами выделений больного человека. Главная задача не допустить тяжелых и летальных исходов от инфекции.

4. Согласно проведенному исследованию рекомендуемая ВОЗ дистанция от 1,5 -2 метров, соответствует кашлю человека ростом до 160 см и весом до 50 кг, для человека среднего роста и веса более 60 кг, безопасная дистанция не менее 3-4 метров.

5. Пандемия привела к панике и истерике, заставляя страшиться даже собственной тени. Благо в современном мире средства связи разнообразны и доступны. Необходимо больше общаться с друзьями или членами вашей семьи. Именно сейчас появилось время для чтения, творчества, получения новых знаний.

6. Социальный стресс является одним из ключевых факторов риска развития ряда серьезных заболеваний, в их числе неврологические нарушения, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, онкологические, пограничные психические расстройства и смертности населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Естественные науки. 2019. № 1. – С. 18-22

2. Гундаров И.А. Пробуждение: пути преодоления демографической катастрофы в России.- М.2001,352 с.

3. Лизунова Е.В. Страх как фактор, влияющий на поведенческие реакции человека в чрезвычайных ситуациях / Е.В. Лизунова // Международный научный журнал «Инновационная наука». 2016.№2.-С189-190.

4. Приказ МЗиСЗНРТ «Об утверждении временное методическое руководство по диагностике, лечение профилактик инфекционного заболевания COVID-19, №251 от 10 апреля 2020 г.

5. Стовба Л.Ф. Новый коронавирус, вызывающий заболевание человека / Л.Ф Стовба и др. // Проблемы особо опасных инфекций, 2015, вып. 2. - С. 68-74.

6. https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for- public. Дата обращения 11 мая 2020 г.

Гаибов А.Г.[1], Шарифзода Х.С.[2], Гоибов М.А.[3], Шарипов М.М.[4]

МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА, КАК ФАКТОРА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН)

ГОУ «Республиканский медицинский колледж»[1],
Управление здравоохранения г. Душанбе[2],
ГУ «НИИ экономики и демографии» Академии наук Республики Таджикистан[3],
ГОУ «Государственный педагогический университет им. Садриддина Айни»[4]

Актуальность. Социальный стресс (от английского stress - напряжение) является многокомпонентным понятием, которое подразумевает резкое изменение различных параметров жизни населения: бедности, снижения уровня доходов, изменения характера питания, качества пищевых продуктов, распространения вредных привычек и других негативных факторов [1, 4].

Классическим примером его в Республике Таджикистан является гражданская война, разразившаяся в 1992 г. и разделившая общество на два враждующих лагеря по признаку приверженности к одному из двух взглядов на дельнейшее развитие страны: религиозный экстремизм или светский плюрализм. Народ, который должен был с гордостью и надеждой смотреть в будущее, вместе этого испытал ненависть, страх, смерти и неопределённость в своей дальнейшей судьбе [3].

В изменившейся среде обитания для обеспечения жизнедеятельности организма включаются адаптационные процессы повышения интенсивности окислительного обмена, изменения нейроэндокринной регуляции [2]. При длительном стрессе они постепенно начинают оказывать дестабилизирующее действие за счет увеличения образования свободных радикалов и степени нарушения нейроэндокринной регуляции [3, 8].

Социальный стресс является одним из ключевых факторов риска развития ряда сложных заболеваний. Кроме того, регулярные психоэмоциональные напряжения, снижая функции иммунной системы человека, также способствуют возникновению онкологических заболеваний [7]. Объясняется это увеличением выработки кортикостероидов, снижающих клеточный иммунитет [8].

Испытываемый человеком стресс в связи с ответственной работой, умственными и физическими перегрузками, низкими доходами, бедностью, нередко приводит к развитию неврозов [1, 5], для которых характерны такие нарушения и расстройства функционирования внутренних органов и систем, как гипертония, инфаркт миокарда, парезы, параличи и ряд других основных неинфекционных заболеваний [4, 6]. Именно поэтому принципиально важным представляется изучение воздействия социального стресса не только на состояние здоровья, развитие заболеваний, но и на другие стороны жизнедеятельности человека и популяции.

В нашей стране за период после обретения государственной независимости проводились единичные исследования психосоциальной сферы населения, в связи с этим определяется актуальность и значимость данного исследования.

Цель исследования: изучить влияние социального стресса на оценку развития основных неинфекционных заболеваний и смертности населения.

Материалы и методы исследования. Информационной базой послужили данные результатов социологического мониторинга, анализа и оценки психического и физического здоровья населения Таджикистана в 2018г. Инструментом исследования явилась адаптированная анкета для социологического опроса, содержащая 18 вопросов, в т.ч. о частоте стрессовых ситуаций, испытанных респондентами в период гражданской войны и за последние годы на работе, в быту, а также о способах их преодоления и т.д.

Объем выборки составил 1200 респондентов в возрасте от 18 до 63 лет и старше. Из них 325 (27,0%) человек составили женщины, остальные - лица мужского пола разного возраста и профессии. Выборка многоступенчатая, квотная. Ошибка выборки не превышала 3,0%.

Основные результаты и их обсуждение. После обретения государственной независимости наступил социально-экономический кризис, произошло стремительное снижение уровня жизни, к которому общество не успело адаптироваться. Выросла бедность и внешняя трудовая миграция населения, преимущественно в Россию, Казахстан и некоторые страны дальнего зарубежья.

Трансформационные процессы не могли

не оказать влияние на социальный статус и состояние здоровья каждого гражданина страны, ее населения в целом. Как показали результаты опроса, произошел рост депрессивных состояний уже в первые годы независимости Республики Таджикистан, который был связан, к тому же, с напряженной обстановкой в обществе (1992-1995 гг.), обусловленной вооруженным конфликтом и боевыми действиями противоборствующих сил. Сложившаяся кризисная ситуация, неуверенность в завтрашнем дне, голод - все это способствовало увеличению случаев антисоциальных личностных расстройств и поведения.

С окончанием гражданской войны в 1997 г. при дальнейшем укреплении конституционного строя и положительных подвижках в социально-экономической сфере страны психическое состояние населения стало улучшаться, изменилась динамика и течение многих заболеваний.

В развитых странах технологии программа интегрированной профилактики инфекционных заболеваний (СИНДИ) ВОЗ при четкой системе их реализации не имели ожидаемого успеха. Мета – анализ профилактических программ по лечению гипертонической болезни не выявил достоверного уменьшения смертности от ОНЗ, несмотря на достигнутое снижение артериального давления. Увеличение продолжительности жизни населения достигнуто не столько благодаря специальным профилактическим программам борьбы с ОНЗ (которые в большинстве стран не проводились), сколько за счет эффективной профилактики инфекций, вакцинации, улучшения благосостояния населения, адекватного финансирования здравоохранения и роста культуры здоровья.

Возникновение хронических болезней связано с истощением адаптивного потенциала организма, не способного полноценно выполнять биологические (выживание и репродукция) и социальные функции.

В структуре общей смертности населения Республики Таджикистан лидирующее место занимает ИБС, которая среди мужчин в возрасте 25-64 лет составляет 194,4 на 100 тыс. мужчин соответствующего возраста. Этот показатель в 2,8 раза выше, чем в Великобритании, в 3,5 раза выше, чем в Германии, и в 6,8 раза выше, чем во Франции, однако ниже показателей России, Узбекистана и Кыргызстана.

На втором месте находятся онкологические заболевания (33,7), на третьем месте - заболевания органов дыхания (29,0) на 100 тыс. населения. Травмы и отравления в структуре причин смертности взрослого населения составляют 20,0 на 100 тыс. населения.

За последние 25 лет смертность в Республике Таджикистан существенно снизилась в отличие от ее подъема в постсоветских государствах с более развитой системой здравоохранения. Продолжительность ожидаемой жизни в 2009-2016 гг. достигла 74 лет, что превосходит соответствующий показатель в относительно богатой России (72 года), т.е. не зависела от экономического фактора.

Для оценки влияния стресса на здоровье использовались данные о самооценке респондентами состояния здоровья, о наличии хронических заболеваний, их частоте и привычках. При этом установлено, что в течение года 30,0% из них испытывали стрессовые ситуации в 2018 г. несколько раз в год, 20,0% - несколько раз в месяц, 16,0% - несколько раз в неделю и лишь 10,0% - ежедневно, тогда как 24,0% не испытывали его вовсе. По сравнению с 2017 г. заметно сократилась доля тех, кто подвергался воздействию стресса несколько раз в год, и вырос удельный вес тех, кто испытывал его лишь однажды или вовсе жил в спокойной обстановке.

В 2018 г. респонденты, практически жившие без стресса, чаще оценивали свое здоровье как хорошее (54,0%), тогда как респонденты, часто испытывавшие его, напротив, в большей степени склонны считать его как плохое (34,0%) или очень плохое (12,0%).

Кроме того, лица, которые регулярно или периодически подвергались стрессам, чаще заявляли об обнаружении у себя хронических заболеваний (34,0%), в то время как среди тех, кто не сталкивался со стрессовыми ситуациями, доля таких людей оказалась ниже (26,0%).

Согласно данным опроса, наличие частых стрессов, в большей степени в сравнении с их редкой встречаемостью или полным отсутствием, способствует развитию частых головных болей (18,0% против 9,0%), хронической тревоги или депрессии (8,0% против 2,0%).

Социальный стресс в нашей стране сопровождался широким использованием легкодоступных лекарств, предназначенных для лечения соматических заболеваний, а также обезболивающих препаратов и биологически активных добавок неизвестного происхождения, злоупотреблением спиртными напитками, а также использованием психоактивных препаратов.

Люди, редко ощущавшие стресс или вовсе

его не испытывавшие, в качестве причины употребления алкоголя в основном выбирают либо возможность расслабиться (43,0%), либо традицию отмечать праздники со спиртным (38%). Тогда как респонденты, наиболее подверженные стрессовым ситуациям, значительно чаще по сравнению с другими объясняют потребление таких напитков желанием преодолеть стресс (55,0%), отвлечься от проблем (52,0%), повысить настроение (37,0%) и только 22,6% респондентов занимаются спортом и физической культурой.

Отметить, что женщины, более склонные к депрессии и психическим расстройствам, первые два метода снятия напряжения практически не используют. А мужчины снимают психоэмоциональное напряжение, прибегая к курению, употреблению алкоголя и некоторым азартным играм.

Оценка влияния частоты стресса на число сигарет, выкуриваемых в течение суток, не выявила подобных закономерностей. Так, лица, часто испытывавшие стресс, заметно реже признавались в том, что выкуривают до 20 сигарет и больше в день, тогда как среди тех, кто практически не подвергался стрессу, оказалось больше лиц, которые выкуривали либо пачку сигарет в день, либо больше. Возможно, это объясняется превалированием в курении факторов иной природы, например, выработанной привычки, меланхоличности и т.д.

В период, начавшийся с 2000 г., Таджикистан находится в стадии относительной устойчивости и экономического подъема, что является важнейшей особенностью современного этапа развития общества. В результате проводимых социально-экономических реформ и финансовых средств, переводимых из стран пребывания трудовых мигрантов, в стране во многом изменился жизненный и созидательный настрой, уровень и качество жизни населения.

Социальное благосостояние человека и развитие его потенциала определяется в качестве основного направления государственного развития. Более того, за годы независимости сильно изменилась структура занятости, произошла индустриализация экономики. Достижение статуса страны, как индустриально-аграрной, позволит обеспечить реализацию Национальной стратегии развития Республики Таджикистан до 2030 года.

Таким образом, социальный стресс может детерминировать возникновение комплекса защитных реакций в организме, в ряде случаев неадекватных условиям, его вызывающим, т.е. реакция может оказаться более сильной, чем нужно, ослабленной или извращенной, став причиной последующих патологических изменений в организме. Поэтому представляется необходимым проанализировать современное состояние проблемы стресса, рассмотреть имеющиеся представления о последствиях стресса для человека и оценить возможности их коррекции.

Выводы: 1. Влияние социального стресса на здоровье человека может осуществляться через систему психосоматических реакций организма и, косвенно, через изменение поведения (агрессивности, жесткости, злоупотребления спиртными напитками, курения и т.д.).

2. Социальный стресс является одним из ключевых факторов риска развития ряда основных неинфекционных заболеваний, в их числе неврологические нарушения, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, онкологические, пограничные психические расстройства.

3. При подавлении стресса уменьшается нагрузка на иммунную систему, и соответственно увеличивается сопротивляемость организма и воздействию неблагоприятных факторов внешнего воздействия, т.е. усиливается иммунный ответ организма.

4. В работе центров здоровья необходимо акцентировать внимание на индивидуальную профилактику основных неинфекционных заболеваний путем укрепления жизнеспособности человека, его собственного потенциала, резерва здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арпентьева М.Р. Психосоциальное здоровье и взросление человека / М.Р. Арпентьева // Научный журнал «Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта». - 2019. - № 1 (12). - С. 3-13.

2. Бодров В.В. Психологический стресс: развитие и преодоление / В.В. Бодров - М.: ПЕР СЭ, 2006. - 528 с.

3. Гаибов А.Г. Общественное здоровье и профилактика заболеваний / А.Г. Гаибов, С.М. Мухаммадиева // К некоторым медико-социальным аспектам психосоциальной сферы взрослого населения Республики Таджикистан. - 2006. - № 5. - С. 47-50.

4. Гундаров И.А. Пробуждение: пути преодоления демографической катастрофы в России.- М.2001.-352 с.

5. Журавлева И.В. Социальные факторы ухудшения здоровья населения / И.В. Журавлева // Россия: трансформирующееся общество.- М.: КАНОН-пресс-Ц, 2001. – С. 506 – 519.

6. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. - СПб.: Питер, 2008. – 256 с.

7. Denaro N. 2014. Cancer and stress: what's matter? from epidemiology: the psychologist and oncologist point of view / N. Denaro, L. Tomasello, El. Grazioso Russi //

Journal of Cancer Therapeutics & Research, Vol. 3. URL: http://www.hoajonline.com/journals/pdf/2049-7962-3-6.pdf doi: 10.7243/2049-79623-6 (дата обращения: 28.11.2018).

8. Stressincardiovasculardiseases. 2002. / T. Esch, G.B. Stefano, G.L. Fricchione, H. Benson //Med. Sci. Monit.-Vol. 8(5).-P. 93 – 101.

[1]Каюмов Ф.Дж., [1]Гаибов А.Г., [2]Ходжаева Ш.А., [3]Пулотов К.Дж.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ГОУ «Республиканский медицинский колледж»[1],
ГУ «НИИ профилактической медицины»[2],
НИИ «Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»[3]

Актуальность. Сахарный диабет (СД) представляет собой одну из глобальных медико-социальных и экономических проблем общества, сохраняющую лидирующие позиции среди причин развития инвалидности и смертности, особенно среди детей и подростков. За последние 30 лет отмечается резкий рост распространенности и заболеваемости СД, и не только в промышленно развитых странах, но и в развивающихся, и особенно в бедных странах. Ранняя инвалидизации и высокая смертность сделали СД одним из главных приоритетов систем общественного здоровья и здравоохранения во всех странах [1, 2].

Несмотря на принятие в большинстве из них национальных программ по борьбе с СД, его распространенность увеличивается ежегодно на 6–10% среди населения различных возрастных групп [3, 5].

По мнению ряда исследователей, этиологическими факторами развития СД считаются различные вирусы, способные непосредственно поражать β- клетки, так называемые бета - цитотропные вирусы. К ним относятся вирусы Коксаки, паротиты, краснуха, ветряная оспа, цитомегаловирусы, цитотропные вирусы [4, 6].

Согласно данным Международной федерации диабета (IDF), в мире зарегистрировано 442 млн. человек, которые болеют сахарным диабетом. В настоящее время число людей с диабетом во всем мире приближается к 450 миллионам, а к 2035 году, по прогнозу IDF, эта цифра достигнет 592 миллионов.

Основной причиной роста СД является нездоровый образ жизни из-за урбанизации, недостаточной физической активности, низкого потребления фруктов и овощей, а также высокого потребления добавленного свободного сахара [5]. Более того, СД отличается от всех других эндокринных заболеваний не только значительной распространенностью, но и частотой развития и тяжестью течения диабетических осложнений, что определяет его медико-социальную значимость. По оценкам экспертов ВОЗ каждый год в мире от различных осложнений СД, включая сердечно-сосудистых и почечных заболеваний, умирают 3,8 млн. человек, и около 20,0% которых составляют дети и подростки.

В 2006 году Правительство Республики Таджикистан приняло «Национальную Программу по профилактике, диагностике и лечению сахарного диабета в Республике Таджикистан на 2010-2017 годы», в настоящее время рассматривается проект отраслевой Программы профилактики сахарного диабета.

Таким образом, можно утверждать, что на органы и учреждения здравоохранения и социальной защиты населения ложится целый ряд важных задач требующих научно обоснованных решений по профилактике и лечению сахарного диабета среди детей и подростков.

Цель исследования. Оценить ситуацию с заболеваемостью сахарным диабетом у детей и подростков в Республике Таджикистан.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты изучения 180 амбулаторных карт детей и подростков в возрасте от 3 до 18 лет, страдающих сахарным диабетом и находящихся на диспансерном учете в лечебно-профилактических учреждениях Республики Таджикистан, а также материалы первичной инвалидности при сахарном диабете, отчеты Государственной службы медико-социальной экспертизы за период 2015-2019 годы.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного исследования выявлено, что не менее 52,5% детей и подростков имели соматическую патологию, детерминированную множеством факторов, в т.ч. отношением родителей,

уровнем доходов, ожирением, психологической атмосферой в семье, стрессом и т.п. Полученные сведения позволили выявить число детей, больных сахарным диабетом, а также с развившимися осложнениями, структуру осложнений, средний возраст начала заболевания и возникновения осложнений, продолжительность диабета до их появления. Среди болезней эндокринной системы у детей, сахарный диабет является наиболее значимой, тяжелой и требующей особую внимания патологией. Особенность диабета у детей -это его изменчивость и частое развитие тяжелых осложнений, таких как гипергликемия и гипогликемическая кома и т.д. Кроме того, последствиями диабета могут стать поражение кожных покровов, снижение остроты зрения, нарушения нервной системы, почек, сердца, сосудов и других систем организма.

Установлено, что среди населения страны преобладает преимущественно углеводная модель питания: отмечено увеличенное употребление хлебобулочных изделий, макаронных изделий, картофеля при недостаточном потреблении овощей, фруктов, продуктов животого происхождения, молочных продуктов, яиц. Важно подчеркнуть, что нерациональное питание большинства семей, даже при условии роста уровня их доходов, не приводит к его сбалансированности.

Ситуационный анализ по проблеме сахарного диабета в Республике Таджикистан согласно официальной статистике свидетельствует о том, что из года в год количество больных с сахарным диабетом увеличивается. Так, в 2015 году зарегистрировано 34305 больных диабетом, из них 570 дети и подростки. В 2016 году их количество увеличилось до 38203, из них дети – 720, в 2017 году количество больных сахарным диабетом увеличилось до 41690, из них дети – 773; в 2018 году – 44018 взрослых и 795 детей, а в 2019 году- 46258 человек и 876 детей больных сахарным диабетом.

Ранняя диагностика диабетических осложнений и своевременное их лечение, высокая пластичность функциональных систем детского организма позволили улучшить показатели метаболического контроля у больных, однако более 50,0% детей и подростков находятся в состоянии длительной декомпенсации обменных процессов, что определяет развитие и прогрессирование осложнений заболевания.

Число больных сахарным диабетом может быть намного больше, так как количество больных в сельской местности выяснить сложно, потому что люди зачастую не обращаются за медицинской помощью или же обращаются в период клинических проявлений. Существуют убедительные доказательства того, что улучшение гликемического контроля значительно уменьшает риск развития ранних и поздних осложнений.

В том числе, количество больных с инсулинозависимым сахарным диабетом в 2015 году составило 30946 человек, а к 2019 году их количество возросло до 4676 на 100 тыс. населения. Например, на момент исследования в Хатлонской области в 2015 году состояло на учете 8134, в том числе дети и подростков составили 128 человек. К 2019 году общее их количество возросло до 10751 человек, где дети и подростки составили 263 человек. Из года в год возрастает число заболевших диабетом детей, в т.ч. и в младших возрастных группах.

В связи с этим актуальной задачей является улучшить диагностику СД на доклинических стадиях, создать адекватную систему диспансерного наблюдения и лечения детей, добиться замедления прогрессирования, а в ряде случаев - и обратного развития выявляемых диабетических осложнений. Это, в свою очередь обеспечивает увеличение продолжительности активной жизни больных детей, а, следовательно, сокращение потерь здоровья за счет сахарного диабета.

Полученные сведения позволили выявить число детей, больных сахарным диабетом, а также с резвившимися осложнениями, структуру осложнений, средний возраст начала заболевания и возникновения осложнений, продолжительность диабета до их появления.

В детском возрасте чаще встречается сахарный диабет 1-го типа (инсулинозависимый), в основе которого лежит абсолютная инсулиновая недостаточность. Сахарный диабет 1-го типа у детей обычно имеет аутоиммунный характер; для него характерны наличие аутоантител, деструкция β-клеток поджелудочной железы, ассоциация с генами главного комплекса гистосовместимости HLA, полная инсулинозависимость, склонность к кетоацидозу и др.

Результаты проведенного анализа дают основание предполагать, что в данном случае имеет место поздняя диагностика сахарного диабета - уже в период развитых клинических проявлений вплоть до коматозных состояний, что является причиной развивающихся в короткие сроки хронических осложнений, а в дальнейшем и инвалидности.

Это связано с низкой компетентностью семейных врачей и специалистов учреждений ПМСП

в вопросах диагностики сахарного диабета, в т. ч. на стадии преддиабета и латентного сахарного диабета, дефицитам в диспансерном наблюдении, особенно за пределами областного центра, недостаточной профилактикой хронических диабетических осложнений. Можно полагать, что определенный вклад вносит неадекватное отношение в семьях к больным детям с точки зрения организации правильного терапевтического поведения и выполнения лечебных мероприятий.

В нынешних условиях для повышения здоровья детского населения и предупреждения инвалидизации детей необходимы новые подходы к организации профилактической работы, в т.ч. использование потенциала не только медицинских, социальных учреждений, а также членов семьи.

Согласно данным IDF, расходы здравоохранения на борьбу с СД составили 10,8% от общих затрат на здравоохранение во всем мире. На одного больного СД в США затрачивается около 6 тысяч долларов, тогда как в странах с низким и средним уровнем дохода, где проживает большинство людей с этой патологией (80,0%), приходится в среднем 356 долларов США в год, а Таджикистане - 87 долларов, а в отдельных странах Африки - ниже 30 долларов США в год на одного больного [6].

Большие экономические затраты и социальный ущерб, связанные с увеличением числа больных сахарным диабетом, обуславливают необходимость организации системы учета и мониторинга сведений об этом заболевании. В нашей стране наблюдается недоучет заболеваемости и инвалидности, в результате чего, по оценкам экспертов, истинная распространенность сахарного диабета и его осложнений в разы превышает регистрируемую.

В условиях распространенности сахарного диабета и диабетических осложнений организация системы учета и мониторинга показателей, связанных с этим заболеванием, является приоритетом системы общественного здравоохранения в стране.

В связи с увеличением количества больных СД возможность получения достоверной информации о состоянии здоровья таких пациентов (развитие ранних осложнений, инвалидность, продолжительность жизни и т.д.) является очень важным и своевременным мероприятием.

Проведенной анализ заболеваемости и инвалидности среди детей и подростков вследствие СД в рамках существующих нормативно-правовых и законодательных актов, свидетельствуют об определенных успехах. Прежде всего, утверждены и реализуются отраслевые программы, направленные на профилактику ожирения и формирование здорового образа жизни, социально-значимых, инфекционных заболеваний, улучшение питания детей, в т.ч. профилактику сахарного диабета. С другой стороны, создание регистра СД на всех уровнях, будет ключевым источником эпидемиологических данных, приобретает государственное значение в плане оценки, проведения профилактики и своевременного лечения данной патологии.

Таким образом, сахарный диабет наиболее распространен среди детей, особенно в критические периоды максимального роста, гормональной перестройки организма. Развитие осложнений вследствие сахарного диабета способствует ранней инвалидизации, что является медико-социальной проблемой. С учетом сроков развития хронических осложнений СД в программе диспансерного наблюдения целесообразно пересмотреть сроки обследования на предмет выявления изменений со стороны нервной системы, соматических органов и глаз, особенно в раннем и старшем подростковом возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болотова Н.В. Качество жизни детей с сахарным диабетом I типа / Н.В. Болотова, О.В. Компаниец / В кн.: Изучение качества жизни в педиатрии (А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская). - М.: Союз педиатров России, 2010. - С. 145-158.

2. Дедов И. И. Сахарный диабет у детей и подростков / И.И. Дедов, Т.Л. Кураева, В.А. Петеркова, Л.Н. Щербачева. - М.: Универсум Паблишинг, 2002. -391 с.

3. Касаткина Э.П. Профилактика хронических осложнений сахарного диабета у детей и подростков / Э.П. Касаткина, Г.И. Сивоус, Э.А. Очирова, И.Г. Сичинава // Сахарный диабет. -2003. -№4. -С. 9-12.

4. Львова Н.Л. Анализ показателей инвалидности вследствие сахарного диабета в Республике Беларусь / Н.Л. Львова, С.И. Лущинская // Медицинские новости «Научные исследования».-2018.-№6.-С.76-80.

5. Турсунов Р.А. Факторы риска развития сахарного диабета-как важный аспект хронических неинфекционных заболеваний / Р.А. Турсунов, Ш.З. Шарипов, И.С. Бандаев, С.П. Алиев // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. -2019.Т. 18, №2.-С.172-181.

6. Шарофова М.У. Сахарный диабет: Современное состояние вопроса (часть 1) / М.У. Шарофова, Ш.С. Сагдиева, С.Д. Юсуфи //Вестник Авицены.-2019.-21(3).-С.502-512.

Курбонов Н.Т., Муминов Ш.

ДЕТЕРМИНИРОВАННОСТЬ ТРУДОВОЙ МИГРАЦИИ, КАК МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА В ТАДЖИКИСТАНЕ

ГОУ «Республиканский медицинский колледж»
ГОУ «Таджикский национальный университет»

Актуальность. Проведение социально-экономических реформ сопровождалось в Таджикистане спадом производства, сокращением рабочих мест, массовой безработицей и другими негативными процессами, оказавшими решающее влияние на повышение уровня бедности и соответственно ухудшение здоровья ее населения [2]. Происходящие в этот период вооруженные столкновения в гражданском обществе усугубили ухудшений условий жизни практически всего населения из-за которого страна встала в ряд беднейших государств мира. Для большинства экономически активного населения характерным стало чувство неуверенности в стабильном сохранении своего рабочего места и служебного положения, что способствовало поиску источников дохода для существования и благополучия своей семьи [1, 4]. Более того, снижение занятости населения приводило к потере рабочих мест в отраслях промышленности и сельского хозяйства с низким уровнем оплаты труда, что вызвало миграцию населения в другие страны, прежде всего в РФ. Выраженная трудовая миграция, особенно неквалифицированного мужского населения, привела к снижению роли института семьи и росту уровня заболеваемости, прежде всего инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), в т.ч. ВИЧ-инфекцией, увеличению числа случаев травматизма и, как следствие, инвалидизации лиц трудоспособного возраста [3, 4].

В условиях наличия значительных миграционных потоков на органы и учреждения народного хозяйства ложится ряд серьезных задач по организации медико-социального обеспечения мигрантов, требующих научного обоснования принимаемых решений по совершенствованию своей деятельности.

Цель исследования: Изучить медико-социальные аспекты детерминированности состояния здоровья трудовых мигрантов Таджикистана.

Материалы и методы исследования: В качестве инструмента исследования использовали разработанную анкету, которая содержала несколько позиций, таких как регион проживания, год рождения, семейный статус, пол, профессия, образование, квалификация, знание языка, Информированность и соблюдение мер профилактики ИППП. Исследование проводили с 15 сентября по 15 октября 2019 года среди 650 лиц, которые от 1-го до 2-х лет находились в трудовой миграции, временами приезжая на родину из Российской Федерации (РФ). Использованы аналитический, социологический и экспертный методы исследования. Ответы респондентов анализировали, исходя из полученных данных, методом случайных выборок.

Результаты исследования и их обсуждение: Официальные источники свидетельствуют, что более 1 млн. населения республики работают временно или постоянно за пределами страны. Однако, реальные масштабы этого явления значительно превышают приведенные данные за счет самостоятельного трудоустройства и нелегальной миграции.

Из общего числа респондентов 650 (69,5%) составили мужчины и 198 (30,5%) женщины различных возрастных групп. Среди мигрантов 218 (48,3%) мужчин и 56 (28,2%) женщин состояли в браке, 89 (19,7%) мужчин и 38 (19,1%) женщин были разведенные, остальные 523 (80,5%) человека - не связанные брачными узами. При этом брачное состояние само по себе является фактором, положительно действующим на здоровье, создающим более благоприятные условия для правильного и упорядоченного образа жизни и поведения. Мигранты имели следующий уровень образования: начальное - 28 (4,3%), среднее 112 (17,2%), средне специальное – 202 (17,2%) и высшее –308 (41,3%), 119 (14,8%). Из общего числа респондентов 294 (45,2%) человека имели соответствующие профессии и квалификацию. При этом частота знания русского языка мигрантами среди мужчин соответствовала уровню 64,0%, а среди женщин - 50,0%. Знание русского языка и истории народов РФ оказалось выше среди мигрантов из городских поселений. Мигранты, имеющие квалификацию, хорошо владеющие русским языком, легче находят подходящую работу.

Основная масса мигрантов в качестве разнорабочих была занята в сфере строительства, жилищно-коммунального хозяйства, услуг, торговли, в т.ч. дворниками, охранниками, уборщицами, грузчиками, даже имея среднее специальное обра-

зование, выполняя неквалифицированную работу. В области сельского хозяйства и торговли нашли применение 126 (19,3%) человек.

Результаты исследования показали, что 75,4% мигрантов оценивают свое здоровье как хорошее, 24,6% из них - как среднее. Особой проблемой остается состояние здоровья трудовых мигрантов и их обеспеченность медицинскими услугами. В то же время длительный отрыв от членов семьи, родственников и друзей зачастую негативно отражается на их психологическом состоянии и поведении.

Из общего числа респондентов 346 (53,2%) человек были наиболее осведомленными в отношении механизма передачи инфекции, передающей половым путем, были лица со средним специальным и высшим образованием, особенно в возрастных группах 40 лет и старше. Установлено, что 171 (37,8%) мужчина и 49 (24,7%) женщин при половых контактах используют презервативы.

Состояние здоровья и вопросы медицинского обслуживания трудовых мигрантов важны не только для работодателей и местного населения, но и для самих мигрантов, которые выезжают в другие климатические и социально-бытовые условия и могут даже не знать, что имеют те или иные заболевания и проблемы.

Кроме того, установлено, что только в 2017 году из-за болезней органов дыхания и желудочно-кишечного тракта в 20,9% случаев, психоэмоциональных стрессов - в 4,0% случаев, несчастных происшествий - в 7,3% случаев мигранты обращались за медицинской помощью в территориальные лечебно-профилактические учреждения, в которых ее получали за определенную плату.

Небольшая часть мигрантов, 36 (7,9%) мужчин и 9 (4,5%) женщин из-за нелегального положения имели ограниченные права и свободы, представляя для представителей компаний, частных предприятий, небольших фирм РФ самую дешевую рабочую силу, что и является стимулом к их найму.

Среди них, особенно среди мужчин, в 38,2% случаев распространены такие поведенческие факторы риска, как употребление алкогольных напитков (28,3%), курение (22,6%), в т.ч. употребление насовая (12,6%), употребление энергетических напитков и психоактивных веществ (4,6%). Кроме того, 21,3% мужчин и 13,1% женщин в период пребывания в трудовой миграции имели случайные половые связи. Более того, 31 (6,8%) мужчина и 12 (6,0%) женщин имели по два и более половых партнера в период пребывания в трудовой миграции.

Влияние трудовой миграции на социально-экономическое развитие страны, безусловно, огромное, причем не только положительное, но отрицательное. Однако последствия в области здоровья, как правило, негативные.

Так, свободное передвижение предоставляет гражданам возможность наиболее выгодно применять свой труд, знания и опыт. Наряду с получением экономической выгоды, возможности обеспечить семью, мигранты изучают язык и культуру других стран, обретают различные специальности, профессии, расширяется их мировоззрение. Следует отметить, что из общего количества респондентов 74 (16,4%) лиц мужского пола и 22 (11,1%) женщины живут гражданским браком с соотечественниками, и только 17 (3,7%) человек официально зарегистрировали свой брак в соответствии с законодательством РФ. Тем самым, происходит нарушение структуры семьи, препятствующее нормальному выполнению присущих ей функций, в т.ч. связанных с обеспечением здоровья всех ее членов. Следовательно, важнейшими характеристиками трудовых мигрантов являются их половая принадлежность, возраст, образование, профессия, квалификация, знание языка. От их сочетания в целом зависят активность и поведение мигрантов в стране пребывания.

На формирование миграционного поведения большинства трудовых мигрантов существенно влияют различные социально-экономические факторы, такие как: низкая заработная плата, высокий уровень безработицы, возросшие темпы прироста, высокая плотность расселения населения и т.д.

Изучение заболеваемости ИППП среди лиц молодого возраста показало, что основную долю в их структуре занимает трихомониаз. На долю трихомониаза приходится 20,0%, второе - третье место принадлежат гонорее и сифилису (24,1% и 18,6% соответственно). Ведущими заболеваниями среди мужчин являются гонорея (60,3%) и хламидийная инфекция (69,3%), среди женщин - трихомониаз (84,1%). У больных с хроническими формами ИППП в 8 раз чаще встречаются осложнения в виде воспалительных заболеваний урогенитальной сферы.

На рост ИППП оказывает влияние отсутствие надлежащей системы эпидемиологического и медицинского контроля за группами повышенного социального «риска» заражения (мигранты, проститутки, наркоманы, бомжи, лица, освободившиеся из мест заключения), число которых возросло в период социально-экономических преобразований.

При этом рост значимости данных групп населения в эпидемиологии ИППП требует пересмотра подходов к профилактической работе с ними.

Наиболее эффективной для сохранения здоровья является адресная первичная профилактика. Очевидно, что первичная профилактика ИППП должна быть адресована, прежде всего, лицам, входящим в группу риска ИППП, т. е. практикующим рискованное поведение, а также подверженным рискованному половому поведению.

Подверженность рискованному половому поведению является наиболее важным, но наименее изученным аспектом проблемы поведенческих рисков. В этой связи высокую актуальность приобретает разработка метода, позволяющего установить индивидуальную подверженность рискованному половому поведению, оценить величину их риска и определить характер и объем необходимой работы по первичной профилактике ИППП.

Кроме этого, социальная значимость проблемы определяется снижением социальной активности данной части населения, развитием внутрисемейного психологического конфликта, бесплодием, возможностью распада семьи, развитием соматических патологий.

Медицинская значимость состоит в том, что имеют место существенные экономические затраты на лечебно-профилактические мероприятия, а также реабилитационные в связи с формированием нарушений репродуктивной функции, снижением качества воспроизводства некоторой части населения. Особое социально значимое положение занимают ИППП в структуре заболеваемости лиц молодого возраста, в т.ч. среди трудовых мигрантов.

При этом органы и учреждения здравоохранения должны ориентировать министерства, ведомства и общественные организации на проведение мероприятий по формированию у населения здорового образа жизни и укрепления его здоровья.

Профилактические мероприятия - важнейшая составляющая системы здравоохранения, направленная на формирование у населения медико- социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни.

Таким образом, важнейшими социально-демографическими характеристиками трудовых мигрантов являются их половая принадлежность, возраст, образование, профессия, квалификация. От их сочетания зависит активность миграционного поведения в стране пребывания. При этом органы и учреждения здравоохранения должны ориентировать министерства, ведомства и общественные организации на проведение мероприятий по формированию у населения, особенно среди трудовых мигрантов и членами их семей здорового образа жизни и укреплению здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волкова [и др.] // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2011. – № 3. – С. 56-59.

2. Гаибов А.Г. Медико-социальные аспекты и проблемы внешней трудовой миграции граждан Республики Таджикистан / А.Г. Гаибов, М.А. Гаибов, Н.Б. Лукьянов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2017, №4. - С.86-91.

3. Кисина В. Урогенитальный трихомониаз: современный взгляд на проблему / В. Кисина и др. // Врач. – 2010. №1. – С. 18-20.

4. Махмадбеков М.Ш. Миграционные процессы: сущность, основные тенденции и особенности в современном обществе (опыт Таджикистана). Диссертация на соискание ученой степени канд. полит. наук. Душанбе.-2010. - 164с.

5. Рузиев М.М. Медико-организационные основы противодействия ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан. Автореф. дис д-ра мед. наук. М.-2019. 46с.

Магзумова Ф.П., Абдурахимов А.А.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ

ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

Цель исследования: разработать современные подходы к реабилитации и социальной интеграции детей-инвалидов в г. Душанбе.

Материал и методы исследования. Отчетно-учетные документации медико-социальных учреждений город Душанбе, ГСМСЭ, а также анализ деятельности городской отдел медико-социальной экспертизы г. Душанбе.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ показал, что в 2015-2018 годы с целью

прохождение комиссии для определение группу инвалидности обращаемость в ГС МСЭ в целом уменьшился на 273 (0,7%), но однако число установленных инвалидов из число обративших увеличился на 3125 (10,0%). Первичный обращаемость увеличился на 204 (2,6%), подтвержденные группу инвалидности увеличились на 182 (2,3%).

Из общего число обратившихся в ГС МСЭ за этот период 2015год – 12024, 2016 – 12888, 2017-12040, 2018-12114 составляли дети до 18 лет. В 2016 год отмечался рост обратившие в комиссии на 6,7%. Необходимо отметит что каждым годом увеличивается рост детей инвалидов. Среди обратившихся в целом если идет тенденция к спаду, но однако первичный инвалидности среди детей идет к увеличению, за 4 года увеличился на 1341 т.е. на 31,7%. Необходимо отметит, что в структуре инвалидности первое место занимает заболевание нервной системы, затем психатрическая, врожденные пороки развития, онкологическая поражения разных органов и т.д.

Анализ анкеты показал, что причина в детском возрасте инвалидность с онкологическими заболеваниями явился поздное обращение к специалистам, невнимательность родителей, низкий уровень знаний или нехватка специалистов первичного уровня. Не на должном уровне поставлена реабилитационные мероприятие в медико-социальных учреждениях республики.

Выводы. Дети инвалиды с различной степени тяжести, с различной давностью заболевания обладают высоким реабилитационным потенциалом, эффективность которого наиболее высока у детей раннего возраста. Современная, комплексная, непрерывно проводимая реабилитация детей в возрасте до 1 года дает положительный эффект в 90% случаев, способствуя предупреждению формирования инвалидности. Ранняя диагностика перинатального поражения органов и своевременная грамотная организованная реабилитация детей – это путь к повышению возможности снижения инвалидности в стране.

[1]Мирзоев М.Т., [2]Ганизода М.Х., [1]Искандарова М.М., [3]Муродова Г.П.

ТЕНДЕНЦИИ БРАЧНО-СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ГОУ «Республиканский медицинский колледж»[1]
ГУ «Национальный центр репродуктивного здоровья населения»[2]
Городской центр здоровья №14 Управления здравоохранения г.Душанбе[3]

Актуальность. Трансформационные процессы, проведение социально-экономических реформ сопровождались в нашей стране спадом производства, сокращением рабочих мест, массовой безработицей и другими негативными процессами, оказавшими решающее влияние на уровень бедности, ухудшением медико-демографических показателей [2], и в итоге привели к изменениям в жизни каждой таджикской семьи.

Все эти изменения уже оказывают серьезное влияние на устойчивость института семьи и вызвают появление негативных экономических и социально-психологические последствий [1]. Сложившаяся ситуация, особенно в сельских регионах повлияла на демографические аспекты жизни населения, а именно: на рождаемость населения, брачно-семейные отношения, смертность, продолжительность жизни и на миграционные процессы [3].

Семья, как важное звено общества, оказывает непосредственное и сильное влияние на всестороннее его развитие путем воспроизводства населения, удовлетворяются и формируются материальные потребности человека, но и создаются, поддерживаются и передаются определенные традиции, духовные ценности, осуществляется взаимосвязь поколений [4].

Накопленный опыт по регулированию медико-демографических процессов, повышению роли семьи в воспитании подрастающего поколения, в т.ч. по планированию семьи, явно недостаточен для улучшения показателей здоровья населения [7]. В связи с этим развитие демографической политики, в частности поддержки семьи в условиях переходного периода составляет одну из важных проблем в большинстве стран мира [3, 6], в т.ч. и в нашей стране

Семейные отношения регулируются нормами морали и права. Однако, несмотря на все это, семья по прежнему имеет высокий социальный престиж - подавляющее большинство людей предпочитают жить в семье. Поэтому проблема укре-

пления семьи, улучшения отношений, повышение ответственности родителей, сегодня поднята на уровень национальной государственной политики Республики Таджикистан [5]. Многие факторы, а также причины распада семьи, прочности семейно-брачных отношений в новых социально - экономических условиях недостаточно изучены.

Цель исследования. Изучить и оценить тенденции брачности и разводимости населения Республики Таджикистан.

Объект исследования - население Республики Таджикистан,а также лица, участвовавщие в медико-социалогическом опросе в октябре - ноябре 2019 года.

Материалы и методы исследования. Нормативно - правовые документы в сфере социальной защиты населения, в т. ч. Семейный кодекс Республики Таджикистан, отраслевые нормативно-правовые документы принятые в годы независимости. Отчетные данные Комитета по делам женщин и семьи при Правительстве Республики Таджикистан. Использованы информационно - аналитический, статистические и специальные демографические методы исследования.

По специально адаптированной анкете в октябре-ноябре 2019 г. проведен анонимный добровольный опрос 560 человек: 312 (55,7%) мужчин и 248 (44,3%) женщин, проживающих в разных городах и районах Республики Таджикистан. Полученные результаты подвергались статистической обработке данных с использованием стандартных программ.

Информационной базой - послужили отчетные материалы Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан, международных организаций, результаты научных исследований специалистов стран СНГ, материалы социологических опросов.

Научные исследования, бесспорно, создают достаточно серьезную теоретическую и методологическую базу для изучения новых реалий жизни, когда происходят радикальные и глубокие изменения в социально-экономической и духовной жизни общества со всеми их противоречиями и трудностями.

Результаты исследования и их обсуждение. Семья - один из самых древних социальных институтов. Она возникла намного раньше религии, государства, армии, образования, рынка. Сегодня повышенный интерес к семье и браку обусловлен рядом важных причин. Прежде всего, вопрос об укреплении брака и улучшении брачной структуры населения приобретает важнейшее государственное значение в связи с проблемой рождаемости, показателей здоровья и продолжительности жизни населения. Во вторых, решение таких проблем немыслимо без изучения механизмов формирования семьи, а также обусловлено трудностями трудности в условиях переходного периода. Установлено, что вряде регионов страны четверть всех браков оказывается нежизнеспособной.

Семейные отношения регулируются нормами морали и права. Их основу составляет брак - легитимное признание взаимоотношений мужчины и женщины, которые сопровождаются рождением детей и ответственностью за физическое и моральное здоровье членов семьи.

Исследователи определяют ее как исторически конкретную систему взаимоотношений между супругами, между родителями и детьми, как малую группу, члены которой связаны брачными или родственными отношениями, общностью быта и взаимной моральной ответственностью, как социальную необходимость, которая обусловлена потребностью общества в физическом и духовном воспроизводстве населения.

Семье и браку посвящено множество исследований с древности до наших дней. Особенно возрастает роль семьи в условиях переходного периода, финансового и экономического кризиса и бедности населения, когда она, практически становится важнейшей гарантией сохранения общественно-потребного социального поведения, действий и поступков, моральной ответственности. Именно семья в критические моменты истории поддерживает здоровое начало нации, нравственную чистоту и способствует возрождению духа и энергии нации.

С другой стороны, переходный период во многом изменил ценностные ориентации населения, особенно молодежи, в области брака и семьи, появились другие новые формы взаимоотношений, увеличилось число разводов не только среди молодежи, но и среди лиц старшего возраста, повысился возраст вступления в брак и т.д. Численность населения республики на 0,1 января 2018 года составило 9028900 чел.; рождаемость на 1000 населения -25,6; смертность на 1000 населения -3,6; естественный прирост -22,0. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении 71,4 лет, смертность детей до 1 года на 1000 живорожденных -14,3,смертность детей до 5 лет на 1000 живорожденных -17,9, материнская смертность на 100 000 живорожденных -24.

Суммарный коэффициент рождаемости в Таджикистане составляет 3,6 рождений на одну женщину, при этом средний возраст на момент

первых родов составил 22 года. Определенные значение суммарный коэффициент рождаемости зафиксированы в ГБАО и Согдийской области -3,4; Душанбе-3,4; РРП-3,7 и Хатлонской области -4,2 рождений на одну женщину.

За период с 2015 по 2019 г. использование контрацептивных средств увеличилось с 11,2% до 42,7% при этом, в 2 раза стало больше количество пользователей оральными контрацептивами в 1,49 (12%) раза презервативами. Между тем, начавшийся в республике демографический переход выражается и в изменении семейно-брачных отношений. Знание закономерностей такого изменения в связи с перестройкой социально-экономических и других отношений является ключом к пониманию современных тенденций брачности как момента формирования нового типа воспроизводства населения.

Брачность населения создает, при прочих равных условиях, морально-этическое право на рождение детей. В условиях нерегулируемой рождаемости между брачностью и рождаемостью должна существовать прямая связь. Если рост брачности сопровождается медленным ростом рождаемости или ее снижением, то это свидетельствует, что в обществе распространяется и реализуется планирование семьи.

С началом перестроечных процессов и становления рыночных отношений наблюдается некоторое снижение брачности населения (табл. 1).

Таблица 1

Динамика общего коэффициента брачности и разводимости населения Таджикистана за 2010-2019 гг.

Годы	Число зарегистрированных браков	На 1000 человек	Число зарегистрированных разводов	На 1000 человек
2010	100759	13,2	6019	0,8
2015	76956	9,1	8346	1,0
2016	72499	8,4	8845	1,0
2017	78638	8,9	10053	1,1
2018	82647	9,2	10976	1,2
2019	79153	8,6	12503	1.4

Изучение полученных материалов показало, что общий коэффициент брачности за 2015-2019 годы имеет тенденцию к снижению, а разводы наоборот увеличиваются. Такую динамику брачности можно объяснить тем, что в связи с некоторым ухудшением экономического положения семей в сельской местности число вступивших в брак уменьшилось, а с другой стороны, существует неполнота учета вступивших в брак. Это явление происходит по причине регистрации брачных пар по религиозным обычаям, но юридически не оформленных.

Незарегистрированные браки функционируют в двух формах. Первая форма основана на религиозном заключении брака. Такие формы заключения брака существуют и в настоящее время. Они относятся к незарегистрированным бракам. Вторая форма незарегистрированных браков распространяется в связи с развитием рыночных отношений. Всем известно, что имеется много мужчин, которые, не разводясь с официально зарегистрированной женой, вступают во второй брак (многоженство) на основе религиозной регистрации. Их точное число неизвестно, но все знают об этом факте.

В основе этой формы брака лежит хорошее экономическое положение «новых мужей» и тяжелое экономическое положение части женщин, которые по тем или иным причинам не могут вступить в официальный брак или не могут прокормить себя и детей, или не могут найти свободного жениха и поэтому соглашаются быть второй женой.

На самом деле главная причина уменьшения числа вступивших в брак, как мужчин, так и женщин - в ухудшении экономических условиях жизни, которые не позволяют женихам иметь средства на приобретение жилья, необходимой семейной утвари, соответствующей одежды, проведение свадебных мероприятий.

Устойчивость брачно-семейных отношений зависит от готовности молодых людей к семейной жизни, где готовность к браку понимается как система социально-психологических установок личности, определяющая эмоционально положительное отношение к семейному образу жизни.

Более четверти (28,8%) опрошенных мужчин и треть женщин (44,7%) вступали в брак по желанию родителей, что свидетельствует о серьезном влиянии традиций и обычаев на формирование семьи. На третьем месте стоит бедность и материальный мотив и на пятом - психологический мотив. К другим мотивам относятся - желание иметь семью, желание иметь детей, производить потомство и т.д.

Если сгруппировать эти мотивы на экономические и социально-психологические, то экономические мотивы, сдерживающие мужчин от вступления в брак, (отсутствие средств для свадьбы,

отсутствие жилья, желание иметь хороший доход) занимают 26,2%, а для женщин этот мотив занимает 36,2%. Это объясняется тем, что для женщин эти мотивы сравнительно малозначимы, тогда как для мужчин они являются определяющими для вступления в брак.

Для различных поколений социальных групп населения мотивы вступления в брак могут быть разными. В связи с этим важно установить критерии изменения мотивов вступления в брак, что позволит разработать меры, направленные на развитие и укрепление брачно-семейных отношений

Данные табл. 2 показывают, что основным мотивом вступления в брак респондентов, как юношей, так и девушек, являются «возникшие отношения любви и взаимного уважения» (18,7%). Эту ситуацию можно объяснить влиянием следующих факторов: - увеличение числа юношей и девушек, получающих высшее и среднее профессиональное образование; - свободный выбор

Таблица 2

Сравнительные данные о структуре мотивов вступления в брак населения Республики Таджикистан в 2015-2019 гг.

№ п/п	Мотивы вступления в брак	мужчины	женщины	всего
1.	Взаимное уважения и любовь	71	34	105
2.	Улучшения материального положения	38	21	59
3.	Желание улучшить жилплощадь	22	17	39
4.	Во избежание одиночества	45	13	58
5.	По желанию родителей	90	111	201
6.	Бедность и тяжелые условия жизни	30	42	72
7.	Другое	16	10	26

«брачного» партнера; - снижение влияния мнения родителей на выбор брачного партнера; - внешняя трудовая миграция.

Причины влияния родителей на выбор брачного партнера для- детей можно связать с высокой долей населения, проживающего в сельской местности, с существованием многопоколенных семей, где родители и ближайшие родственники имеют серьезное влияние и авторитет. Также данный мотив относится к юношам и девушкам, которые по каким-то причинам не вступили в брак в оптимальном, по общественному мнению, возрасте. Третий мотив вступления в брак - «желание избежать одиночества» - составил 10,3%. Этот мотив связан с увеличением численности учащихся в высших и средних специальных учебных заведениях.

Религия и народные обычаи в Республике Таджикистан осуждают добрачные сексуальные связи юношей и девушек. В новых условиях происходят серьезные сдвиги в этой области. Многие постулаты ослабли, духовные лидеры почти всех конфессий уже спокойно смотрят на разводы и повторные браки, раннее осуждаемые морально, признано равноправие детей, рожденных вне брака.

Одной из причин, позволяющих молодежи неофициально вступать в сексуальные связи, является широкое распространение средств контрацепции и других медицинских методов сохранения «целомудрия» девушек. Однако эти процессы происходят не в рамках семьи, а во вне семейных отношениях между мужчинами и женщинами.

Кроме этого, когда женщины идут по такому пути, то, по всей вероятности, они имеют какой-то мотив действия. Знание этих мотивов является чрезвычайно важным для разработки мер по формированию семьи и укреплению брачно-семейных отношений.

На втором месте стоит мотив в связи с неудачным первым браком, когда женщины согласны вступить в повторный брак на правах второй жены. На третьем месте стоит мотив «влияние родителей».

Материальные мотивы (отсутствие жилья, желание улучшить материальное положение, желание улучшить жилищные условия) составляют-17,5 процента. Нежелание, чтобы дети от первого брака росли без отца, занимает 10,0 и уход мужа - 4,2 процента. Другие причины включают желание в связи с возрастом иметь семью и иметь детей.

Среди населения Таджикистана развод воспринимается как весьма нежелательное явление. Общий коэффициент разводов составил 1,4 на 1000 населения. Рост числа разводов отмечается по всем регионам республики, кроме Согдийской области и районов республиканского подчинения.

В случае возникновения разводной ситуации в

семье всем миром делалось все, чтобы предотвратить развод. За последние 10-15 лет вопрос развода среди большей части населения стал обычным явлением. Общество уже не так сильно осуждает факт развода семьи, что, по всей вероятности, связано с демократическими процессами в обществе, с получением более широкого доступа населения к мировым информационными технологиям (телевидение, интернет, видео и мобильные телефоны), но, несмотря на это, семья как первичная ячейка общества, твердо сохраняет основу развития общества.

Для упрощения анализа мотивы развода разделили на экономические, социальные и психологические. В первую группу входят такие мотивы, как неудовлетворенность материальным положением семьи, неудовлетворенность жилищными условиями, отсутствие кооперации труда в домашнем хозяйстве и т.д.

В группу социальных мотивов входят: нежелание жить с родителями и родственниками, измена одного из супругов, аморальное поведение одного из супругов, судимость, алкоголизм, инвалидность супруга.

Таблица 3

Основные причины разводов населения Республики Таджикистан за 2015-2019 гг

Основные мотивы разводов	Город		Село	
	Муж	Жен	Муж	Жен
Неустойчивость семейного быта	59	48	71	61
Материальная недостаточность	82	71	90	85
Вмешательство родителей, свекрови, золовки	51	39	42	43
Супружеская измена	15	28	11	5
Не сошлись характерами	33	29	67	35
Заболеваемость и инвалидность	31	26	17	16
Другое (алкоголизм, наркомания)	41	7	14	3

Из данных табл. 3 видно, что самый большой удельный вес разводов приходится на долю других мотивов. Их содержание сводится к тому, что часть юношей в молодости женилась не по любви, а по желанию родителей. Со временем, с рождением нескольких детей, мужья не могли оставить их и ждали, когда дети вырастут, обустроятся, и потом осуществить развод.

Кроме этого, женщины к 45-50 годам «изнашиваются», тогда, как мужчины выглядят относительно молодо. Это наталкивает мужчин на поиски «новой невесты», новых чувств, тем более, если они женились в свое время без любви. Надо также отметить неполноту учета числа разводов в тех случаях, когда разводятся семьи, сформированные не по юридической регистрации, а по религиозным обычаям.

В городах многие живут с «девизом» каждый в свое удовольствие, отсюда возникают конфликты на основе разных потребностей и интересов, а также по причине нехватки взаимопонимания и взаимопомощи. Следствием этого является неверность супругов, и на основе супружеской измены подавляющее большинство браков распадаются.

В разводимости населения Таджикистана происходят такие качественно новые процессы, как рост расторгнутых браков по продолжительности брака. Так, в 2015 году продолжительность расторгнутых браков составляла 8,7 года и постепенно увеличиваясь, в 2019 году достигла более 10 лет. Среди малоимущего населения, особенно проживающих в сельских поселениях, свобода внебрачных семейных отношений получает всё большее распространение.

Одной из причин такой динамики разведенных семей с детьми являются экономические трудности. Известно, что в таджикских семьях в основном главой семьи и ее кормильцем является муж. Зачастую глава семьи оказывается не в состоянии выполнять эту свою функцию, и нередко решение данной семейной проблемы завершается разводом независимо от числа детей в семье.

Расторжение брака имеет серьезное отрицательное экономическое влияние в большей степени на женщин; чем на мужчин, и для большинства женщин развод - это серьезное снижение дохода, и она должна будет включиться в рынок труда с нехваткой или отсутствием рабочего опыта.

Развод как демографическое явление возникает из-за накопившегося осадка ссор, конфликтов,

которые имели место в процессе супружеской жизни, на базе внешних факторов, социальных и экономических, а также дисбаланса отношений супругов. Основной фактор развода семей, который всегда покрывается выражением «не сошлись характером» - это обычаи, традиции, правосознание и нравственность, здесь же социальные установки личности, особенности ее воспитания, характера и много других индивидуальных особенностей человека как личности, которые имеют решающее значение в период рыночных отношений.

Развод семей может происходить в каждом возрасте населения, состоящего в браке. В каждом возрасте он имеет специфический характер. Особенность разводимости населения Республики Таджикистан заключается в том, что мужчины имеют преобладающее преимущество при принятии решения о разводе, потому что молодожены, вступая в брак, живут у родителей жениха или в собственном доме, построенном женихом.

В развитых странах из-за низкого уровня рождаемости, «нулевого уровня воспроизводства», государство обеспечивает семьи всеми необходимыми денежными и материальными ресурсами для увеличения качественного и количественного воспроизводства детей, и при этом, как говорится, «дети на улице не останутся», негативные последствия воспитания в неполных семьях для детей устранены.

Отрицательные последствия разводимости населения очень велики, учитывая преобладание многодетных семей над малодетными семьями. Во-первых, большое количество детей, которым после развода выделяется небольшая сумма, т.е. «алименты» от заработной платы родителя, которые не соответствуют стоимости жизни и не обеспечивают минимальные потребности проживания. Во-вторых, со стороны государства выделяется незначительное количество денежной и материальной помощи детям-сиротам.

Семьи, проживающие в сельской местности, более стабильны и прочны, хоть не имеют столь хорошего материального положения по сравнению с жителями города. С другой стороны, причины развода объясняются следующим образом, основная масса населения живет в сельской местности, где одним из основных источников заработка является приусадебный участок или арендованные земельные участки. В таких семьях кормильцами являются в основном мужчины. Экономическая состоятельность таких семей находится на очень низком уровне, и, естественно, нехватка денег на покрытие элементарных потребностей, ежедневные семейные конфликты и ссоры создают почву для развода и бытового насилия.

Таким образом, семья является величайшей общечеловеческой ценностью. Она возникла с появлением человеческого рода, намного раньше религии, государства, армии, образования, рынка. Прежде всего, семья - это социальный институт, который может повлиять на многие стороны человеческой личности. Большой диапазон функций воспитания семьи соединяется с особенной характерностью ее духовного, нравственного и эмоционального воздействия, что делает ее на высоком уровне действенным, но и необходимым фактором в формировании личностных качеств. На современном этапе развития общества можно наблюдать стремительный рост и перемены во всех сферах жизни человека. Особенно это видно в проявлении изменений в системе ценностей, которая отражается в кризисе семьи и семейных взаимоотношений. В сельской местности семейно-брачные отношения прочнее и стабильней, чем в городах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова Л. В. Семья как основа становления личности // Актуальные задачи педагогики: материалы V Междунар. науч. конф. Чита: Издательство Молодой ученый, 2014.-С. 227-229.-URL https: // moluch.ru/ conf/ped/ archive /102/5359/ (дата обращения: 01.04. 2020).

2. Гаибов А.Г. Социально-гигиеническиеаспекты медико-демографических процессов и здоровья населения Республики Таджикистан: автореф. дис.д-ра мед.наук.-М.,2006.-42 с.

3. Исламов Ф.С. Тенденции демографического развития Республики Таджикистан. Душанбе, Институт демографии АН Республики Таджикистан, 2005.-С. 25-45.

4. Кобилова С. А., Шляхтенко И.Н. Молодая семья: опыт социального исследования. Душанбе: Дониш, 1992. -58с.

5. Махмудов М. Правовые средства сохранения и укрепления семьи в Таджикистане. Душанбе, «Ирфон»,1998.165с. Хукук ва ухдадорихои хамсарон дар оила. Душанбе.ЭР-граф. 2003.

6. Стародубова В.И. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина и др. М.//ГЭОТАР-Медиа, 2013. 624 с.

7. Шоисматуллоев Ш. Трансформация социальной структуры и изменения социального положения семьи // Известия АН РТ. Серия: философия и правоведение. Душанбе, 2002. №3-4.- С.90.

Раджабзода С.Р., Азизов З.А., Магзумова Ф.П.

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСАН

ГУ Республиканский центр семейной медицины,
ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

Цель исследования: изучение эпидемиологии первичной инвалидности в следствие онкологических заболеваний населения Республики Таджикистан.

Материалы исследования. Использованы официальные материалы Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан, отчеты форма 7 – ГС

Медико-социальной экспертизы (ГС МСЭ) МЗСЗН РТ за период 2016-2019 годы.

Результаты исследования и их обсуждение. В структуре общей смертности населения Республики Таджикистан онкологическая патология занимает второе место после сердечно-сосудистой системы и остается одно из ведущих социально значимых заболеваний. При этом наблюдается рост данной патологии. Так в 2019 году в ГУ МСЭ для установления инвалидности первично обратились 8191 человек, из них 8053 человек лиц трудоспособного возраста. Среди них различные группы инвалидности получил 7307 человек, из которых 7222 человек трудоспособного возраста. Первую группу получил 945 (12,9%), вторую группу - 4680 (64,08%) и третью группу - 1682 (22,3%). Из них лица пенсионного возраста составили 116 (1,6%) и инвалиды - детства составили 1946 (26,6%) соответственно.

Первичная инвалидность с онкологическими заболеваниями за этот год заняла пятое место: 1-неврологические заболевания, 2- психиатрические заболевания, 3-поражение опорно-двигательной системы, 4 - заболевания глаз и 5- онкологические заболевания, в частности злокачественные онкологические заболевания. В республике из 7303 лиц впервые зарегистрированных инвалидов лица с онкологическими заболеваниями составили 583 (8,0%), из них со злокачественными образованиями оказались 542 человека, что составило 93,0% от общего числа онкологических заболеваний. Трудоспособного возраста составили 574 (8,0%), из них со злокачественными образованиями оказались 539 человека 94% от общего числа онкологических заболеваний. Из 43 человек (4,7%) с первой группой инвалидности 97,7% составили лица со злокачественными образованиями. Вторая группа 470 человек (10,3%), при этом 92,5% составили злокачественные образования. В третьей группе из 70 человек (3,8%), 92,8% составили злокачественные образования. При этом 25,5% составили лица проживающие в городе и 74,5% жители сельской местности соответственно.

С целью социальной реабилитации из 7303 инвалидов 1646 (22,5%) была рекомендована трудовая рекомендация, то есть переквалификация и изменение профессии, из низ 31,8% составили городские и 68,2% сельские жители соответственно. В связи с необратимостью процесса бессрочная группа инвалидности была впервые определена 732 обратившимся, при этом более 50% составили мужчины.

Выводы. Необходимо поддерживать приоритет профилактики и диспансеризации больных с онкологическими заболеваниями, особенно в сельской местности. Также необходимо расширение организации паллиативной помощи. При этом требуется интеграция вертикальных служб ПМСП, в частности семейной медицины.

Раджабзода С.Р., Магзумова Ф.П.

ПРОЦЕСС ВНЕДРЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ГУ Республиканский центр семейной медицины,
ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

Цель исследования: оценка внедрения Индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов в Республике Таджикистан.

Материалы исследования. Использованы

официальные материалы Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан, отчеты форма 7 – ГУ Медико-социальной экспертизы (МСЭ) МЗСЗРТ за 2019 год.

Результаты исследования и их обсуждение. В Республике Таджикистан согласно статистике, предоставленной Министерством здравоохранения и социальной защиты населения РТ, на начало 2019 года зарегистрировано 149000 лиц с ограниченными возможностями (ЛОВ), из них 27 тысяч дети и с инвалидностью и15 тысяч инвалиды 1-й группы.

В республике 7 июня 2019 года был принят Приказ № 412 о разработке и реализации индивидуальной программы реабилитации (ИПР) лиц с инвалидностью. Установление инвалидности, разработка ИПР инвалидам и контролирование их реализации относятся к компетенции ГУ МСЭ. Анализ показал, что в 2019 году со стороны ГУ МСЭ 24863 инвалидам для реализации была заполнена ИПР, что составило 16,7% от общего числа инвалидов в республике. Из них инвалидам 1 гр. было предложено 2166 форм ИПР 8,7%, 2-й гр. – 16844 67,7% и 3 гр.– 5853 23,6%. Из общего числа разработанных ИПР 16304 лицам была рекомендована медицинская реабилитация, из них инвалидам 1гр.- 1405 (8,6%), 2 гр.– 11743 (72,0%) и 3 гр.- 3156 (19,4%). Социальная реабилитация была рекомендована 3686 лицам, что составило 14,8%. Из них инвалиды 1гр. составили 8,6%, 2 гр.- 63,7% и 3гр.- 27,7%. Ассистивная технология, в частности инвалидная коляска была рекомендована 403 (11,0%) лицам, инвалидам 1 гр. – 374человек, 2 гр. – 29 человек. Протезы-ортезы были рекомендованы – 322 (8,7%) инвалидам, и санаторно-курортное лечение – 3182 (86,3%) лицам с инвалидностью соответственно. Профессиональная реабилитация была рекомендована 502 (2,01%) лицам. Из них дано направленно с целью переобучения и переквалификации в Профессиональном лицеи интернате для инвалидов 61 лицам и 150 человек в Центры обучения взрослых при Министерство труда миграции и занятости населения. Также для получения образования в высшие учебных заведения республики направлено 254 человека. Однако полученные результаты по исполнению рекомендаций по реабилитации пока полностью не изучены. Обеспеченность ассистивной технологией в республике находится на недостаточном уровне: например потребность в колясках 11700 штук, при этом обеспечено всего 923, в слуховых аппаратах нуждаются 9000 лиц однако обеспечены 287 человек. В протезах верхней конечности нуждаются 162 инвалида, обеспечены 11человек, протезы нижних конечностей требуется 900 инвалидам, обеспечено всего 257 лиц, ступ для ходьбы необходим 3300 лицам, обеспечено всего 281 и т.д.

В 2019 году в республике впервые 583 человек с онкологическими заболеваниями зарегистрированы как инвалиды, что составило 8,0% от общего числа впервые зарегистрированных инвалидов. Из них 542 человека 93,0% со злокачественным течением болезни. Согласно законодательства республики, они нуждаются в различных видах реабилитационных мероприятий как можно скорей, в частности медицинской, социальной, профессиональной и психологической.

Выводы. Анализ ситуации с реализацией ИПР показал, что составление и практическая реализация ИПР лиц с инвалидностью в настоящее время не соответствует требованиям таджикского законодательства. Оказание реабилитационных услуг в исполнительных учреждениях затруднено устаревшей инфраструктурой, отсутствием специалистов и необходимых навыков. Необходимо провести экономические расчеты, изыскать дополнительные средства для расширения реабилитационных учреждений с оснащением их необходимым современным многопрофильным оборудованием.

II. ГУМАНИТАРНЫЕ, ОБЩЕСТВЕННЫЕ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

Азизова Н.Н.

НАҚШИ ТЕХНОЛОГИЯИ МУОСИР ВА УСЛУБҲОИ БАЙНАЛФАЪОЛИ ТАЪЛИМ ДАР БАЛАНД БАРДОШТАНИ СИФАТИ ОМОДАСОЗИИ МУТАХАССИСОНИ МИЁНАИ КӮМАКИ АВВАЛИЯИ ТИББИЮ САНИТАРӢ

Кафедраи тибби оилавии МДТ "Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ"

Соҳаи таҳсилотро дар замони ҳозира бе истифодаи технологияи компютерӣ ва электронӣ тасаввур намудан ғайриимкон аст. Дар баробари истифодаи технологияи муосири таълимӣ ҳамчунин барои баланд бардоштани самаранокии таълим аз услубҳои байналфаъоли таълим, ки метавонанд шавқу рағбати донишҷӯёнро ба касби интихобнамудаашон баланд бардоранд истифода намудан мумкин аст.

Яке аз услубҳои муҳим, ки дар таҳсилоти имрӯза ҷойи асосиро ишғол менамояд ин иҷроиши корҳои мустаъқилона аз тарафи донишҷӯён мебошад. Қайд намудан зарур аст, ки иҷроиши кори мустаъқилона имкон медиҳад, ки донишҷӯ иттилооти назариявӣ ва малакаи касбиро бо фоизи хеле баланд аз худ намояд ва боваринокии ӯро дар иҷроиши малакаҳои касбиаш дучанд намояд.

Истифодаи услубҳои байналфаъол имкон медиҳад, ки ҳар як донишҷӯ зимни машғулиятгузорӣ фаъол бошад ва дар раванди таълим бевосита ширкат варзад, ҳангоми корҳои гурӯҳӣ фаъол бошад ва фикру ақидаи худро озодона баён намояд. Услубҳои байналфаъоли таълим ба донишҷӯён имкон медиҳад, ки нисбати омӯзгор бештар фаъолият нишон диҳанд, озод бошанд, омӯзгор дар навбати худ бояд ба донишҷӯён барои ин шароити мусоид фароҳам оварда, раванди ақидаронии онҳоро назорат намояд. Истифодаи услубҳои байналфаъол бахусус дар курсҳои болоии омӯзиши касбӣ хеле зарур аст, чунки донишҷӯён баъди муддати кӯтоҳе ба кори мустаъқилонаи касбӣ шурӯъ менамоянд. Дар навбати худ донишҷӯ бояд ба касби интхобнамудаи худ шавқу рағбати зиёд дошта бошад ва кунҷков бошад, бисёр бихонад, суол диҳад ва дар баҳсу музокираҳои гурӯҳӣ, ки аз рӯи принсипи баробар ба баробар сурат мегиранд фаъолона ширкат варзад.

Барои самаранокии ташкили машғулиятҳои байналфаъол бояд омӯзгор низ омода бошад, ӯ бояд эҳтимол намояд, ки зимни машғулиятгузорӣ донишҷӯён ба кадом масъалаҳои дарс шавқнок мешаванд, чиро мепурсанд ва ё эҳтимол душворӣ пайдо шавад. Синфхонаи дарсӣ низ барои машғулиятгузорӣ бояд омода бошад, он бояд бо таҷҳизоти зарурӣ муҷаҳҳаз буда, равшан, ҳарорати муътадил, барҳаво, барои гашту гузори донишҷӯён ва иҷроиши корҳои гурӯҳӣ ва мустаъқилона мусоид бошад.

Бартарии машғулиятҳои гурӯҳи ҳамин аст, ки ба раванди омӯзиш ҳамаи донишҷӯён ҷалб мешаванд, касе бекор бояд намонад. Ҳар як нафар саҳми худро дар баҳсу музокира бояд гузорад, мубодилаи дониш ва фикру ақидаҳо бояд сурат бигирад. Донишҷӯён дар раванди омӯзиш метавонанд аз ҳар гуна таҷҳизоти омӯзишӣ, аз ҷумла плакатҳо, ҳуҷҷатҳо, маводҳои таълимӣ ва ё интернет истифода намоянд. Бартарияти кори гурӯҳи ҳамин аст, ки он аз руи принсипи ҳамкорӣ сурат мегирад, агар касе дар гурӯҳ маълумот ё малакаи иҷрошавандаро дуруст надонад, аъзои дигари гурӯҳ ӯро мукаммал мекунад. Омӯзгор бояд дурустии раванди омӯзишро назорат намуда, алоқаи баргардандаро бояд назорат намояд. Дар ин сурат байни донишҷӯён муошарати таълимӣ сурат мегирад, ки хусусияти кушодагӣ, ҳакорӣ ва имкони арзёбии дониши якдигар пайдо мешавад.

Дар кафедраи тибби оилавии МДТ "Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ" бо риояи принсипҳои дар боло зикргашта, услубҳои муосир ва байналфаъоли таълим васеъ истифода бурда мешаванд. Омӯзгорони кафедра дар ин ҷода таҷрибаи хуб дошта, якчанд маротиба дар семинарҳои таълимӣ барои омӯзгорон, ки аз тарафи шуъбаи илмӣ-методии коллеҷ ва ташкилотҳои байналмилалӣ, аз ҷумла лоиҳаи ислоҳоти таҳсилоти тиббии Институти тропикӣ ва солимии ҷамъиятии Швйтсария, UNFPA – Хазинаи нуфузи аҳолии ТУТ, GIZ – ҷамъияти Ҳолмон оид ба ҳамкории байналмилалӣ ширкат намудаанд. Ҳамчунин барои баланд бардоштани савияи касбии омӯзгорони ҷавон ддар кафедра пайваста машғулиятҳои кушоду намунавӣ бо истифодаи технологияи муосир ва услубҳои

байналфаъол ташкилу баргузор карда мешаванд. Дар кафедра бештар услубҳои зерини байналфаъол истифода карда мешаванд: бозиҳои нақшӣ, баҳси гурӯҳӣ, ҳуҷуми мағзисарӣ, ҳалли масъалаҳои вазъӣ, лексияҳои байналфаъол ва ғайра.

Дар кафедра санҷишҳои фарқӣ ва имтиҳонҳо тариқи ОСКЭ қабул карда мешаванд. Барои самаранок истифода намудани услуби мазкур аз тарафи омӯзгорони кафедра дастурамал оид ба қабули имтиҳонҳо бо услуби мазкур дар байни донишҷӯёни ихтисоси кори табобатӣ аз чоп бароварда шудааст. Барномаҳо ва адабиёти таълимӣ ҳар як 5 сол бо назардошти пешравии соҳаи тиб бо тақризи мутахассисони варзидаи соҳа аз нав дида баромада мешаванд. Яке аз самтҳои асосии омодасозии мутахассисони миёнаи сохтори кӯмаки аввалияи тиббию саниитарӣ ин дуруст ба роҳ мондани таҷрибаомӯзии донишҷӯён ба шумор меравад.

Таҷрибаомӯзии донишҷӯён дар муассисаҳои КАТС-и шаҳри Душанбе ва шаҳру ноҳияҳои ҷумҳурӣ мутобиқи ҷойи зисташон ташкил карда мешавад. Барои беҳтар намудани раванди таҷрибаомӯзии донишҷӯён аз тарафи лоиҳаи ислоҳоти таҳсилоти тиббӣ 24 адад ҷузъдонҳои ҳамшраи тиббии оилавӣ, ки бо таҷҳизоти зарурӣ барои муоинаи беморон ва расонидани ёрии қаблидухтурӣ муҷаҳҳазанд таъмин карда шудааст, ки омӯзгорону донишҷӯён аз онҳо васеъ истифода менамоянд.

Таҳлили сатҳи дониши назариявӣ ва амалии донишҷӯён мутобиқи натиҷаи ҷамъбасти имтиҳоноти аттестатсияи хатм нишон медиҳад, ки истифодаи технологияи муосир, услубҳои байналфаъоли таълим ва дуруст ба роҳ гузоштани таҷрибаомӯзии донишҷӯён дар муассисаҳои КАТС боиси он гаштааст, ки сифати таҳсилот нисбат ба 5 соли охир то 18,4% боло рафтааст (Диаграмма).

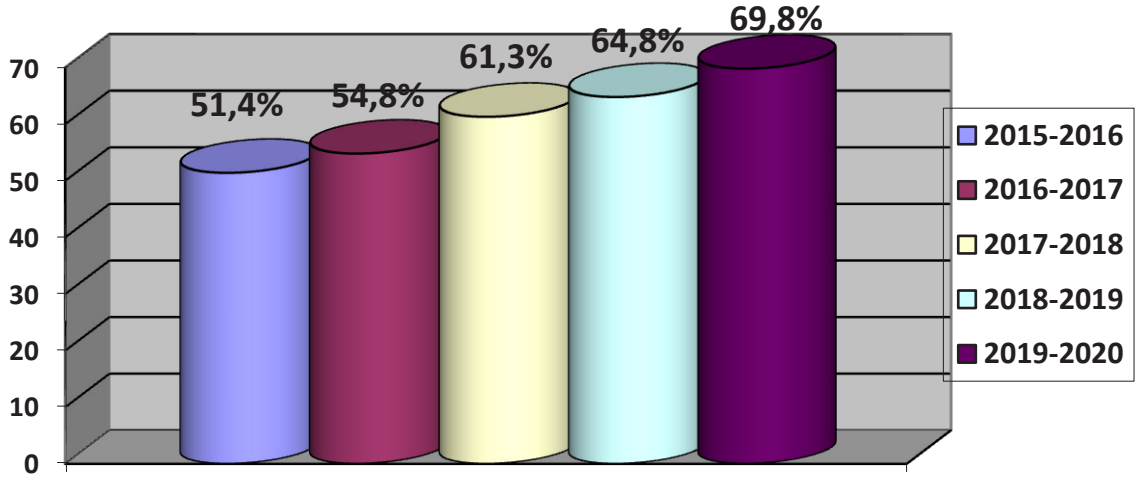


Диаграмма. Нишондоди сифати таҳсилот мутобиқи ҷамъбасти аттестатсияи хатм дар 5 соли охир

Хулоса. Барои боз ҳам баланд бардоштани сифати омодасозии мутахассисони миёнаи соҳаи кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ бояд дар оянда корҳоро оид ба баланд бардоштани сатҳи тахассуснокии омӯзгорон ва роҳбарони таҷрибаомӯзӣ ҷоннок намуд.

Арбобов М.Қ., Арбобов Х.М., Абдусамадов С.А.

ТЕМПЕРАТУРОПРОВОДНОСТЬ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ТУРБОНАСОСНЫХ АГРЕГАТАХ В ПОЛЕ ЦЕНТРОБЕЖНЫХ СИЛ

Таджикикский технологический университет
ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

Актуальность. Температуропроводимость жидкостей, растворов и электролитов зависят от температуры, внешнего давления, внутреннего давления, магнитного поля, электромагнитного поля, центробежных сил и концентрации металлических наночастиц. Для исследования температуропроводности жидкостей, растворов, электролитов, стенугла материалов при различных температурах,

давлениях, поле центробежной силы используемая метод монотонного разогрева, метод лазерной вспышки, динамический метод двух точек и другие.

Для измерения температуропроводности растворов системы диэтилового эфира как в чистом виде, так и в содержащей различной концентрации углеродами наночастиц (одностенный и многостенныйй) нами разработаны экспериментальная установка работающей по методу монотонного разогрева первого и второго рода. Данный метод также позволяет провести измерение температуропроводности исследуемых образцов при различных температурах и давлениях, концентрации углеродами наночастиц (100 НМ) в поле центробежных сил. Установки в основном состоит из медного α - калориметра внешней 26 см, наружный диаметр 10 см внутренний диаметр 16 мм. Зазор между металлических трубок, который наружный диаметр 6мм (длиной 14см) и внешний цилиндр равно соответственно равна 2,5 мм. Исследуемый раствор заполняется свободным полостью который исследуемый раствор. Общая относительная погрешность измерения температуропроводности при доверительной вероятности α=0,95 соответственно равно 2,8%.

Цель данной работы является исследованием температуропроводности жидкостей и электролитов, которые используются в качестве теплоносителей в турбонасосных агрегатов. Для решения данной задачи нами было создано экспериментальная установка работающей по методике регулярного теплового режима первого рода.

Проведена измерение температуропроводности электролитов (теплоносителей для турбонасосных агрегатов) в зависимости от температуры (293-383Н), давление (0,101-49,01 МПа) концентрации углеродной наночастиц (одностенный и многостенный) (0-0,5г).

Материал и методы исследования. Используя метод термодинамического подобия получен эмпирическое уравнение позволяющий рассчитать температурную зависимость температуропроводности исследуемых растворов при различных давлениях, концентрации углеродных наночастиц (одностенный и многостенный) и вполе центробежной силы. Для получения поле центробежной силы, нами разработано часть установки, которые представляет получить в будущем патент Республики Таджикистан.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты экспериментальных исследований показали, что по мере увеличения температуры температуропроводность растворов растет по различным закономерностям, т.е. в начале как теплопроводность уменьшается по линейному закону до температуры кипения жидкого диэтилового эфира, а затем растет по гипериеческому закону.

Для обработки экспериментальных данных по температуропроводности исследуемых растворов система диэтилового эфира и углеродных наночастиц различных видов (одностенный и многостенный) нами использована метод термодинамических подобия в следующем виде $\alpha_1/\alpha_2=f(T/T_1,P/P_1,m/m_1)$ (1) α_1,α_2 - температуропроводность исследуемых образцов при различных температурах Т и T_1, давлении Р и P_1, массы наночастиц m и m_1. Выражение (1) выполняется 10 этапов, т.е. в начале получается корелляции между относительности температуропроводност и относительные температуры; т.е$\alpha_1/\alpha_2=f(T/T_1)$ (2). Далее, для получения кореляции между температуропроводности и давление используем $\alpha_1/\alpha_2=f(P/P_1)$ (3). На основе экспериментальных данных и различное количество углеродной наночастиц использовали: $\alpha_1/\alpha_2=f(m/m_1)$ (4) По графоаналитическим методам и построение функциональные зависимости (2)-(4) нами получен следующее выражение: $\alpha_1=(b(T/T_1)^2+c(T/T_1)+d)(F(P/P_1)^2+k(P/P_1)\cdot[c(m/m_1)^2+J(m/m_1)+j]$, M^2/c(5)

Заключение. Таким образом, по выражению (5) можно рассчитать температуропроводность исследуемых растворов при различных температурах, давлениях и количеств углеродных нанотрубок (одностенный и многостенный) в пределах погрешностью эксплуатационных данных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Губайдуллин, А. Т**.,** Известия АН. Серия химическая. №1, 2016. - С. 158

2. Курмашева Д.М. Адсорбция и процессы переноса молекул воды в пористых и мелкодисперсных средах. Дисс. канд. физ-мат. наук. Москва, 2015, 112 с.

3. Мирзомамадов А.Г. Взаимосвязь между теплопроводностью и адсорбцией пористой гранулированной окиси алюминия с наполнителями никеля в процессе увлажнения / А.Г. Мирзомамадов, М.М. Сафаров // Вестник Таджикского национального университета. 2015. №1/5 (188). - С. 89-93.

4. Мирзомамадов А.Г. Влияние влажности на изменение теплопроводности металлических катализаторов на основе пористой гранулированной окиси алюминия / А.Г. Мирзомамадов, М.М. Сафаров и др //Вестник Таджикского национального университета. 2016. №1/4 (216) - С.71-76.

5. Сафаров М.М. Исследование теплопроводности магнитных жидкостей (трансформаторного масла + железо) в зависимости от температуры / М.М. Сафаров, Д.С. Джураев // Вестник ТТУ им. акад. М.С. Осими. Серия Интелек, Инновации, Инвыестиции, №1(33), 2016.С.14-21.

6. Zvereva, E.R., et. al., MaterialsScienceForum870, 2016. p.666.

Давлятова Д.Д., Азиззода З.А., Азизова Н.Н., Раджабов Х.С.

ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

«Какие цели должно преследовать клиническое преподавание? – Чтобы слушатели делались практическими деятелями как можно скорее и как можно совершеннее» *(Г.А. Захарьин, 1829-1897)*

Актуальность. В Постановлении Правительства Республики Таджикистан от 25.01.2017 года № 28 о Концепции непрерывного образования в Республике Таджикистан на 2017-2023 годы отмечено, что укоренившиеся в системе дополнительного профессионального образования методы преподавания не обеспечивают формирования практической способности слушателей к действиям в динамично изменяющихся экономических условиях. По большей части дополнительное профессиональное образование в Республике Таджикистан до сих пор базируется на традиционных методах обучения [1].

Национальные консультации по Повестке дня на XXI век и Целям устойчивого развития позволили выявить основные приоритеты развития страны после 2015 года, на реализацию которых направлены экономическая идеология, базовые принципы и комплекс мер, указанных в Национальной стратегии развития Республики Таджикистан на период до 2030 года. Одними из основных приоритетов обозначены образование и здравоохранение. В связи с этим отмечено широкомасштабное внедрение международных образовательных стандартов в систему профессионального образования [2].

В период реализации Национальной стратегии развития Республики Таджикистан на период до 2015 года Таджикистан достиг значительного прогресса в ключевых секторах экономики, определенных в стратегии. Однако качество услуг образования и здравоохранения оставляет желать лучшего. Необходимость формирования устойчивых компетенций и инноваций становится принципиально важным условием для обеспечения реального и долгосрочного прогресса. При этом, речь идет не только о повышении доступа к образованию и инновациям, но и качество образования. Долгосрочные перспективы развития системы образования республики должны основываться на следующих ключевых принципах и требованиях: все уровни образования должны отвечать стандартам качества, качество и масштаб профессионального образования должны обеспечивать конкурентоспособность экономики страны, между системой образования и рынком труда должна быть тесная связь, обеспечивающая баланс предложения специалистов разного уровня труда с требованиями рынка труда, система образования на всех уровнях должна способствовать формированию знаний и навыков, необходимых для содействия устойчивому развитию. В документе отмечено, что один из факторов, сдерживающих прогресс в образовании, является непривлекательность учреждений среднего профессионального образования для молодежи. Основным направлением действий в сфере профессионального и высшего образования является обеспечение взаимосвязи профессиональных знаний и практических навыков (формирование образовательных и квалификационных стандартов по специальностям различного профиля с привлечением предприятий и организаций, реализация системы обучения на базе крупных предприятий, создание производственных площадок обучения).

В стратегическом плане развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Таджикистан на период 2016-2020 годы, утвержденной постановлением Правительства Республики Таджикистан от 27 июля 2016 года №317, особый акцент сделан на усиление компонента клинических навыков на до дипломном образовании; ясную и клинически ориентированную программу, с акцентом на клиническую подготовку, усиление клинических компетенций [3].

Для достижения поставленных целей одним из условий является наличие хорошо оснащенной

учебно-технической базы для подготовки молодых специалистов.

Целью данного исследования является определение эффективности использования медицинских муляжей и симуляторов в обучении практических навыков.

Материал и методы исследования. Оценка эффективности использования медицинских муляжей и симуляторов в обучении практических навыков на кафедре семейной медицины Государственного образовательного учреждения «Республиканский медицинский колледж» (ГОУ «РМК»). В работе использованы статистические методы исследования.

На кафедре проходят обучение студенты первого, третьего и четвертого курсов. В последние годы во время занятий основной акцент делается на качество выполнения практических навыков в соответствие с международными стандартами в учебно-клинической лаборатории.

С целью улучшения практических навыков студентов в 2017-2019 гг. на базе кафедры семейной медицины ГОУ «РМК» организована учебно-клиническая лаборатория, которая оснащена при поддержке Проекта медицинского образования Представительства Швейцарского института тропики и общественного здравоохранения в Республике Таджикистан («ПРМО» ШИТОЗ) современными медицинскими муляжами и симуляторами. Также «ПРМО» ШИТОЗ для повышения квалификации преподавания клинических навыков на кафедресемейной медицины, сестринского дела ГОУ «РМК» организованы Миссии по сестринскому делу с участием Международного эксперта по сестринскому делу Мораг Хенри и группы медицинских сестер из Швейцарии. Всего было организовано 8 Миссий медицинских сестер Института сестринской науки Швейцарии, которыми были проведены семинарские и практические занятия.

Пересмотрен сборник «Практические навыки для сдачи экзамена ОСКЭ» по предмету «Основы сестринского дела» от 2014 года. В первоначальном издании были представлены алгоритмы выполнения 26 практических навыков. В пересмотренном варианте представлены алгоритмы 65 практических навыков.

С целью определения эффективности использования медицинских симуляторов и муляжей для повышения качества освоения практических навыков проводилось мониторирование выпускников 4 курса отделения «Общемедицинское сестринское дело ГОУ «РМК» в 2018 и 2019 гг.

Определение уровня практических навыков проводилось по 8 часто встречающимся в практической деятельности семейной медицинской сестры практическим навыкам. Были подготовлены оценочные листы с балловой пошаговой оценкой выполнения манипуляций. Каждый студент сдавал по 8 практических навыков. Каждый практический навык оценивался по балловой системе (стандартная шкала оценок США, которая адаптирована и применяется для оценки клинического структурированного клинического экзамена (ОСКЭ): в зависимости от набранных баллов рассчитывался процент выполнения практического навыка: 70-79% - оценка «удовлетворительно», от 80-89% - оценка «хорошо», от 90% и выше - оценка «отлично». Итоговая оценка слушателя выставлялась от

Таблица №1

Средний балл на одного студента по годам в ГОУ «РМК г. Душанбе» по каждому практическому навыку

Название манипуляции	Средний балл на одного студента в 2018, (n = 30)	Средний балл на одного студента в 2019, (n = 30)
Техника в/м инъекции	11,2	25,2
Техника измерения АД	14,6	21,3
Техника измерения окружности головы и большого родничка	13,3	15,2
Техника снятия ЭКГ	8,4	30,3
Техника взятия крови на толстую каплю	13,5	15,5
Техника приготовления ОРС	12,4	16,5
Техника измерения роста ребенка	13,3	15,6
Техника взвешивания детей	18,1	21,5
Общий средний балл на 1 студента	3,5	5,6

суммы баллов мониторированных 8 практических навыков. Выбор студентов производилась методом случайной выборки. С перечнем оцениваемых практических навыков студенты не были знакомы. Оценка практических навыков проводилась с привлечением независимых преподавателей, т.е. не работающих в данном учебном заведении.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты мониторинга (таб. 1) указывают эффективность использования медицинских симуляторов и муляжей для повышения качества освоения практических навыков. Показатели выполнения практических навыков в 2019 году улучшились по сравнению с 2018 годом: техника внутримышечной инъекции в 2,3 раза; техника измерения артериального давления в 1,5 раза; техника измерения окружности головы и большого родничка в 1,1 раза; техника снятия ЭКГ в 3,6 раза; техника взятия крови на толстую каплю в 1,1 раза; техника приготовления ОРС в 1,3 раза; техника измерения роста ребенка в 1,2 раза; техника взвешивания детей в 1,2 раза. Наилучшие результаты были достигнуты по технике внутримышечной инъекции и технике снятия ЭКГ.

Общий средний балл на одного студента в 2019 году был в 1,6 раза выше по сравнению с 2018 году.

При анализе оценочных листов также было выявлено, что многие студенты не обращают внимания на коммуникативные, санитарно-гигиенические нормы при проведении манипуляций.

Учитывая полученные результаты, на кафедре семейной медицины при обучении практических навыков было усилено внимание на коммуникативные, санитарно-гигиенические нормы, пошаговое исполнение практического навыка.

Для повышения квалификации преподавателей в области использования клинических лабораторий организованы визиты преподавателей кафедры и ответственных лаборантов в Центр обучения практических навыков ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Необходимо отметить также, что студенты 4 курса на кафедре семейной медицины два раза в год сдают экзамен OSKE.

Выводы: 1. Полученные результаты подтверждают высокую эффективность использования клинических муляжей и симуляторов в обучении студентов практическим навыкам.

2. Необходимо внедрение экзамена OSKE на всех клинических кафедрах ГОУ «РМК».

Давлятова Д.Д., Азиззода З.А., Азизова Н.Н., Раджабов Х.Т.

ОПЫТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

Цель исследования является обмен опытом, который был накоплен на кафедре семейной медицине ГОУ «Республиканский медицинский колледж» (ГОУ РМК) за годы ее деятельности.

Материал и методы исследования. Предоставлены материалы из протоколов мероприятий, проведенных совместно со студентами 4 курса общемедицинского факультета на кафедре семейной медицины ГОУ «РМК». Приводятся достижения некоторых активных участников – студентов на республиканских олимпиадах по семейной медицине; на мероприятиях, проводимых в течение «Неделя знаний».

Результаты исследования и их обсуждение. Ежегодно с 2009 года по инициативе Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан проводится республиканская олимпиада по специальности «Семейная медицина». На олимпиаде участвуют студенты четвертого курса общемедицинского факультета (будущие специалисты по семейной медицине) медицинских колледжей страны. Участники сдают тестовые вопросы по биологии, химии, хирургии, терапии. По семейной медицине участники олимпиады сдают тестовые вопросы и практические навыки.

Также в апреле месяце каждого учебного года на кафедре семейной медицины ГОУ «РМК» проводится «Неделя знаний». В течение недели студенты четвертого курса проводят конференцию на выбранную актуальную тему, викторину, круглый стол, участвуют в проведении открытого урока, воспитательного часа.

На республиканскую олимпиаду по специальности семейная медицина и конкурс «Лучшая семейная медсестра» проводится предварительный отбор с акцентом на уровень знаний по семейной медицине, химии, биологии, хирургии, терапии, навыки и умения выполнения стандартов по прак-

тическим навыкам.

На сегодняшний день на кафедре работают выпускники кафедры семейной медицины ГОУ «РМК», из числа отличников.

Таким образом, активное участие студентов в образовательных мероприятиях учебного заведения способствует формированию специалистов более высокого качества. Эффективность деятельности семейных медицинских сестер зависит от профессиональной грамотности, от их навыков и умений, которые они начинают приобретать уже в стенах медицинских колледжей.

Девонаев О.Т., Нарзуллоев Н.Ф., Менликулов М.Ф.

ЛИМФОИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ЛЮДЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Кафедры анатомии человека им. Я.А. Рахимова, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Кафедра морфологических дисциплин ГОУ Республиканского медицинского колледжа

Целью работы явилось комплексное изучение структурных характеристик и закономерностей морфогенеза лимфоидных образований мочевыводящих путей

Материал и методы исследования. На тотальных препаратах, полученных от трупов 144 человек разного возраста (от периода новорождённости до 96 лет), методом элективной окраски гематоксилином Гарриса мы изучили лимфоидные структуры, начиная от почечных чашек проксимально и до уретры включительно.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно полученным данным, лимфоидные узелки отсутствуют постоянно или же встречаются эпизодически в стенках малых и больших почечных чашек, лоханок и единичны в проксимальной трети мочеточника. Напротив, лимфоидные узелки постоянно выявляются в средней и нижней трети мочеточников, у мочевого пузыря, мужской и женской уретры, где они многочисленны. Мы показали, что у человека лимфоидная ткань в стенках мочевыводящих органов располагается в слизистой оболочке почечных чашек, лоханки, мочеточников, мочевого пузыря и уретры. Лимфоидный аппарат у мочевыводящих органов представлен внутриэпителиальными лимфоцитами, диффузной лимфоидной тканью и лимфоидными узелками. Диффузная лимфоидная ткань и лимфоидные узелки расположены как между складками, так и в толще складок слизистой оболочки, залегая субэпителиально, так и около внутристеночных желез, венул с высоким эндотелием, в соединительнотканной строме желез, что соответствует принципам микротопографии лимфоидных образований и другим полым органам периферического звена иммунной системы. Морфологическими методами показано, что у человека диффузная лимфоидная ткань находится на протяжении всех мочевыводящих органов, от малых чашек проксимально до дистальной части уретры включительно.

Вывод. Таким образом, в результате работы мы получили различные нормативные данные, характеризующие количество и размеры лимфоидных образований в стенках мочевыводящих органов, их клеточный состав, охарактеризовали их взаимоотношения с соседними структурами - внутристеночными железами, покровным эпителием, венулами с высоким эндотелием.

Зияева З.Ҷ.[1], Нарзуллоев Н.Ф.[2], Муминов Ш.[3]

ТАЪСИР ВА ЗАРАРИ ТАМОКУКАШӢ БА ПӮСТИ РӮЙИ ИНСОН

[1]Кафедраи гистологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»
[2]МДТ «Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ»
[3]МДТ «Донишгоҳи миллии Тоҷикистон»

Мақсад. Омӯзиш ва таҳлили маълумотҳо аз адабиёте, ки ба хусусиятҳои таъсири тамокукашӣ ба пӯсти рӯйи инсон бахшида шудаанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Зимни пажӯҳиш маълумоти адабиётҳо ва натиҷаи пажӯҳиши донишмандон аз мамолики хориҷӣ истифода шуд.

Натиҷаи таҳқиқот. Дуди тамоку мустақиман ба пӯсти рӯй мерасад, хусусан агар тамокукаш дар бинои пӯшидаи дудолуда қарордошта бошад, ки ин ҳолат пӯстро хушк ва сабӯсаксор мегардонад. Синтези ферменте, ки коллаген – моддаи барои устуворият ва ёзиши пӯшиши ҷилдӣ масъулро

халалдор менамояд, дар организми тамокукашон меафзояд. Дар натиҷа пӯст пажмурда гардида, дар он ожангҳо пайдо мешавад. Тамокукашӣ боиси ихтилолоти бошиддати витаминҳои С ва Е дар организм мегардад, ки оқибати он паст шудани масуният, аз ҷумла хосиятҳои ҳифозатии пӯст мебошад. Зимнан эҳтимоли ҳосил шудани рихнак ва равандҳои мухталифи илтиҳобӣ дар пӯшишҳои ҷилдӣ зиёд мешавад. Раванди тамокукашӣ сабаби танг шудани рагҳо, аз ҷумла капиллярҳои хурд мегардад. Дар натиҷа ба хунтаъмин шудани пӯст халалёфта, он моддаҳои ғизоиро кам мегирад ва норасоии оксиген эҳсос мешавад. Ин ҳолат ба таври ҳалокатовар ба ранги пӯст таъсир мерасонад ва он тобиши ранг паридаи беморонро пайдо мекунад. Рагҳои хунгард тӯли якуним соати пас аз тамокукашӣ соат танг шуда боқӣ мемонанд. Пас, шахсӣ тамокукаш амалан тӯли тамоми рӯз ба пӯсти худ зарар мерасонад ва ҳамагӣ шабона пӯшиши ҷилдӣ андаке имконияти барқарор шуданро дораду халос.

Хулоса: Никотин (алкалоиди таркиби тамоку) ҳангоми тамокукашӣ сабаби ангезиши тангшавии рагҳо мегардад, ки ба халалёбии таъмини оксиген дар бофтаҳо меоварад. Ин ҳолат боиси ба оҳистагӣ сиҳат ёфтани иллатҳои пӯст мегардад, зеро ҷараёни мазкур хунтаъминкунии хубро тақозо менамояд. Ҳамин тавр, посух ба саволи оё тамокукашӣ ба пӯсти рӯй таъсир мерасонад, як ҷавоб дорад ва ба тамоми ҳастӣ саъй кардан мебояд, то аз ин одати зараррасон наҷот ёфт. Мукофот барои ин қатъияту зоҳир намудани иродаи оҳанин беҳтар гардидани ранги рӯй, наҷот ёфтан аз доғҳои рихнакдор, беҳтар гардидани ҳолати умумӣ ва боло рафтани арзи эҳтиром ба худ мебошад.

Зияева З.Ҷ.[1], Нарзуллоев Н.Ф.[2], Муминов Ш.[3]

ТАЪСИРИ НУРҲОИ УЛТРАБУНАФШ БА ХАЛАЛЁБИИ КОЛЛАГЕН ВА ЭЛАСТИН

[1]Кафедраи гистологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»
[2]МДТ «Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ»
[3]МДТ «Донишгоҳи миллии Тоҷикистон»

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиш ва таҳлили маълумоти адабиётҳо, ки ба хусусиятҳои сохтори гистологӣ ва функсияи коллагену эластин бахшида шудааст.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Зимни таҳқиқот адабиётҳо оид ба мушкилоти мавриди таҳқиқ аз донишмандони рус ва хориҷӣ ба кор бурда шуданд.

Натиҷаи таҳқиқот. Гум шудани тарангии пӯст ва пайдо шудани ожангҳо раванди табиист, ки бо сабаби коҳиш ёфтани сатҳи коллаген ва эластин ба амал меояд. Коллаген ва эластин сафедаест дар таркиби дерма – қабати пӯст ва мустақиман зери эпидермис (қабати болоии аёнии пӯст) ҷойгир шудааст. Коллаген ва эластинро ҳуҷайраҳои махсус – фибробластҳо ҳосил мекунанд ва онҳо дар якҷоягӣ «асос»-и хоси пӯстро ташкил медиҳанд. Коллаген функсияи дастгирии эпидермисро иҷро намуда, «нишастан»-и пӯстро ба мушаку устухонҳо пешгирӣ ва эластин бошад, ёзандагӣ ва тарангии пӯстро таъмин менамояд. Замоне, ки синтези коллаген ва эластин суст мешавад, пӯст тарангии худро аз даст дода, кашол ва тунук мешавад, ки боиси пайдо шудани ожангҳои хурду амиқ мегардад. Омилҳои беруна, хусусан нурҳои офтоб ба организм таъсири манфӣ расонида, метавонад сабаби тезонидани раванди талафёбии коллаген ва эластин гардад. Аксари донишмандон бар онанд, ки ҳосил шудани ожанг ва гумшудани тарангии пӯст дар 90%-и ҳолатҳо ба таъсири манфии шуозании офтоб алоқамандӣ дорад. Албатта таъсири омилҳои берунаро дар маҷмӯъ баррасӣ кардан зарур аст, вале таъсири офтоб тӯли солҳои зиёд ноаён мемонад ва сипас вақте, ки чизеро тағйир додан душвор мегардад, дар шакли ожангҳо пайдо мешаванд. Ҳамин тавр, таҳти таъсири шуозании офтоб пеш аз муҳлат халалёбии сохтори коллаген ва эластин ба амал меояд, ки он боиси тағйирёбии назм, текстура ва зичии пӯст мегардад. Воқеан, барои пӯст на танҳо таъсири нурҳои рости офтоб, балки шуозании УБ дар офтобҷойҳо низ зарардорад.

Хулоса. Хушбахтона, мо агар қудрати пурра боздоштанро ҳам надошта бошем, ҳадди аққал барои ба таъхир андохтани раванди халалёбии коллагену эластин имконият дорем. Саъй кунед то аз таъсири зараровари омилҳои беруна дар амон бошед. Пеш аз ҳама кӯшиш намоед, то зери таъсири офтоб камтар бошед, яъне ҳам дар пляж ва дар офтобҷоҳо камтар бисӯзед.

Зияева З.Ҷ., Умарова Т.Х.

ИНВОЛЮТСИЯИ ТИМУС ВА ТАҒЙИРОТИ ОН ТАҲТИ ТАЪСИРИ ТАҶОҲУМ

Кафедраи гистологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Мақсади таҳқиқот. Ҳадафи таҳқиқот тағйирпазирии морфофункционалии тимуси одам таҳти таъсири таҷоҳум (стресс) мебошад, ки дар марҳилаҳои инволютсияи он дар сатҳи узв ва бофтаҳо боназардошти сохтори ҳиссагии узв ба амал меояд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқот ба сифати маводи таҳқиқ маълумоти рисолаву мақолаҳои илмӣ дар бораи инволютсияи узв ва таркиби ҳуҷайрагии он дар заминаи таҷоҳум ба кор бурда шуданд.

Натиҷаи таҳқиқот. Тимус бар пояи тасаввуротҳои муосир узви асосии системаи асосии масунияти организм ба шумор меравад. Таҷҷоҳум (эмотсионалӣ, функционалӣ) ҳолати шиддатноки организм буда дар ҳолати иштироки фаъоли системаи гипоталамӣ – гипофизарӣ – фавқулгурдаи ва инволютсияи тимус бартараф мешавад. Инволютсияи синнусолӣ ва аксиденталӣ мавҷудаст. Фарқ миёни ин ду дар он аст, ки аксиденталӣ дар ҳарсин – аз ҷанин сар карда пайдо мешавад. Г.Селен ишондод, ки инволютсияи аксиденталии тимус таҳти таъсири функсияи зиёди фавқулгурдаҳо (таълимот дар бораи стресс) ба амал меояд. Инчунин дар тадқиқотҳои ин донишманд нишон дода шудааст, ки тамоми реаксияҳои ҳифозатии организмро шиддатнокии системаи масуният ва инволютсияи тимус ҳамроҳӣ менамояд.

Хулоса. Инволютсияи аксиденталӣ ҳангоми таъсири мухталифи таҷоҳум, гуруснагӣ, шуозании нурҳоирентгенӣ, таҳти таъсири препаратҳои дорӯӣ ва таҳмилҳои психологӣ мушоҳида мешавад. Инволютсияи аксиденталӣ аз ҷиҳати морфологӣ бо пролифератсияи лимфотситҳо тавсифёфта, дар ҷавоб ба таъсири омилҳои аслашон антигенӣ инкишоф меёбад. Инволютсияи тимус мумкин аст зери таъсири омилҳои кӯтоҳмуддат ва муътадили аслашон мухталиф ба амаломада, аз шиддати функсионалии системаи масуният дарак диҳад. Ҳангоми инволютсияи тимус ҳолати синдроми ҳосилшудаи норасоии масуният инъикос меёбад. Онҳо дар ҳолати таъсири экстремалӣ ва давомноки номусоид ба организм инкишоф меёбад. Ҳангоми шароити номусоид ва муолиҷа, ки ба тақвият ёфтани системаи масуният равонашудааст, регенератсияи ҷузъии ҳиссаи тимус зимни инволютсияи мушоҳида мешавад.

Қурбонова М.З., Ёров М.Ё., Сайфуллоева М.Ҳ.

ТАТБИҚИ УСУЛИ ТАҲҚИҚОТИ ТАЛАБАГӢ ДАР ТАЪЛИМИ ХИМИЯ БО ИСТИФОДАИ ТЕХНОЛОГИЯИ ЛОИҲАВӢ

Донишгоҳи миллии Тоҷикистон
Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон

Муҳиммият. Ҳадафи асосии таълими мактабӣ фароҳам овардани шароит барои инкишофи шахсияти хонандагон, қонеъ гардонидани ниёзҳои маърифатии ҳар як хонанда ва омода намудани ӯ ба кори эҷодии инфиродӣ мебошад. Дар ин ҷо таҳқиқоти талабагӣ дар ҷараёни омӯзиши курси химияи мактабии хонандагон нақши муҳимро ишғол менамояд. Истифодаи мунтазами таҷрибаҳои химиявӣ дар дарсҳои химия ба баланд бардоштани малака ва дониши хонандагон мусоидат карда алоқаи назарияро ба амалия зиёд менамояд. Дар инҷо таҳқиқоти талабагӣ яке аз роҳи муҳимтарини омӯзиши асосҳои химия мебошад. Хонандагон бо таҷрибаҳои лабораторӣ ва машқҳои амалӣ мақсади дидактикии фанни химияро аз худ мекунанд. фарқ мекунанд.

Мақсади таҷрибаҳои лабораторӣ ба даст овардани донишҳои нав, омӯзиши маводи нав мебошад. Машғулиятҳои амалӣ бошад дар охири омӯзиши мавзӯъҳои ҷамъбастӣ, гузаронида шуда ба мустаҳкамкунӣ ва инкишофи дониш, конкретикунонии дониш, ташаккули малакаҳои амалӣ, беҳтар кардани дониш ва малакаи мавҷудбудаи хонандагон мусоидат мекунад. Барои ҳамин дар ташаккули малакаҳоихимиявии хонандагон машғулиятҳои лабораторӣ ва амалӣ аз фанни химия нақши асосиро мебозад. Дар кишварҳои тариқикарда таҳқиқоти талабагиро бо истифода

аз технологияҳои лоиҳавӣ дар таълими химия дер боз истифода мебаранд. Чунки таҷрибаи калони истифодаи онҳо дар мактаби олии таълимии химиявию-технологӣ дошта, ҷамъ шудааст.

Мақсади асосии усули лоиҳа ин аз дар хонандагон имконияти мустақилона ба даст овардани донишро дар раванди ҳалли масъалаҳо ва проблемаҳои дурандешона, ки ҳамҷоякунии донишҳоро дар соҳаҳои гуногуни фаннӣ талаб мекунад, иборат мебошад. Ба муаллим дар доираи лоиҳаи мазкур нақши тарроҳ, ҳамоҳангсоз, мутахассис ва машваратчӣ дода мешавад. Ҳамин тавр, дар асоси усули лоиҳаҳо инкишофёбии малакаҳои нави хонандагон, маҳорати мустақилона гирифтани дониши худ, дар фазои ахборотӣ муайян намудани мавқеи худ, инкишофёбии фикронии муҳим ва эҷодӣ мебошад.

Чунки дар ҷамъияти муосири информатсионӣ истифодаи ин усул муҳим аст. Химия, ки илми таҷрибавӣ мебошад, омӯхтани асосҳои он бе иҷрои корҳои озмоишӣ ғайриимкон аст. Гузаронидани таҷрибаи химиявӣ нисбати истифодаи адабиётҳои таҳқиқотҳои талабагӣ самараи бештар доранд [4].

Усули лоиҳаҳо ин усули ба даст овардани мақсади дидактикии таълим тавассути муфассал кор кардани проблемаҳои дақиқе, ки бо натиҷаи намоёни илмӣ бояд ба итмом расад, асос карда шудааст [5]. Бинобар ин истифодаи усули лоиҳаҳо – компоненти муҳими системаи муосири таълими муосир ба ҳисоб меравад.

Натиҷаи таҳқиқот. Одатан ҳангоми тартиб додани рефератҳо ва корҳои курсӣ ва дипломии донишҷӯён кор бо маълумотҳои каму беши муваффақи маълумотҳои якчанд шабакаҳои интернетӣ ба поён расонида мешавад. Қайд кардан лозим аст, ки иҷрои корҳои таҷрибавии нисбатан мураккаб барои инкишофи малакаҳои таҷрибавии хонандагон нисбат ба кори номураккаби аз рӯи тартиби таҷрибавии кори хусусияи ҷустуҷӯйи дошта метавонад, маълумоти бештар диҳад. Аммо кори ҷустуҷӯйии аз тарафи хонанда мустақилона иҷрошуда барои инкишофи интелекти онҳо муфидтар аст. Ҳеҷ шубҳае нест, ки фаъолияти таълимӣ танҳо ҳангоми дар хонандагон будани шавқу рағбат ба дониш самаранок мегардад. Мутаасифона, дар муассисаҳои таълимии мо проблемаи инкишофи манфиатҳои маърифатӣ дар назария хуб таҳия нашудааст ва то ҳол ҳалли худро пайдо накардааст.

Бинобар ин таҳияи вазъи проблемавӣ, бешубҳа, ба инкишофи ақли хонанда, бедор намудани шавқу рағбат ба фан, инкишофи фикрронии мантикӣ мусоидат мекунад. Маълум аст, ки вазъи проблемавӣ дар аксар вақт дар ҷараёни тадқиқоти илмӣ пайдо мешаванд. Аммо дар мактаб гузоштани корҳои хусусияти таҳқиқотӣ доштаи сатҳи баланд танҳо дар ҳолатҳои бисёр кам имконпазир аст, чунки барои амалӣ намудани онҳо мувофиқати на камтар аз се омил зарур аст: будани роҳбари баландихтисос – на ҳар як муаллим метавонад бо корҳои таҳқиқотӣ машғул шавад, будани хонандагони ҳавасманд ва омодагардида, барои таҳқиқот мавҷуд будани базаи экспериментали зарурӣ – дастгоҳҳо, таҷҳизотҳо, маводҳои химиявӣ. Комилан маълум аст, ки дар аксар ҳолатҳо ҳалли масъалаҳои илмӣ берун аз қобилияти хонандагон аст, агар ақаллан сатҳи техникии эксперименти илмии химиявии муосир ба ҳисоб гирифта шавад.

Ҳамин тариқ сухан натанҳо дар бораи навигариҳои субъективии натиҷаҳо меравад, балки амали гардондани навигариҳои илмии ҳақиқӣ ҳатмӣ аст. Чунин корҳоро **таҳқиқоти талабагӣ** низ номидан мумкин аст. Иҷрои таҳқиқоти талабагӣ ин айнан ҳамон технологияи лоиҳавии таълим мебошад. Мувофиқи таълимоти химиявии мактабӣ бояд таҳқиқоти талабагиро дар муассисаҳои таълимӣ ба роҳ мондан зарур аст. Устод метавонад мавзӯи дарсҳои муқаррарӣ ва чорабиниҳои беруназдарсии гуногунро, ки бо фаъолияти лоиҳавӣ ҷоннок кунанд.

Таҳқиқоти талабагиро барои дар сатҳи нисбатан баланд гузаронидан танҳо бо гурӯҳи на он қадар калони хонандагон вогузор кардан лозим аст, чунки қобилият ва тайёрии муайян ба чунин дарсҳо зарур аст. Ба ғайр аз ин, мураккабии ин корҳо дар он аст, ки имкониятҳои иҷроиши яквақтаи онҳо миқдори зиёди вақтро талаб мекунад. Бинобар ин таҳқиқоти талабагӣ, чун қоида, ба сифати супориши инфиродӣ дода мешавад, алоқаманд будани он бо мавзӯи кружоки химиявии мактабӣ ё ин, ки ба монанди дигар супоришҳои корҳои беруназсинфӣ, ки дар як вақт дигар хонандагон иҷро мекунанд, ҳатмӣ нест [2].

Ба ҳар як хонанда, ки мехоҳад кори хусусияти таҳқиқоти доштаро иҷро кунад, фаҳмонидан лозим аст, ки ин кори ниҳоят мураккаб ва муҳим (ҷиддӣ) буда, бодиққат ва бомасулият будан, доштани маҳорати гузоштани таҷриба, захираи дониши хеле калон, малакаи кор кардан бо китоб, маҳорати бурдани корро мустақилона дар озмоишгоҳ дошта бошад.

Зимни таҳияи мавзӯъи кор кӯшиши таҳқиқ намудани мавзӯъҳое, ки дар ҳақиқат ҳамчун корҳои

илмӣ аҳамият доранд, зарур нест. Ҳангоми гузоштани вазифа мақсади амалии кор аҳамияти калон дорад. Мавзӯъҳое, ки самти татбиқӣ доранд ба якчанд категория ҷудо намудан мумкин аст. Якум, ин вазифа бо тайёр кардани воситаҳои аёнӣ, экспонатҳо, гузоштани таҷрибаҳои намоишӣ барои истифода дар вақти дарс пешбинӣ шудаанд. Чунин корҳо дар баъзе ҳолатҳо аз рӯи қайдҳо иҷро мешаванд. Элементи эҷодӣ ба онҳо барои бартараф намудани мушкилиҳо, ки бо набудани ин ё он маводҳо алоқаманд аст, иваз кардани онҳо бо дигар маводҳо, пайдо намудани реҷаҳои оптималии гузаронидани таҷрибаҳо ва ба монанди инҳо гузаронида мешавад [1, 2]. Дар мавзӯи «Истеҳсоли кислотаи сулфат» корро аз моделиронии синтези каталитикии кислотаи сулфат ва интихоби катализатор аз суръати оптималии ҷараёни газҳо аз рӯи маводи мавҷуд буда, интихоб намуда, нишон додан мумкин аст.

Ҳангоми тайёр кардани таҷрибаҳои намоишӣ дар мавзӯи «Диссотсиатсияи электролитӣ» диққати хонандагонро ба моддаҳо (кислотаҳо, асосҳо), консентратсияи онҳо, индикаторҳо, андозаҳои оптималӣ ва шакли дастгоҳҳо барои нишон додани зиёдшавии ҷараёнгузаронии маҳлул ҳангоми ҳосилшавии намак зимни гузаштани реаксияҳо равона кардан лозим аст. Ё ин, ки дар синфҳои VIII-X барои ҳосил кардани индикаторҳои кислотагӣ-асосӣ аз растаниҳо интихоби объектҳо, ҳалкунандаҳо, шароитҳои экстраксия, таҳқиқоти кислотагӣ-асосии ҳосил кардани индикаторҳо истифода намоянд. Дар рафти иҷрои он хонандагон донишҳои химияи органики гирифтаи худро истифода карда бо усулҳои экстраксия, титронидан ва истифодаи индикаторҳо ошно мешаванд. Дар синфҳои IX-XI бошад, хусусияти таҳқиқотиро барои муайян кардани миқдори кислотаи аскарбинат ва витамини С дар меваҳои намудҳои гуногун вобаста аз давомнокии нигоҳдорӣ, усулҳои коркард ва ғайраҳо муқоиса кардан мумкин аст.

Бакатегорияи дуюм супоришҳои хусусияти таҳқиқотӣ доштаро, ки натиҷаи онҳо каме ҳам бошад, аҳамияти ҷамъиятиро ифода мекунанд мансуб мешавад. Масалан, барои ин мафҳумҳоро фаҳмонидан хонандагон асбобро барои муайян намудани миқдори гази карбонат дар атмосфера ва бо ёрии он мушоҳида намудани таркиби ҳаво дар синф аз соати якум то шашум ё ин ки бо истифода аз дигар асбоб гузаронидани ченкунии оксиген дар таги яхи дарё дар фасли зимистонро пешниҳод намудан мумкин аст. Ба категорияи сеюм корҳое мансуб дониста мешаванд, ки ақаллан натиҷаи онҳо умуман метавонанд, баромади амалӣ дошта бошанд. Ба ин корҳои тартиб додани таҳлили таркиби хокро, ки барои истифодаи дурусти нуриҳо дар заминҳо зарур аст, муайян намудани консентратсияи ифлоскунандаҳои муҳити табиат, таҳлили об аз сарчамаҳои табиӣ ва ба монанди инро дар муассисаҳои илмӣ-таҳқиқотӣ ташкил кардан лозим аст. Чунки ҳангоми мавҷуд будани база ва алоқаҳо бо кормандони макотиби олӣ ё ин ки муассисаҳои илмӣ-таҳқиқотӣ гузоштани коре, ки қисми зиёди мавзӯъро дар бар мегирад ва муассисаи илмӣ гузаронида мешавад, имконпазир аст.

Хулоса. Қайд кардан лозим аст, ки хусусиятҳои амалии кор ва имконияти истифодаи натиҷаҳои таҳқиқот самаранокии дониши хонандагон ба вуҷуд меоваранд ва барои ҷалби онҳо дар корҳои беруназсинфӣ аз химия мусоидат мекунад. Хусусиятҳои ташкилотӣ ва методии дар боло овардашудаи таҳқиқоти талабагӣ аз он шаҳодат медиҳад, ки технологияи лоиҳавӣ наметавонад дар чаҳорчубаи дарси мактабии химия ба роҳ монда шавад, балки онро дар корҳои беруназсинфӣ ва беруназмактабии системаи таълимӣ иловагӣ ташкил кардан ба маврид аст. Ба ҳамин тарз метавонем, ҳам хонандагонро ба дарс ҷалбу ҳавасманд гардонем.

АДАБИЁТҲО

1. Гольдфельд М.Г. Ученическое исследование на внеклассных занятиях по химии. В кн.: Внеклассная работа по химии. Под ред. М.Г.Гольдфельда. М., Просвещение, 1976 г., 192 с.

2. Жилин Д.М. Проектное обучение в химии: обзор западного опыта. / Инновационные процессы в химическом образовании / Д.М. Жилин // Материалы IV всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Челябинск, 2012. С. 109-118.

3. Зерщикова Т. А. О способах реализации метода проектов в вузе. Проблемы и перспективы развития образования / Т.А. Зерщикова // Материалы междунар. заоч. науч. конф. (г. Пермь, апрель 2011 г). Т. II. - Пермь: Меркурий, 2011. - С. 79-82.

4. Лазарев В.С. Новое понимание метода проектов в образовании // Педагогика, 2011, №10, С. 3-11.

5. Kilpatrick W.H. The Project Method. // Teachers College Record, 1918, 19 (4), pp. 319-335. Русскийперевод: КилпатрикУ. Основыметода. М., 1928.

Мирзоахмедов Ф., Нуриддинзода А.Д., Ҳафизов А.Х.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕТЕВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОТКРЫТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ВУЗАХ (ОБЗОРНАЯ)

Центр инновационного развития науки и технологий АН РТ»,
ГАО «Бохтарский медицинский колледж»

Предпосылки становления и развития открытого образования является качество подготовки специалистов из года в год возрастает при надлежащей организации учебного процесса. Введение информационно-коммуникационной технологии (ИКТ) направлено на установление взаимообогащающий отношений между субъектами учебного процесса, обеспечение адаптации студентов к современным социально-экономическим условиям и самореализации и раскрытия их творческого потенциала.

Декларация Международного конгресса ЮНЕСКО активно пропагандирует внедрение ИКТ в современное общество. Процессы демократизации, гуманизации и глобализации, которые имеют место в мировом сообществе и в сознании людей всего мира, повлекли возникновение такой категории как «открытость», ставшая центральной в способе организации общественной жизни. Соответственно, желание «открытости» не могло не сказаться на такой важной сфере, как образование. Требования общего открытого доступа к образованию, диалога с международным сообществом и ряд других факторов заложили фундамент для идей открытого образования.

Перед высшими учебными заведениями (ВУЗ) поставлена главная задача создать систему профессиональной подготовки, подготовки специалистов гибко реагирующий на требования рынка труда. Также, необходимо учесть стремление людей к самообразованию, повышению квалификации или желание получить второе высшее образование, ведь это в условиях рыночных реформ приобрело особую ценность. Открытое образование является результатом исторического становления и эволюционного развития информационной цивилизации и зависит от государственной политики в области образования [1, 2] отмечают: «... исторически сложилось, что современные системы открытого образования в своем формировании опирались на системы и технологии дистанционного обучения, развивались на основе соответствующих ИКТ». Исходя из выше сказанного, следует рассмотреть основные этапы и тенденции формирования системы открытого образования в контексте информатизации образовательных систем. Можно выделить три основных этапа развития и становления систем открытого образования [2]: первый период - реализация заочной формы обучения на основе технологий дистанционного обучения; второй период - распространение и определения возможностей дистанционного обучения; третий период (настоящее) - создание образовательных учреждений «открытого типа» и использование возможностей сетевого обучения.

С 90-х годов XX века в Таджикистане и в мире проводятся конференции, семинары и ведутся дискуссии, посвященные вопросам открытого образования, а также инновационным образовательным технологиям. Однако все эти подходы представители гуманитарных и технических наук анализируют в рамках своих предметов и методов изучения.

В работе [3] относительно применению технологий открытого образования и дистанционного обучения отмечается, что «ситуация обусловлена, в частности, следующими факторами:

– появлением новых возможностей для развития содержания образования и педагогических технологий;

– расширением доступа ко всем уровням образования;

– реализации возможности его получения для всех, особенно для тех, кто не может учиться в вузе потрадиционными формами за отсутствия финансовых или физических возможностей, профессиональной занятости, отдаленности от больших городов, и тому подобное;

– создание условий для реализации концепции обучения в течение жизни;

– создание условий для личностного обучения.

Хронология становления открытого образования в мире начало XX века, в США дефиниция открытое образование употреблялась, когда происходило распространение сельскохозяйственных знаний среди широких слоев американского населения, прежде всего фермеров и сельскохозяйственных работников. В результате функционирования сервисной службы, американские граждане получили легкий бесплатный доступ к информа-

ции о результатах научных исследований, не посещая непосредственно университетские колледжи. Учебные программы и средства предлагались людям по месту их проживания и создавали возможности получать те знания, которые требовали, в удобное для них время. На протяжении почти ста лет сервисная служба накопила богатый опыт гибкого распространения информации среди населения, используя при этом новейшие технологии, среди которых одной из самых производительных оказался Интернет.

Таким образом, развитие открытого образования интенсифицируется за счет внедрения ИКТ. Термин «открытость» принимает новое значение и становится одним из показателей различных гуманистически ориентированных педагогических концепций, направленных на гуманизацию образования, приближения его содержания в реальной жизни, гибкости образовательных программ, прежде всего для повышения квалификации и переподготовки взрослых, преодоление замкнутости школы как социального института и и др. В «Большой хартии университетов» речь идет о том, что «открытость образования предполагает бережное отношение к достижениям каждой образовательной системы» [5].

В 1999г. на II Международном конгрессе ЮНЕСКО попрофессионального и технического образования, подчеркивалась необходимость создания партнерских отношений между образованием и миром труда, обеспечивают синергию всех секторов образования, промышленности и экономики. В связи с этим, интересна синергетическая концепция предполагает «переход от закрытой системы образования (замкнутой внутри ведомства) к открытой (доступной для публичного) [6].

Этот подход будет способствовать превращению образования из способа обучения человека в средство формирования адекватной этого общества личности, которая обладает потенциалом для последующего самосовершенствования. В силу своей открытости система образования способна прогнозировать и учитывать изменения в экономике, отражать изменения в технологии и управлении производством, предоставлять возможность получения профессионального образования людям разного возраста. В Болонской декларации и основных документах по воплощению ее принципов указано, что создаются на уровне регионов мира единственную открытую образовательно-научные системы, где отмечаются высокой степенью интегрированности, открытости и динамичности.

Главная цель Болонского процесса- «*обеспечение прозрачности (т.е. понятности) каждой из европейских систем образования, на основе принимаемых всеми странами рекомендаций и процедур путём максимального предоставления согласованной информации при сохранении особенностей каждой из систем образования стран-участниц*» [7].

Решением Массачусетского технологического института, в 2001 году было принято предоставить открытый доступ ко всем учебным материалам этого вуза. Принципы открытого образования все больше становятся стандартом образовательной деятельности. Масштабные инициативы внедрения элементов открытого образования сегодня воплощаются в десятках стран, среди которых как лидеры (такие как США и Великобритания), так и государства, стремящиеся максимально быстро преодолеть отставание в образовательной и научной сферах.

В резолюции Совета Европы от 13.07.2001 года «О электронное обучение», перед странами-участницами Болонского процесса поставлена задача внедрять электронное обучение в системе образования с целью повышения качества и мобильности обучения Присоединение к Болонскому процессу стран, находящихся на территории постсоветского пространства, существенно повлияло на цели и содержание национальных образовательных реформ. В качестве значимых ориентиров развития на первый план вышли задачи интернациональной гармонизации образовательных систем, отвечающих целям создания Европейского пространства высшего образования [8].

С этой целью предлагается использовать в процессе обучения потенциальные возможности сети Интернет, мультимедийных и виртуальных средств для более успешной и быстрой реализации обучения на протяжении жизни как основного принципа образования, а также для обеспечения доступа к образованию и подготовке для всех лиц, в том числе для тех, доступ которых ограничен через социальные, экономические, географические или другие причины.

Примером первых новейших программ открытого образования считаются курсы основанные в 2002 году Массачусетским технологическим институтом, к которому присоединились более 200 университетов» [4]. Кейптаунская декларация открытого образования («Открывая будущее открытым образовательным ресурсам») информационно-коммуникационных технологий, принятая в 2007 году, определяет, что «движение открытого образования... основывается на принципах того,

что каждый безоговорочно должен иметь свободу использовать, адаптировать, улучшать и распространять... учебные материалы, лицензированные открытыми лицензиями... учебники... программное обеспечение и другие материалы, которые помогают учить и учиться... [и] развивают... культуру обучения, создания, обмена и сотрудничества в быстро меняющемся обществе знаний. В Лиссабонской декларации 2007 года отмечено ведущей роли ECTS (European Credit Transfer System) в структурировании учебных процессов как основы доверительных отношений как внутри, так и между отдельными учебными заведениями, циклами и предметами, подкрепляя таким образом гибкую и многостороннюю мобильность. Более 1100 университетов Европы участвуют в европейской системе перезачёта кредитов-условных единиц ECTS, отражающих объём работы, требующейся для завершения каждого курса, включая лекции, семинары, практические занятия, самостоятельную работу, экзамены. Эта система используется в Европейском приложении к диплому ВУЗа, которое разработано по стандартам ЕК, СЕ и ЮНЕСКО. Значительным достижением Лиссабонской конвенции стало создание постоянно действующего Комитета по признанию квалификаций в высшем образовании Европы.

Система ECTS продолжала укреплять свои позиции в качестве единой системы академических кредитов для ВУЗов Европы: подчёркивались её функции *взаимозачёта* (transferability) и *накопления* (accumulation). Впервые было обращено внимание на *социальное измерение академической мобильности*, то есть обеспечение равных возможностей для поездок студентам с разным уровнем достатка. Обеспечение качества обучения было определено как фактор, способствующий сравнимости квалификаций по всей Европе. Министры обратились к ВУЗам с призывом осуществлять сотрудничество друг с другом с целью выработки общих критериев качества при участии *Европейской сети обеспечения качества в высшем образовании (ENQA – European Network of Quality Assurancein Higher Education)*, основанной в 2000 году по решению ЕК. В 2009 году согласно решению Всемирной конференции ЮНЕСКО по высшему образованию указывается, что «формирование компетентности XXI века возможно при комплексном применении открытой и дистанционного образования и ИКТ, создающих условия широкого доступа к качественному образованию, в частности - на основе открытых образовательных ресурсов».

Открытая и дистанционное образование в мировой практике активно развиваются уже на протяжении нескольких десятилетий. К их основным технологиям, применяемых в обучении, относятся:

– кейс-технологии, которая является близким аналогом технологий заочного обучения, ведь студент получает (по почте) набор учебно-методических материалов (кейс) для самостоятельного обучения и может время от времени консультироваться с преподавателями;

– TV-технологию, то есть, применение лекций и консультаций от преподавателей;

– сетевую технологию, которая основана на использовании дляконсультирования студента и передачи ему учебных материалов сети Интернет, исследуя проблему эволюции системы заочного обучения в России в контексте развития открытого образования, отметила, что значительно повысился интерес к заочного образования.

В вузах, которые стремились к формированию системы открытого образования, необходимо было создать учебно-материальную базу. Рост численного контингента заочников порождало массу материальных проблем, начиная с проблемы учебных помещений или аудиторий и заканчивая проблемой комплектования учебной литературой и др.

На современном этапе в США действует консорциум колледжей, объединяющая различные образовательные учреждения и организации (отдельные университеты, а также их объединения на региональном и общегосударственном уровне, консорциум открытого обучения, лигу инноваций в университетском образовании и т.д.), целью которых является развитие и внедрение открытых образовательных ресурсов, открытых учебных программ и курсов для обеспечения широкого доступа к образованию и совершенствованию преподавания и обучения [4]. В Европе функционируют многочисленные организации, интенсифицируют открытую образование. В частности, Европейская комиссия развития открытого образования в сентябре 2013 начала проект «Открытые образовательные ресурсы в Европе», целью которого является разработка возможных сценариев развития открытого образования в 2030. Этот проект охватывает три сферы: непрерывное образование; высшее образование и среднее образование.

Например, Концепция открытого образования России определяет следующие основные системообразующие принципы открытого образования:

– гибкости и модульности образования, образовательных услуг;

– формирования информационной образовательной среды в системе образования определяет четкие черты открытого образования, к которой стремится Россия;

– открытость в будущее, так как человек с его неповторимостью является источником стихийности, неупорядоченности и развития;

– свободный доступ к информационным ресурсам всего мирового сообщества;

– свобода в выборе стратегий образования (в удобном месте, по индивидуальному расписанию, в удобное время);

– личностная ориентация обучения.

В странах Европейского Союза доминируют открытые университеты, которые внедряют взаимную аккредитацию высших учебных заведений и высококачественные стандарты образования в рамке Болонского процесса. Участие Таджикистана в этом процессе чрезмерно важно. На наш взгляд, стратегическое сближение страны в рамках Болонского процесса открывает новые возможности для студентов, профессорско-преподавательского состава, административных сотрудников ВУЗа и других участников образовательного процесса. Если обратиться к опыту Норвежской системы образования, то благодаря налаживанию тесного сотрудничества между различными институтами высшего образования, основано национальную «Рабочую сеть Норвегии», которая способствует обмену педагогическим опытом и внедрению новейших информационных технологий в процесс обучения. Высоким уровнем развития открытого образования характеризуется шведская система. По данным мирового экономического форума о развитии информационных технологий в различных странах, Швеция возглавляла рейтинг по индексу сетевой готовности в течение 2008-2012 гг.

Уровень развития образовательных систем, достигнутый сегодня в развитых странах мира, является весомым фактором их интеллектуального, экономического, социального, научно-технического, инновационно-технологического и культурного развития, в значительной мере обеспечивает этим странам стабильность и эволюционный характер развития, позволяет усовершенствовать жизнеустройство, углублять демократические процессы, постепенно повышать духовный и материальный уровень мирного, творческой жизни населения - главной цели прогрессивного развития человека и общества.

Применение ИКТ предоставило новое развитие систем открытого образования, способствовало реализации индивидуального подхода к обучению. Внедрение в образование ИКТ является приоритетом и стратегией развития любой развитой страны мира. В частности, «для стран Европейского Союза, других экономически стабильных стран мира применения компьютерных технологий, процессы интеграции, развитие дистанционных форм обучения, развитие институтов открытого образования являются важнейшими задачами государственных программ.

В настоящее время использование компьютерных технологий позволяет активизировать и интенсифицировать обучение в ВУЗе. Уменьшение аудиторной учебной нагрузки требует перестройки традиционной методики преподавания всех дисциплин. Новые задачи в жизни ВУЗов продиктованы переменами в сфере технологий, глобализацией и конкуренцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лещенко М.П. Открытое образование в категориальном поле отечественных и зарубежных ученых [Электронный ресурс] / М.П. Лещенко / Информационные технологии и средства обучения. – 2014. – № 1, с. 7-16.

2. Королёва Е.Г. Открытое образование как условие самореализации личности: социально-психологический аспект / Е. Г. Королёва // Человек и образование. – 2011. – № 2 (27). – С. 27-30.

3. Малькова Т.В. К вопросу об эволюции системы заочного обучения в российской федерации в контексте задач развития открытого образования: исторический опыт 1980-2000-х годов / Т. В. Малькова // Вестник Чувашского университета. – 2010. – № 2.–С.54-62.

4. Мирзоахмедов Ф. Кредитно-модульная система образования (учебно-методическое пособие). Душанбе, /Ф. Мирзоахмедов, А. Мамадюсупов //«Кайхон», 2014, 268 с.

5. Новые технологии и формы обучения (По материалам:«Высшее образование в России») – 2009 – Выпуск № 12. – Режим доступа: www.nwpi.ru. – дата доступа 10.03.13.

6. Храмова М. В. Основные этапы и тенденции формирования системы открытого образования подготовки специалистов / М. В. Храмова // Вестник ТГУ: Гуманитарные науки. Педагогика и психология. – 2012. – Вып. 4 (108). – С. 118-130.

7. Global Information Technological Report 2012, Networked Readiness Index, NRI.

8. World Conference on Higher Education: The New Dynamics of Higher Education and Research For Societal Change and Development (UNESCO, Paris, 5–8 July 2009). COMMUNIQUE [Electronic resource].– 8 July 2009. –10 p. –Mode of access:http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/ED/ED/pdf/WCHE_2009/FINAL%20COMMUNIQUE%20WCHE%202009.pdf.

Назаров Ҷ.С., Назарова Ф.Ҳ., Меликов Т.Қ., Сафаров А.

НАҚШИ ТЕХНОЛОГИҲОИ ИТТИЛООТӢ ДАР БАЛАНД БАРДОШТАНИ СИФАТИ ТАЪЛИМ (МАҚОЛАИ ШАРҲӢ)

МДТ ”Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ”,
Кафедраи “Технологияи информатсионӣ ва тиббӣ”

Дар ҷомеаи воқеии постиндустриалӣ, нақши технологияҳои иттилоотӣ бениҳоят муҳим аст, ки онҳо имрӯзҳо дар раванди автоматикунонии ҷомеа, рушди системаи маориф ва фарҳанги он мақоми марказӣ доранд. Истифодаи васеъи онҳо дар соҳаҳои гуногуни фаъолияти инсонӣ мақсаднок аст, ки аз марҳилаҳои ибтидоии таълим ва маърифат мутахассисонро ҳарчи зудтар огоҳ созем. Системаи маориф ва илм яке аз объектҳои ҷараёни информатизатсия дар ҷомеа мебошад. Информатизатсияи таҳсилот, бо дарназардошти хусусиятҳои раванди интиқоли дониш, рушди дақиқи технологияҳои истифодашудаи информатизатсия ва имкони паҳнкунии онҳоро талаб мекунад. Илова бар ин, хоҳиши истифодаи фаъолонаи технологияҳои муосири иттилоотӣ дар соҳаи маориф бояд ба баланд бардоштани сатҳ ва сифати таълим равона карда шавад. Дар мақола бархӯрд ба системаи муосири маориф бо истифодаи технологияҳои иттилоотӣ баҳри рушди сифати таълим дида баромада шудааст. Инчунин ҳадафҳои асосии педагогии татбиқи технологияҳои иттилоотӣ дар раванди таълимӣ қайд карда шудаанд. Дар соҳаи технологияҳои иттилоотии маориф таърифҳои асосӣ оварда шудаанд. Самтҳои асосии рушди технологияҳои иттилоотӣ ҳамчун манбаи асосии баланд бардоштани сифати таълим муайян карда шудаанд. Технологияҳои иттилоотӣ ҳамчун як воситаи пешрафт ва маъмултарин технологияҳои иттилоотии педагогӣ нишон дода мешаванд. Меъёрҳои иттилоотисозии низоми муосири маориф баррасӣ шудааст. Таърифи асосии технологияҳои иттилоотӣ ҳамчун воситаи таълими донишҷӯён муқаррар карда шудааст. Нармафзоре, ки барои таълими донишҷӯёни мактабҳои олӣ истифода мешавад, тавсиф карда шудааст. Принсипҳои татбиқи технологияҳои муосири иттилоотӣ дар таълими донишҷӯён нишон дода шудаанд. Афзалиятҳо ва нуқсонҳои истифодаи технологияҳои муосири иттилоотӣ дар системаи маориф муайян карда шудаанд.

Технологияи аз забони юнонӣ тарҷумашуда (техно) маънои санъат, маҳорат, қобилиятро дорад, ки дар умум маҷмуи равандҳост. Ин раванд бояд бо стратегияи интихобкардаи шахс муайян карда шуда, бо истифодаи маҷмӯи василаю усулҳои гуногун амалӣ карда шавад.Технологияи иттилоотӣ - равандест, ки маҷмӯи воситаҳо ва усулҳои ҷамъоварӣ, коркард ва интиқоли маълумотро (иттилооти аввалия) барои ба даст овардани иттилоот дар бораи ҳолати объект, раванд ё падида амали менамояд. Технологияи иттилоотии муосир барои ноил гаштан ба ҳадафҳои педагогии зерин истифода бурда мешавад:

1. Инкишофи шахсияти донишҷӯён, омодасозии онҳо ба фаъолияти мустақилонаи истеҳсолӣ дар шароити ҷомеаи иттилоотӣ, аз ҷумла рушди дониш ва интиқоли иттилоот:

– Рушди тафаккури конструктивӣ, алгоритмӣ аз ҳисоби хусусиятҳои кор бо технологияҳои иттилоотӣ;

– Рушди тафаккури эҷодӣ бо роҳи кам кардани саҳми фаъолияти репродуктивӣ;

– Рушди малакаҳои муошират тавассути лоиҳаҳои муштарак;

– Ташаккули қобилияти қабули қарори оптималӣ дар шароити вазнин (ҳангоми бозиҳои бизнеси компютерӣ ва кор бо барномаҳои таълимӣ);

– Рушди малакаҳои фаъолияти илмию тадқиқотӣ (ҳангоми кор бо барномасозӣ ва системаҳои омӯзиши зеҳнӣ);

– Ташаккули фарҳанги иттилоотӣ, қобилияти коркарди иттилоот (ҳангоми истифодаи матнҳо, муҳаррирони графикӣ ва ҷадвалӣ, махзани маълумотҳои маҳаллӣ ва шабакавӣ).

2. Амалисозии фармоиши иҷтимоӣ дар шароити иттилоотонии ҷомеаи муосир:

– Омода кардани мутахассисон дар соҳаи технологияҳои иттилоотӣ;

– Тайёр кардани донишҷӯён тавассути технологияҳои иттилоотӣ-педагогӣ барои фаъолияти мустақилонаи маърифатӣ.

3. Шиддатнокии тамоми сатҳҳои ҷараёни таълим:

– баланд бардоштани самаранокӣ ва сифати таълим тавассути истифодаи технологияҳои иттилоотӣ;

– Муайян ва истифодаи ҳавасмандкунӣ барои баланд бардоштани фаъолияти маърифатӣ (аксарияти ин технологияҳо вобаста ба намуди шахсияти

донишҷӯ истифода мешаванд);

– Амиқсозии робитаҳои байниминтақавӣ дар натиҷаи истифодаи воситаҳои муосири коркарди иттилоот дар ҳалли масъалаҳои гуногун (моделиронии технологияҳои иттилоотӣ, махзани маълумотҳои маҳаллӣ ва шабакавӣ).

– Самтҳои асосии рушди технологияҳои иттилоотӣ, худ ҳадафи педагоги ба шумор меравад. Таваҷҷӯҳи махсус имрӯз ба рушду такмили технологияҳои зерин дода шуда аст:

– Технологияи муосири баланд бардоштани сифати ҷараёни таълим аз ҳисоби имкониятҳои иловагии шинохтани воқеияти атроф ва худшиносӣ, рушди шахсияти донишҷӯ;

– Технологияи идоракунии ҷараёни таълим, муассисаҳои таълимӣ, системаи муассисаҳои таълимӣ;

– Технологияи мониторинги назоратшаванда (назорат, ислоҳи натиҷаҳои корҳои таълимӣ, тестҳои компютерӣ ва равоншиносӣ);

– Технологияи коммуникатсионӣ, ки пахши таҷрибаи илмӣ ва методиро таъмин мекунад;

– Технологияи ташкили истироҳати зеҳнӣ, рушди бозиҳои таълимӣ.

– Технологияҳои мултимедиявӣ яке аз технологияҳои пешқадам ва маъмултарини иттилоотӣ мебошанд. Ин намуди технологияи ба мо имкон медиҳанд, ки маҷмӯаҳои пурраи тасвирҳо, матнҳо ва додаҳоро бо ҳамроҳии садо, видео, аниматсия ва дигар эффектҳои визуалӣ созем, ки интерфейси интерактивӣ ва дигар механизмҳои назоратиро дар бар гирад.

Компютер ҳамчун воситаи таълимӣ метавонад танҳо бо нармафзори (таъминоти барномавӣ) мувофиқ истифода бурда шавад. Истифодаи технологияи иттилоолтӣ дар таълим ва омӯзиш ниҳоят ба таҳия ва истифодаи нармафзори таълимӣ вобаста аст. Хусусияти ин нармафзорҳои таълимӣ аз он иборат аст, ки вай бояд дар баробари барномаи компютерӣ, таҷрибаи дидактикӣ ва методологии омӯзгори фан, мувофиқат ва дурустии мундариҷаи таълимии мушаххасро ҷамъоварӣ намуда, инчунин ба талаботи стандартҳои таълимӣ мувофиқат кунад ва татбиқ намояд, ҳамзамон, имконияти истифодаи он ҳам барои кори мустақилонаи донишҷӯ ва ҳам дар ҷараёни таълим мебошад. Системаи маориф миқдори зиёди нармафзорро барои дастгирии раванди таълимӣ эҷод мекунад. Он метавонад базаи маълумотҳо, системаҳои анъанавии иттилоотӣ, анборҳои ҳама гуна маълумот (аз ҷумла графика ва видео), барномаҳои таълими компютерӣ ва инчунин барномаҳое бошанд, ки идоракунии ҷараёни таълимро имкон медиҳанд [3–10].

Мушкилоти асосии ҷоринамоии технологияҳои иттилоотӣ дар низоми таълим ин методологияи компютеркунонии курсест, ки донишҷӯ ва омӯзгор бояд онро азхуд намояд. Ба ибораи дигар, мо дар бораи як шакли дастгирии компютер барои ҷараёни таълим сӯҳбат мекунем. Дар айни замон, амалияи истифодаи технологияҳои компютерӣ дар таълим ду самтро нишон медиҳад:

– истифодаи барномаҳои универсалии технологияҳои иттилоотӣ, ки барои ҳалли доираи васеи масъалаҳои амалӣ ва илмии соҳаҳои мухталиф таҳия шудаанд ва ба фанҳои таълимӣ мутобиқ карда шудаанд;

– истифодаи барномаҳои таълимие, ки махсус барои мақсадҳои таълимӣ тарҳрезӣ шудаанд. Имрӯзҳо доираи васеи барномаҳо аз соддатарин, назорат то маҳсулоти мураккаби мултимедия мавҷуд аст.

Ба таври муфассал нармафзори таълимие, ки дар системаи таълимӣ васеъ истифода мешавад, дида мебароем.

Барномаҳои таълимӣ- воситаи таълимии муайянест, ки барои мустақилона коркунии донишҷӯён пешбинӣ шудааст. Чунин барномаҳо табиати таълимӣ доранд: онҳо тавзеҳот, қоидаҳо, намунаҳои супоришҳоро дар бар мегиранд, ки ба фаъолнокии максималии донишҷӯён мусоидат мекунанд, кори онҳоро фардӣ мекунанд ва ба онҳо имкон медиҳанд, ки фаъолияти маърифатии худро идора кунанд. Нармафзори таълимӣ як қисми системаи таълимӣ мебошад, аз ин рӯ, бояд бо тамоми маводи таълимӣ пайваст карда шавад. Китобҳои электронӣ як системаи автоматикии таълимӣ мебошанд, ки маводҳои дидактикӣ, методӣ ва иттилооти марбут ба фанни таълимӣ ва инчунин таъминоти барномавиро дар бар мегиранд, ки истифодаи ҳамаҷонибаи онҳоро барои дастёбӣ ва назорати мустақили дониш имкон медиҳад [8].

Китоби дарсии электрониро ҳам барои таълими худ ва ҳам барои дастгирии методикии курс, ба монанди китоби дарсии коғазӣ, истифода бурдан мумкин аст [5].

Системаи назорати компютерӣ - яке аз маъмултарин системаҳои назорати дониш оид ба компютер - баҳси зиёдро ба вуҷуд меорад. Бисёре аз психологҳо ва омӯзгорон кӯшиш мекунанд, ки ба саволи «Оё як мошини бечон дониши донишҷӯро арзёбӣ карда метавонад?» Ҷавоб диҳанд. Аммо, дар амал, одатан қабул карда мешавад, ки истифодаи технологияҳои ба муаллим кӯмак мекунад, ки кори муқаррарӣ ва ғайримуқаррарии санҷишҳоро

коҳиш диҳад, ки имкон медиҳад мониторинги бештар зудтар ва омили субъективиро коҳиш диҳад. Талаботҳои асосии чунин система инҳоянд:

– Саволҳои тестӣ ва вариантҳои ҷавоб бояд фаҳмою возеҳ бошанд;

– Озмоиши компютерӣ бояд қобили истифода бошад, то дар экран ҳадди аққал тугмаҳои назоратӣ дошта бошанд;

– Саволҳои тестӣ бояд то ҳадде зиёд бошанд, ки маҷмӯи ин саволҳо тамоми маводеро, ки донишҷӯ бояд дарёбад, фаро гирад;

– Саволҳо бояд бо тартиби тасодуфӣ пешниҳод карда шаванд, то ки имконияти аз хотир баровардани онҳоро истисно накунанд;

– Саволҳо на бояд бо рақам ё аломат оғоз ёбанд;

– Ҷавоби имконпазир бояд бо тартиби тасодуфӣ риоя карда шаванд;

– Зарур аст, ки вақти бачавобҳо сарфшударо пайгирӣ ва маҳдуд намуд.

Бояд қайд кард, ки технологияи иттилоотӣҳеҷ гоҳ роҳбар барои донишҷӯён шуда наметавонад, танҳо омӯзгор метавонад ин нақшро иҷро кунад. Калимаи муаллим то ҳол аҳамияти махсус дорад. Маҳз бо шарофати муаллим донишҷӯён таълиму тарбия мегирад ва назорати маърифати донишҷӯёнро амали карда мешавад. Компютер метавонад муносибатҳои байни устод ва донишҷӯро ба роҳ мондани ва ба сатҳи баландтар расидани онҳо кӯмак кунад.

Хулоса: дар айни замон, барои қонеъ кардани ниёзҳои донишҷӯён ба гирифтани дониш, омӯзгор бояд технологияҳои иттилоотии таълимиро азхуд кунад ва инчунин бо назардошти рушди онҳо, тавассути худомӯзии худ фарҳанги иттилоотии худро доимо такмил диҳад. Воситаҳо ва шаклҳои таълими технологияҳои иттилоотӣ ба муаллимон барои рушди касбӣ ва худмухтор дар роҳи истифодаи дастовардҳои навтарини илм ва технологияҳои иттилоотӣ имконият фароҳам меоранд.

АДАБИЁТҲО

1. Аниськин В.Н., Замара Е.В. Организационно-педагогические условия формирования информационной компетентности сервис-менеджеров туризма в системе среднего профессионального образования // Самарский научный вестник. 2013. № 1 (2). С.9–12.

2. Джафарова Л.И. Применение информационно-аналитических систем в управленческой деятельности завуча школы // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. 2013. №1(12). С.78–80.

3. Гущина О.М., Крайнова О.А. Проектирование системы информационной поддержки управления знаниями // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2013. № 3. С.10–13.

4. Гущина О.М., Крайнова О.А. Информационные ресурсы в системе управления образовательным процессом // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. 2013. № 3 (14). С.85–88.

5. Дудина И.П., Михеева О.П., Ярыгин А.Н. Использование сетевых информационных ресурсов в системе дополнительного профессионального образования // XXI век: итоги прошлого и проблемы настоящего плюс. 2013. № 8 (12). С.60–71.

6. Емельянова Н. З. Информационные системы в экономике. М.:ИНФРА-М, 2009. 464с.

7. Завиваев Н.С., Шамин Е.А. Определение оценки конкурентоспособности в сфере инфокоммуникационных услуг // Вестник НГИЭИ. 2013. № 3 (22). С. 41–51.

8. Зубренкова О.А., Шигорина Н.А. Выбор автоматизированной информационной системы - основа формирования производственно-организационной структуры предприятия // Вестник НГИЭИ. 2014. № 7 (38). С. 97–103.

9. Малинина Л. А. Основы информационных технологий: учебник для Вузов. М.: Издательский дом «Феникс», 2012. 180с.

10. Суворова Н.И., Плешко Э.А. Применение современных информационных технологий в системе учета аграрных предприятий Украины // Азимут научных исследований:экономикаиуправление. 2014. №1. С. 109–112.

Нарзуллоев Н.Ф., Девонаев О.Т., Алиев А.А.

ТОЛЩИНА ЛИМФОИДНЫХ УЗЕЛКОВ В СТЕНКАХ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ЛЮДЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Кафедры морфологических дисциплин ГОУ «Республиканского медицинского колледжа»
Кафедра анатомии человека им. Я.А. Рахимова, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Целью работы явилось комплексное изучение структурных характеристик и закономерностей морфогенеза лимфоидных узелков внепечёночных желчевыводящих путей.

Материал и методы исследования. На тотальных препаратах, полученных от трупов 132 человека разного возраста (от периода новорождённости до 94 лет) методом элективной окраски

гематоксилином Гарриса мы изучили толщину лимфоидных узелков, внепечёночных желчевыводящих путей.

Результаты исследования и их обсуждение. Толщиналимфоидных узелков в стенках пузырного протока, по сравнению с новорождёнными детьми, в раннем детском возрасте увеличивается – в 1,4 раза. Затем, по сравнению последним возрастным периодом, данный показатель уменьшается: у подростков – в 1,2 раза, в 1-м периоде зрелого возраста – в 1,3 раза, в старческом возрасте и у долгожителей – в 1,6 раза. Рассматриваемый показатель в стенках общего печёночного протока, по сравнению с новорождёнными детьми, в раннем детском возрасте больше – в 1,4 раза, а относительно последнего – уменьшается: у подростков – 1,2 раза, в 1-м периоде зрелого возраста – в 1,4 раза, в старческом возрасте и у долгожителей – в 1,6 раза. Толщина лимфоидного узелка в стенках общего желчного протока по сравнению с новорождёнными детьми, в раннем детстве возрастает – в 1,2 раза. По сравнению с ранним детством, данный показатель уменьшается: у подростков – в 1,1 раза, в 1-м периоде зрелого возраста – в 1,2 раза, в старческом возрасте – в 1,3 раза, а у долгожителей – незначительно увеличивается относительно последних. Толщина лимфоидных узелков в желчевыводящих путей в целом, по сравнению с новорождёнными детьми, в раннем детстве увеличивается – в 1,3 раза.

Выводы. Индивидуальные минимумы и максимумы значений толщины лимфоидных узелков на всем протяжении стенки желчевыводящих путей увеличиваются от периода новорождённости к раннему детству, а далее снижаются.

Раҳмонова М. Ш. Саидшоҳи С., Лаълбекова С.С.

ХЛОРОНИДАНИ МИСИ МЕТАЛЛӢ ДАР АВТОКЛАВҲОИ АНАЛИТИКӢ

МДТ "Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ, кафедраи "Фанҳои тиббӣ-биологӣ"

Муҳиммият. Яке аз усулҳои асосии таҳлили металлҳо ин усули спектралии атомӣ-эмиссионӣ ба шумор меравад. Ин усул яке усулҳои асосии муайянкунии элементҳо зимни нурхориҷкунии спектри атомҳо ё ионҳои дар ҳолати газӣ мавҷудбуда ба ҳисоб меравад. Бартарии усули спектралии атомӣ-эмиссионӣ аз дигар усулҳо дар он аст, ки ҳаммаи моддаҳое, ки дар табиат мавҷуданд новобаста аз ҳолати агрегатиашон (сахт, моеъвагаз) таҳлилватаркибашон муайян карда мешавад. Асосан, нурхориҷкунии атомҳо дар дарозии мавҷи оптикӣ 200 нм то 1000 нм чен карда мешавад. Ҳангоми бақайдгирии спектрҳо дар дарозии 100 нм печҳои детактории махсуси инфрасурхро истифода мебаранд. Усули атомӣ – эмиссионӣ зудиҷрошаванда, дақиқ, саҳеҳии баланд дошта, ҳангоми кор вақти зиёдро намегирад ва барои муайян кардани 80 элементи химиявӣ дар объектҳои гуногун истифода бурда мешавад. Ин усул дар соҳаҳои гуногун: аз ҷумла барои муайян кардани маҳсулотҳои саноатӣ, тиб, маҳсулотҳои доруворӣ, объектҳои биологию экологӣ ва ғайра ба таври васеъ мавриди истифода қарор дорад.

Барои гузаронидани таҳлили миси металлӣ онро дар бисёр мавридҳо ҳал мекунанд. Вале барои гузаронидани таҳлили металлҳо бо усули атомӣ-эмиссионӣ беҳтар аст, ки намунаи таҳлилшавандаро ба намуди хокаи намакҳот ион гузаронем. Барои дар плазмаи камонаки электрикӣ самаранок гузаштани нурхориҷкунии элементҳои таркиби намунаи таҳлилшаванда, пешгирӣ намудани ионизатсияи элементҳо ва назорати ҳарорати плазма онҳоро ба намуди хлоридҳо табдил медиҳанд.

Тадқиқотҳои экспериментали. Барои хлоронидани миси металлӣ чорхлориди карбон истифода бурда шуд. Чорхлориди карбон ҳамчун моддаи инертӣ дар шароитҳои муқаррарӣ бо металлҳо ба реаксия дохил намешавад.

Мақсади ин кор интихоб намудани шароитҳои оптималии хлоронидани мис бо чорхлориди карбон мебошад. Аввал мо як қатор тадқиқотҳоро бо мисс ва чорхлориди карбон дар ҳавои кушод гузаронидем. Дар натиҷаи ин тадқиқотҳо маълум гардид, ки дар системаи кушода дар ҳарорати доимӣ ё хонагӣ раванди хлоронидан қариб ки намегузарад. Ҳангоми гармкунӣ дар ҳавои кушод, раванди хлоронидан бо суръати суст гузашта, буғшавии чорхлориди карбон ба амал меояд.

Бо мақсади гузаронидани ин реаксия як қатор тадқиқотҳо оиди хлоронидани миси металлӣ бо $CC1_4$ дар автоклавҳои аналитикӣ гузаронида шуд. Автоклавҳои аналитикӣ ин системаи сарбастаи герметикӣ буда, барои гузаронидани раванди

химиявӣ таҳти ҳарорати баланд ва фишори баланд истифода бурда мешавад. Барои гузаронидани раванди хлоронидани мис бо $CC1_4$ ба камераи реаксионии автоклави аналитикӣ 0,5г мис ва 10 мл чорхлориди карбон гирифта шуд. Зарфи реаксионирро ба корпуси металлӣ маҳкам намуда, автоклави аналитикро муддати вақти ***4-6*** соат дар ҳарорати 220-240с нигоҳ доштем. Дар ин шароит фишори дохили камераи реаксионӣ 10-12 атмосфераро ташкил медиҳад. Баъди хунук кардан автоклавро кушодем. Дар сатҳи зарфи реаксионӣ фазаи сахти омехтаи хлориди мис ва карбон, ки ранги сиёҳ дорад ва аз болои он фазаи моеъгӣ чорхлориди карбони боқимонда ҳосил мешавад. Дар шароити додашуда миси металлӣ пурра хлоронида мешавад. Реаксияи хлоронидани мисро чунин ифода намудан мумкин аст:

$$2Cи + CC_4 2CиCl_2 + C$$

Чорхлориди карбонро бо роҳи гарм кардан то ҳарорати 60°С аз омехта ба осонӣ ҷудо намудан мумкин аст. Омехтаи хлориди мисс ва карбони аморфиро бо усули спектралии атомӣ-эмиссонӣ таҳлил намудан мувофиқи мақсад мебошад.

Сохти заррағои намаки ҳосилшуда дар микроскопии электронӣ ба қайд гирифта шуд. Миқдори хлор дар намаки ҳосилшуда бо усули титриметрӣ муайян карда шуд.

Интихоб ва омода намудани намунаи таҳлилшаванда

Барои муайян намудани миқдори хлор дар моддаи ҳосилшуда 0,5мг моддаро гирифта дар 250мл об ҳал намудем. Аз маҳлули тайёрнамудаамон 10 мл гирифта ба он 1мл маҳлули 5%-и $K_2C_2O_4$ илова намудем. Ба сифати маҳлули корӣ нитрати нукраи 0,01 нормалиро истифода бурдем. Натиҷаҳо дар ҷадвали 1 нишон дода шудааст.

Сохти заррачаҳои намаки ҳосилшуда дар зери микроскопи электронӣ спектри инфрасурхи намакҳои ҳосилшуда бақайд гирифта шуд.

Ҷадвали 1

Натиҷаи таҳлилӣ элементии маҳсулоти хлоронидаи Cu ва CCl_4

№	Намунаҳо	Элементҳои муайяншуда, %			
		C	N	H	Cl
1	Баъди хлоронидан дар фазаи моеъгӣ	1.81	0.04	1.901	0.0231
2	Баъди хлоронидан дар фазаи газӣ	1.17	0.02	1.335	0.0390

Хулоса. Роҳҳои хлоронидани мис дар автоклавҳои аналитикӣ омӯхта шуд. Ин усул имконият медиҳад, ки миқдори муайянкунии мисро дар ҳудуди поёнии муайянкунӣ ба 10^{-4} граммро муайян кунанд. Муайян карда шуд, ки бо усули спектралии атомӣ – эмиссионӣ натанҳо элементи мис, балки дигар элементҳои заҳрнок ба монанди қурғошим, қалъагӣ, рӯҳ, хром, оҳан, арсен, сурма ва ғайра, муайян карда мешавад. Усули атомӣ – эмиссионӣ зудиҷрошаванда, дақиқ, саҳеҳии баланд дошта, ҳангоми кор вақти зиёдро намегирад ва барои муайян кардани 80 элементи химиявӣ дар объектҳои гуногун истифода бурда мешавад. Ин усул дар соҳаҳои гуногун: аз ҷумла барои муайян кардани маҳсулотҳои саноатӣ, тиб, маҳсулотҳои доруворӣ, объектҳои биологию экологӣ ва ғайра ба таври васеъ мавриди истифода қарор дорад.

АДАБИЁТҲО

1. Васильев В.П. Аналитическая химия. Физико – химические методы анализа. Кисми 2./ В.П. Васильев. Нашриёти М. Дрофа,2007 – 383с.

2. Основы аналитической химии: учеб. Для вузов: аз ду китоб. / тахти рохбарии Ю.А. Золотова 3-е нашриёти, перераб и доп. Москва. Высшая школа, Кн 2; 2004 – 503с.

Соҳибова З.Н.[1], Искандаров М.М.[1], Озоди О.[1], Сафаров А.[2]

ТАТБИҚИ ТЕХНОЛОГИЯИ ИННОВАТСИОНӢ ЗИМНИ РАВАНДИ ТАДРИС ДАР КАФЕДРАИ ГИСТОЛОГИЯ

Кафедраи гистологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»
МДТ ”Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ”

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши технологияи инноватсионӣ барои татбиқ дар ҷараёни тадрис зимни кафедраи гистология.

Мавод ва усулҳо. Зимни мақолаи мазкур маълумоти адабиёт ва таҷрибаи истифодабарии интернет-шарҳои дастрас оварда шудааст, ки барои баланд бардоштани сифати ҷараёни дарс дар кафедраи гистология равона мешвад. Ба сифати мавзӯи омӯзиш барномаҳои зерин интихоб шуданд: Quizizz, Googleclassrom, Kahoot, Repetitor, Yakdu.

Ҳар кадом аз шарҳи муаррифишуда дастрасии озод дорад.

Натиҷаи таҳқиқот. Захираҳои мавриди омӯзиш қарорёфта ҳам барои донишҷӯ ва ҳам барои омӯзгор имконоти зиёди иловагиеро пешниҳод менамояд. Технологияи иттилоотие, ки дорои функсияи тестикунонӣ бо унсурҳои худомӯзиширо дорад, ба монанди Quizzizi Kahoot дар ҷараёни дарс истифодаи онҳо барои ошкор кардани дониши заминавӣ ва арзёбии самаранокии машғулият мумкин аст. Ба туфайли барномаҳое чун Googleclassroom, Repititor ва Yakdu муҳити таълимие фароҳам оварда мешавад, ки донишҷӯ вақти худро берун аз дарс метавонад самаранок истифода бубарад. Барои омӯзгор имконияти таъсиррасонӣ ба раванди тадрис берун аз ҳудуди бинои таълимӣ фароҳам оварда мешавад. Маҷроҳои иттилоотии доимӣ миёни донишҷӯ ва омӯзгор сабабҳои иловагӣ ва шавқу ҳавас ба дарсро меангезад. Дар маҷмӯъ, системаҳои номбурдаи таълим муҳити самарноки таълимро таъмин намуда, фарогири тамоми раванди тадрис тавассути муносибати фардӣ ба ҳар донишҷӯ, назорати фосилавии раванди таълим бо алоқаи дуҷониба, ки берун аз ҳудуди ҳуҷраи таълимӣ мебошад, ба шумор меравад. Ин нукта имконияти худназоратқунии фаъолияти таълимӣ аз ҷониби донишҷӯ буда, инчунин усули афзудани манфиатнокӣ ва рағбат тавассути ба кор бурдани унсурҳои бозӣ мебошад.

Хулоса. Онлайн-шарҳо имконияти ҳар фарди таълимгирандаро ба назар гирифта, фарогири тамоми муносибатҳои маҷмӯӣ, системавии муҳити ягонаи иттилоотии таълимӣ мебошанд, ки ҷараёни тадрисро пурра таъмин менамояд. Таҷрибаи мусбати истифодабарии барномаҳои мавриди омӯзиш қарордошта барои таҳияи дастурамалҳо ва ба ҷараёни таълими муассисаҳои олии таълимӣ фаъолона татбиқ намудан замина фароҳам меорад. Омӯзиши технология барои сифатан боло бардоштани ҷамъбасти натиҷаи таълим дар тандеми таълими анъанавӣ шароит фароҳам меорад.

Соҳибова З.Н., Мухамадиева К.М., Шукурова Ф.Ш.

ТАҲҚИҚОТИ МОЛЕКУЛЯРӢ - ГЕНЕТИКИИ ПӮСТ ДАР МАВРИДИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ХАДШАҲОИ КЕЛОИДӢ

Кафедраи гистология ва дерматовенеролигия МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Мақсади таҳқиқот. Зоҳир намудани басомади тақсимоти вариантҳои генетики мутатсияи гении G-174 C-игени интерлейкин-6 (IL-6) ва гении C3953T-и интерлейкини 1 (IL-1B) зимни беморони гирифтори хадшаҳои келлоидӣ.

Мавод ва усулҳо. Дар ҷараёни таҳқиқот аз ҷониби мо 25 бемор дар сини аз 18 то 36 сола муоина гардиданд, ки гирифтори хадшаҳои келлоидӣ буданд. Гурӯҳи санҷишӣ аз 20 донори амалан солим таркиб ёфтааст, ки мувофиқи ҷинсу син ба гурӯҳи асосӣ муқоиса мешаванд. Ҷудо кардани КДН аз ядрои лимфотситҳо бар пояи усулҳое ба амал оварда шуд, ки зимни дастури Сэмбрук ва дигарон бо баъзе модификатсияҳо (Sambrooketal., 1989) оварда шудааст.

Натиҷаи таҳқиқот. Аллели G-и гени IL-6 (G-174C) зимни беморон ва донорҳои шартан солим мувофиқан дар 85% ва 96%-и ҳолатҳо зоҳир кардашуд. Аллели C-и гени IL-6 (G-174C) бошад, мувофиқан дар 15% ва 4% ҳолат ошкор гардид. Ҳангоми таҳлили муқоисавии басомади генотипҳои полиморфизми IL-6 (G-174C), дар гурӯҳи марду занҳои таҳти муоина қарордошта, генотипи гомозиготии G/G(75% беморон ва 92% солим) ва C\C (5%) танҳо дар байни беморон нисбатан муҳимтар мебошанд. Дар натиҷаи таҳлили тақсимоти КДН-полиморфизми генҳо муақаррар гардид: тақсимоти басомади аллели генҳои IL-1B ва IL-6 ба қонуни интизории мувозинати Харди-Вайнберг (P>0,05) мувофиқат менамуданд. дар миёни беморони муоинашуда зимни генотипи аллелҳои ғайрифунксоналӣ ва генотипҳои полиморфизми C3953T мавҷудияти гени IL-1β дар мавриди 12,5% ва 25,0% мувофиқан дар муқоиса бо 6% ва 12% дар ашхоси гурӯҳи санҷишӣ маълум мегардад. нуқтаи мазкур ду баробар зиёд шудани хатари пайдоиши бемориро дар пай дорад, ки ремоделятсияи коллеген, хусусан хадшаҳои келлоидиро ҳамбаста мебошад.

Хулоса. Ҳамин тавр, монанди миёни варианти полморфии генҳои IL-1B ва IL-6 ва инкишофи ҳолати патологӣ зоҳир гардид, ки ремолетсияи коллегенро дар шакли хадшаҳои келоидӣ ҳамроҳӣ менамояд. Тибқи маълумотҳои пешакӣ макрерҳои мазкур маркери хатари зиёди инкишофи беморӣ ба ҳисоб меравад, хусусан ин нукта мувофиқи генотипи гомозиготии полиморфии G-174C дар гени IL-6 равшан зоҳир шудааст.

Соҳибова З.Н.[1], Нарзуллоев Н.Ф.[2], Муминов Ш.[3]

ФУНКСИЯИ ТАНЗИМИ ҲАРОРАТИ ПӮСТ ДАР ПИРОНСОЛОН

Кафедраи гистологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»
[1]МДТ «Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ»
[2]МДТ «Донишгоҳи миллии Тоҷикистон»

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши физиологияи пӯст бо роҳи таҳқиқи функсияи танзимкунии ҳарорат дар он.

Мавод ва усулҳо. Функсияи танзими ҳарорати пӯст дар мавриди пиронсолон дар шаҳри Душанбе ва Истравшан таҳқиқ карда шуд. Таҳқиқот зимни 91 шахси амалан солим дар синни аз 59 то 94 сола (синни миёна 74 сола) гузаронида шуд, ки аз ин миён 34 нафарро мардҳо ва 57 нафарро занҳо ташкил медоданд. Тамоми муоинашудагон аз рӯйи синну сол ба се гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Гурӯҳи санҷиширо 15 нафари амалан солим дар синни аз 25 то 34 сола (синни миёна 27 сола) ташкил медод. Барои муҳокимаи хусусиятҳои функсияи танзими ҳарорати пӯст мо нисфирӯзӣ ҳарорати пӯшишҳои ҷилдиро бо усули термоэлектрикӣ дар ҳарорати хона - 21-23 21 - 23^{0}C таҳқиқ намудем.

Натиҷаи таҳқиқот. Муқоисаи натиҷаи чен кардани ҳарорати пӯсти ҷавонону пиронсолон нишон дод, ки дар пиронсоли ҳарорати миёнаи пӯст коҳиш меёбад. Чен кардани ҳарорати миёнаи пӯст дар пиронсолӣ ба як низом нест, он дар мавзеъҳои гуногуни бадан аз 0,2 - 1,4^{0}C паст мешавад, ки дар натиҷа таносуби топографии бузургии ҳарорати пӯст тағйир меёбад. Қиёсан ҳарорати баланд дар мавриди пиронсолон дар ҳамон мавзеъҳое ба назар мерасад, ки дар ҷавонон мушоҳида мешавад, масалан, таги каш, пешона, сина, пушт ва кафҳо. Ҳарорати қиёсан паст бошад, зимни пиронсолон дар соҳ ҳифз мешавад. Нишондиҳандаи ҳарорати пӯст, дар аксари мавзеъҳои бадан, зимни мардҳо дар муқоиса ба занҳо каме баландтар аст. Фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳим, дар таҳқиқоти мо, танҳо дар пӯсти китф, рону соҳ мушоҳида гардид.

Хулоса. Муқоисаи натиҷаи чен кардани ҳарорати пӯсти ҷавонону пиронсолон нишон дод, ки ҳарорати миёна пӯст дар пиронсолӣ коҳиш меёбад. Сабаби ин коҳишёбӣ хурд шудани равзанаи рагҳои хунгарди пӯст, қисман аз ҳисоби тағйиротҳои морфологӣ дар онҳо, вале омили асосӣ эҳтимолан натиҷаи таъсири фаъоли вазоконстрикторҳо ба мушакҳои суфтаи пӯсту рагҳои хунгард бошад. Инчунин бо сабаби тағйирёбии равандҳои мубодила дар пиронсолӣ, ки коҳиш ёфтани гармиҳосилшавӣ бо онҳо алоқаманд мебошад. Барои ҳифз намудани мувозинати гармии организм, гумон меравад, ки суқути гармиҳосилшавиро коҳиш ёфтани гармидиҳӣ ба туфайли коҳиш ёфтани ҳарорати пӯст таллоюф менамояд.

Соҳибова З.Н.[1], Одилзода И.[2], Шукурова Д.А.[1]

АКСУЛАМАЛИ ПӮСТ БА АНГЕЗАНДАИ ХИМИЯВӢ ДАР МАВРИДИ ПИРОНСОЛОН

[1]Кафедраи гистологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»
[2]МДТ «Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ»

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши физиологияи пӯсти пиршуда бо роҳи таҳқиқи аксуламали рагӣ ба ангезандаи химиявӣ.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқот дар шаҳри Душанбе зимни 91 шахси амалан солим гузаронида шуд, ки синнашон аз 59 то 94 сол (синни миёна 74 сол)-ро ташкил медод. Инчунин барои муқоиса функсияи пӯсти 15 одами амалан солим дар синни аз 25 то 34 сола (синни миёна 27 сол) мавриди омӯзиш қарор дода шуд. Аксуламали пӯст ба ангезандаи химиявӣ тавассути намунаи адреналинӣ ва гистаминӣ таҳқиқ карда шуд. Адреналин ё гистамин ба миқдори 0,1 см (консентратсия 1:1000) ба мавзеи сеяки сатҳи қатшавандаи бозу ба зери пӯст тазриқ шуд.

Натиҷаи таҳқиқот. Бознигарии маводи назорат нишон дод, ки ба ҳисоби миёна марҳилаи ниҳонии намунаи адреналинӣ зимни пиронсолон дар муқоиса ба ҷавонон кӯтоҳтар (27,7±1,2 ва 32,3±1,8 сония) ва суръати миёнаи инкишофи реаксия суст (17,6±0,41 муқобили 13±0,68 дақиқа дар ҷавонон) буда, масоҳати доғи сафед ба ҳисоби миёна нисбат ба ҷавонон калонтар (11,2±0,53 ва 4,7±0,29 см^2) аст, реаксияи миёнаи мусбат (390±8,2 муқоибили 228±24,3 дақиқа дар ҷавонон) бошад, афзудааст. Хусусияти аксуламали ҷавобии ба зери пӯст ворид намудани гистамин ба натиҷаи намуна бо адреналин мувофиқат дошт:

ба ҳисоби миёна реаксия дар пиронсолон қиёсан ба ҷавонон сусттар инкишоф меёфт (16,3±0,36 ва 12±0,68 дақиқа), масоҳати миёнаи қубла, пурхунии рефлексӣ ва реаксияи миёнаи мусбат афзуда буд (нишондиҳандаҳо дар пиронсолон мувофиқан баробар буд 4,7±0,21 см^2; 31,2±1,5 см^2; 139±2,8 дақиқа, дар ҷавонон бошад, – 2,4±0,22 см^2; 23±1,6 см^2; 111±3,4 дақиқа). Марҳилаи миёнаи ниҳонӣ дарозшуда буд (183,1±4,92 и 140,7±6,19 сония). Натиҷаи намунаҳои адреналинӣ ва гистаминӣ мувофиқи тамоми нишондиҳандаҳо дар мавриди пиронсолон қиёсан ба ҷавонон тағйирёбанда буд. Вобастагии реаксияи пӯст аз рӯйи ҷинс дар мавриди пиронсолони муоинашуда муқаррар нагардид.

Хулоса. Баланд шудани ҳассосияти системаи рагии пӯст зимни пиронсолон ба адреналин ва гистамин шояд бо суст шудани ғайрифаъолшавии моддаҳои мазкур дар бофтаҳои организми пиршуда алоқамандӣ дошта бошад. Эҳтимол ба ҳисоби миёна афзудани масоҳати доғи сафед зимни намунаҳои адреналинӣ ва гистаминӣ низ бо суст шудани системаи асаб, хусусан равандҳои тормозхӯрӣ дар пиронсолон робита дошта бошад.

Тамризи Мубин[1], Сафаров А.[2]

ИСТИФОДАИ ТЕХНОЛОГИЯИ МУОСИР ЯКЕ АЗ ШАРТҲОИ БАЛАНД БАРДОШТАНИ СИФАТИ ОМОДАСОЗИИ МУТАХАССИСОН

[1]МҒТ "Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон"
[2]МДТ «Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ»

Муҳимияти тадқиқот. Дар замони ҳозира системаи гирифтани маълумот яке аз масъалаи асоси фаъолияти инсон ба ҳисоб меравад. Тавасути афзудани институтҳои иҷтимоӣ ки аҳамияти онҳо сол аз сол зиёд шуда истодааст барои пеш бурдани ҷаъмият ва баланд бардоштани соҳаи иҷтимоӣ, иқтисодӣ, донишомӯзӣ, технологияи муосир нақши аввалин дараҷаро мебозад. Бинобар дигаргун шудани ҷаъмият онро талаб мекунад, ки ҳар як мутахассиси соҳа қобилияти фикронии навро нисбат ба проблемаҳои пайдошуда истода ва барои ҳали он бояд мустақилона технологияи муосирро омӯзад.

Мақсади тадқиқот. Бой гардонидани таҷриба оид ба тайёр намудани кадрҳои баланд ихтисоси соҳаи тиб дар коллеҷ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Истифодаи технологияи муосир, усули фаъолияти гуруҳӣ, фардӣ ва усули интерактивии таълим.

Натиҷаи тадқиқот. Ба сифати тадқиқшавандагон 28-нафар донишҷӯён иштирок намуданд. Донишҷӯён дар навбати худ ба гурӯҳи фаъол ва нофаъол тақсим карда шуданд. Ба гурӯҳи фаъол донишҷӯёне дохил мешаванд, ки дар онҳо усулҳои муосири технологӣ, ҷалб намудани онҳо корҳои илмӣ-таълимӣ, интегративӣ системаи рейтингӣ ва тестӣ. Дар гурӯҳи нофаъол бошад донишҷӯёне ворид карда шудаанд, ки дар онҳо техналогияи муосир кам истифода бурда шуд. Тадқиқотҳо нишон доданд, ки дар гурӯҳи якум бинобар васеъ истифода бурдани технологияи муосир дараҷаи дониш аз бар кунии онҳо хеле баландбуда қобилияти ба таври нисбатан тез қабул намудани ахборро пайдо мекунад. дар гуруҳи нофаъол бошад бинобар кам ворид шудани ахбор оид ба кам истифода бурдани технологияи муосир фаъолияти дониш аз бар кунии онҳо нисбатан маҳдуд мебошад.

Хулоса. Ҳамин тавр истифода дар фаъолияти омӯзгори технологияи муосири усулҳои омӯзиш ва назорати онҳо имконият медиҳад, ки шахсияти ҳар як донишҷӯи фаъол самти касбияти худро муайян мекунад. Ин ба он гурӯҳи донишҷӯёне дахл дорад, ки онҳо дар рафти омӯзиш аз усулҳои пешрафта ва муосир истифода кардаанд. Дар оянда онҳо метавонад дар бозори меҳнат рақобатпазир бошанд.

Хасанов О.К., Бекназарова Н.С., Рахмонова М.Ш., Ермадов П.Б.

КОМПЛЕКСООБРАЗОВАНИЕ ЖЕЛЕЗА (III) С 1-ФЕНИЛ-2,3-ДИМЕТИЛПИРАЗОЛИН-5-ТИОНОМ В СМЕШАННОМ РАСТВОРИТЕЛЕ (6МОЛЬ/Л HCI:АЦЕТОН=2:1) ПРИ 288К

Научно-исследовательский институт ТНУ
ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

Актуальность. В литературе имеется ряд сведений о смешанных комплексных соединениях различных металлов с органическими лигандами в растворе. Авторами [1] потенциометрическим

методом изучено комплексообразования нитрата серебра с тиомочевиной в водно-ацетоновых и водно-диоксановых растворах. Определен состав и устойчивость комплексов. В.А.Федоровым и другими [2] потенциометрическим методом с использованием капельных металло-амальгамных электродов изучено комплексообразование ионов свинца (II) и кадмия с тиомочевиной в водно-солевых и водно-спиртовых растворах при 25°С. Определены значения термодинамических констант устойчивости тиомочевинных комплексов свинца (II) и кадмия. Комплексообразованиежелеза (III) с органическими лигандами изучено очень хорошо, однако целенаправленных исследований по изучению влияния смешанного растворителя на устойчивость комплексов железа (III) не проводились.

Целью настоящей работы явилось исследование процесса комплексообразования железа (III) с 1–фенил–2,3–диметилпиразолин–5–тионом в смешанном растворителе (6 моль/л HCI:ацетон=2:1) при 288К.

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что в системе железа (III)-1–фенил–2,3–диметилпиразолин–5–тион-(6 моль/л HCI: ацетон =2:1) при 288К последовательно образуются четыре комплексные формы, хотя из литературных данных известно, чтодля комплексов полученных в среде 6 моль/л HCl при температуре 288К образуются пять комплексных форм. Методом Бьеррума определены величины pK_iдля всех комплексных форм в смешанном растворителе, которые оказались следующимирK_i^*:pK_1^*=4.62; pK_2^*=4,01; pK_3^*=3.71; pK_4^*=3.44. Для комплексов полученных в среде 6 моль/л HCl значения констант устойчивости были равны: pK_1^*=6,11; pK_2^*=4,59; pK_3^*=3,92; pK_4^*=3,70.

Заключение. Анализ полученных данных показывает, что значение pK_i^* комплексов полученных в среде 6 моль/л HCl по сравнению с комплексами полученными в смешанном растворителе относящее как: 6,11/4,62; 4,59/4,01; 3,92/3,71; 3,70/3,44.

Таблица 1

Величины pK_i^* 1-фенил-2,3-диметилпиразолин-5-тионных комплексов железа (III) при температуре 288К

а) в смешанном растворителе

Т/К	pK_1^*	pK_2^*	pK_3^*	pK_4^*
288	4,62	4,01	3,71	3,44
б) в среде 6 моль/л HCl				
Т/К	pK_1^*	pK_2^*	pK_3^*	pK_4^*
288	6,11	4,59	3,92	3,70

ЛИТЕРАТУРА

1. Назарова Л.В. Устойчивость комплексных соединений серебра с тиомочевиной в водно-ацетоновых и водно-диоксановых растворах / Л.В. Назарова, В.И. Прижилевская // Журн. неорган. химия, Т. XIV.1969, Вып.1. - С. 131-133.

2. Федоров В.А. О комплексообразовании ионов свинца (II) и кадмия с тиомочевиной и некоторыми ее производными / В.А. Федоров, А.В. Федоров, Г.Г. Нифантьева, Л.И. Груббер // Журн. неорган. химия, Т. XIX. 1974, Вып.4. - С. 990-994.

Ҳасанова Д.М.

АҲАМИЯТИ ФИЗИОЛОГИИ МОДДАИ АСОСИИ БОФТАИ КОВОКИИ ТОРШАКЛИ ПАЙВАСТКУНАНДА

Кафедраи гистологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиш ва таҳлили маълумоти адабиётҳое, ки ба нақши физиологии моддаҳои асосии бофтаҳои ковоки пайвасткунанда дар ҷараёни мубодилаи моддаҳои бофтаву узвҳо башхида шудааст.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Зимни таҳқиқот маълумот аз адабиётҳо ва натиҷаи таҳқиқоти муҳаққиқони хориҷӣ ба кор бурда шуданд.

Натиҷа. Хусусиятҳои сохтори бофтаи ковокии торшакли пайвасткунанда сохтори бахубӣ инкишофёфтаи байниҳуҷайравӣ – торҳо ва моддаҳои аморфӣ ба ҳисоб мераванд. Моддаи асосӣ аз субстансияи часпаки гелшакл иборат мебошад, ки аз полисахаридҳо ва миқдори зиёди моеоти бофтаи бо онҳо алоқаманд таркиб ёфтааст. Полисахаридҳо – моддаҳои асосӣ аз гликозаминогликанҳо (кислотаи гиалуронӣ, хондроитин – кислотаи сулфур ва ғ.) иборат мебошад. Моддаҳои мазкур дорои қобилияти ба худ пайваст намудани оби ион буда, часпакии моддаи асосиро асоснок мекунанд ва ба ҳамин восита суръати мубодилаи моддаҳоро миёни хуну бофтаҳо муайян сохта, барои диффузияи ок-

сиген ва моддаҳои ғизоӣ шароит муҳаё мекунанд, зеро тамоми моддаҳое, ки ба ҳуҷайраҳо ворид мешаванду аз онҳо берун мешаванд, ба воситаи моддаҳои асосӣ ҷойи худро иваз менамоянд. Аз ин рӯ, тағйирёбандагии тамоми хусусиятҳои моддаҳои асосӣ барои амалӣ намудани мубодилаи моддаҳо миёни бофтаву хун муҳим ба шумор мераванд. Бо гузашти син миқдори гликозаминогликанҳо коҳиш меёбад ва онро камшавии консентарстсияи об дар моддаи асосӣ асоснок менамояд, ки боиси бадшавии ҷойивазкунии моддаҳо дар бофта ва халалёбии раванди мубодила мегардад. Инчунин маълум аст, ки моддаи асосӣ тавораест барои нуфузкунии ҷисмҳои бегонаи ба бофтаҳо воридшаванда. Масалан, баъзе бактерияҳо ферменти гиалуронидаз ҳосил мекунанд, ки кислотаи гиалуроновиро хароб месозанд. Дар натиҷа часпакии моддаи асосӣ коҳиш ёфта, нуфузкунандагии он барои моддаҳои гуногун зиёд мешавад, ки барои воридшавии батерияҳо ба бофтаҳо ва инкишофи равандҳои илтиҳобӣ мусоидат менамояд. Ва акси он, синтези зиёди коллаген ва зиёд шудани часпакӣ ҳангоми инкишофи равандҳои фиброзии шушҳо, ҷигар мушоҳида мегардад, ки сабаби регенератсия ҳангоми сиҳатшавии ҷароҳатҳо мегардад.

Хулоса. Ҳамин тавр, тахмин кардан мумкин аст, ки ихтилолоти мухталифи сохтори моддаҳои асосӣ дар заминаи инкишофи ҳам бемориҳои илтиҳобӣ ва ҳам бемориҳои ҳосилшудаи диффузии иммунологӣ ба амал меояд.

Ҳасанова Д.М.

КОҲИШ ЁФТАНИ КОНСЕНТРАТСИЯИ ГЛИКОПРОТЕИНҲО БА СИФАТИ ЯКЕ АЗ ОМИЛҲОИ ПИРШАВИИ ТАҒОЯКИ ГИАЛИНӢ

Кафедраи гистологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши таъсири протеогликан ва гликозоаминогликанҳо ба тағйироти морфологии моддаҳои байниҳуҷайравии тағояки гиалинӣ ҳангоми пиршавии организм.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Зимни таҳқиқот маълумотҳо аз адабиёти илмӣ ва натиҷаи таҳқиқотҳо аз муҳаққиқони хориҷӣ ба кор бурда шуданд.

Натиҷаи таҳқиқот. Сохтори моддаҳои байниҳуҷайравӣ фарқияти асосии тағояки глианиро аз дигар тағоякҳо дар организм (чандирӣ ва нахӣ) ташкил медиҳад. Матрикси тағояки гиалинӣ аз ду ҷузъи асосии моеи бофта, молекулаҳои сохтории коллагени навъи II ва протеогликану гликозоаминогликанҳо (гиалуронӣ ва кислотаи хондроэтинсерӣ) таркиб ёфтааст. Тавре маълум аст, протеогликанҳо гидрататсияи баланди матриксро асоснок мекунанд. Онҳо ба кашиш, нигоҳдорӣ ва пайвастшавии молекулаҳои об дар бофтаҳо мусоидат менамоянд. Нуктаи мазкур дар навбати худ хосияти зиёди биомеханикӣ ва физикӣ-химиявӣ – тарангии зиёд, устуворият ва чандирии ин навъи тағоякро муайян мекунад. Гидрофилнокии матриксро суръати баланди равандҳои мубодилавӣ бо роҳи диффузияи моддаҳо асоснок намуда, тағзияи тағояк, равандҳои регенератсияро беҳтар месозад. Бо мурури пиршавии организм дегенератсияи тағояки гниалинӣ ба амал меояд. Равандҳо дар сатҳи молекулярӣ бо ҳосил шудани деструксияи матрикс оғоз меёбанд, ки моқабли халалёбии сохтори худи протеогликан ва коҳишёбии консентратсияи онҳо мегарданд ва ба ҳамаи ин гидрофилнокии пасти матрикс алоқаманд мебошад. Зимнан равандҳои диффузияи моддаҳо заиф гашта, ҷараёни ҷамъшавии намаки Са ва оҳаксорӣ («оҳакшавии тағояк») ба назар мерасад, ки боиси дигаргуншавии сохтори тағояк - тирашавӣ, сахтшавӣ ва шиканандагӣ мегардад, ки натиҷаи он халалёбии тағзия ва камшавии функсиалии худи тағояки гниалинӣ хоҳад буд.

Хулоса. Ҳамин тавр, ихтилолоти морфологии тағояки гниалинӣ бо коҳишёбии физиологии консентратсияи протеогликан ва матрикси он алоқамандӣ дорад. Оқибати ин равандҳо, дар ҳолати пиршавии организм, маҷмӯан имкониятҳои функсионалии дастгоҳи такяву ҳаракати одамро бениҳоят мекоҳад.

*Шукурова Д.А., Мирзоева М.Т.**

ХУСУСИЯТҲОИ МОРФОЛОГИИ КОМПОНЕНТҲОИ БОҚИМОНДАИ ПӮСТ ДАР ЗАНҲОИ СИННУ СОЛИ ГУНОГУН

Кафедраи гистологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»
*МД «Маркази Тиббии Дастгоҳи иҷроияи Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон»**

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши тағйироти ҷузъҳои боқимондаи пӯст дар занҳои синни мухталиф.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба таҳқиқот ду гурӯҳи синнусолии гуногун шомил буд: гурӯҳи А (занҳо аз 20 то 30 сола) ва гурӯҳи Б (занҳои аз 54 то 75 сола). Шумораи умумии занҳои таҳқиқшаванда ба 49 нафар расид (дар гурӯҳи А 22 нафар ва зимни гурӯҳи В 27 нафар). Намунаҳои ҷузъҳои боқимондаи сатҳи пӯст аз болои пӯсти рӯй (аз паҳлуҳои бинӣ) ба воситаи фатилаҳои полиэфирӣ ҷамъ карда шуданд. Ҳангоми тартиби иҷро ду намуна гирифта шуд (якфатилагӣ аз ҳар тараф). Пас аз ҷамъоварӣ ҳар намуна дар болои шишаи предметӣ гузошта шуд. Препаратҳо дар лаборатория бо гематоксилин-эозин (H&E) ранг карда шуданд, то ки ҳар хуҷайра ё боқимондаи хуҷайраҳо, ки метавонад дар таркиби намуна бошад, мувофиқ кунонда шавад. Ҳамаи андудаҳои рангшуда аз таҳқиқоти лабораторӣ гузаштанд. Арзёбии микроскопии десквматсияи қабати шохшулшаванда нишон дод, ки сатҳи он дар аксари намунаҳои аз занҳои пас аз қатъи ҳайз (гурӯҳи Б) гирифташуда, дар қиёс ба гурӯҳи нисбатан ҷавонтарҳо (гурӯҳи А) болотар аён буд. Муқоисаи адади миёнаи корнеотситҳои десквматсияшуда нишон дод, ки сатҳи миёнаи десквматсия дар мавриди занҳои пас аз қатъи ҳайз дар муқоиса ба гурӯҳи занҳои ҷавон 66% зиёдтар аст.

Муҳокима. Натиҷаҳое, ки зимни мақола шарҳ дода шудаанд, тасдиқ менамоянд, ки маводи ғайриолоишии ҷамъоваришуда, бо роҳи фатилакунонии болои пӯсти рӯйи одам, метавонад барои таҳқиқоти хусусияти морфологидоштаи ҷузъҳои боқимондаи сатҳи пӯст бо муваффақият ба кор бурда шавад. Дар мавриди занҳои ҷавон сатҳи зиёди эстроген аз омили асосии зидди пиршавӣ иборат мебошад, ки агар гормондармонии ивазкунанда истифода нашавад, дар марҳилаи пас аз қатъи ҳайз нест мегардад. Таҳқиқотҳои таҷрибавӣ нишон доданд, ки аз ҷиҳати син сол коҳиш ёфтани миқдори ретсепторҳои эстерогени b эҳтимол яке аз омилҳои асосии фотопиршавӣ бошад. Кератинотситҳои десквматсияшудабоз як компоненти ахборотии ҷузъҳои боқимондаи болои пӯстро ташкил медиҳанд.

*Шукурова Д.А., Сохибова З.Н., Мирзоева М.Т.**

ХУСУСИЯТҲОИ МОРФОФУНКСИОНАЛИИ МЕЛАНОТСИТҲО ҲАНГОМИ ТАЪСИРИ ОМИЛҲОИ БЕРУНА

Кафедраи гистологияи МДТ « ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»
*МД «Маркази Тиббии Дастгоҳи иҷроияи Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон»**

Мақсади таҳқиқи мо умумият додан ва васеъ намудани маълумотҳои мавҷуда дар бораи меланотситҳо ва баъдан интихоб намудани самти таҳқиқот дар соҳа ба шумор меравад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Биоптати пӯст, ки аз 19 зани синашон аз 16 то 44 гирифта шуд, маводи таҳқиқоти мо ба шумор меравад. Маводи ҷарроҳӣ аз патсиентҳои солими клиникаи ҷарроҳии пластикии ш.Душанбе гирифта шуд. Ба мақсади ошкор кардани тағйиротҳои морфологии ҳуҷайраҳои тағйирёфтаи эпидермис таҳқиқоти гистологии биоптатҳои пӯст гузаронида шуд. Ҳангоми амалӣ намудани усулҳои мазкур ҷойи гирифтани биоптати пӯст ба назар гирифта шуд (қитъаҳои аз инсолятсия кушода ё пӯшидаи пӯст).

Ба мақсади зоҳир намудани дигаргун шудани ғафсии эпидермис, шумораи меланотситҳо дар қабати бунёодии эпидермис буришҳо бо гематоксилин ва эозин ранг карда шуданд (Меркулов Г.А., 1969).Таҳқиқоти микроскопӣ тавассути микроскопии равшанкунандаи «МБИ-6» зимни калонкунии - об. 10^x, 20^x; ок. 5^x, 10^x, калонкунии иловагии микроскопии -$2{,}5^x$ гузаронида шуд. Арзёбии морфологии натиҷаҳои ҳосилшуда бо усули нимамиқдорӣ амалӣ карда шуд.

Натиҷаи таҳқиқот. Меланотситҳо популятси-

яи муҳими доимии ҳуҷайравии эпидермиси одам ба шумор меравад, ки дар амалишавии функсияи таворагиву ҳифозатӣ он ширкат мекунад. Хосиятҳои ҳифозатии меланин пеш аз ҳама дар нисбати нурҳои ултрабунафш зоҳир мешавад, вале он дар ҳифозати организм аз як қатор омилҳои дигар низ самаранок аст.

Хулоса. Дар натиҷаи таҳқиқот мо маълумотҳоеро ҳосил намудем, ки зиёдшавии шумораи меланотситҳоро дар қабати бунёдии эпидермиси қитъаҳои пӯсти ба инсолятсияи музмин гирифторшуда, тасдиқ мекунад. Дар мавриди занҳои ҷавони бемор зиёдшавии шумораи меланотситҳо дар биоптати пӯст, ки аз қитъаҳои кушодаи бадан гирифта шудаанд, дар муқоиса ба ҷойҳои пӯшида қариб 1,5 баробар бештар аст (мувофиқан 65,8 ва 43,7%).

Эмомова С.

ДАРКИ ТЕХНОЛОГИЯИ ИТТИЛООТИЮ КОММУНИКАТСИОНӢ – ДОИРАИ ФАРОГИРӢ ВА НАҚШИ ОН ДАР БЕҲСОЗИИ СИФАТИ ТАЪЛИМ
(мақолаи шарҳӣ)

МДТ "Коллеҷи тиббии шаҳри Кӯлоб ба номи Раҳмонзода Р.А."

«Ман дар сиёсати давлатдории худ маорифро дар мадди аввал мегузорам».
Эмомалӣ Раҳмон

Имрӯз бо мурури замон ва навгониҳои таҳсилот аз системаи муқаррарии таълими шуравӣ ба системаи кредитӣ, омӯзиши фосилавӣ ва истифодаи технологияи инноватсионӣ гузаштани таҳсилот дар мактабҳои олӣ ва муассисаҳои олии касбӣ ҷараён дорад. Дар аввал аксарият ба системаи низоми кредитӣ зид мебаромаданд, лекин таҷриба нишон дод, ки омӯзиши дарс-семинар оид ба таълимоти кредитӣ-инноватсионӣ ва баҳсу мулоҳизаҳо ба манфиати кор аст. Дар аксар давлатҳои ҷаҳон гузариш аз системаи муқаррарии таълим ба системаи кредитӣ ё ба усули омӯзиши фосилавӣ, истифодаи технологияи копютерӣ-коммуникатсионӣ ба таври васеъ ба роҳ монда шудааст. Дар ин самт вазифаиаввалиндараҷа омода намудани коршиносону мутахассисони варзидаи ин соҳа барои дастовардҳои навин ва арзишманди илмӣ, кашфиётҳои техникӣ, технологӣ-компютерӣ, иттилоотӣ ва коммуникатсионӣ парвариш додани нерӯҳои бузурги ақлонӣ ва зеҳниро тақазо мекунанд. Таҷрибаҳо нишон доданд, ки истифодаи ин намуди технологияи нав самаранокӣ дар кори таълим, баланд бардоштани дониш ва ақлу заковатро зиёд менамояд.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон то ҳол зиёда аз 35 муассисаи таҳсилоти олӣ мавҷуд аст, ки дар онҳо 150,8 ҳазор донишҷӯён таҳсил менамоянд. Дар муқоиса бо соли 1991 шумораи муассисаҳои олии таҳсилоти кишвар 3,8 маротиба ва шумораи донишҷӯён 2,8 маротиба афзудааст. Дар мамлакатҳои гуногуни ҷаҳон дар соҳаи маориф тадқиқотҳои сотсиологӣ оид ба баланд бардоштани сифати таълим бо истифодаи технологияи компютерӣ-коммуникатсионӣ гузаронида мешавад. Муайян шудааст, ки сифати таълим аз дастрасӣ ба адабиёт ва маводҳои методӣ-таълимӣ вобаста аст. Системаи маорифи Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ду даҳсола ислоҳоти ҷиддиро паси сар карда, дар замони муосир ба яке аз системаҳои кредитӣ-фосилавии пешрафтаи ҷаҳонӣ мубаддал мегардад. Технологияи компютеркунонии муосир маҷмӯи воситаҳои техникӣ, барномавӣ ва ташкилию хизматрасонӣ мебошад, ки барои нигаҳдорӣ таҳия ва баррасӣ намудани ахбор пешбинӣ шудааст.

Асоси технологияи иттилоотии муосирро принсипҳои зерин дар бар мегиранд:

- интиқоли иттилоот ва муошират ба масофаи дилхоҳ, дар муддати кӯтоҳ баррасӣ шудан;
- низоми фаъолияти интерактивии ташкилотҳо ё муассисаҳои таълимӣ;
- муттаҳидшавӣ бо дигар барномаҳои илмӣ;
- гузориши масъала ва рафти тағйирёбии маълумотҳои техникӣ - инноватсионӣ;
- имконияти нигоҳдории ахбор-маълумот дар ҳаҷми хеле калон дар барномаҳои нигоҳдорӣ дар компютерҳо ва технологияҳои инноватсионӣ.

Технологияи иттилоотӣ дар ҷараёни таълим асосан бо роҳҳои зерин амалӣ мегарданд:

- дар ҳолатҳои истифодаи маводҳои нави илмӣ;
- гузаронидани корҳои лабораторию виртуалӣ бо истифодаи барномаҳои омӯзиши таълимӣ;
- гузаронидани тренингҳои таълимӣ;
- дар системаи назорат ва тафтишот (гузарони-

дани тестҳои электронӣ бо барномаҳои махсуси идоракунӣ);
- гузаронидани корҳои мустақилонаи донишҷӯён;
- гузаронидани видео (теле)-конференсияҳо ва гузаштани дарсҳои лексионӣ (PowerPoint, MoBIL GROUP).

Таҷрибаҳо нишон додаанд, ки омӯзиши дарсҳо бо истифодаи технологияи компютерӣ суръати ҷустуҷӯи таълимоти заруриро баланд намуда, сифати гузаронидани дарсҳои лексионӣ, машғулиятҳои амалӣ ва мустақилонаро ба миқдори 30 фоизи нисбати дарсҳои муқаррарӣ зиёд мегардонад. Агар инсон ахбори атрофро бо 5 тарз дарк кунад: (биноӣ, шунавоӣ, чашидан, бӯй намудан ва ҳиссиёт) аз ин 80 фоизи азхудкунии дониш ва ахбор ба воситаи дидан сурат мегирад. Пас, вақте ки дарсҳо ва бо ахбор барномаҳои компютерӣ ба намуди слайд-шоу, аниматсияҳо ва видеофайлҳо гузаронида мешаванд, донишҷӯҳам мешунавад ва ҳам матни лексияро бо чашми худ мебинад ва дараҷаи азхудкунии он меафзояд. Дар ҷараёни дарсҳои лексионӣ устод на зиёда аз 20 фоизи он донишеро, ки дорад, бо сухан иброз карда метавонад, вале бо истифодаи технологияи компютерӣ метавонад мавзӯъ ва мазмуни онро бо пуррагӣ ба донишҷӯён дар мудати кӯтоҳ ва фавран фаҳмонад.

Агар дар соли 2009 дарҷаҳон барои омӯзиши усули таълими фосилавӣ ба миқдори 52,6 миллиард доллар маблағ масраф гардида бошад, мувофиқи пешгӯиву тадқиқотҳо дар соли 2017 хароҷоти он ба 73,4 миллиард доллар бояд расад.

Дар раванди пайвастшавӣ, усули таҳсилоти фосилавӣ – ин гирифтани маълумот бе иштироки донишҷӯ ба дарс, бо ёрии истифодаи технологияҳои компютерӣ-коммуникатсионӣ, почтаи электронӣ ва шабакаи умумиҷаҳонии интернет мебошад. Аз ин нигоҳ, ҷорӣ намудани ин усули таълим асосан ба донишҷӯёни шуъбаҳои рӯзона ва ғоибона мувофиқ буда, ба донишҷӯёне, ки дар хориҷи кишвар кору фаъолият менамоянд ва дигар мушкилдоштаҳо ҷолиби қайд мебошад.

Маблағе, ки барои тайёр намудани як донишҷӯ бо ин усул харақот мегардад, нисбат ба тайёр намудани донишҷӯ дар шӯъбаи рӯзона 35-40 фоиз кам аст.

Низоми воҳидии таълим яке аз роҳҳои баланд бардоштани сифати таълим бо истифодаи технологияи компютерӣ, ин тартиб додан ва истифодаи тестҳои электронӣ мебошад. Истифодаи ин роҳ имкон медиҳад:

– идоракунии донишҷӯён хеле осон гардад;

– тафтиш бо сарфи ками вақт гузаронида шавад;

– хотирбинӣ ва дигар ҳолатҳо аз байн раванд;

– тестҳо дар тамоми намуди компютерҳои фардӣ амалӣ карда мешаванд ва аз устоду донишҷӯ вақти иловагии барномасозӣ талаб намекунад.

Имрӯз Тоҷикистон ба қатори 197 давлати дунё дохил шуда, маорифаш хеле рушд кардааст.

Технологияҳои иттилоотӣ-коммуникатсионӣ (ТИК) чистанд ва дар бораи имкониятҳои онҳо чӣ гуна фаҳмише вуҷуд дорад? Дар адабиёти марбут ба инкишоф дар бораи ТИК таърифҳои зиёд ва ҳатто саргумкунанда вуҷуд доранд. Дар бештари маврид, истилоҳи«ТИК» барои тавсифи истифодаикомпютерҳо ва Интернет истифода мешавад. Баъзан, истилоҳи «ТИК» бо технологияҳои мураккабтарин ва гаронбаҳои компютер асос марбут аст. Дар дигар лаҳзаҳо бошад, технологияҳои анъанавие мисли радио, телевизион ва телефония мавриди муҳокима қарор гирифтаанд. Ба ҳаминтариқ, таърифҳои ТИК вобаста аз заминаву шароити истифодаи онҳо хеле тафовут доранд.

Таърифи пурратар аз ширкати пешбари бархатии (онлайнии) расонаҳои технологияи ҷаҳонӣ TechTarget дастрас аст, ки ниёзҳои махсуси бозори ТИК-ро қонеъ менамояд. TechTarget, кинавъҳои гуногуни технологияро таъкид менамояд, ТИК-ро чунин тавсиф кардааст: «ТИК истилоҳи фарогирест, ки ҳар гуна дастгоҳ ё барномаи коммуникатсиониро дар бар мегирад, азон ҷумла радио, телевизион, телефонҳои сотӣ (кандуӣ), сахтафзору нармафзори компютериву шабакавӣ, системаҳои моҳворагӣ ва ғайра, ҳамчунин, хадамоту барномаҳои гуногуне, ки бо онҳо тавъаманд, ба мисли видеоконфронс ва омӯзиши фосилавӣ. ТИК дар бештари маврид дар заминаи алоҳида фаҳмида мешаванд, ба мононди ТИК дар маориф, тандурустӣ ё китобхона. Ин истилоҳ берун аз Иёлоти Муттаҳида маъруфтар аст.

Мувофиқи мавқеи Коммиссияи Аврупо, аҳамияти ТИК на танҳо дар худи технологияҳои марбута, балки пеш аз ҳама дар қобилияти онҳо дар эҷоди дастрасии зиёдтари қишри кам таъминшудаи аҳолӣ ба иттилоот ва коммуникатсия мебошад. Бештари кишварҳои ҷаҳон ташкилотҳое барои пешбурди ТИК бунёд кардаанд. Зеро хавфе вуҷуд дорад, ки дар сурати минтақаҳои аз нигоҳи технологӣ заифимконияти расидан ба сатҳи кишварҳои пешрафтаи технологиро пайдо карда натавонанд, рушди бошиддати технологӣ дар ин кишварҳо боиси боз ҳам барангехтани холигоҳи иқтисодии доимо вуҷуддошта мегар-

дад, ки ин навбат миёни минтақаҳои доранда ва нодори технологӣ, яъне ҳамчунхолигоҳи рақамӣ шинохта шудааст. Дар сатҳи байналмилалӣ, Созмони Милал ТИКР (ICT4D) - роҳамчун воситаи бартараф намудани холигоҳи рақамӣ фаъолона истифода мебарад».

Бо мақсади дарки дурусти мақоми ТИК, пазируфтани таърифҳое, ки аз ҷониби БРСММ дар соли 2003 пешниҳод шудаанд, муфид хоҳад буд. Мувофиқи он, «ТИК асосан воситаҳои бо иттилоот сарукор дошта, яъне маҷмӯи гуногуни молҳо, барномаҳо ва хадамот барои истеҳсол, ҳифз, коркард, густариш ва табодули иттилоот мебошанд. Онҳо асосан баду даста ҷудо мешаванд: ТИК-и «куҳна» - радио, телевизион ва телефон ва ТИК-и «нав» - компютерҳо, технологияҳои моҳвораву бесим ва Интернет. Ин воситаҳои гуногун ҳоло қодирҳастанд, ки якҷоя кор кунанд ва барои шакл додани«ҷаҳони шабакабандишуда»-и мо, зерсохтори бузурги хизматрасонии баҳам пайвастаи телефонӣ, сахтафзори стандартишудаи компютерӣ, Интернет, радиову телевизионро муттаҳид намояд, ки ба ҳар як гӯшаи олам мерасад».

Аз рӯи анъана, дар байни ТИК, аз нигоҳи хусусиятҳои онҳо (матн – нашр (матбуот); аудио – радио; аудио-визуалӣ – телевизион), тафовут гузоштан имконпазир буд. Вале аз соли1990 сар карда, чунин тафовутҳо камранг шуданд, чунки конвергенсия ё худ баҳамоии расонаҳо (медиа ё худ медиумҳо)-и алоҳида дар платформаи ягона ба воқеият табдил ёфт.

Бо рушди босуръати технология, системаҳои ҳамсони анъанавӣ (сигналҳо, ки ҳам аз нигоҳи вақт ва ҳам аз нигоҳи майдони навасон (амплитуда) бар носозгории давомдор асос ёфтаанд) ба системаҳои рақамӣ роҳ кушоданд. Системаҳои рақамӣ сигналҳоро ба блокҳои алоҳида табдил медиҳанд ва садои нохушу акси таҳрифёфтаро то андозае ислоҳ мекунанд. Имрӯз, истилоҳи «рақамӣ» гуфта, система-ҳои рақамии электронӣ дар назар дошта мешаванд. Бештари системаҳои пешинаи ҳамсон (аналог) ба мисли наворҳои оҳанрабоӣ (магнитӣ) ба технологияҳои рақамӣ бунёд табдил ёфтанд.

Дар робита ба ин, бояд эътироф карда, ки ҳоло ТИК як қисми ҳаёти рӯзмарраи берун аз истифодаҳои муқаррарии пештар муроҷиашуда аст. Таҳвил ва истифодаи ТИК бисёр бахшҳои саноатӣ анъанавиро такмил дода ва дубора муайян карда, ба сатҳи фаъолият ва ё идораи онҳо таъсири назаррас гузоштааст.

Инҳо бахшҳои анъанавие, чун кишоварзиро фаро мегиранд, ки дар он ТИК идоракунии зироатро тавассути кӯмак расонидан ба таҳлил ва пешгӯии шароитҳои беҳтари кишту ҳосилғундорӣ осон мегардонад. Ҳамчунин, технологияҳо барои кӯмак расонидан ба идора ва назорати равандҳоисаноатие чун системаҳои идоракунии фабрикаву биноҳо хизмат мекунанд. Онҳо дастрасии дохиливу берунии ҳуҷраҳову идораҳоро назорат карда, барои сарфа кардану аз садама маҳфуз доштани нерӯ дар системаҳои гармидиҳанда, сардидиҳанда ва рӯшноӣ ба кор мераванд. ТИК барои назорат кардани кори таъсирбахши системаҳои муҳаррик ва сӯзишвории мошин ва кӯмак намудан бароҳнамоии ронанда (масалан, тавассути истифодаи сенсорҳои тавоққуф ва системаҳои глобалии мавқеъёбӣ [GPS] истифода мешаванд. Ҳамаи ин системаҳо истифодабарии ТИК-ро дар шаклҳоигуногун барои фаъолият, афзудани таъсирбахшӣ, ҳамчунин, барои ба система ва корбарҳои дигар фиристодани иттилоот ба хотири танзими амалиётҳо сафарбар мекунанд.

Пасон, ТИК-ро метавон ба технологияҳо, барномаҳо, хизматрасонӣ ва муҳтаво тақсим кард. Таҳияи компютеру телефонҳои мобилии навтару зудкортар, ки барномаҳои пуршуморро идора мекунанд, афзоиши сохтмони манораҳои бесим, кашидани кабелҳои нахи оптикӣ ва насби сенсорҳои ҳушманд ва технологияҳои марбут ба ашёҳои гуногуни рӯзмарра, аз мошинҳо сар карда то яхдонҳо, як қисми зерсохтори ТИК-ро ташкил медиҳанд. Аз ин рӯ, онҳо бояд чун як бахши таркибии технологияҳо дониста шаванд.

Таҳияи барномаҳои нармафзор ҳам ба забони англисӣ ва ҳам ба забонҳои маҳаллӣ, сарфи назар азхусусӣ ё аз сарчашмаи кушода эҷодшуда будани онҳо, аз барнома ва воситаҳое, ки тавассути технологияҳо ё муҳтавои барномаҳо таъмин шудаанд, иборатанд. Ин воситаҳои хизматрасоние мебошанд, ки тавассути технологияҳо ё барномаҳо таъмин карда шуда, барои бизнес ва ё ҳукумати электронӣ истифода бурда мешаванд. Асли ин хизматрасониро муҳтавое ташкил медиҳад, ки тавассути ТИК дастрас мешавад. Барои он ки корбар ё шаҳрванд манфиат ёбад, бояд ӯ ба ҳар як унсури табақабандӣ дастрасӣ дошта бошад.

Барои фаъолияти бомуваффақияти ТИК, муҳити ҷисмонӣ, сиёсатгузорӣ, ҳуқуқӣ ва ҳамчунин, шароити танзим ва молиявӣ бояд созгор бошанд. Системаҳои ТИК ба нерӯи устувори таъмини барқ, ноқилу сим, чорасозиҳои бесим барои кори бетаъхири онҳо ва биноҳо барои ҷойгир кардани онҳо ниёз доранд. Захираҳои мувофиқи

техникӣ барои сохтан, густариш додан, ба кор андохтан ва нигоҳ доштани чунин системаҳо низ заруранд. Дигар муҳити қодирсоз қонуну меъёрҳое мебошанд, ки бадодани литсензия, меъёру равандҳои рақобат, механизмҳои тақсими даромад ва ё ҳуқуқи моликияти зеҳнӣ (IPR) марбутанд.

Ҷузъбандии технологияҳо. Ҳар шахсе, ки дар даст телефони мобилии хурд ё компютери шахсӣ дорад, қодир аст ба олами иттилоот дастрасӣ пайдо кунад. Ин аз тариқи шабакаи бетавақкуфи технологияҳо, барномаҳо, хизматрасонӣ ва муҳтаво амалӣ мегардад, ки тавассути тӯри технологияҳои телекоммуникатсионӣ бо ҳам пайвастаанд. Барои корбари ниҳоӣ тарзи кори система чандон муҳим нест, то он даме, ки хизмати дархостшударо мерасонад. Аммо барои донишҷӯ ва ё дастраскунандаи ниҳоии хизматрасонии рушд муаррафии фарогир ва махсусан ба таври ҷузъӣ шарҳу тавзеҳи истилоҳҳои гуногун ҷиҳати фаҳмидани шароиту заминаҳои барномаҳо муҳим аст.

Асосан, дастгоҳу барномаҳои ТИК барои истеҳсол, ҳифз ва мубодилаи иттилооту дониш истифода мешаванд. Онҳо аз сахтафзор ва низ аз нармафзоре иборатанд, ки сахтафзорро ба кор меандозад ва барои таҳияи муҳтаво васила фароҳам меоранд. Дар якҷоягӣ, онҳо барои таъмини хизматрасонӣ барои корбар василаи пайванд фароҳам меоранд. Заминаи тамоми равандро маҷмӯи муҳитҳои мусоидаткунанда, аз қабили чорчӯбаҳои ҷисмонӣ, сиёсатгузорӣ, ҳуқуқиву танзимкунанда ва молиявӣ ташкил медиҳанд. Биёед, дар поён ҳар яке ро муфассалтар таҳлил намоем.

Муҳитҳои пуштибон ва созгор

– Ҷисмонӣ

– Сарчашмаҳои нерӯ ва барқ

– Биноҳо, истгоҳҳо (коммутаторҳо)-и телефонӣ, телемарказҳо, нуқтаҳои дастрасӣ

– Интернет ва дастгоҳҳои дастрасӣ ба Интернет

Муҳитҳои сиёсатгузорӣ, ҳуқуқӣ, танзимкунанда ва молиявӣ

– Тартиботи додани литсензия барои операторони алоқаи телекоммуникатсионӣ, сохторҳои тарофабандӣ

– Меъёрҳо (амалиёти шабакавӣ, тақсимот, интиқол, забонҳо)

– Додани литсензия ба ширкатҳои телевизиониву радиоӣ ва воситаҳои ахбори омма

– Танзими рақобат

Сахтафзор. Сахтафзорро метавон ба таври зер гурӯҳбандӣ кард:

– дастгоҳҳои сабткунандаи иттилоот, масалан, камераҳо, лавҳакалидҳо, микрофону дастгоҳҳои сабти садо ва сканнерҳо;

– дастгоҳҳои ҳифзи иттилоот, масалан, серверҳо, сахтдискҳо ва дастгоҳҳои берунии ҳифзи иттилоот чун наворҳои аккосӣ ва навори садо, компакт-дискҳо, видеодискҳои рақамӣ, модули ҳофиза ва кортҳои ҳофиза;

– дастгоҳҳои додугирифти иттилоот, масалан, радиоҳо, телевизорҳо, телефонҳои собит ва сайёр, дастгоҳҳои дастие чун дастгоҳҳои хониши китоби электронӣ ва компютерҳо, аз он ҷумла компютери сайёр ва лавҳакомпютерҳо (планшетҳо).

Компютеру телефонҳои мобилӣ, ки дорои қобилиятҳои сабт, ҳифз ва табодул ҳастанд, ба воситаҳои хеле нерӯманди сахтафзор табдил ёфтаанд.

Нармафзор. Барои идора ва истифодаи дастгоҳҳои сахтафзор барномаҳои нарм-афзор заруранд. Инҳо, мумкин аст, системаҳои амалиётӣ (операторсионӣ) ё барномаҳои нармафзор бошанд. Ин барномаҳо метавонанд хусусӣ ё кушода асос бошанд. Нарм-афзори хусусӣ нармафзори компютерист, ки бо меъёрҳои ҳуқуқи комили муаллиф литсензиябандӣ шудааст. Ба литсензияҷӯянда ё корбари нармафзор ҳуқуқ дода мешавад, то таҳти шартҳои муайян нармафзорро истифода барад. Вале ӯ дар мавридҳои дигари истифода, ба монанди тағйирдиҳӣ, густариши минбаъда ва ё муҳандисии бозгушоӣ (reverse engineering - кашфи дубораи мавод тавассути омӯхтан ва ё кушодани асрори он), маҳдуд карда шудааст.

Аз тарафи дигар, нармафзори озод ва кушодаасос (НОКА – Free and Open Source Software – FOSS) гуфта, нармафзори компютерие дар назар дошта мешавад, ки ба шакли коди сарчашма дастрас мебошад. Барои дастрасӣ ба ин нармафзор коди сарчашма ва дигар меъёрҳое, ки одатан барои соҳибҳуқуқ ҳифз карда шудаанд, дар доираи литсензияи нармафзор таъмин карда мешаванд. Ин меъёрҳои ҳуқуқи муаллиф ба корбарон иҷозат медиҳад, то нармафзорро омӯхта, тағйир ва такмил диҳанд. Қайд кардан муҳим аст, ки истилоҳи нармафзори озод на нарх, балки озодии бо он ҳамроҳродар назар дорад. Ин гуна озодӣ ба идораи озоди нармафзор, паҳнсозии дубора, омӯзиш, мутобиқат, такмил ва ба истифодадиҳии ин бозсозиҳои такмилёфта ба дигарон марбут аст. Вале азбаски коди сарчашма барои истифода ва паҳнсозии такрорӣ бояд ба таври озод дастрас бошад, НОКА-роодатан бепул ё бо нархи хеле арзон метавон ба даст оварда. Чунин дастрасӣ

дорои бартарии сарфакардани буҷаро аз ҳисоби нахаридани нармафзори хусусиву бастаҳои нави онро, ки нархаш гаронаст, мебошад.

Барои ширкатҳои барномасоз мутобиқ кардани нармафзор ба талаботи фармоишгарони инфиродӣ ва ба шароити маҳал, аз он ҷумла ба бозору забонҳои хурд аз ҷиҳати иқтисодӣ даромаднок нест. Аммо дар ин маврид роҳи ҳал вуҷуд дорад: барномаҳои НОКА-ро барои мувофиқ кардан ба тарҳҳоимаҳаллӣ мутобиқи фармоишгари инфиродӣ, барои нишон додани маҷмӯи ҳарфҳо бо истифодаиҳуруфи махсус ё ҳатто эҳтимол фароҳам овардани таҷрибаи беҳтари корбар тавассути ислоҳкардани интерфейси корбар метавон тағйир дод. Маҳаллӣ кардан осонтар аст, чунки қолибҳои муқарраршудаи забонӣ вуҷуд доранд, ки онҳоро бе халалдор кардани коди асосии нармафзор метавон эҷод кард ва ба нармафзор пайваст.

Системаи амалиётӣ (Operating System – OS): Вақте компютер ё дастгоҳи сахтафзор ба кор дароварда мешавад, он системаи амалиётиеро фаъол менамояд, ки мошинро идора мекунад.

– системаи амалиётӣ маҷмӯи барномаҳоест, ки ба назорат ва идора кардани захираҳои сахтафзору нармафзори дар системаи компютерӣ ё дастгоҳҳои дигар ҷойдошта кӯмак мерасонад. Системаҳои амалиётӣ метавонанд хусусӣ бошанд, яъне ширкате онро ҳамчун системаи худӣ тарҳрезиву таҳия карда, ба бозор барорад. Windows ва Mac OS аз ҷумлаи ин системаҳо мебошанд. Чуноне ки Linux ҳаст, системаҳои амалиётӣ, инчунин, метавонанд озоду кушода асос бошанд.

– нармафзорҳои корбурдӣ (амалӣ): Нармафзорҳои корбурдӣ ҳамчунар plication ё «app» маъмуланд. Инҳо нармафзорҳои компютерӣ буда, барои кӯмак расонидан ба корбар дар амалисозии як ё чанд вазифа тарҳрезӣ шудаанд. Бештари вақт маҷмӯи барномаҳо бо чанд барномаҳо дастабандӣ шудаанд, ки якҷо кор мекунанд. Намунаҳои нармафзори хусусӣ Microsoft Office, iWork, нармафзори барои идораи фаъолияти ширкатҳои бузург, нармафзори ҳисобдорӣ, бастаи барномаҳо барои худкорсозии идора, нармафзори графикӣ ва барномаҳои расонаиро дар бар мегиранд. Намунаҳои НОКА бошанд барномаҳои муҳити Linux ба монанди OpenOffice.org (ёLibreOffice) ва Firefox мебошанд.

Муҳтаво. Луғатҳо муҳтаворо ҳамчун мавзӯи омӯзиш, иттилооти воқеӣ ва маводи эҷодкоронае таъриф додаанд, ки дар дохили расона – китоб ё рӯзнома, дастгоҳи сабт ё бознавохт мавҷуд буда, вале аз худи расона алоҳида аст. Расона ҳамчун тарзи интиқол метавонад гуногун бошад. Инчунин, усулу қолабе, ки дар он маводи эҷодкорона муаррифӣ мешавад, низ метавонад гуногун бошад. Вале бар хилофи усули муаррифии он, муҳтаво чун ҷавҳар боқӣ хоҳад монд. Расонаи бемуҳтаво мисли лӯлаи холӣ мебошад. Муҳтаворо метавон ба таври зер муқаррар кард:

– Матн – маводи навишташуда;

– Аудио – байти садо, маводҳои қаблан сабтшуда;

– Видео – аёнӣ, маводи мутаҳаррики телевизионӣ;

– Филм – аёнӣ, маводи муҳаррики филм;

– Графиксозӣ – графикаҳо, диаграммаҳо, ҷадвалҳо ва суратҳо;

– Аниматсия – графикаҳои ҳаракаткунандаи чизҳо.

Муҳтаворо низ ҳамчун ҳикоя, мусоҳиба, намоиш ва ё ягон шакли дигари мавод метавон таърифкард. Илова бар ин, муҳтаво воситаҳои фаъолияти муштарак байни эҷодкунанда ва корбарро низметавонад дар бар гирад.

Эҳтимол аст, муҳтаво унсури муҳимтарини фаъолиятҳои ТИКР бошад. Муҳтаворо дар сатҳибайналмилалӣ, миллӣ, минтақавӣ ва ҳатто маҳаллӣ метавон таҳия ва истифода кард. Онро метавонқаблан сабт кард ва ё аз сарчашмаҳои дигар ба даст овард. Онро аслан барои ҳадафҳои барнома ё лоиҳае метавон сабт кард. Онро метавон тавассути як муассиса барои пахши оммавӣ дар Интернет ба монанди вебсафҳа ва ё аз ҷониби муассисаҳои зиёде барои гурӯҳи хурд таҳия кард. Муҳтаво, мумкин аст, бо забони байналмилалие чун забони англисӣ ва ё забони миллӣ ё маҳаллӣ вуҷуд дошта бошад ва ба таври инфиродӣ барои пахши васеъ, дар сурати блог ё сайти шабакаи иҷтимоӣ таҳия шавад.

Хизматрасонӣ. Муҳтаво барои қонеъ кардани як қатор талабот ё хадамоти муқарраршуда таҳия мешавад. Ба тавривасеъ, онро ба иттилоот, маводи омӯзишӣ ва фароғатӣ метавон гурӯҳбандӣ кард. Дар заминаи ТИКР, муҳтаво аз маводи фароғатӣ дида, бештар аз иттилооту маводи омӯзишӣ иборат мебошад. Намудҳои гуногуни хизматрасонӣ тавассути истифодаи ТИК самтҳои зерро метавонанд дар баргиранд:

Ҳукумат-ба-ҳукумат (G2G): дар он ТИК дар системаи пӯшида барои бо ҳам пайвастан ва шабакабандӣ кардани ҳамаи идораҳои ҳукумат барои таъмин намудани фаъолияти бемонеа, босуръат ва муассири соҳаҳои гуногуни ҳукумат истифода мешавад.

Ҳукумат-ба-бизнес (G2B): бахши асосии фаъолиятҳои ҳукумат, аз он ҷумла лоиҳаҳову хизматрасониҳои ҷамъиятӣ, аз ҷониби ширкатҳои хусусӣ таъмин карда мешаванд; истифодаи ТИК дар самти G2B ба ҳукуматҳо кӯмак менамояд, ки хизматрасониро такмил дода, боиси сарфакорӣ дар хароҷоти давлатӣ гарданд. Ҳамагон эътироф мекунанд, ки истифодаи ТИК дар таъмини хизматрасонии G2B сатҳи фасод (коррупсия)-ро низ коҳиш медиҳад.

Ҳукумат-ба-шаҳрванд (G2C): муносибати васеътарини муштараки ҳукумат бо шаҳрвандони кишвар аст, ки ҳукумат ба онҳо бар ивази андозҳои ситонида хизматрасониҳои худро пешниҳод мекунад. G2C расонидани иттилоотро ба ҷомеа ва хизматрасониҳои асосӣ барои шаҳрвандон, ба монанди таҷдиди литсензияҳо (иҷозатномаҳо), фармоиши зодномаҳо, санади вафот, ақди никоҳ, бақайдгирии андоз аз даромад ва расонидани кӯмак ба шаҳрвандон барои хизматрасониҳои асосие чун маориф, тандурустӣ, иттилооти даркорӣ дар бораи дармонгоҳҳову китобхонаҳо ва ғайраро дар бар мегирад.

Бизнес-ба-бизнес (B2B): ин самт ҳамчуне-biz маъмул буда, тавассути Интернет амалӣ мегардад. B2B доду гирифти маҳсулот, хизматрасонӣ ва ё иттилоот дар доираи фаъолиятҳои соҳибкориро дарбар мегирад. Вале ин додугирифт робитаҳои соҳибкорону истеъмолкунандагонро дар назар надорад.

Бизнес-ба-шаҳрванд (B2C): фаъолияти B2C аз он иборат аст, ки маҳсулот ё хизматрасониро бевосита ба истеъмолкунандагон таъмин менамояд.

Шаҳрванд-ба-шаҳрванд (C2C): шаҳрвандон ТИК (хоҳ Интернет ва хоҳ телефони мобилӣ)-ро барои иртиботи байни як дигарӣ ва алоқаи шабакавӣ бо ҳамдигар барои доду гирифти иттилоот ва ё барои қонеъ кардани ниёзҳои махсуси худ истифода мебаранд.

Аксари ин хизматрасониҳо имрӯз тавассути истифодаи Интернет ва дигар технологияҳои мобилӣ ҳамчун платформа имконпазир шудаанд.

Воситаҳои пайвастшавӣ (коммуникатсионӣ, иртиботӣ). Ба ҳам пайвастани қисмҳои гуногун ба шабакаи бедарзу ҳамгаро бо воситаҳои пайвастшавӣ нерӯ ва тавонмандиҳои ТИК-ро нишон медиҳад. Пайвандҳои телекоммуникатсионии шабакае, ки хатҳои рӯизаминии собити телефонӣ, хатти фиристанда, шабакаҳои бесим, моҳвораҳо ва кабелҳои нахи оптикиро дарбар мегирад, як қисми шабакаи густурда буда, фаъолияти онро имконпазир менамоянд. Барои корбар, воситаҳои пайвастшавӣ кабел, модем, пайнамо ё масиргар (router) (дохилӣ ё берунӣ) ба компютер ва телефони мобилиро дар бар мегиранд.

Танҳо бо истифодаи ҳиссаи каме аз бахши умумии захираҳои телекоммуникатсионие, ки дар саросари олам мавҷуданд, Интернет дар ин шабакаи ҳамгаро сайр мекунад. Баъзан, Интернет ба таври сода «шабака» номида шуда, системаи ҷаҳонии шабакаҳои компютериро дар назар дорад. Интернетро метавон «шабакаи шабакаҳо» номид, ки дар он корбарони ҳар як компютер, агар онҳо иҷозат дошта бошанд, иттилоотро аз ҳама гуна компютерҳои дигар ба даст меоранд ва баъзан бо корбарони компютерҳои дигар бевосита сӯҳбат мекунанд. Имрӯз, Интернет василаи ҷамъиятӣ, кооперативӣ ва худкифоест, ки барои беш аз 2 миллиард одам дар саросари ҷаҳон дастрас мебошад. Қисми васеътар истифодашавандаи Интернет тӯранкабути ҷаҳонӣ мебошад, ки аксари вақт дар шакли ихтисоршудаи «WWW» ё «веб» номида мешавад. Фарде вебро тавассути браузерҳои мавҷудаи интернетӣ истифода бурда, аз як гӯшаи олам истода, метавонад ба миллионҳо саҳифаи иттилоот дастрасӣ пайдо кунад.

Воситаҳои телекоммуникатсионӣ дар доираи муҳитҳои ҷисмониву зерсохторӣ, аз як тараф, ва сиёсатгузорӣ, ҳуқуқӣ, меъёрӣ ва молиявӣ, аз тарафи дигар, фаъолият мекунанд. Ин гуна муҳиту омилҳо, ба истилоҳ, «қоидаҳои бозӣ»-ро фароҳам меоранд. Бе он ки ҳар яке аз чунин муҳитҳои гуногунро муфассалтар шарҳ диҳем фаҳмидани аҳамияти онҳо зарур аст. Зарур аст, ки истифодаи ТИК дар ҳама гуна системаҳои иҷтимоӣ, бахусус дар системаҳои иҷтимоии кишварҳои дар ҳоли рушд, дар чорчӯбаи муҳитҳои созгори ҷисмониву иҷтимоӣ ва сиёсӣ ба роҳ монда шавад. Бидуни ин муҳитҳо, ТИК наметавонад татбиқу таъсири самарабахш дошта бошад.

Муҳитҳои созгори ҷисмонӣ(физикӣ). Истифодаи амалии пешрафтҳои кунунӣ дар соҳаи телекоммуникатсия ва ҳисоббарорӣ ва ҷанбаҳои марбут ба зерсохтори ҷисмониро таъкид намудан муҳим аст. Баъзан инҳо масъалаҳои «фарсанги охирин»-и пайвастшавӣ номида мешаванд. «Фарсанги охирин» марҳилаи ниҳоии таъмини пайвастшавӣ ба истеъмолкунанда мебошад. Дар умум, ин метавонад маънои пайванди кабелӣ азкомпютер ба сутуни телефониро дошта бошад. Он, ҳамчунин, метавонад маънои тавассути кабел баҳам пайвастани як деҳа бо дижи (вышка) телекоммуникатсионии наздиктаринро дошта бошад. Фосила дар байни деҳа ва диж беш аз 1 километрро дар бар меги-

рад. Ба ғайр аз ин, «фарсанги охирин» метавонад маънои таъмин намудани дижи бесимеро дошта бошад, ки сигналҳояш ба деҳа мерасад. «Фарсанги охирин» барои дастраскунандаи хадамоти телекоммуникатсионӣ бештари вақт пайванди нахустинест, ки корбар бояд ба ҷаҳон тавассути хатти рӯизаминӣ ва ё телефони мобилӣ бипайвандад; ва агар он кор накунад, пайванд ғайриимкон аст.

Бидуни пайванди асосӣ ҳеҷ гуна дастрасӣ ба Интернет сурат намегирад. Барои истифодаи ТИК нерӯи пойдори барқ ё дигар сарчашмаҳои алтернативии энергия зарурианд. Мушкилоти ҷисмониву топографӣ барои густариши хатти коммуникатсияи биноӣ, махсусан дар минтақаҳои кӯҳистонӣ, монеа эҷод мекунанд. Дар ин гуна шароит онҳо шиддат ва тавоноии сигналҳоро дар коммуникатсияи бесим коҳиш медиҳанд. Баъзе моҳвораҳо ба раъду барқи тропикӣ хеле ҳассосанд. Аз ин рӯ, дар иқлимҳои гарму чанголуд компютерҳо бояд мувофиқи мақсад тарҳрезӣ карда шаванд. Вагарна шароити номусоид онҳоро вайрон мекунанд. Гузаронидани кабелҳои нахи оптикӣ чун ивазкунии таҷҳизоти куҳна гаронбаҳост. Мушкилию монеаҳои ҷисмонӣ, инчунин, ба нуқтаҳои дастрасие чунбинову истгоҳҳои телефонӣ ва телемарказҳо ва ба дастгоҳҳои дастрасие чун модему пайнамоҳо (маршрутизаторҳо) низ бастагӣ доранд. Ҳамаи ин шароити ҷисмонӣ пеши роҳи истифодаи амалии ТИК барои рушдро мегиранд.

Аз ин рӯ, дар баробари насби дижҳои интиқоли мавҷ, кабелҳои нахи оптикӣ ва зерсохторҳои технологияи бесим нерӯи пойдори барқ низ бояд таъмин бошад. Дар баробари ин, пайвандакҳои заминии нерӯи барқ, истгоҳҳои телефонӣ ва нуқтаҳои дастрасӣ бояд сохта шаванд. Барои пурра башабака ворид шудан компютеру модем ва пайнамоҳо низ заруранд. Дар қатори эҷоди тавонмандии техникӣ барои таъсис, фаъолият, нигоҳдорӣ ва таҷдиди технология, нигоҳдорӣ ва таҷдидитехнология дар кишварҳои рӯ ба инкишоф яке аз омилҳои асосии ташаккули зерсохтор мебошад.

Бояд эътироф кард, ки ба ғайр аз омилҳои ҷисмонӣ, омилҳои иҷтимоӣ-сиёсӣ, ҳуқуқӣ ва молиявӣ вуҷуд доранд, ки заминаро барои истифодабарии ТИК фароҳам меоранд. То андозаи зиёд, ин омилҳо суръати пешрафти ТИК ва роҳи истифодаи онҳоро барои ноил шудан ба ҳадафҳои рушд муайян мекунанд. Ин омилҳо фаъолиятҳои шаҳрвандонро ба он равона мекунанд, ки азафзалиятҳои иқтисодиву иҷтимоии аз ТИК фароҳам омада манфиат бардоранд.

Муҳитҳои созгори иҷтимоӣ ва танзимкунанда. Ҳукуматҳои ҷаҳон муқаррароти сиёсӣ ва қонуние доранд, ки бахшҳои гуногуни ҷомеаро идора мекунанд. Сиёсатгузориро метавон ҳамчун принсипи роҳнамо, тадбир ва ё силсилаи чораҳо фаҳмид, ки барои ба манфиати доираи васеи ҷомеа ҷавобгӯ будани тасмимгириҳо ва иқдомҳо шароит фароҳам меоварад. Азбаски пешбинӣ ва банақшагирии технологияҳои нав чандон кори осон нест, ҳукуматҳо одатан маҷбур мешаванд, ки сиёсатгузориву тадбирҳоро пас аз татбиқи технологияеро дар ҷомеа биандешанд. Бо вуҷуди ин, ҳукуматҳо сиёсатгузориву тадбирҳо таҳия мекунанд, ки тавассути онҳо чунин технологияҳо муаррифӣ, татбиқ ё танзим мешаванд. Чун мисол бахши ҳавонавардиро (авиатсияро) мегирем. Агар барои тарзи идора кардани ин бахши хеле муҳим ва аз он ҷумла ширкатҳои ҳавопаймоӣ сиёсатгузориву муқаррароти даркорӣ вуҷуд надошта бошанд, бешак, фазои осмонро бесарусомонӣ фаро мегирад.

Ин гуна вазъият ба ТИК низ дахл дорад. Ҳукуматҳо дар саросари ҷаҳон ба фаҳмидану идоракардани ТИК ҳамчун захираи асосии иқтисодиву иҷтимоӣ ҳарчӣ бештар таваҷҷуҳ менамоянд. Қарорҳо барои чӣ гуна истифода бурдани ТИК дар равандҳои рушд як қисми ин сиёсатгузории густурдаи ТИК мебошанд. Махсусан, қонунҳову муқаррароте, ки ин бахшро идора мекунанд, як қисми муҳите мебошанд, ки ТИК дар он пеш рафта, ниёзҳои ҷомеаро қонеъ хоҳад кард. Аз ин рӯ, ТИК дар доираи маҷмӯи сиёсатгузориҳо, муқаррарот ва тартиботе фаъолият мекунанд, ки ин бахшро идора менамоянд, чуноне ки сиёсатгузориҳо, муқаррарот ва тартиботи ҳавонавардӣ соҳаи ҳавонавардиро идора мекунанд. Рушди ТИК дар бозори комилан озод аз иқтисоди нақшавӣ тафовут хоҳад дошт. Ин тафовут на танҳо дар қонуну қоидаҳо, балки дар воситаи тақсимоти молиявӣ, тақсимоти басомад (чунки алоқаҳои телекоммуникатсионӣ аз шабакаи бесим вобаста аст), танзими хароҷоти хизматрасонӣ ба корбар ва ғайра зоҳир мегардад.

Махсусан, бе истифодаи сиёсатгузории равшани ТИКР, дарку фаҳми бартарии истифодаи ТИК барои ноил шудан ба ҳадафҳои рушд мушкил хоҳад буд. Бидуни чорчӯбаи сиёсатгузориву идорӣ, ҳукуматҳо наметавонанд пешрафти худро дар муқоиса ба кишварҳои дигар андозагирӣ ва ҳадафгузорӣ кунанд.

Инқилоби ТИ-и Ҳиндустон ва нақши чорчӯбаҳои сиёсатгузорӣ дар ин инқилоб. Таҷрибаи Ҳиндустон нишон медиҳад, ки дигаргуниҳои асосӣ ва мутамарказ дар сиёсатгузорӣ ва

қонунгузории бахши ТИ ба қуввахои пешбарандаи ин дигаргуниҳо истиқлол бахшидаанд.

Дар соли 1994 саноати ТИ пешрафти муваққатиеро аз сар гузаронд, вақте Сарвазири ҳамон вақта Рачив Гандӣ телекоммуникатсияву ТИ-ро дар баробари саноатҳои анъанавие чун тавлиди нерӯи барқ, оҳан, нефт ва автомобилсозӣ ҳамчун «бахши асосӣ» муқаррар кард. Дар давоми чанд сол, Маркази миллии информатика ва Маркази миллии технологияҳои нармафзор таъсис дода шуданд.

Сиёсатгузории нави саноатӣ (1991) гузаришеро аз иқтисодиёти танзимшаванда ба бахши хусусии озодтар ва кам танзимшаванда ба миён овард. Ин сиёсатгузории нав ба пешрафти якбораи саноати ТИ саҳм гузошт.

Тӯли солҳои дароз Интернет дар Ҳиндустон дар шакли шабакаи таълимиву таҳқиқотӣ вуҷуд дошт.

Чун ин шабака ба доираҳои таълимиву таҳқиқотӣ маҳдуд буд, барои бисёр одамон дастрасӣ пайдокардан ба он имконнопазир боқӣ мемонд. Ин шабака асосан аз тарафи менеҷери амрикоии Интернет, яъне Бунёди миллии илм таҳия ва пайгирӣ мешуд.

Видеш Санчар Нигам Лимитид (Videsh Sanchar Nigam Limited - VSNL), ки дар Ҳиндустон телекоммуникатсияро монополия мекард, 14 августи соли 1995 Интернетро тавассути пайванди телефонӣ (технологияи dialup) дар шаш шаҳри Ҳиндустон муаррифӣ намуд. Соли 1998 Ҳиндустон сиёсатгузории наверо барои дастраскунандагони хизматрасониҳои Интернет муаррифӣ намуд, ки ба монополияи Интернет аз тарафи Видеш Санчар Нигам Лимитид хотима гузошт.

Дарҳол пас аз ин, Қонуни ТИ дар соли 2000 аз ҷониби Парлумони Ҳиндустон қабул шуд, ки боиси фарогириву навовариҳои минбаъдаи ТИК гардид. Порталҳои хориҷие мисли Yahoo ва MSN сайтҳои ҳиндии худро пахш карданд. Дар айни ҳол, нақшофарони ҳиндӣ низ сайтҳои онлайнии худ чун Indya.com ва Baazee-ро эҷод намуданд. Ширкати бузурги фаромиллии ITC хизматрасониие-Choupal-ро ба кор андохт, ки Интернетро ба деҳаҳо бурда, ба хоҷагидорон (фермерон) имкон фароҳам овард, то ба бозор дастрасӣ пайдо кунанд.

Иёлатҳое чун Андра Прадеш ва Карнатака дар ташаббусҳои ҳукумати электронӣ дар соҳаи харид, бақайдгирии замин ва хизматрасонӣ барои шаҳрвандон пешсаф гардиданд. То соли 2006 Нақшаи миллии идоракунии электронӣ сиёсатгузориву роҳнамои истифодаи ТИК, махсусан, веб-технологияҳоро барои тағйир додани ҳукумат таҳия намуд.

Дар соли2002 Хазинаи уҳдадории хизматрасонии фаромиллӣ таъсис ёфта, баъдтар тақвият додашуд. Ин хазина талаб мекунад, то ҳамаи расонандагони хизматрасонии телекоммуникатсионӣ барои ба минтақаҳои деҳотӣ расондани хадамоти асосӣ 5 дарсади даромади умумии танзимшудаи худро сафарбар намоянд.

Дар соли 2009 бо диди нави Ҳиндустон ҳамчун давлати неруманди ТИ Интернет чун мағзи ин дид, дониста шуд. Истифодаи Интернет ва технологияҳои телекоммуникатсионӣ барои нашъунамои саноати нармафзори содиротӣ саҳм гузошта, дар ин соҳа Ҳиндустонро ба яке аз пешгомони ҷаҳонӣ табдил дод.

III. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ НАУКИ

Сатторов С., Мирзоева Ф.Д., Бобоходжаева З.С.

СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БАКТЕРИЦИДНОЙ АКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ РАСТЕНИЙ ИЗ ФЛОРЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЧАСТИ ТАДЖИКИСТАНА В ОТНОШЕНИИ PSEUDOMONAS AUREGENOSA

Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино и кафедра инфекционных болезней Республиканского медицинского колледжа, г. Душанбе

Цель исследования. Оценить спектр антибактериальной активности некоторых растений, произрастающих в центральной части Республики Таджикистан в отношении стандартного и госпитального штаммов синегнойной палочки.

Материалы и методы исследования. В качестве объектов исследования использовали 18 видов растений. Все растения были собраны в

Центральной части Республики Таджикистан. Антимикробную активность растительных экстрактов определяли с использованием госпитальных (патогенных) и стандартных (музейных) штаммов Pseudomonas aeruginosa (ATCC 4930).

Результаты исследования и их обсуждение. Сравнительный анализ полученных результатов показал, что относительно стандартного и госпитального штаммов Ps.auregenosa избирательным антибактериальным действием обладают 8 экстрактов, полученные из различных видов растений. Установлено, что высокий антибактериальный эффект характерен для экстрактов, полученных из 2-х видов растений - экстракты, полученные из листьев Artemisia absinthium и Arctium tomentosum. Следует отметить, что использованные в работе штаммы между собой отличались по степени чувствительности к обоим экстрактам. В частности, зона задержки роста стандартного (музейного) штамма вокруг бумажных дисков находилась в пределах 15 мм (высокая степень чувствительности). При этом, зона задержки роста госпитального штамма составляла более 10 мм (средняя степень чувствительности).

Экстракты из 7 видов растений: Mentha arvensis, Morus negra, Amarantus "valentina", Indigofera tinctoria, Althea armenica, Hippophea rhamoides, AlliumSuvorovi относительно обоих штаммов Ps. auregenosa проявляли примерно одинаковую подавляющую антимикробную активность, что проявлялось зоной ингибирования роста колоний. Так, зона задержки роста вокруг бумажных дисков составляла около 10 мм (слабая степень чувствительности). Экстракты, полученные из 9 видов растений: Morusalba, Stellariamedia, Punica granatum, Capsicum annuum, Lawsoniaintrrmis, Populus cataracti Kom, Arctiumtomentosum, RosacaninaL., Amarantusretroflexus и Zeamays не отличались между собой по своей антибактериальной активности и штаммы проявляли к ним высокую резистентность.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что из числа 18 видов растений, произрастающих в центральной части Республики Таджикистан и включенных в данное исследование, экстракты 9 видов обладают противомикробным эффектом разной степени выраженности. Исследуемые экстракты растений различаются между собой, как по степени, так и, по спектру антибактериальной активности по отношению к использованным в работе референсным и госпитальным штаммам синегнойной палочки (Ps.auregenosa).

Саторов С., Мирзоева Ф.Д., Бобоходжаева З.С.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ ЭКСТРАКТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ РАСТЕНИЙ, ПРОИЗРАСТАЮЩИХ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЧАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Кафедра инфекционных болезней Республиканского медицинского колледжа, г. Душанбе

Цель исследования. Изучить противомикробную активность некоторых растений, произрастающих в центральной части Республики Таджикистан.

Материалы и методы исследования. В качестве объектов исследования использовали 18 видов растений. Все растения были собраны в Центральной части Республики Таджикистан. Антимикробную активность растительных экстрактов определяли с использованием четырёх видов патогенных стандартных музейных микроорганизмов (тест штаммы): Staphylococcusaureus (ATCC 4929), Escherichiacoli (ATCC 4928), Pseudomonasaeruginosa (ATCC 4930) и Klebsiellapneumoniae (4927), а также госпитальных штамов этих же видов бактерий, т.е. штаммы, изолированные от стационарных хирургических больных.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследованием установлено, что экстракты, полученные из листьев включенных в работу различных растений проявляют различную степень противомикробной активности.

В сравнительном аспекте экстракты из Morus negra, Amarantus tricolor (Garnet Red), Arctium tomentosum, Indigofera tinctoria, Punica granatum и Mentha arvensis отличались от других экземпляров наиболее широким спектром воздействия на тестируемые микроорганизмы. Следует отметить, что только экстракт, приготовленный из листьев Morus negra, проявлял антимикробную активность в от-

ношении всех штаммов бактерий. Однако данный экстракт обладает сравнительно слабым бактерицидным действием и зона задержки роста штаммов всех видов вокруг бумажных дисков не превышает 10 мм. К экстрактам из Amarantus tricolor (Garnet Red), Arctium tomentosum, Indigofera tinctoria, Punica granatum, Mentha arvensis и AlliumSuvorovi были чувствительны только штаммы S.aureus и P.aeruginosa. Отметим, что экстракт из Amarantus tricolor (Garnet Red), проявлял высокую противомикробную активность (зона задержки роста более 15 мм) в отношении референсного и госпитального штамма S.aureus. Относительно штаммов P.aeruginosa была заметна низкая активность (зона задержки роста до 10 мм) и не обладал бактерицидностью против штаммов E.coli. Обращает на себя внимание высокая степень чувствительности референсного и госпитального штаммов стафилококка к экстракту из Lawsonia intrmis, а также резистентность штаммов синегнойной и кишечной палочек к нему.

Экстракты из Indigofera tinctoria, Punica granatum, Mentha arvensis и AlliumSuvorovi характеризовались одинаково слабой противомикробной активностью относительно штаммов S.aureus и P.aeruginosa и отсутствием способности подавлять рост E.coli. Низкий спектр противомикробной активности наблюдался у экстрактов из Stellaria media, Capsicum annuum и Morus alba, которые проявляли слабое антимикробное действие (зона задержки роста до 10 мм) только относительно штаммов S.aureus. Аналогичным показателем обладали экстракты из Hippophea rhamoides в отношении P.aeruginosa, также Althea armenica и Amarantus retroflexus относительно штаммов E.coli.

Интересным представляется спектр и степень антибактериальной активности экстракта из листьев Artemisia absinthium. Данный экстракт был активен в отношении штаммов P.aeruginosa и E.coli обладая высокой степенью антибактериальной активностью (зона задержки роста более 15 мм) и не подавлял рост референсного и госпитального штаммов S.aureus.

Заключение. Результаты проведенного исследования показывают, что из числа 18 растений, произрастающих в центральной части Республики Таджикистан, экстракты 15 видов обладают противомикробным эффектом разной степени выраженности. Исследуемые экстракты растений различны между собой, как по степени, так и, по спектру антибактериальной активности относительно использованных в работе референсных и госпитальных штаммов. Экстракты из листьев Artemisia absinthium и Morus negra обладают широким противомикробным действием и отличаются между собой лишь по степени активности. Несколько узким спектром действия характерзовались экстракты Amarantus tricolor (Garnet Red) и Arctium tomentosum, Indigofera tinctoria, Punica granatum. *Menthaarvensis u*AlliunSuvorovi примерно с одинаковой степенью ингибирующей способности.

Ходжаева З.Г.[1], Курбонбекова Ш.Ш.[2]

ПОЛИФЕНОЛЫ ПОЛЫНИ САНТОЛИНОЛИСТНОЙ

[1]Республиканский медицинский колледж.
[2]Институт ботаники, физиологии и генетики растений

Полифенолы являются ценными биоактивными веществами, которые из за широкого спектора фармакологических свойств в настоящее время привлекают пристальное внимание ученных. Их структура многообразна, и они встречаются во многих лекарственных сырья. Особенно богаты полифенолами виды рода полыни

С целью определение полифенольного состава и антиоксидантной активности нами было изучена полыни сантолинолистной, один из ценных в лекарственном значение видов этого рода.

Исследование проводилось на базе Ратгерского университете США с использованием хроматографической системы UPLC\MS (ВЭЖХ\МС).

При исследования выявлено, что в полифенольном составе растений содержится хлорогеновая кислота, которая является мощнейшим антиоксидантом. Хлорогеновая кислота относится к семейству производных коричной кислоты. Это соединение широко распространено в растительном мире, главным образом, в виде конъюгатов, после гидролиза они образуют свободные кислоты, такие, как кофейную, феруловую и ряд других.

Также надземная часть растение содержит кемпферол - (3,5,7-trihydroxy-2-(4-hydroxyphenyl)-4H-1-benzopyran-4-one) флавоноид. Известно, что продукты содержащие кемпферол снижают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, так как обладают широким спектром фармакологической активности, включая антиоксидантную,

противовоспалительную, кардиопротекторную.

Растение также содержит кверцетин – флавоноид, 3,3',4',5,7 - пентагидроксифлавон. В природе присутствует преимущественно в виде гликозидов. Это органическое соединение из класса флаваноидов, накапливается в растениях. Вещество обладает противовоспалительным, бактерицидным, иммуностимулирующим и противоаллергическим действиями.

Предварительные исследования показали, что полынь сантолинолистная содержит хлорогеновую кислоту, кверцетин ди сахарид, кемпферол, линолинат, следы 6-Деметокси – капилларизин. которые имеют большое фармакологическое значение

IV. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Абдуллоев И.

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЯМИ РАСПОЛОЖЕНИЯ ОПОРНЫХ ЗУБОВ

ГОУ «Республиканский медицинский колледж МЗ РТ»

Актуальность. В последние годы в стоматологическую практику все шире внедряются металлокерамические протезы [2, 3]. Такие протезы в сравнении с другими конструкциями несъемных протезов в большой мере отвечают эстетическим, функциональным, профилактическим требованиям и в значительно меньшей степени оказывают отрицательное воздействие на ткани пародонта [1, 4].

При использовании металлокерамических несъемных конструкций имеются разногласия по вопросам показаний и противопоказаний, подготовки зубочелюстной системы, методов препарирования зубов и получения двухслойных оттисков, конструирования коронок и промежуточной части мостовидных протезов [1, 4]. Различные мнения высказаны и в отношении частоты и причин возникновения осложнений при применении металлокерамических протезов и мер их профилактики.

В данном аспекте особенно актуальным становится эпидемиологическое изучение аномалий и деформаций зубочелюстной системы у взрослого населения, так как только на этой основе возможна научно обоснованная разработка дифференцированных путей их устранения с использованием металлокерамической конструкции.

Цель исследования. Определить результаты ортопедического лечения деформированных и аномалийно-расположенных опорных зубов.

Материал и методы исследования. Из 80 пациентов с аномалиями расположения и деформациями зубов, принятых нами на лечение с использованием металлокерамического протеза, у 50 (62,5%) человек выявлен интактный пародонт, у остальных пациентов (30 чел. - 37,5%) с аналогичной патологией – болезнью пародонта легкой и средней степени тяжести. После полноценного обследования, определения показаний и подготовки зубочелюстной системы приступили к препарированию аномалийно расположенных и деформированных опорных зубов. Перед изготовлением металлокерамических протезов у взрослых пациентов с аномалийно расположенными и деформированными зубами без пародонтальной патологии по показаниям нами проводилась необходимая терапевтическая, хирургическая и ортопедическая подготовка зубочелюстной системы. Так, у 25 пациентов с зубоальвеолярным удлинением (31,25%) выдвинувшиеся зубы депульпировали и укоротили до необходимых пределов.

С целью создания условий для минимальной травмы околозубных тканей разработали способ препарирования аномалийно расположенных и деформированных зубов. Сначала оформили предварительный уступ в пришеечной зоне. На дне уступа хорошо контрастировал слой эмали и дентина. Затем, используя твердосплавный бор, с диаметром, равным толщине дентинного слоя, создали желобок в дентинном слое. Такой желобок в зависимости от клинических показаний может быть круговым или частичным.

После препарирования зубов подбирали кольцо соответствующей толщины и длины, затем пропитывали её медикаментозным составом. Подготовленное таким образом, кольцо с помощью гладилки упаковывается в десневой желобок, где выдерживается в течение 20-30 мин. В период

нахождения нити в десневом желобке снимали оттиск с помощью первого слоя. Затем корригирующий слой силиконовой массы накладывали на первый отпечаток, удаляли ретракционные нити, просушивали десневой желобок потоком сжатого воздуха и устанавливали ложку по отпечаткам зубов в полости рта.

У 20 пациентов с аномалийно расположенными и деформированными опорными зубами, с патологией пародонта при обследовании было выявлено наличие преждевременных окклюзионных контактов, что приводило к перегрузке соответствующих зубов. Перед изготовлением и применением металлокерамических протезов проводилось избирательное пришлифовывание аномалийно расположенных и деформированных зубов.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение непосредственных результатов ортопедического лечения показало, что, несмотря на соблюдение всех принципов препарирования аномалийно расположенных и деформированных зубов с живой пульпой и последующим их покрытием временными колпачками на период изготовления основной конструкции, у 3 пациентов (3,75%) мы наблюдали воспаление пульпы. У 2 пациентов это осложнение проявилось в течение 1-й недели после препарирования опорных зубов. У одного пациента пульпит появился на этапе временной фиксации металлокерамического протеза. У этих пациентов зубы были депульпированы, каналы запломбированы до верхушки, что подтверждалось рентгенологическим исследованием.

При ортопедическом лечении аномалийно расположенных и деформированных зубов отдаленные результаты ортопедического лечения в сроки 3-5 лет прослежены у 45 человек. В большинстве случаев (41человек - 91,1%) результаты ортопедического лечения были положительными. Пациенты жалоб не предъявляли, эстетическими и функциональными качествами металлокерамических протезов были довольны. При клиническом и рентгенологическом изучении состояния тканей протезного поля у пациентов с аномалиями и деформациями зубов при интактном пародонте отклонений от нормы не обнаружено. О положительном эффекте ортопедического лечения свидетельствовало также улучшение пародонтального статуса.

На этапе диспансерного наблюдения при контрольном осмотре через 3 года у одного пациента при рентгенологическом исследовании опорных зубов была выявлена гранулема в области 13 зуба, которая до протезирования имела небное положение. Этому пациенту опорную коронку перфорировали на небной поверхности и запломбировали канал указанного зуба. Перфорированную часть металлокерамической коронки восстановили композиционным материалом.

Выводы. Таким образом, результаты ортопедического лечения пациентов при наличии аномалийно расположенных и деформированных опорных зубов с применением металлокерамических протезов в подавляющем большинстве случаев были хорошими. Все пациенты были довольны результатами ортопедического лечения, эстетическими и функциональными качествами металлокерамических протезов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Персин Л. С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий: Рук-во для врачей / Л. С. Персин. – М.: // ОАО «Издательство Медицина», 2004. – 360 с

2. Фадеев Р.А., Кузакова А.В.Клиническая цефалометрия. Учебное пособие по диагнос-тике в ортодонтии/ Под ред. д.м.н. Фадеева Р.А. – СПб.: ООО «MEDИ издательство», 2009. – 64 с.

3. Холстинина Е.А. Супрааномалия клыков. Принципы реабилитации / Е.А. Холстинина // Материалы Xll и Xlll Всероссийских научно – практической конференции и труды lX съезда Стоматологической ассоциации России. – Москва, 2004. – С. 505-506.

4. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006.–544с.

Алиев С.П.[1], Худжагелдиева З.У.[1], Саидов Х.М.[1], Аминов А.Х.[2]

ИЗУЧЕНИЕ ВЫСЕВАЕМОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ В ОБЪЕКТАХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ОТДЕЛЕНИЙ ГУ НИИАГИПТ И РОДДОМА №1 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

[1]ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ»
[2]Кафедра «Лабораторное дело» ГОУ «Республиканского медицинского колледжа»

Актуальность. Проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) актуальна тем, что представляет значительное бремя для здравоохранения всех стран в связи с высоким уровнем заболеваемости и летальности, а также значительным социально-экономическим ущербом. В Республике Таджикистан ВБИ также является серьезной проблемой ввиду того, что частота ВБИ в стационарах лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) составляет 4,4%, однако по экспертным оценкам она намного выше [3]. Причем низкий уровень заболеваемости ВБИ в ряде объектов ЛПУ республики обусловлен недоучетом таких заболеваний, как инфекции мочевыводящих путей, пневмонии, гнойно-септические инфекции среди оперированных больных, родильниц. Вместе с тем в некоторых регионах истинное снижение заболеваемости ВБИ связано с внедрением передовых методов работы. Это совместное пребывание новорожденных и родильниц, раннее прикладывание к груди, организация работы индивидуальных родильных залов, ранняя выписка из родильного дома (отделения), организация работы дневных стационаров, дифференцированный подход к назначению антибиотиков и выбору дезинфектантов, совершенствование системы санитарно-эпидемиологического надзора.

В работе рассмотрены актуальные вопросы об этиологической структуре возбудителей ВБИ в ГУ НИИАГиПТ и в родильном доме №1 города Душанбе после проведения профилактических мероприятий, где будет представлять исключительный интерес для персонала родильных домов.

Цель исследования. Изучить обсемененность микроорганизмов в объектах окружающей среды отделений ГУ НИИАГиПТ и роддома №1 при проведении профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования. Материалом для анализа послужило смывы с поверхностей объектов окружающей среды и воздуха. Для выявления различных микроорганизмов (энтеробактерий и микробов кокковой флоры) проводились бактериологические посевы на элективные и селективные питательные среды. Качественные и количественные посевы образцов производили: на среду эндо – для выявления штаммов энтеробактерий; на 6,5% желточно-молочно-солевом агаре для стафилококков; на 5-10% кровяном агаре – для определения микробов, требующих для своего роста повышенного содержания белка (стрептококки, пневмококки). Для изучения дрожжевых и дрожжеподобных грибов использовали среду Сабуро.

Изучение выявленных штаммов микроорганизмов проводили общепринятыми бактериологическими, культуральными, морфологическими и биохимическими методами.Морфологические свойства выделенных штаммов и их тинкториальных свойств определяли микроскопированием мазков, окрашенных по Грамму. Идентификация стафилококков проводилась по схеме с использованием плазмокоагулирующих, гемолитических, лецитиназных свойств и способности разлагать сахара (глюкоза, лактоза, сахароза).

Штаммы энтеробактерий оценивали на жидких средах цветного ряда (ряд Гисса), утилизацию цитрата натрия определяли по росту на агаре Симмонса, о способности расщеплять мочевину судили по росту на среде Кристенсена. Для изучения дрожжевых и дрожжеподобных грибов использовали среду Сабуро.

Результаты исследования и их обсуждение. При соблюдении профилактических мероприятий с использованием современных антисептиков и дезинфектантов, выпускаемых российской, белорусской фирмами, хлорсодержащими препаратами (хлорамин, гипохлорид кальция, хлорная известь) в ГУ НИИ Акушерства, Гинекологии и Перинатологии Таджикистана проведены бактериологические исследования 126 проб, где положительными оказались 25 проб (19,8%). Количество выявленных штаммов, составило 26 (20,6%), в т.ч. микробы кокковой группы 23 случаев (18,2%), штаммы энтеробактерий в 2-х случаев (1,6%).В одном случае выявлены дрожжевые грибы (0,8%). Наибольшее количество микробов обнаружено: в

послеродовой палате, отделение новорожденных и в родильном зале. В послеродовой палате наблюдались 7 (5,6%) бактерий, среди них преобладали Staphylococcus epidermidis – 4 (3,2%) и по одному образцу обнаружены штаммы Staphylococcus aureus, Steptococcus SPP и E. Coli. При обследовании отделение новорожденных, были обнаружены 5 (4,0%) случаев микроорганизмов, в т.ч. 2 (1,6%) штаммы Staphylococcus epidermidis. Необходимо отметить присутствие по одному образцу Staphylococcus aureus, E.Coli и дрожжевых грибов. Такая же картина наблюдается и в отделение «Мать и дитя» 5 (4,0%) положительных результатов. Штаммы Staphylococcus epidermidis варьирует в отделении в пределах 3 (2,4%) и в двух образцах SteptococcusSPP 2 (1,6%). В родильном зале выявлено 5 (4,0%) штаммов микроорганизмов. Подавляющее большинство обнаруженных культур были представителями Staphylococcus epidermidis и штаммы Staphylococcus aureus – 2 (1,6%), каждый. В одном случае штаммы SteptococcusSPP - 1 (0,8%). Количество отобранных проб – 126.

При изучении циркуляции микроорганизмов в воздухе рабочей зоны ГУ НИИАГиПТ нами были отобраны 7 проб воздуха. В 2-х образцах (1,6%) был обнаружен Staphylococcus epidermidis в приёмном и послеродовом отделениях

В родильном доме №1 были проведены бактериологические исследования 145 проб, в т.ч. положительных оказалось 44 проб (30,3%). Выявлено и идентифицировано 45 (31,0%) штаммов микроорганизмов, в т.ч. микробы кокковой группы 42 случаев (28,9%), штаммы энтеробактерий в 2-х случаев (1,6%).В одном случае высеяны дрожжевые грибы (0,8%). Разновидность возбудителей в зависимости от профиля медицинского стационара в отделениях и подразделениях роддома №1 представлена в таблице № 3. Наибольшее количество микробов выделено в отделении «Мать и дитя» (2) 12/8,3%, в т.ч. 10/6,9% Staphylococcus epidermidis, в 2-х образцах (1,4%)- SteptococcusSPP, от общего количества отобранных проб.В отделении недоношенных детей обнаружены 8/5,5% микроорганизмов: 7/4,8% преобладали штаммы Staphylococcus epidermidis, штаммы Klebsiella наблюдались в единичном случае (0.8%). В приемном отделении наблюдалось 7/4,8% случаев микробов: штаммы кокковой флоры 6/4,1% и в одном случае E.coli. В отделении патологии беременности процент выявления культур составило 5 (3,4%) случаев, от общего числа обследованных**.** Общее количество отобранных проб: - 145. Выявлено 45 штаммов.

При изучении циркуляции микроорганизмов в воздухе рабочей зоны в отделениях роддома № 1 нами было отобрано 8 проб воздуха. И только в одном случае 1/(0,7%) наблюдался Staphylococcus epidermidis в отделении «Мать и дитя». Представители микроорганизмов Staphylococcus epidermidis выделялись из таких характерных для гинекологического отделения объектов, как с поверхности стола, с кровати, смывы со стены, кушетки. Штаммы Klebsiella высевались с поверхности раковины. В результате проведенных бактериологических исследований смывов объектов окружающей среды 126 отобранных проб в ГУ НИИАГиПТ, положительными оказались 25 проб (19,8%). Выявлено 26 (20,6%) штаммов, в т.ч. микробы кокковой группы 23 случаев (18,2%), штаммы энтеробактерий в 2-х случаев (1,6%). В одном случае (0,8%) дрожжевых грибов.

В родильном доме № 1 145 проб, в т.ч. положительных оказалось 44 проб (30,3%). Выявлено и идентифицировано 45 (31,0%) штаммов: микробы кокковой группы 42 случаев (28,9%), штаммы энтеробактерий в 2(1,6%). В одном случае (0,8%) высеяны дрожжевые грибы.

Заключение. Таким образом, при сравнительной характеристике обсемененность микроорганизмов в объектах окружающей среды отделений родильного дома №1 после профилактических мероприятий на 10,4% выше выявленных штаммов, чем в ГУ НИИАГиПТ. Подавляющее большинство обнаруженных культур были представителями Staphylococcusepidermidis. В связи с этим в отделениях родильных домов необходимо проводить санитарно эпидемиологические мероприятия и соблюдать соответствующий дезинфекционный режим на местах.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Адамян Л.В., Кузьмин В.Н., Арсланян К.Н., Харченко Э.И. Современное состояние проблемы распространенности ВБИ в акушерских стационарах / Л.В. Адамян, В.Н. Кузьмин, К.Н. Арсланян, Э.И. Харченко // Журн. Терапевтический архив. –2015. - №11.-С.109-112.

2. Гордеев И.А. Профилактика ВБИ // Журнал «Главный врач». Москва. - 2015. - №7.

3. Дабуров К.Н., Саъдуллоев Ф.Ф. Внутрибольничные инфекции в ЛПУ Таджикистана: проблемы и пути их решения // Здравоохранение Таджикистана. - №2.- 2010. - С. 92-94.

4. Лынова Е.Н., Шаповалов К.В. Актуальные вопросы современной профилактики ВБИ в ЛПУ/

Е.Н. Лынова, К.В. Шаповалов //Международный журнал экспериментобразования.-2015.- №11.-С.899-903.

5. Методические рекомендации «Профилактика ВБИ у новорожденных и детей раннего возраста в детских стационарах» (Утв. МЗ ССР от 28.09.1989г. 15/6-20).

6. Рябинин Н.С. Особенности обсеменения окружающей среды носителями Staph.aureus / Н.С. Рябинин // Микробиология, эпидемиология и иммунология.-2009.-№2.-С.68-71.

7. Покровский В.И. Внутрибольничные инфекции: новые горизонты профилактики / В.И. Покровский //Эпидемиол. и инфекц. бол.-2011.-№1.-С.4-7.

8. Шепелин И.А., Миронов А.Ю., Шепелин К.А. Питательные среды. //Справочник бактериолога.- М.- 2015.- 194 с.

Ахунова Н.Т., Холова З.У., Холов С.С., Сунъатуллоев Д.С., Хакназаров Х.Ш.

ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ И ГИПЕРУРЕКЕМИЯ ПРИ ПОДАГРЕ

Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПОСЗ РТ.
Кафедра терапии ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

Актуальность. Подагра – системное тофусное заболевание, развивающееся в связи с воспалением в месте отложения кристаллов моноурата натрия (МУН) у лиц с гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми генетическими факторами [2, 3].

По мнению большинства исследователей, частота подагры среди населения в значительной мере зависит от его благосостояния и прежде всего, связана с фактором питания. Поэтому с повышением жизненного уровня и сопутствующим ему увеличением продолжительности жизни заболеваемость подагрой может возрастать [1]. О роли внешнесредовых факторов при подагре свидетельствуют явные колебания в ее распространенности, связанные с уровнем жизни людей, что приводит к практическому исчезновению болезни во время войн, голода и. т. д. и, наоборот, повышению распространенности при росте уровня жизни. По крайней мере, во всех странах с высоким уровнем жизни отмечается нарастание больных с подагрическими артритами [5]. Источником образования мочевой кислоты являются пуриновые соединения, поступающие с пищей, а так же образующиеся в организме в процессе обмена нуклеотидов [4]. В норме процессы синтеза мочевой кислоты и её выделения сбалансированы, но при каком-либо нарушении этого процесса может возникнуть избыточное содержание мочевой кислоты в сыворотке крови – гиперурикемия.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между показателями пуринового обмена и спектром липидов сыворотки крови у больных подагрой.

Материал и методы исследования. Обследовано 20 мужчин, которые обратились в ревматологическое отделение ГУНМЦ РТ в связи с суставной атакой. Диагноз заболевания был установлен в соответствии с классификационными критериями. Все больные были в возрасте от 42 до 58 лет, средний возраст равнялся 48±4,5 лет. Медиана продолжительности заболевания составило 8 лет.

Исследовался статус пациентов, антропометрические данные. Всем пациентам натощак определялся уровень глюкозы (глюкооксидазный метод) и мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови (колориметрический ферментативный метод), проводилось исследование липид-белкового спектра крови-общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеидов высокой плотности колориметрическим методом. Уровень холестерина липопротеидов низкой и очень низкой плотности определяли расчётным методом по формуле Фривальда.

Результаты исследования и их обсуждение. Содержание холестерина ß-липопротеинов и триглицеридов было достоверно выше у больных подагрой, по сравнению с их концентрацией у лиц контрольной группы: 6,12±0,14 ммоль/л; 46,2±2 ед.опт.пл; 2,62±0,08 ммоль/л. Среди обследованных 12 больных страдали ожирением I –II степени. Сывороточный уровень мочевой кислоты у больных ожирением практически не отличался от такого у пациентов с нормальной массой тела. Что касается ксантиноксидазы, то она, в среднем, у больных подагрой составила 86,2 ед. и колебалась от 7,8 до 126ед. У лиц контрольной группы активность фермента составила в среднем -78,6ед. В подгруппе больных с ожирением активность фермента была достоверно выше.

Таким образом, проведенные исследования указывают на существование взаимосвязи между триглицеридами и гиперурекемией. Нарастание активности ксантиноксидазы позволяет предполагать, что развитие гиперлипидемии у больных подагрой ассоциированно с нарушенным в целом биосинтезом пуринов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амиров Н.Б. Нарушения пуринового обмена – гиперурикемия, подагра и их осложнения в общеклинической врачебной практике / Н.Б. Амиров, С.Д. Маянская, Н.А. Цибулькин и др. – Казань: Медицина, 2010 - 44 с.

2. Атаханова Л.Э. Подагра: от этиологии и патогенеза к диагностике и рациональной фармокатерапии / Л.Э.Атаханова, В.В. Цурко, И.М. Булеева и др. // Современная ревматология. – 2007. - № 1. С. 13-18.

3. Барскова В.Г. Хроническая подагра: причины развития, клинические проявление, лечение / В.Г. Барскова // Терапевт, арх.2010. –Т 82, №1 – С. 64-68

4. Барскова В.Г. Диагностика подагрического артрита // РМЖ. – 2011. – Т.19. - № 10.

5. Ревматология: клинич. рекоменд./ под ред. Е.Л. Насонова. – М., 2011. – 752с.

Ахунова Н.Т., Хакназаров Х.Ш., Киясов А.Р., Бобоев М.М.

СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПО в СЗ РТ
Кафедра терапии ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

Актуальность. Лечение ревматических заболеваний (РЗ) сегодня является одной из наиболее актуальной проблем в медицине. Большинство РЗ продолжает относиться к разряду неизлечимых. Имеющиеся в нашем арсенале лекарственные препараты для лечения ревматических заболеваний (РЗ), в лучшем случае, снижают активность и замедляют прогрессирование патологического процесса, в то же время сами они достаточно агрессивны [4]. Большинство РЗ имеют тенденцию к прогрессированию и быстро приводят к нарушению функции суставов и снижению трудоспособности, поражению лиц молодого и зрелого возраста и определяют социальную значимость для больных и общества в целом [1-3].

В связи с этим ведется активный поиск, новых эффективных методов и средств лечения, обладающих минимальными побочными эффектами. Одним из них является метод системной энзимотерапии (СЭТ), который основан на кооперативном воздействии целенаправленно составленных смесей гидролитических энзимов растительного и животного происхождения, оказывающих лечебное воздействие [5]. Способность энзимов подавлять экспрессию цитокиновых рецепторов но «клетках-мишенях», является одним из регуляторных механизмов, противодействующим массовой реализации провоспалительных эффектов цитокинов на системном уровне [6].

Цель. Изучить метод системной энзимотерапии в лечении ревматоидного артрита (РА)

Материал и методы исследования. В условиях ревматологического отделения Национального медицинского центра Республики Таджикистана обследовано 150 больных ревматоидным артритом (РА) за период 2017 – 2019г.г. Возраст больных составил от 35 до 48 лет (средний возраст 41,4 $\pm$ 1,0 лет) Средняя продолжительность РА – 4,8 $\pm$ 1,0 г. Всем больным проводились клинико-лабораторные и инструментальные исследования. Общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование: ЦИК, IgA, M, G. Инструментальные исследования: суставной синдром, суставной счет по 28 суставам, суставной индекс, боль по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), утренняя скованность, рентген суставов, ЭКГ. Активность РА **I** ст. выявлена у 10%, **II** ст. – у 32%, **III** ст. – у 58% исследованных. Больные РА были разделены на 2 группы: первая получала нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), и метотрексат (МТ) в дозе 7,5 – 10 мг/нед, вторая – НПВП+МТ и вобензим в дозе 20 драже/сут в течение первого месяца и 15 драже/сут – в течение последующих 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение. У пациентов второй группы отмечалось более быстрое (через месяц от начала лечения) и явное уменьшение отечности суставов, сокращение времени утренней скованности, уменьшение суставного индекса, ин-

дексов Ричи и Ли, что способствовало существенному улучшению качества жизни обследуемых пациентов. «Хороший» и «удовлетворительный» эффекты в группе больных, получавших вобензим, по мнению пациентов и оценка врачей, наблюдался у 77% обследованных. При этом эффективность терапии у больных второй группы с быстропрогрессирующим вариантом РА была выше, чем при медленнопрогрессирующем течении болезни, что по-видимому, отражает общую тенденцию к более быстрому регрессу иммуннвоспалительной активности у больных с выраженными проявлениями заболевания.

Особенностью динамики содержания ЦИК на фоне приема вобензима было некоторое преходящее повышение концентрации иммунных комплексов в сыворотке крови в течение первого месяца лечения, что могло быть связано с способностью энзимов «вымывать» иммунные комплексы, фиксированные в тканях, а также расщеплять их дисульфидные связи, увеличивая тем самым количество ЦИК за счет их фрагментации. У больных РА получавших традиционную басисную терапию, различные побочные эффекты наблюдались в 44,7% случаев, в то время как у больных, в схему лечения которых был включен вобензим, - в 36,8%. В то время как у 5 пациентов 1-й группы базисные препараты были отменены из-за развившейся лейкопении (2 случая), нефропатии (1 случай), диспепсического синдрома (1 случай) и обострения хронического холецистита (1 случай), то для купирования побочного эффекта вобензима (учащение стула у 4 больных) достаточно было снизить дозу препарата в 2 раза (с 20 до 12 драже/сут.). Применение вобензима в комбинации с МТ и НПВП позволило снизить дозу НПВП на 50-80% (уже через 5-7 дней после начала приёма препарата), МТ вдвое (до 2,5-5 мг/нед), а у 20% больных впоследствии отменить МТ.

Таким образом, использование препаратов системной энзимотерапии в комплексном лечении РА повышает эффективность, уменьшает побочные действия и позволяет снизить дозы традиционных базисных препаратов, НПВП, что особенно целесообразно у больных с множественными висцеральными поражениями, высокой активностью, быстропрогрессирующим течением, резистентными к терапии формами заболевания. Кроме того, вобензим или флогензим (в варианте монотерапии) могут назначаться больным с РА с минимальной степенью активности и легким течением заболевания, а также некоторым больным, имеющим противопоказания к иммуносумрессивной терапии в связи с тяжелым анемическим синдромом, цитопенией различной степени выраженности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф. Распространённость ревматических заболеваний В России в 2012-2013 гг. // Научно-практическая ревматология. 2015. №53(2). С. 120-124.

2. Клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е.Л.Насонова. М,: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 264 с.

3. Ревматология: клинические рекомендации /под ред. Акад. РАМН Е.Л. Насонова. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 90-231.

4. Клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е.Л.Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 264 с.

5. Шукурова С.М., Абдуллоев М.Ф. // Сопутствующая патология и провоцирующие факторы РБ в республике Таджикистан / Научно-прак. Ревматология. Москва 2014-№5 (52).-С 530-534.

6. Шукурова С.М., Ахунова Н.Т., Абдуллоев Х.Ч., Сунъатуллоев Д.С., «клиническая ревматология», Душанбе, 2011, с.441.

Ашуриён Ш.С., Набиев З.Н., Муминзода Дж.С.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Актуальность темы. Несмотря на революционные изменения, произошедшие в аллергологии за последние десятилетия, бронхиальная астма по-прежнему остается актуальной проблемой [4]. В литературе активно обсуждаются возможные причины отсутствия контроля над симптомами [3,] и ищутся патогенетические обоснованные подходы к ведению таких пациентов. Изучение эффективности стандартных схем противовоспалительной терапии показало отсутствие стойкой положительной динамики, как клинической, так и функциональной практически у 30% пациентов,

больных БА [2]. Одной из причин резистентности к противовоспалительной терапии может быть наличие сопутствующей патологии, которая отягощает течение БА, снижает эффективность терапии и ухудшает прогноз заболевания. В структуре сопутствующей патологии эндокринная занимает по данным разных авторов от 9,2 до 19,4%, а в группе больных с тяжелым течением – 21,9% [1,5].

Среди сопутствующих эндокринных заболеваний у больных бронхиальной астмой ведущее место занимает ожирение [3, 5], которое является серьезной проблемой, поражая все более широкие слои населения [2,7]. В программе «Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы- пересмотр 2007 г.и 2009 г.» в компоненте 2 впервые ожирение введено как один из ведущих факторов риска БА, борьба с лишним весом обозначена как один из методов профилактики [1, 2].

Таким образом, малочисленными остаются исследования, посвященные изучению бронхиальной астмы на фоне ожирения, метаболическое патологии у детей, особенностях течения перименструальной астмы у девочек подросткового возраста, выделение патогенетических фенотипов. Улучшение диагностики эндокринопатий и их своевременная коррекция будут способствовать улучшению течения бронхиальной астмы у детей.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения и прогнозирования бронхиальной астмы у детей астмы на фоне ожирения с изучения особенностей патогенеза и клинического течения заболевания.

Материалы и методы исследование. В данном разделе представлены результаты клинического обследования и клинико-лабораторные данные детей, больных бронхиальной астмой, с должной массой тела и различной степенью ожирения. В рамках работы было осуществлено обследование и лечение 76 детей с бронхиальной астмой на фоне ожирения 1-й и 2-й степени.

Бронхиальной астмы у детей, устанавливался на основании тщательного изучения анамнестических данных, выяснения факторов, предрасполагавших к возникновению заболевания, обобщения клинических проявлений данной патологии, результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования.

При формулировании клинического диагноза использовали классификацию бронхиальной астмы согласно Глобальной стратегии по борьбе с бронхиальной астмой (GINA, 2002, 2007, 2009), Национальную программу по борьбе с бронхиальной астмой. Кроме того, мы учитывали и результаты исследований по бронхиальной астме, опубликованных за последние годы.

При формулировании клинического диагноза ожирения использовали классификацию ожирения у детей по Ю.А. Князеву (1982), в модификации. Характеристика детей с бронхиальной астмой контрольной и основной групп по возрасту и полу представлена в табл. 1.

Как видно из представленных данных табл. 1, в обеих группах распределение детей в разных возрастных группах было приблизительно одинаковым.

Наибольшее число детей с БА наблюдалось в возрасте 9-11 лет: в основной группе - 34 (44,7±5,5%), в контрольной - 46 (43,0±4,8%). Однако распределение детей с БА в контрольной и основной группах в половом аспекте имело существенные различия. Преобладание числа мальчиков в контрольной группе было явным - 60 (56,1±6,4%) ($p<0,05$) и разница с числом девочек – 47 (43,9±7,2) составила 12,2%. В основной же группе наблюдалось незначительное превалирование числа мальчиков (51,3±5,6%) и разница с

Таблица 1.

Сравнительная характеристика детей с бронхиальной астмой с должной массой тела и с ожирением по возрасту и полу

Возраст	Мальчики				Девочки			
	БА с ОЖ		БА с ДМТ		БА с ОЖ		БА с ДМТ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
7-8 лет	5	12,8±5,3	12	20,0±5,2	4	10,8±5,1	8	17,0±5,4
9-11 лет	19	48,7±8,0	26	43,3±6,4	15	40,5±8,1	20	42,6±7,2
12-17 лет	15	38,5±7,8	22	36,7±6,2	18	48,7±8,2	19	40,4±7,1
Всего	39		60		37		47	

числом девочек составила 2,6%.

Длительность заболевания бронхиальной астмой у наблюдавшихся больных была самая различная и отражена в табл. 2.

Таблица 2.

Длительность заболевания у больных с бронхиальной астмой с должной массой тела и ожирением

Продолжительность заболевания	Контрольная группа		Основная группа	
	Больные БА с ДМТ		Больные БА с ОЖ	
	абс.	%	абс.	%
До 5 лет	43	40,2±4,7	42	55,3±5,7
От 5 до 10 лет	56	52,3±4,8	31	40,8±5,6
Более 10 лет	8	7,5±2,5	3	3,9±2,2

Из данных табл. 2 видно, что по длительности заболевания у детей контрольной и основной групп имелись различия.

Результаты и их обсуждение. Так, среди больных бронхиальной астмой на фоне ожирения наблюдалось достоверное увеличение числа детей, имевших длительность болезни до 5 лет - 55,3±5,7%, в то время как в контрольной группе это число составляло 40,2±4,7%.

По длительности заболевания от 5 до 10 лет в числе детей с бронхиальной астмой на фоне ожирения и с должной массой тела достоверных различий не выявлено.

В группе детей с бронхиальной астмой на фоне ожирения наблюдалось уменьшение числа больных со стажем заболевания более 10 лет в сравнении с контрольной группой. Так, в контрольной группе число таких детей составляло 7,5±2,5%, в основной же группе 3,9±2,2%, но эта разница статистически была недостоверной.

Бронхиальная астма у детей в преобладающем большинстве случаев возникает в первые годы жизни.

Развитие бронхиальной астмы преимущественно наблюдается в раннем и дошкольном возрасте, хотя за последние годы имеется тенденция к учащению, особенно данная тенденция характерна для бронхиальной астмы, протекающей с какоелибо сопутствующей патологией.

Возраст начала заболевания больных бронхиальной астмой контрольной и основной групп представлен в табл. 3.

Таблица 3.

Возраст начала бронхиальной астмы у детей с должной массой тела и ожирением

Возраст обследованных детей	Контрольная группа		Основная группа	
	Больные БА с ДМТ		Больные БА с ОЖ	
	абс.	%	абс.	%
От 2-х до 6 месяцев	21	37,4±4,7	3	14,5±4,0
6 месяцев – 1 год	21	19,6±3,8	4	9,2±3,3
1-3 года	14	13,1±3,2	6	26,3±5,1
3-7 лет	19	17,8±3,7	8	31,6±5,3
Старше 7 лет	13	12,1±3,1	14	18,4±4,4

Результаты исследование показало, что у большинства наблюдаемых нами детей контрольной группы возникновение бронхиальной астмы регистрировалось в раннем и школьном возрасте, а пик заболеваемости приходился на возрастной период с 2-х месяцев до 3-х лет, что согласуется с данными литературы. В основной же группе наибольшая частота возникновения заболевания регистрировалась после 1 года жизни и пик заболеваемости приходился на возрастной период с 1 года до 7 лет.

В возрасте от 2-х месяцев до 1 года наблюдалась наименьшая частота развития бронхиальной астмы: в возрасте от 2-х до 6 месяцев жизни число случаев начала заболевания было отмечено в 14,5±4,0%, что достоверно ниже в сравнении с детьми контрольной группы аналогичного периода ($p<0,01$); в возрасте от 6 месяцев до 1 года начало заболевания было зарегистрировано в 9,6±3,4% случаев, в то время как у детей контрольной группы этого же возраста – в 19,6±3,8% случаев ($p<0,05$). Наибольшее число случаев возникновения бронхиальной астмы наблюдалось в возрасте 1-3 года (26,3±5,1%) и 3-7 лет (31,6±5,3%), что достоверно выше в сравнении с контрольной группой ($p<0,05$), где начало заболевания наблюдалось в 1-3 года в 13,1±3,2%, а в 3-7 лет в 17,8±3,7% случаев. В возрасте старше 7 лет достоверных различий в сроках начала болезни не отмечалось.

Таким образом, у детей с бронхиальной астмой на фоне ожирения наблюдалось достоверное увеличение возраста начала заболевания, а продолжительность заболевания была достоверно ниже в сравнении с больными бронхиальной астмой с должной массой тела. При оценке особенностей клинического течения БА у детей с должной мас-

сой тела и ожирением, кроме характеристики степени тяжести течения заболевания, немаловажное значение имеет частота и длительность обострений. Проведенные нами исследования показали, что обострения заболевания чаще встречались у детей с ожирением 2-й степени - в среднем в год 5,8±0,8 ($p<0,05$), в то время как частота обострений у детей с должной массой тела и ожирением 1 степени была одинаковой - 2,9±0,9 и 4,1±0,9 соответственно.

Обострения бронхиальной астмы чаще встречались у детей с ожирением 2-й степени, в то время как частота обострений у детей с должной массой тела и с ожирением 1-й степени различались мало.

Наблюдалась и различная длительность обострений, которая у детей с БА на фоне ожирения 1-й и 2-й степени имела большую продолжительность по сравнению с группой детей с должной массой тела. У больных с БА на фоне ожирения 1-й степени она составляла 14,7±1,7 дней ($p<0,05$), на фоне ожирения 2-й степени - 15,1±1,8 ($p<0,05$), а у детей с должной массой тела - 10,3±1,7 дней.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Глобальная стратегия и профилактика бронхиальной астмы (пересмотр 2007 г.) / под ред. Чучалин А.Г.- М., 2008.- 108 с.

2. Голикова О.А., Бабаева А.Ф., Романцова Е.Б. Распространенность аллергических заболеваний у детей в республике Саха (Якутия)/ О.А. Голикова, А.Ф. Бабаева, Е.Б. Романцова //Аллергология и иммунология.- 2017.- №2.- С.200

3. Иллек Я.Ю., Полякова О.А., Галанина А.В., Вязников М.Л., Луценко А.Г. Распространенность и особенности бронхиальной астмы у детей Сыктывкара / Я.Ю. Иллек, О.А. Полякова, А.В. Галанина, М.Л. Вязников, А.Г. Луценко// Аллергология и иммунология.- 2009.- № 2.- С.203

4. Ливерко И.В., Убайдуллаев А.М., Абдуллаева В.А. Кортикорезистентность при астме / И.В. Ливерко, А.М. Убайдуллаев, В.А. Абдуллаева // Центрально-азиатский медицинский журнал. - 2009. - Том XV, Приложение I. - С.34

5. Нестеренко З.В. Современные особенности клинического течения бронхиальной астмы у детей //Аллергология и иммунология.- 2009.- №2.- С.201-202

6. Нагорный А.Б., Бабаджанова Г.Ю., Царевский О.В., Чучалин А.Г. Особенности нарушения углеводного обмена у больных бронхиальной астмой / А.Б. Нагорный, Г.Ю. Бабаджанова, О.В. Царевский, А.Г. Чучалин // 13-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания. – М., 2003.

7. Убайдуллаев А.М., Ливерко И.В., Арифханова С.И. Оценка эффективности терапии кортикорезистентной бронхиальной астмы/ А.М. Убайдуллаев, И.В. Ливерко, С.И. Арифханова // Центрально-азиатский медицинский журнал.-2009.- Том XV, Приложение I.- С.37.

Ашуриён Ш.С., Набиев З.Н., Муминзода Дж.С.

БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ С ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Актуальности. Как известно, исследование функции внешнего дыхания у больных бронхиальной астмой является обязательным и позволяет объективизировать степень бронхиальной обструкции, ее обратимость и вариабельность, а также эффективность проводимого лечения [1].

В проведенном нами исследовании имелось сочетание двух заболеваний - бронхиальной астмы и ожирения, при которых отмечаются нарушения функции внешнего дыхания, хотя и с различными механизмами ее развития. Сочетание этих нарушений, возможно, могут обуславливать и особенности клинических проявлений бронхиальной астмы у детей с ожирением. Тем более, что исследования по разработке нормативов пиковой скорости выдоха у детей с ожирением показали различия в его значениях у детей с ожирением и у их здоровых сверстников.

В настоящее время наибольшее распространение среди всех методик исследования функции внешнего дыхания у детей с бронхиальной астмой получила динамическая спирография, оценивающая отношение «поток-объем». Она позволяет объективно регистрировать кривые и цифровые показатели, отражающие лучший результат форсированного выдоха у детей старше 5 лет [3, 4].

Результаты компьютерной спирографии с показателями кривой «поток-объем» (в% от долженствующих значений) исследуемых групп с различной степенью тяжести бронхиальной астмы представлены в таблице В результате проведенного исследования мы выявили следующие особенности показателей ФЖЕЛ и $ОФВ_1$ у детей с бронхиальной астмой контрольной и основной групп:

показатели ФЖЕЛ и $ОФВ_1$ у детей, больных БА с должной массой тела и ожирением 1-й степени практически не отличались, но у детей с БА на фоне ожирения 2-й степени они были достоверно ниже контрольной группы ($p<0,05$). При сравнении значений ФЖЕЛ и $ОФВ_1$ детей с бронхиальной астмой с ожирением 1-й и 2-й степени достоверных различий обнаружено не было.

У всех детей как основной, так и контрольной групп, с усугублением тяжести течения бронхиальной астмы достоверно снижались показатели ФЖЕЛ и $ОФВ_1$ ($p<0,05$).

В скоростных показателях $МОС_{25}$, $МОС_{50}$, $МОС_{75}$ в контрольной и основной группах больных с различной тяжестью бронхиальной астмы статистически значимых различий не было выявлено. В обеих группах средние величины показателей максимальной объемной скорости выдоха были достоверно ниже у больных тяжелой бронхиальной астмой, чем у детей со среднетяжелой и легкой формой заболевания ($p<0,05$). Но между больными с легкой и среднетяжелой бронхиальной астмой при сравнении показателя $МОС_{25}$ достоверные различия отсутствовали ($p<0,1$).

Достоверных различий показателей ЖЕЛ у больных с бронхиальной астмой с должной массой тела и различной степенью ожирения не было установлено.

Значения ПСВ у детей основной и контрольной групп соответствовали степени тяжести бронхиальной астмы. При проведении сравнения при легком и среднетяжелом течении бронхиальной астмы в значениях ПСВ у детей с должной массой тела и ожирением достоверных различий не было выявлено. Однако при тяжелом течении бронхиальной астмы у детей с ожирением 2-й степени отмечалось достоверное снижение показателей ПСВ по сравнению с показателями детей с должной массой тела ($p<0,05$). У детей с аналогичным течением бронхиальной астмы с ожирением 1-й степени при сравнении показателей ПСВ с контрольной группой таких различий не было выявлено.

Снижение показателей ПСВ ниже 70% также было отмечено в большем проценте случаев у детей с бронхиальной астмой на фоне ожирения 2-й степени. Так, в этой группе детей снижение ПСВ меньше 70% было отмечено в 58,6±9,1% случаев (17 детей из 29), что выше по сравнению с данным показателем в группе детей, имеющих ожирение 1-й степени - 29,8±6,6% (14 детей из 47) и больными бронхиальной астмой с должной массой тела -18,7±3,7% случаев (20 детей из 107).

Таким образом, при исследовании функции внешнего дыхания были выявлены статистически значимые различия в показателях ФЖЕЛ, $ОФВ_1$ у детей с бронхиальной астмой с должной массой тела и ожирением 2-й степени: у детей с ожире-

Таблица 1.

Показатели кривой поток-объем (M±m) детей с бронхиальной астмой с должной массой тела и ожирением

Показатели	Контрольная группа			Основная группа					
	БА с ДМТ			БА с ОЖ 1-й степени			БА с ОЖ 2-й степени		
	легкое течение	среднетяжелое течение	тяжелое течение	легкое течение	среднетяжелое Течение	тяжелое течение	легкое течение	среднетяжелое течение	тяжелое течение
ФЖЕЛ,%Д	94,7±2,3	85,4±2,8	76,6±3,4	92,6±2,4	82,3±2,7	73,5±3,3	-	77,8±2,4*	67,4±3,2*
ПСВ,%Д	84,6±4,3	72,1±4,5	64,7±5,1	78,3±5,1	70,6±4,1	52,6±5,1	-	68,7±4,2	49,8±5,2*
$ОФВ_1$,%Д	83,4±3,8	72,2±4,2	59,5±4,5	72,6±3,7	71,3±4,2	57,4±4,4	-	60,7±3,9*	47,1±4,6*
$МОС_{25}$,%Д	72,6±4,6	71,1±4,7	61,2±5,1	72,4±4,4	69,2±4,6	60,2±5,0	-	68,5±4,6	58,3±5,2
$МОС_{50}$,%Д	62,7±5,1	62,1±5,2	52,0±5,3	61,6±5,1	60,2±5,1	51,1±5,2	-	58,3±5,1	49,3±5,1
$МОС_{75}$,%Д	58,8±5,1	57,4±5,2	44,8±5,3	57,6±5,2	55,3±5,1	41,7±5,2	-	52,6±5,1	40,5±5,1

Примечания

1. %Д -% от долженствующего норматива, вычисляемого по специальным таблицам;
2. ФЖЕЛ - форсированная жизненная емкость легких;
3. $ОФВ_1$ - объем форсированного выдоха за первую секунду;
4. ПСВ - пиковая скорость выдоха;
5. $МОС_{25}$, $МОС_{50}$, $МОС_{75}$ - максимальные объемные скорости потока кривой в точках, соответствующих 25, 50, 75% ФЖЕЛ;
6. * - достоверность различий показателей ($p<0,05$) у больных контрольной и основной групп

нием 2-й степени эти показатели были достоверно ниже ($p<0,05$). В показателях $МОС_{25}$, $МОС_{50}$, $МОС_{75}$ у детей с бронхиальной астмой и ожирением достоверных различий не было обнаружено.

Достоверные различия в показателях ПСВ у детей с бронхиальной астмой с должной массой тела и ожирением были отмечены при тяжелом течении заболевания у детей с ожирением 2-й степени.

Наибольшее число случаев снижения ПСВ и $ОФВ_1$ менее 70% наблюдалось у детей с бронхиальной астмой на фоне ожирения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Геппе Н.А., Гребенева Н.В., Карпушина Л.В. Роль «Астма-школы» в комплексе лечебно-профилактических мероприятий у детей с бронхиальной астмой // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. - №5. – С. 29-34

2. Геппе Н.А., Ревякина В.А. Аллергия у детей. Основы профилактики: Пособие для врачей. - М., 2002. – 178 с.

3. Кондюрина Е.Г., Елкина Т.Н., Филатова Т.А., Гавалов С.М. Возрастные аспекты эпидемиологии бронхиальной астмы у детей Новосибирска // Пульмонология. - 1998. - №1. - С. 38-43

4. Скепьян Н.А. Аллергические болезни: дифференциальный диагноз, лечение. - Минск, 2000. - 234 с.

5. Царев В.П. Клинико-иммунологические особенности течения бронхиальной астмы у больных с избыточной массой тела // Иммунопат. Аллергол. Инфектол. - 2013. - №2. - С. 78-85.

Кубиддинов А.Ф., Мадмаров Л., Саидов Дж.С., Одинаев А.А.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕВАЛИРОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА ДОНОРСКОЙ КРОВИ И ИЗБИРАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЗАГОТОВКЕ ГЕМОКОМПОНЕНТОВ

Государственное учреждение «Республиканский научный центр крови»
Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Введение. Показатели гемостаза доноров значительно отличается в зависимости от многих факторов (возраста, пола, генетической предрасположенности и времени года), что имеет важное практическое значение. Несмотря на существенные превосходство некоторых показателей системы гемостаза у части доноров, отсутствует избирательный подход к применению заготовленных от них компонентов крови у больных, нуждающихся в проведении трансфузионной терапии с целью избирательной коррекции. Целью настоящего исследования явилась изучение особенностей системы гемостаза у доноров крови для оптимизации использования компонентов крови в трансфузионной терапии.

Материалы и методы. Анализированы результаты гемостазиологческое исследования гемостаза у 1000 доноров. Контрольную группу составили 100 человек, здоровые люди (добровольцы) не доноры в возрасте от 20 до 60 лет. Кровь у доноров и контрольной группы (добровольцев) на исследование гемостаза брали в стандартные пробирки с антикоагулянтом. Определены следующие показатели: Время свертывания крови по Ли-Уайту, Активированное частичное тромбопластиновое время, Международное нормализованное отношение, Агрегация тромбоцитов, Антитромбин III, содержание фибриногена по Клауссу, Фактор фон Вилебранда(VWF) и активность фактора VIII. Результаты исследований подвергнуты статистической обработке с определением M±m, показателя статистической значимости различий (t)и достоверности различий (p) по Стьюденту.

Результаты. В зависимости от возраста, влияние различных факторов и количества кровосдачи доноры разделены на следующие группы: Группа «A» - доноры в возрасте 18-29 лет (n=250), Группа «B» доноры в возрасте 30-44 лет (n=250), Группа «C» - доноры в возрасте 45-54 лет (n=250) и Группа «D» - доноры в возрасте 55-65 лет (n=250); доноры Группы «A» за вес период донорства имели не менее 10-12 (в среднем 11,2±0,7) донаций, доноры Группы «B» - 19-21 (19,9±0,7) донаций, доноры Группы «C» - 28-30 (29,2±0,8) донаций и доноры Группы «D» - 37-38 (37,5±0,5) донаций. Результаты исследования показали, что состояние гемостаза в зависимости от возраста и количество кровосдачи, некоторые лабораторные показатели гемостаза меняются ($p<0,05$). При сравнении показателей гемостаза контрольной группы и доноров группы «A, B, C, D» отмечается, что состояние гемостаза среди доноров в зависимости от донации, возраста существенно отличается ($p<0,05$).

Выводы. Гемостатическое качество компонетов крови заготовливаемые от различных катего-

рий доноров существенно отличается и по разному влияет на результат лечения в зависимости от состояния гемостаза реципиента. Следовательно необходимо заготовливать и использовать компонентов крови с учетом показателей гемостаза доноров и больных с последующим проведением избирательного подбора, что является эффективным для коррекции нарушений гемостаза. Вместе с тем, с возрастом среди доноров увеличивается показатели фибриногена, агрегационная функция тромбоцитов, Фактор фон Вилебранда, (VWF) и активность фактора VIII, что требует проведения соответствующих профилактических мероприятий с целью предупреждения тромбогеморрагических осложнений у доноров,как у большинства людей среднего и более склонного возраста.

Мирзоев С.З., Мирзобеков Ф.З., Касирова М.Н., Карамшоева Т.И.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НПВП ПРИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТАХ

ГОУ «Республиканский медицинский колледж»
ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш»

Цель исследования. Оценить эффективности применения НПВП при реактивных артритах.

Материал и методы исследования. В настоящее исследование включены данные 43 пациентах (25 женщин-58,1% и 18 мужчин-41,9%) с достоверным диагнозом реактивных артритах (РеА), который наблюдались на ревматологическом отделении Национального медицинского центра РТ «Шифобахш». Возраст больных составил от 17 до 33 лет. Все пациенты проходили обследование по следующий показатели: общий анализ крови, ревмопробы, фракция белков, R - графия суставов, общий анализ мочи.

Результаты исследование и их обсуждение. У всех больных при поступление выявлена следующая выраженность симптомов: припухание суставов (в виде моноартрита), боли в суставах, усиливающиеся при физической нагрузки, незначительное утренняя скованность, ограничение движение. В настоящее исследование были включены 2 группы больных. I группу 23 (53,5%) больных, получавший индометацин peros (25мгх2 раза длительное время), II группу 20 (46,5%) больных, получивший целебрекс peros (100мгх2 раза длительное время). В ходе исследование выявлено, что через месяц после применение индометацина, у 5 пациентов I группа появилась такие побочные эффекты как головная боль, диспепсических явление и боли в области эпигастри. Пациенты II группу, который принимали целебрекс в рекомендуемых терапевтических дозах показала хорошую эффективность и переносимость и хорошо сочетались с приёмом другими препаратами. В процессе тщательного наблюдения за пациентам было выявлено, что у больных I группа выздоровления отмечено 69,5%, у пациенты II группа выздоровления отмечено 80% и без побочные явление.

Выводы: Таким образом, обобщая результаты настоящего исследования и данные других исследователей, можно констатировать, что у больных с РеА применение целе-брекс в рекомендуемых терапевтических дозах отмечается хорошую эффективность и переносимость и является способом выбора.

Мирзоев С.З., Мирзобеков Ф.З., Касирова М.Н., Карамшоева Т.И.

ДИАГНОСТИКА И СВОЕВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АТРИТОМ НА РАННЕЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ГОУ «Республиканский медицинский колледж»
ГУ Националный медицинский центр РТ «Шифобахш»

Цель исследования. Изучить диагностика и своевременное лечение больных с ревматоидного артрита (РА) на ранние стадии заболевания.

Материал и методы исследования. В ревматологическом отделении Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» на обследование в стационарном лечении находились 48 больных (27 женщин - 56,2% и 21 мужчин - 43,8%) с досто-

верным диагнозом РА (активность II-III степень). Возраст больных составил от 22 до 53 лет. Все пациенты проходили обследование по следующий показатели: общий анализ крови, ревмопробы, фракция белков, R - графия суставов, общий анализ мочи.

Результаты исследование и их обсуждение. Согласно результатов нашей исследований выявлена следующая выраженность симптомов: боли в покое, усиливающиеся при физической нагрузки, припухание суставов, утренняя скованность более 1,5-2 часа, ограничение движение. С целью всестороннего и дифференцированного анализа и оценки, основных клинико-лабораторных и инструментальных показателей активности и прогрессирования РА все пациенты на начальном этапе исследования были распределены на два группы. I группу 25 (52%) больных, получавший нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и преднизолон peros (7,5-10 мг/день), II группу 23 (48%) больных, получивший НПВП, преднизолон peros (7,5-10 мг/день) и метотрексат (МТ) peros (7,5-10 мг/нед). У 2 больных отмечено НПВП-гастропатия. Оба группы получали НПВП, ГКС и базисные препараты (МТ) по показаниям. Все пациенты в дни, свободные от приёма МТ, регулярно принимали фолиевую кислоту в дозу 5 мг. Полученные результаты выявили, что положительные сдвиги клинико-лабораторных показателей активности РА в момент завершения исследования наиболее ярко были представлены у пациентов II группы. У пациентов этой группы к моменту завершении исследования клиническая ремиссия заболевания зафиксирована 44%, у пациентов I группа аналогичный показатель составил 33,3%.

Выводы: Полученные результаты показывают, что своевременная активная терапия и дифференцированный подход в терапии в ранних стадиях заболевания с применением НПВП, ГКС и МТ у больных обеспечивают не только активный контроль течения РА, но и улучшает отдаленные исходы заболевания и качества жизни больных.

Муминзода Ш.Дж.[1], Ватанзода О.[1], Махмадов Ш.К.[2]

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕТРАЦИКЛИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕК

[1]ГОУ «Республиканский медицинский колледж»
[2]ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Актуальность. Воспалительные заболевания век занимают одно из ведущих мест, в структуре глазных заболеваний детского и взрослого возраста. У детей воспалительные заболевания глаз в структуре глазных заболеваний детского возраста составляют 24,3%. По данным Ю.Ф. Майчука, на воспалительные заболевания глаз приходится более 40% амбулаторного приема окулиста, до 80% случаев временной нетрудоспособности, до 50% случаев госпитализации. Количество детей с воспалительными заболеваниями век в Москве возрастает с каждым годом: по данным отчета окружного офтальмолога Южного округа г. Москвы, в 2010 г. показатель заболеваемости составил 5,6 на 1000 населения, а в 2012 г. – 6,5. Количество воспалительных заболеваниям век возрастает с каждым годом.

При неправильном питании, нарушении обмена веществ, жирном типе кожи часто возникает гиперфункция мейбомиевых желез, отвечающих за продукцию липидной части слезной пленки. Избыточное образование липидного секрета нередко приводит к его отвердеванию и закупорке протоков мейбомиевых желез, в результате чего развивается острый и хронический мейбомит. Закупорка протоков также может стать причиной дисфункции желез и дефицита липидного слоя слезной пленки. Как следствие, нарушаются состав и строение слезной пленки, что провоцирует избыточное испарение слезы и развитие синдрома «сухого» глаза с сопутствующими осложнениями. Сахарный диабет и другие общие заболевания, нарушающие микроциркуляцию и снижающие общую резистентность организма, также могут приводить к длительным рецидивирующим блефаритам и блефароконъюнктивитам.

Цель исследования: Определить эффективность применения препарата группы тетрациклина при комплексном лечении воспалительных заболеваний век.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось при наблюдении 30 пациентов (60 глаз). Из них 18 женщин, 12 мужчин. С диагнозами блефарит 15 пациентов (30 глаз), ячмень

10 пациентов (20 глаз), халязион 5 пациентов (10 глаз).

Пациентам были назначены тетрациклин в таблетированной форме по 1000мг в день первые 2 нед и затем по 250-500 мг в день в течении последующих 2-3нед. Также даны рекомендации по личной гигиене и рациональной диете.

Результаты исследования и их обсуждение: Длительность наблюдения составила более 5 месяцев: за время наблюдения проводилась проверка остроты зрения, биомикроскопия. При анализе результатов лечения оценивались сроки регресса жалоб и клинических проявлений, данные объективного осмотра, также регистрировались переносимость препарата и побочные явления.

В течение 2 мес. наблюдения острота зрения, у всех пациентов стабильна. Пациентами отмечена хорошая переносимость назначенного препарата. Побочных явлений и аллергических реакций на фоне применения препарата не отмечалось.

От начала лечения у 8 (53,3%) пациентов перестали беспокоить жалобы на зуд и дискомфорт обоих глаз, тяжесть и гиперемию век, значительно уменьшилось количество пациентов с блефаритом. У 80% пациентов с ячменём от начала лечения исчезли жалобы. Отеки век и пенистое отделяемое не беспокоило 100% больных из группы с блефаритом и ячменя. У 20% пациентов отмечалось купирование жалоб и клинических проявлений халязиона.

Выводы. Препараты из группы тетрациклина в форме таблеток являются антибиотиком выбора в комплексном лечении больных с блефаритом, ячменем и халязионом.

ЛИТЕРАТУРА

1. С.Э. Аветистов, Офтальмология. Национальное рук-во. под ред. Е. А. Егорова, Л. К. Машетовой. М. ГЭОТАР МЕД 2006: С. 342-349.

2. Астахов Ю.С. Лекарственный справочник врача-офтальмолога.- СПб.: «САГА», 2002.-176с

3. Кански Д. Клиническая офтальмология: систематизированный подход. Пер. с англ./ Д. Кански.-М.: Логосфера, 2006.-744 с.: ил. 21,9 см. ISBN 5-98657-007-7-20 ст.

4. Майчук Ю.Ф. Паразитарные заболевания глаз. - М.: Медицина, 1988. - 287с.

5. Позднякова В.В. //Глазные капли Окомистин® в лечении инфекционных конъюнктивитов различной этиологии, Майчук Ю.Ф. / Офтальмологические ведомости. — 2012. — №5 (2). — С. 67-71

6. А.Ж. Смагулова //Терапевтическая эффектиность фторхинолонов в лечении демодекоза век/ РГП « Больница МЦ УДП РК», г. Астана 2012

Сафарзода А.М., Курбанова М.Х., Амонова Ш.Ш., Халимова А.Р.

ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕАНСА ГЕМОДИАЛИЗА

ГУ "Городской научный центра реанимации и детоксикации"

Гемодиализ – это процедура, которая позволяет очищать организм пациента с нарушенной работой почек от лишней жидкости и токсинов. При острой или хронической почечной недостаточности почки не способны выводить воду и продукты метаболизма белка - мочевину и креатинин, поддерживать стабильный уровень калия, фосфора. В этом случае необходимо экстракорпоральное, т.е.внепочечное, удаление ненужных веществ. В быту гемодиализ называют «искусственной почкой" или просто диализом. Для подсоеденения к искусственной почке необходим сосудистый доступ. С этой целью на преплечье руки заранее выполняют небольшое хирургическое вмешательство формируют артерио-венозную фистулу. Это смешивание артерии и вены. После операции получают поверхностнорасположенный сосуд с достаточно высокой скоростью тока крови и толстой стенкой. Фистуле необходим срок около 1 месяца, чтобы "созреть", т.е. сформироваться после полного заживления.

Вовремя процедуры диализа в фистулу вводят иглу гибкой трубкой, по которой кровь поступает в диализный аппарат. Там происходит удаление токсинов, избыточного количества электролитов и жидкости. После этого кровь возращают в сосудистое русло больного. Чтобы кровь не сворачивалась и не забила тромбами диализную систему, вводят гепарин. В экстренных случаях, когда нет готового доступа, пациенту устанавливают катетер в крупный сосуд. Гемодиализ делают трижды в неделю, в среднем процедура занимает 4 часа. Всё это время пациент лежит в функциональном кресле, подсоединенный к аппарату; можно читать, смотреть ТВ, спать, слушать музыку. Гемодиализ проводят при остром повреждении почек и при

хронической недостаточности. Так как острое повреждение может быть обратимым, то и процедур в этом случае требуется лишь несколько, обычно от 2 до 5. С восстановлением функции почек гемодиализ прекращают. При хроической почечной недостаточнсти или при остром повреждении с неблагоприятным исходом почки полностью перестают выполнять свои функции. Происходит это из-за гибели почечных клубочков и замещения их рубцовой тканью. В этом случае гемодиализ замещает работу почек и проводится до трансплантации либо смерти пациента.

В настоящее время много пациентов, которые поддерживают жизнь методом хронического гемодиализа. Именно у них требуется создание хорошего сосудистого доступа, гарантирующего возможность длительного и полноценного очищения крови и, следовательно, максимальных сроков выживания.

Существует классификация сосудистых доступов для проведения внепочечного очищения крови, включая программный гемодиализ, которая делит их на временные и постоянные. К временным доступом в последние годы стал метод катетеризации магистральных вен специально одно-двухпросветными катетарами, обеспечивающими забор крови и возрат ее после очищения в диализаторе. Наиболее распространена методика установки катетеров в подключичные вены по методу Сельдингера. На табл. 1 приведены примеры сосудистых доступов на этапах лечения.

Таблица 1

Этап	Тип доступа	Вид локализации и доступа
I	Первичный – временный катетер	Катетер в подключичной, яремной или бедренной вене
II	Вторичная артериовенозная фистула (АВФ)	В верхней трети предплечья или нижней трети плеча.
III	Третичный-имплантация аутовены или протеаза	Все виды доступов с имплантацией аутовен или сосудистых протезов.

Используется катетеризация бедренных вен и внутренней яремной вены. Катетеры для катеризации магистральных сосудов выпускаются промышленным способом в виде специальных стерильных наборов в которые входят сами катетеры и дополнительные устройства – струна-проводник, расширители пункционного туннеля, пункционные иглы, скальпель, шовный материал и др., что позволяет проводить манипуляции по обеспечению сосудистого доступа в максимально короткие сроки.

Существуют несколько видов для создания фистул (АВФ) при котором учитываются возрастные, конституционные и нозологические особенности больного, а также степени сохранности периферических сосудов. Для максимальной пролонгации функции первичных сосудистых доступов разработаны правила эксплуатации АВФ, которым медицинский персонал отделения гемодиализа должен быть обучен:

По воможности воздержаться от пункции «свежей » фистулы в течение первых 2-3 недель.

Строго соблюдать правила асептики и антисептики при пункции фистулы (двух- или трехкратная обработка кожи антисептиком, стерильные перчатки и салфетки, наложение стерильной повязки (наклейки) после окончания гемодиализа.

Пункция фистулы не ближе 3 см от места анастамоза.

Смена точек пункции в течении последующих сеансов гемодиализа с расстоянием не менее 1 см от предыдущего вкола.

Расстояние между артериальной и венозной иглой не менее 5 см для предотвращения рециркуляции.

Пункция вены должны выполняться под углом 45^{o}, что обеспечивает надежный гемостаз после извлечения иглы. После проникновения иглы в просвет вены угол наклона уменьшается для дальнейшего введения иглы ао ходу сосуда.

После извлечения иглы место пункции прижимается таким образом, чтобы тампон располагался дистальнее точки введения иглы. Кровоток в фистуле при этом должен быть сохранен.

Категорически не рекомендуются давящие повязки, особенно на «свежие» фистулы.

Соблюдение этих простых правил дает возможность длительной функции первичной АВФ и снижает частоту осложнения как в раннем, так и в отдаленном периоде. Тем не менее, такие осложнения развиваются и работающий в диализном центре, обязан их знать, распозновать и устранять. Как ранние, так и поздние осложнения встречаются нередко и оказывают влияние на сроки и качество жизни пациентов с ХБП. По данным ряда зарубежных авторов, именно осложнения сосудистого доступа являются главной причиной госпитализации диализных больных в стационар для их лечения или формирования нового доступа.

На табл. 2 приведены виды осложнения постоянного сосудистого доступа их причина и лечение осложнения.

Вывод. Современный режим программного гемодиализа должен обеспечивать комфортное состояние больного и высокое качество жизни (в англоязычной литературе well-being), складывающееся из нескольких составляющих, о которых мы говорили. Это, в первую очередь, достаточная доза диализа, наличие стабильного и неосложнен-

Таблица 2

Виды осложнения	Причины осложнения	Лечение осложнения
Ранние осложнения		
Тромбоз- 5% в течении 30 дней	Малый диаметр сосудов, дефекты техники анастамоза, гиперкоагуляция, гипотония	Тромболизис в первые сутки (эффект 75-90%) Тромбоэктомия, реанастамоз
Кровотечения из раны 5% в течении 12 часов	Ненадежный гемостаз, проезание швов при хирургических дефектах, гипокоагуляция, гипертензия, передоиовка гепарина	Ревизия раны при прфузном кровотечении. Введение протамина при передозировке гепарина. Снижение АД при гипертензии Дренирование гематомы и назначение антибиотиков
Раневая инфекция-1% в течении 1 недели	Несоблюдение асептики, нагноение гематомы, хроническая септицемия (катетеры)	Ревизия и дренирования раны при гематоме. Антибиотикотерапия Перевязка артерии при угрозе арозивного кровотечения
Отек конечности- до 0,5% в течении первой недели	Венозная недостатчность, стеноз подключичной вены, большой сброс крови из артерии	Высокое положение конечности Снижение артериальной гипертензии Антиагреганты Ликвидации стеноза проксимальной вены
Поздние осложнения		
Тромбоз – до 16% АВФ в течении года	Стенозирование вен в местах пункций, гипотония, гиперкоагуляция, тугие повязки. Течение васкулита	Тромболизис в превые сутки (эффект до 95%) Тромбоэктомия Реанастамоз
Стеноз – до 30% в течение года	Развивается в венозном анастамозе и местах пункций, при высокой турбулентности	Стентирование Обходное шунтирование Реанастамоз
Аневризма истинная – до 30% в течение 3 лет	Постепенная атрофия интимы, дистрофия мышечной стенки, высокое давление в вене, пункции в одну точку	Сужение артериального анастамоза Иссечение гигантских аневризм Перевязка сосудов и АВФ на другой конечности
Сердечная недостаточность. Развивается при проксимальных фистулах и использовании сосудистых протезов.	Перегрузка правых отделов сердца, слабость компенсаторных механизмов ремоделирования миокарда.	Сужение артериального анастомоза на 30-50% просвета. Ликвидация АВФ и имплантация перманентного катетера в яремную вену. Ликвидация АВФ и переход на перитонеальный диализ.

На данной таблице предоставлена работа диализотерапии в ГУ «ГНЦРиД» за последние 3 года

Год	Количество пациентов	Количество сеансов гемодиализа	Количество диализа однопросветным катетером	Количество диализа двух просветным катетером	Количество диализа артериовенозной фистулой (АВФ)
2017	333	3176 (100%)	1520 (47,9%)	120 (3,8%)	1536 (48,3%)
2018	384	3404 (100%)	1820 (53,4%)	158 (4,6%)	1426 (41,9%)
2019	420	5565 (100%)	1624 (29,2%)	146 (2,7%)	3795 (68,1%)

ного сосудистого доступа, хорошая переносимость самой процедуры гемодиализа и минимальные реакции на синтетические диализные мембраны. Совокупность всех указанных компонентов является гарантией успеха в длительной жизни пациента за счет комплекса воздействия – искусственного органа и искусства лечения, которым должен владеть работник гемодиализа.

Сафарзода А.М., Курбанова М.Х., Халимова А.Р.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ СЕАНСА ГЕМОДИАЛИЗА СО СТОРОНЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА У БОЛЬНЫХ ХПН НА ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ

ГУ "Городской научный центр реанимации и детоксикации"

Актуальность. Гемодиализ – методы заместительной почечной терапии, с помощью которых осуществляется очищение крови от уремических токсинов, коррекция водных и электролитных нарушений у пациентов с терминальной стадией хронической болезни почек. Гемодиализ при терминальной стадии ХБП является основным методом длительного замещения функции собственных почек больных с различной системной, нефрологической и урологической паталогией, т.е. основой жизнеобеспечения многочисленных пациентов. Для осуществления гемодиализа и повышения эффективности сеанса гемодиализа необходимо: с одной стороны, иметь подготовленного для этого пациента с формированием сосудистого доступа, высоко подготовленный квалифицированный средний медицинский персонал а, с другой - наличие сложного технического комплекса, получившего название аппарат“ искус-ственная почка” (гемодиализ).

Цель работы. Улучшая работу среднего медицинского персонала, достичь повышения эффективности сеанса гемодиализа у больных с ХПН терминальной стадии.

Материалы и методы исследования. Апппарат гемодиализа представляет собой компактное изделие, обеспечивающими безопасный и прерывистый процесс очище-ния крови от уремических токсинов:

1. Аппарат должен быть компактным, мобильным и легко перемещаемым в замкнутом пространстве.

2. Он должен быть легкоуправляемым для медицинского персонала

3. Все блоки аппарата должны быть легко доступными для технического и сервесного обслуживания

4. Стоимость аппарата должна быть разумной и не создавать больших проблем для государства или семьи больного.

Аппарат гемодиализа обеспечивает следующие функции:

– Эллиминация токсических продуктов метаболизма

– Регуляция вводно-электролитного баланса

– Регуляция осмотического равновесия жидкостей организма

– Регуляция кислотно-основного обмена.

Аппарат “искусственная почка“ – техника, способная дллительно подерживать жизнь и физическую активность людей со стойко утраченной функцией собственных почек. Все модели гемодиализа включают четыре составляющих: блок кровообращения или перфузорный блок, блок диализата или жидкостной блок, экстракорпоральную систему кровообращения и систему управления с контролем параметров жизнеобеспечения.

Проведение сеанса гемодиализа требует нали-

чия доступа к системе кровообращения больного, смысл которого состоит в получении достаточного объема крови от 100-400 мл/мин для прохождения через диализат и возврата в организм. Чем больше крови пройдет очищение в диализаторе, тем эффективнее гемодиализ. Диализатор – это устройство, в котором осуществляется весь сложный процесс очищения крови от токсинов через полупроницаемую мембрану и введение недостающих компонентов для подержания гомеостаза организма. Особенности с обеспечением сосудистого доступа, необходимой скорости в экстракарпоральном контуре, изменением волемического статуса и гемодинамики пациентов на фоне ульрафильтрации, подержание целевого уровня антикоагуляции, обеспечивающего как эффективность процедуры, так и отсутствие геморагических осложнений. Медицинская сестра отделения гемодиализа обязана соблюдать строгое соблюдение протоколов: эксплуатации аппаратуры, оценка исходного состояния пациентов, его динамики в процессе гемодиализа, ранней диагностики осложнений и алгоритм действий при их лечении.

Результаты исследования и их обсуждение. На основании данных мировой литературы и нашего опыта были разработаны следующие критерии работы медицинской сестры, которые обеспечивают безопасность пациента во время сеанса гемодиализа:

1. Умение оценить клинический статус пациента (понятие “сухого веса”, интрепретация данных мониторирования витальных функций).

2. Соблюдение правил асептики и антисептики при подготовке аппарата “Искусственная почка” к работе.

3. Умение оценить эффективность функционирование и обеспечить сосудистый доступ и уход за ним.

4. Обеспечение профилактики трансмиссивных инфекций.

5. Психологическая подержка пациента.

Разъяснительная работа с больными об особенностях диеты, водного режима и фармакологической терапии назначенный врачом.

Противопоказания к программному гемодиализу не представляется возможным при:

– снижении объема циркулирующей крови (гипотония вследствие потери жидкости и электролитов)

– геморрагическом синдроме любого происхождения в связи с угрозой профузных кровотечений

– выраженной сердечно-сосудистой недостаточности

– инфекционных заболеваний любой локализации с активно текущим воспалительным процессом

– онкологических заболеваний различной локализации с метасазированием и интоксикацией.

Подготовка больного к сеансу гемодиализа:

– Перед началом гемодиализа аппарат должен пройти обязательное автоматическое тестирование по заданной программе обеспечивающей проверку годности всех блоков аппаратуры.

– После каждого сеанса проводить гигиеническую обработку поверхости апарата с дез растворами, а также проводить программу “Дезенфекции” заданный в программе аппарата для декальфикации гидравлики.

– Подключение сосудов больного к магистралям аппарата должно производится в асептических условиях. Объем ультрафильтрации устанавливается исходя из разницы текущей и сухой массой, которая осуществляется путем взвешивании больного до и после процедуры. Данные которого вносится непосредственно в карту гемодиализа. Время каждого гемодиализа устанавливается исходя из расчета минимум 12 - часов в неделю, в зависимости от остаточной функции почек; массы и роста; особенностей метаболизма. У больных с большой массой тела, имеющих стойкое повышение артериального давления, гиперкалимию и другие признаки тяжелой уремии, увеличивают время диализа до 5-6 часов.

Интрадиализные осложнения т.е. осложнения развивающиеся непосредственно во время сеанса гемодиализа:

артериальная гипотензия - в основном связана со снижение ОЦК (очень высокая ульрафильтрация, снижение онкотического давления.

Первая помощь – положения Тренделенбурга для улучшения мозгового и коронарного кровообращения, прекращение УФ.

– Беседа с пациентом об опасности набора веса более кг/сутки за счет приема жидкости между диализами.

– Правильное определение сухого веса

– Избегать высоких скоростей ультрафильтрации, особенно в первые час сеанса гемодиализа.

– Не принимать гипотензивные средства перед проведением гемодиализа

Мышечные судороги встречаются в 5-20% сеансов программного гемодиализа. Основной причиной болезненных мышечных сокращений

мышц служит выброс молочной кислоты под воздействием ишемии, свойственной нарушением гемодинамики.

Первая помощь – прекращение УФ. Введение изотонического раствора натрия хлорида, 20% раствора глюкозы, нейротропные средства, введение карнитина.

Тошнота и рвота сопутствуют от 3 до 10% гемодиализа. Первая помощь заключается в предупреждении аспирции.

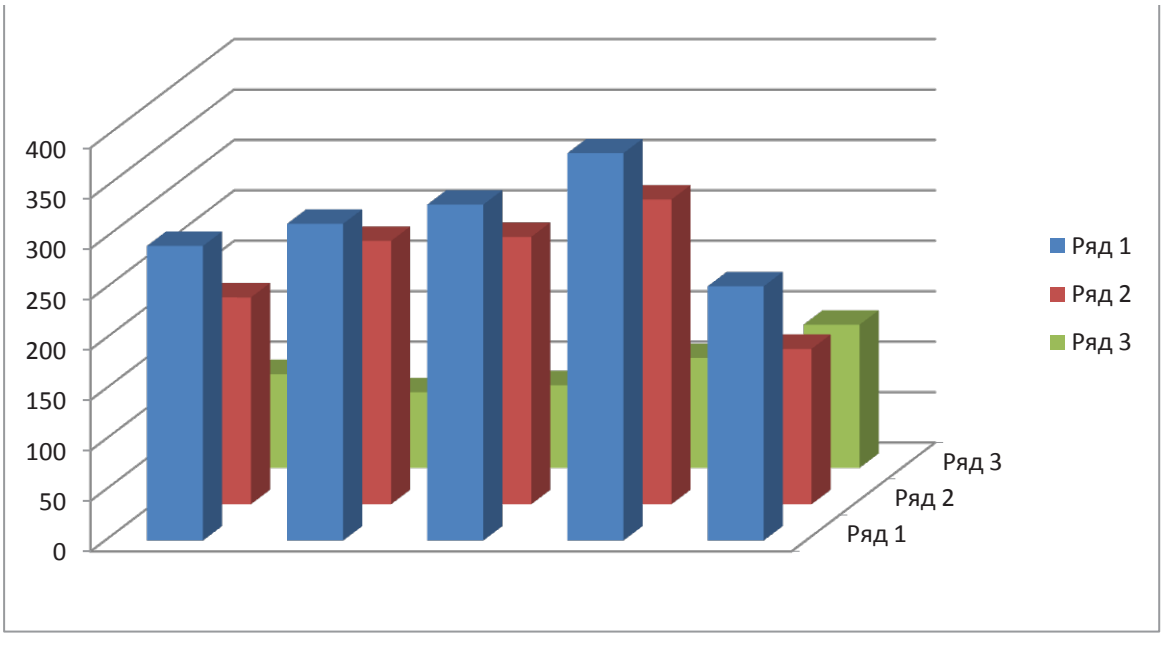
Наиболее тяжелые проявления – потеря сознания, коматозное состояние, которое требует прекращение гемодиализа оптимизация дыхания вплоть до ИВЛ.

Каждый работник должен владеть приемами АВС.

По сравнению с данными о ранних стадиях почечных заболеваний, требующих консервативного лечения и организации наблюдения за течением патологического процесса, частота развития терминальной стадии ХПН относительно контролируемая. Речь идёт об учете больных поступающих на программный гемодиализ, но не о тех кому в этой помощи по тем или иным причинам отказано.

Наши расчетные данные о потребности в применении методов диализотерапии при ХПН за последние 5 лет доказывают о ежегодном приросте больных с ХПН IV-V стадии и свидетельствуют о еще низкой обеспеченности населения страны аппаратами искусственного очищения крови. Следовательно, существует необходимость интенсифицировать работу существующих отделений гемодиализа, повысить квалификацию среднего медицинского персонала, а также создавать новые диализные центры. На табл. представлена динамика показателей службы центра реанимации и детоксикации больных методами диализотерапии.

На данной диаграмме



Первый ряд (синий) – общий показатель количества больных на программном гемодиализе за: 2015-2020 гг.

Второй ряд (красный) - число больных, впервые взятых на гемодиализ показатель первично обращенных пациентов на гемодиализ.

Третий ряд (зелёный) – число умерших диализных больных/ смертность больных за год.

Их анализ позволяет говорить о том, что ежегодный прирост больных составляет - 348, первичнообращенных в среднем 267 больных, что составляет 76,72%, смертность диализных больных на год 86- пациентов, что составляет 24,7% - это позволяет проводить сравнительный анализ работы по гемодиализу у больных с ХПН и разрабатывать организационные мероприятия по её улучшению.

Заключение. Как положительный факт расценивается ежегодный прирост числа диализных мест и расширение сети диализных отделений, где проводится лечение больных с острой и хронической почечной недостаточностью. Не умаляя важности и необходимости и дальнейшего развития диализной службы приходится все же констатировать, что профилактике и лечению почечной патологии в стране придают гораздо меньшее значение, чем дорогостоящим методам

Год	Количество больных				
	всего	Первично – обращенные больные	Количество пациентов с оторжением пересаженной почки	Смертность за год	Количество сеанов гемодиализа
		пациенты %	пациенты %	пациенты %	
2015	292 (100%)	205 (70,21%)	12 (4,11%)	93 (31,9%)	3132
2016	314(100%)	261 (83,12%)	10 (3,18%)	75 (28,8%)	3376
2017	333 (100%)	265 (79,58%)	5 (1,50%)	8 (31,0%)	3176
2018	384 (100%)	302 (78,6%)	7 (1,82%)	109 (28,4%)	3404
2019	420 (100%)	257 (61,2%)	3 (0,7%)	147 (35%)	5565
%	на год в среднем пациентов 348 (100%)	среднее обращение больных 267 (76,72%)	среднее количество оторжений 7 (1,9%)	86 (24,7%)	Среднее количество 3731

Примечание: % - общее количество больных

почечно-заместительной терапии, что требует соответствующей коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волгина Г.В. Клиническая эпидимиология кардиоваскулярных нарушений при хронической почечной недостаточнсти (обзорная литература) / Волгина Г.В. // Нефрология и диализ 2000г № 1-2. – С. 25-32.

2. Даугирдас Д., Блейк П. Руководство по диализу 3-е издание / Д. Даугирдас, П. Блейк // Центр диализа Тверь. ООО “Изд триада”. 2003г. 744 с.

3. Лычев В.Г. Основы сестринского дела в терапии /В.Г. Лычев, В.К. Карманов // Ростов на Дон Феникс 2013 - 512 с.

4. Пилотович В.С. Хроническая болезнь почек / В.С. Пилотович, О.В. Калачик // Москва медицинская литература 2009. – С. 31-34, 73-78, 91-115.

Сафолова М.К., Раджабова Н.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕЗОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛОПЕЦИИ

Кафедра «Сестринское дело в косметологии»

Цель исследования: Оценить эффективность комбинированных методов лечения алопеций с использованием мезотерапевтических процедур.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализах результатов лечения 64 больных с различными формами алопеций, лечившихся в РКЦКВБ г. Душанбе за период 2015-2019гг. Возраст больных 10 -18 лет – 10 больных (15,6%); 19-30 лет – 35 больных (54,6%); 31-40лет – 19 больных (29,6%); Из них 35 мужчин и 29 женщин. Среди больных андрогенетическая форма составила – 35 человек в возрасте от 17 до 35лет, диффузной формой алопеции – 15 больных, гнездной формой – 14 больных, из них очаговой - 11 больных, субтотальной – 3 больных. Для постановки диагноза дополнительно проводили следующие методы исследования: трихоскопия и трихограмма. Оценка результатов произведены до лечения, через 6 мес. и через год после лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. Продолжительность лечения составило от 3 мес. до одного года. После углубленного обследования больного составляли индивидуальный план лечения с учетом выявленной причины заболевания и сопутствующей патологии. В комплексном лечении алопеции проведено мезотерапевтическое введение препаратов. Мезотерапия представляет собой метод введения медикаментов внутрикожным путем в очень низких дозах, как локорегионально, так и на расстоянии от пораженного отдела, с целью получения лечебного эффекта за счет действия вводимых медикаментов и эффекта стимуляции биологически активных точек и рефлексогенных зон кожи. Объем вводимых препаратов не превышал 4-5 мл за один сеанс. Препараты вводились внутрикожно, папульно непосредственно в очаги поражения. В результате проведенного лечения через 3 и 6 месяцев было полное восстановление волос у больных с очаговыми формами аллопеции и частичное восстановление (до 35-50%) у больных с андрогенной алопецией при условии постоянного приема ме-

зотерапевтическим путем раствора миноксидила 2% 1 раз в мес.

Следует отметить особенно положительную динамику у больных с субтотальными формами алопеций. У этих больных восстановление волос произошло на 3-6 мес. лечения.

Вывод. При лечении больных с различными формами алопеции мезотерапевтический способ введения препаратов сокращает сроки восстановления волос в 1,5 раза.

Сунъатуллоев Д.С., Холова З.У., Джоназарова Д.Х., Хакназаров Х.Ш.

ЦЕЛЕКОКСИБЫ В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПОвСЗ РТ.
Кафедра терапии ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

Актуальность. Большое социальное значение ревматических заболеваний (РЗ) определяется их значительной распространенностью, поражением лиц всех возрастных групп, прогрессирующим характером течения со склонностью к хронизации, ранней потере трудоспособности, инвалидизацией больных и сокращением продолжительности жизни [2].

В различных странах мира 16-30% населения старше 15-лет страдают теми или иными РЗ. По данным ВОЗ (2002), среди больных, ежедневно посещающих поликлиники пациенты с РЗ составляют 12-25%, у 5%- госпитализация связана с РЗ. 30% случаев временной нетрудоспособности и 10% общей инвалидности обусловлены РЗ [1].

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, объединяющие более 150 различных нозологических форм и синдромов, относятся к XIII классу болезней МКБ-10.

Для большинства заболеваний суставная патология является ведущим симптомом и зачастую носит стойкий характер. Врач – терапевт, в первую очередь, должен знать следующие заболевания: ревматоидный артрит (РА), реактивный артриты (РеА), анкилозирующий спондилоартрит, подагру (П), остеоартроз (ОА), ревматизм, псориатический артрит [4, 5].

Проблема поздней диагностики РЗ в республике Таджикистан стоит остро. Недостаточные знания врачей на местах о многообразии суставного синдрома часто приводят к диагностическим ошибкам и заканчиваются хронизацией процесса [3].

Цель исследования. Изучить эффективность препарата целекоксиба (200мг) у больных с различными ревматическими заболеваниями.

Материал и методы исследования: явилось изучение эффективности и переносимости целекоксиба (200мг) у больных с ревматическими заболеваниями в сравнение с диклофенаком натрия. Работа проводилось на базе ГУ НМЦ РТ. В открытом сравнительном исследовании кратковременным курсом (10 дней) приняли участие 80 больных, основной и контрольной групп.

I группа (50 больных) 20 больных ревматоидным артритом (РА), 10 больных подагрой, 10 больных с реактивным артритом (РеА), 10 больных с серонегативным спондилоартритом (СП) принимали целекоксиб по 200мг 2 раза в день после еды.

II группа (30 больных) - 15 больных ревматоидный артрит (РА), 10 больных с реактивным артритом (РеА), 5 больных подагрой, получали (НПВС) диклофенак натрия в средней суточной дозе 150мг/сут.

Результаты исследования и их обсуждение. В сравнительных группах пациенты были подобраны по возрасту и степени активности процесса. Клинико-лабораторные и инструментальные методы обследования проводились до и после лечения включая до (ФГДС). Оценка лечебного действия была практически одинаковой, как по оценке больного, так и по оценке врача. Побочные действия отмечены в 5 случаях. Данные ФГДС до терапии целекоксиба (200 мг) следующие: язвы желудка и 12 перстной кишки в 12 случаях, эрозивные и другие формы гастрита в остальных случаях. В контрольной группе больных с язвенным поражением ЖКТ не наблюдалось. Мониторинг ЭФГДС основной группы изменений не выявил. В контрольной же группе динамическая ЭФГДС отметила повышенную гиперемию слизистых оболочек ЖКТ (НПВП гастропатия).

Заключение. Таким образом, при равном клиническом эффекте, ульцерогенное действие (НПВС) целекоксиба (200 мг) значительно меньше.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Е.И., Принципы патогенетической терапии тяжелых системных вариантов ревматоидного артрита., Дисс. докт. мед. наук, 2012.

2. Балабанова Р.М, Ревматоидный артрит на ру-

беже веков. В кн. // Р.М Балабанова, В.А. Насонова Н.В Бунчук/. (ред.) Избранные лекции по клинической ревматологии. М.: Медицина; 2005; с. 61-67.

4. Насонов Е.Л. Ревматоидный артрит. / Е.Л. Насонов // В кн.: Клиника и иммунопатология ревматических болезней.-2002. - С.142-145.

5. Фоломеева О.М. Инвалидность обусловленная ревматическими заболеваниями, среди жителей РФ / О.М. Фоломеева, Л.С. Лобарева, М.А. Ушаков // Ревматология, 2003, №1, - С. 15.

Табаров А.И.[1], Раджабзода М.Э.[1], Одилзода И.[2], Джумаева М.Дж.[1]

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «РЕСПУБЛИКАНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА КАРДИОЛОГИИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»

[1]Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОСЗРТ
[2]ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

Актуальность. Сердечнососудистая смертность составляет почти половина от общей смертности населения мира. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), в 2016году умерло 17,9 миллион человек, что составляет 31% всех случаев смерти в мире. 85% из этих смертей произошло в результате сердечного приступа и инсульта. Как минимум, 75% случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в мире происходит в странах с низким и средним уровнем дохода. Так как, люди в странах с низким и средним уровнем дохода не могут пользоваться преимуществом программ по оказанию первичной медико-санитарной помощи для раннего выявления и лечения ССЗ, в отличие от людей живущих в странах с высокими уровнями дохода.

Цель исследования: анализ структуры смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и их прогноз.

Материал и методы исследования. В работе представлены структура ССС и общее гсопитальной смертности за период 2015-2018гг. в условиях Республиканского клинического центра кардиологии. Было изучено 218 больных (52-2015г; 67-2016г; 47-2017г; 52-2018г), из них 95 больных (43,5%) составили женщины и 123больных (56,5%) были мужчины.

Результаты исследования и их обсуждение.. Непосредственной причиной смертности показал: кардиогенный шок-36,6%, внешний разрыв миокарда-13,3%, смешанный кардиогенный шок-11%, ТЭЛА-10,1%, фибрилляция желудочков-9,2%, мозговая кома-7,8%, ТЭЛА с обтурационным шоком-6,8%, отек легких-1,8%, аритмический шок-0,9%, асистолия сердце-0,9%, раслаивающися аневризма аорты-0,45%, тромбоз мезентериальных артерии-0,45%.

Выводы. Основной причиной смертности больных в условии ГУ РКЦК является истинный кардиогенный шок (36,7%) и внешний разрыв миокарда (13,3%), что соответствует данным международных организации.

Хайров Ҳ.С., Абдураҳмонова З., Давлатов Д.М.

ОМИЛИ ИРСӢ ВА ПАҲНШАВИИ БЕМОРИИ ФАРБЕҲӢ ДАР БАЙНИ ЗАНҲОИ ШАҲРИ ДУШАНБЕ ВА НОҲИЯҲОИ ТОБЕИ ҶУМҲУРӢ

Муассисаи давлатии "Маркази ҷумҳуриявии ғизо"
Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Яке аз сабабҳои инкишофи бемории фарбеҳӣ омили ирсӣ мебошад. Бемориҳои фарбеҳӣ, фишорбаландии шараёнӣ ва диабети қанд ҷӯзъҳои асосии синдроми метаболитикӣ буда, дар натиҷаи тағйирёбии мубодилаи моддаҳои ғизоӣ инкишоф меёбанд. Бемории фарбеҳӣ бошад, нишонаи асосии синдроми метаболитикӣ ва заминаи инкишофёбии бемориҳои дилу рагҳои хунгард, диабети қанд, саратон муайян шудааст, ки ба нишондоди дарозумрӣ ва баланшавии фавти аҳолӣ таъсир мерасонад.

Мақсади кори илмӣ омӯзиши паҳншавии бемории фарбеҳӣ ва алоқамандии он бо омили ирсӣ.

Усулҳои тадқиқот. Омӯзиши инкишофи бемории фарбеҳӣ (индекси вазни бадан ≥30 кг/м^2) соли 2019 бо истифодаи барномаи компютерӣ (аз 3 майи соли 2017, № 2201700350 дар Феҳристи давлатӣ ба қайд гирита шудааст) дар байни 490 нафар занҳои (синни 18-55 сола)-и ш.Душанбе ва НТҶ гузаронида шуд.

Дарози бадан (қад) бо истифодаи қадченкунак ва вазни бадан бо вазнченкунак (Seca)-и электронӣ (бо аниқии то±0,1 кг) гузаронида шуд. Таҳлили омории маводҳои ба дастомадашуда низ тавассути барномаи компютерии зикргардида гузаронида шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Таҳлили маводҳои ба дастомада нишон дод, ки синну соли миёна, вазн ва қади омӯзишшудагон 34,1 сола, 66,0 кг ва 159,4 см-ро мутаносибан, ташкил менамояд. Муайян гардид, ки 13,3%-и ташхисшудагон ба бемории фарбеҳӣ гирифторанд.

Дар байни шахсони мубталои бемории фарбеҳӣ, дар 41,4%-и онҳо яке аз волидайнашон ба ҳамин беморӣ гирифтор будаанд.

Омили ирсӣ, вайроншавии таркиби ғизо, асабоният, камҳаракатӣ, истеъмоли машрубот, тамокукашӣ сабаби инкишофи вазни зиёди бадан ва бемории фарбеҳӣ муайян шудаанд, ки ба масъалаи иҷтимоӣ мубаддал гаштааст.

Нақши омили ирсӣ дар инкишофи бемории фарбеҳӣ дар тадқиқотҳои зиёд собит гардидааст. Агар фарбеҳӣ дар ҳар ду волидайн мушоҳида шавад, он гоҳ 80%, агар яке аз онҳо - 40% хавфи инкишофи бемории фарбеҳӣ вуҷуд дарад.

Хулоса. Паҳншавии бемории фарбеҳӣ дар бани занҳои ш.Душанбе ва НТҶ 13,3%-ро ташкил менамояд ва дар 41,4%-и онҳо яке аз волидайнашон ба бемории фарбеҳӣ гирифтор будаанд, яъне нақши омили ирсӣ дар инкишофи бемории фарбеҳӣ ҷойи намоёнро ишғол менамояд.

Хайров Ҳ.С., Абдураҳмонова З., Давлатов Д.М.

ФИШОРБАЛАНДӢ ВА ПАҲНШАВИИ БЕМОРИИ ФАРБЕҲӢ ДАР БАЙНИ ЗАНҲОИ ШАҲРИ ДУШАНБЕ ВА НОҲИЯҲОИ ТОБЕИ ҶУМҲУРӢ

Муассисаи давлатии "Макази ҷумҳуриявии ғизо"
Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Бемории фарбеҳӣ яке аз нишонаи асосии синдроми метаболитикӣ ва заминаи инкишофёбии бемориҳои дилу рагҳои хунгард ва диабети қанди намуди 2 муайян шудааст. Дар инкишофи онҳо вайроншавии таркиби ғизо нақши намоёнро ишғол менамояд. Бемориҳои зикргардида сабаби пастрафтани нишондоди дарозумрӣ ва инкишофи бемориҳои ҳамрадиф мегарданд. Омӯзиши сабабҳои инкишофи бемории фарбеҳӣ дар байни аҳолии кишвар баҳри коркарди чорабиниҳои илман асоснокшуда, масъалаи афзалиятноки соҳаи тиб ба ҳисоб меравад.

Мақсади кори илмӣ омӯзиши паҳншавии бемории фарбеҳӣ ҳамчун маҳаки асосии синдроми метаболитикӣ барои коркарди чорабиниҳои пешгирии бемориҳои ғайрисироятӣ мебошад.

Усулҳои тадқиқот. Омӯзиши инкишофи бемории фарбеҳӣ (индекси вазни бадан ≥30 кг/м^2) соли 2019 бо истифодаи барномаи компютерии «Tj_RCN 2» (аз 3 майи соли 2017, № 2201700350 дар Феҳристи давлатӣ ба қайд гирита шудааст) дар байни 490 мардҳои шаҳри Душанбе ва НТҶ гузаронида шуд.

Дарози бадан (қад)-и респондентҳо бо истифодаи қадченкунакӣ портативии истеҳсоли Британияи кабир (бо усули умумӣ қабулшуда) муайян гардид. Вазни бадан бошад, бо истифодаи вазн ченкунак (Seca)-и электронӣ (бо аниқии то±0,1 кг) гузаронида шуд. Таҳлили омории маводҳои ба дастомада низ тавассути барномаи «Tj_RCN 2» амалӣ гардид.

Натиҷаҳои тадқиқот. Таҳлили маводҳои бадастомада нишон дод, ки синну соли миёна, вазн ва қади омӯзишшудагон 34,1 сола, 66,0 кг ва 159,4 см-ро мутаносибан, ташкил менамояд. Муайян карда шуд, ки 13,3%-и ташхисшудагон ба бемории фарбеҳӣ (ИМТ ≥30 кг/м^2) гирифторанд. Дар байни шахсони мубталои фарбеҳӣ 58,6%-он ба бемории фишорбаландӣ гирифтор будаанд.

Муҳокимаи натиҷаҳо. Синдроми метаболитикӣ дар инкишофи бемории фарбеҳӣ (аз ҷумла, фишорбаландӣ) нақши асосӣ бозида, ба масъалаи иҷтимоӣ мубаддал гаштааст. Заминаи инкишофёбӣ ва ҷараёнгирии синдроми метаболитикиро инсулинустуворӣ ташкил медиҳад. Тадқиқотҳо нишон медиҳанд, ки вобаста аз генҳои алоҳидаи системаи HLA 50 намуди синдромӣ ва 8 намуди ягонагении фарбеҳӣ вуҷуд дорад. Натиҷаи

тадқиқоти гузаронидашуда нишон дод, ки дар байни 13,3% беморони мубталои фарбеҳӣ 58,6%-шон ба бемории фишорбаландӣ гирифтор будаанд.

Хулосаҳо. Паҳншавии бемории фарбеҳӣ дар бани занҳои шаҳри Душанбе ва НТҶ 13,3%-ро ташкил менамояд ва дар 58,6%-и онҳо фишорбаландӣ ҷой дорад. Барои пешгирии синдроми метаболитикӣ гузаронидани корҳои илмӣ-тадқиқотӣ бо истифодаи таҷҳизотҳои замонавӣ лозим мебошад.

Холов Ш.Ф., Рофиева Н.Р., Аҳмадзода М.А.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ ПУЛЬПИТА

ГОУ Республиканский медицинский колледж, кафедра «Стоматология»

Цель исследования: эффективность лечения острого пульпита с применением материала «триоксидент».

Материалы и методы исследования: препарат “триоксидент” был применён у 25 пациентов в возрасти от 22 до 50 лет для лечения пульпитов. Выбор пациентов проводилось по мери обращаемости. Всем больным при обращение проводилось рентгенологическое исследование до и после применение препарата «Триоксидент».

Критериями выбора для проведения биологического метода «Триоксидент» в лечения пульпита являлась:

1. Возраст пациента не старше 50 лет.
2. При объективном осмотре полости рта исключение патологии слизистой оболочки полости рта.
3. Низкая интенсивность кариеса.
4. Отсутствие жалоб на самопроизвольные боли в дневное и ночное время.
5. Отсутствие дискомфорта при накусывании на зуб.
6. Случайное вскрытие пульпы при механической обработке кариозной полости при лечении кариеса.
7. Отсутствие рентгенологических изменений в периапикальных тканях.

В процессе провидения лечения были 6 зубов пациентов со случайно вскрытой пульпой при лечении кариеса. 21 зубов с острым очаговым пульпитом и гиперемией пульпы. Способ лечения с применением материала «Триоксидент» состояло из следующих этапов:

1. Обезболивания причинного зуба.
2. Медикаментозная обработка антисептиками низких концентрациях (0,06% раствор хлоргексидина биглюконата).

Стоматологический биологический материал «Триоксидент» смешивали при комнатной температуре от 18-25^{o}C на сухой пластине сухим и чистым пластмассовым шпателем в соотношении порошок и дистиллированная вода 3:1 в течение 30-40 секунд до получения пластичной пасты. Далее готовую пасту тонким слоем (0,5 мм) на дно кариозной полости накладывали и прижимали стерильным сухим, ватным тампоном лечебную прокладку из «Триоксидента». Необходимо быть осторожным, чтобы материал не попал ни на слизистую оболочку, ни в десневую борозду. В течение 10-15 минут происходило отвердение биологического материала, процесс окончательного полимеризация наступила в течение 24 часов. Излишки находящегося материала за пределом полости убирали бором. Заканчивали работу постановкой временной пломбы из материала «Витремер».

При втором посещении через 8-12 дней следили за электровозбудимости пульпы и при отсутствии отрицательной динамики проводили реставрацию коронки зуба. Необходимо контрольный осмотр провести через 1; 3; 6; 12 и 24 месяца с обязательным проведением электроодонтодиагностикой (ЭОД) и прицельной рентгенограммы.

Результаты исследования и их обсуждение: оценка степени эффективности биологического метода лечения пульпита с применением препарата «Триоксидент» на этапах наблюдения (1; 3; 6; 12; 24 месяцев) являлись:

а) Безболезненная перкуссия;

б) Отсутствие жалоб на температурный раздражитель;

в) Данные рентгенографического исследования отсутствие изменений в периапекальных тканях;

г) Состояние электровозбудимости пульпы зуба (не должно превышать 10-15 мка)

Эффективность проведенного лечение на всех этапах наблюдения показала, что положительная динамика и хорошие исходы лечения достигнуты при лечении 25 пациентов зубов с диагнозом острого пульпита. В четырёх случаях исходы лечениях были оценены нами, как неудовлетво-

рительные, осложнения были в виде самопроизвольных ноющих болей. У одного больного была диагностирована гибель пульпы. Причинами этих осложнений могли быть ошибки в диагностики, не качественно проведенная механическая и медикаментозная обработка кариозной полости или возможно допущенные ошибки при наложении лечебной повязки.

Выводы: 1. При лечении пульпита применениям материала «триоксидент» позволяет получит хорошие результаты в 84,0% случаев (у 21 пациентов), а неудовлетворительные в 16,0% (у 4 пациентов). 2. Использование «триоксидент» в клинической практике не вызывает трудности как при замешивании так и при наложении в правильно подготовленного полость. 3. Стоматологический материал «триоксидент» для широкого применения при лечении пульпитов постоянных зубов биологическим методом ввиду его доступности в ценовом аспекте и высокой эффективности.

Холова Б.Т., Абдуллоев Х.С., Сатторова М.Х., Нуриддинова М.К., Аббосова М.

РОЛЬ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РАЗВИТИИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ

Таджикский НИИ профилактической медицины МЗиСЗН РТ

Актуальность. Заболевания суставов представляют собой одну из важных проблем медицины. Более 0,5-1% населения мира страдает заболеваниями суставов различной этиологии. Причинами воспалительных негнойных заболеваний суставов, так называемых реактивных артритов, чаще всего являются инфекции, передаваемыми половым путем. Причиной реактивного артрита могут быть и инфекции желудочно-кишечного тракта, инфекции верхних дыхательных путей, однако чаще всего они являются следствием инфекций мочевыводящей и половой системы, среди которых ведущее место занимают хламидийная, микоплазменная инфекции, уреоплазмоз и гонорея. По данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируется более 330 млн. больных урогенитальной инфекцией [2]. При этом заболевание может протекать в выраженной острой или же латентной форме, приобретая хроническое течение. Согласно ряду авторов [1, 3] ревматоидоподобный артрит представляет собой заболевание, ассоциированное с В-27 антигеном тканевой гиссовместимости – специфическим белком, находящимся на поверхности иммунных клеток. У пациентов с реактивным артритом частота его нахождения составляет 7-8%. Среди здоровых людей европейской популяции в 93% случаев он может отсутствовать.

Целью нашего исследования явилось изучение частоты встречаемости реактивного артрита вследствие инфекций мочеполового тракта, связанных с возбудителями, передающихся при половых контактах, в условиях нашей республики.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 92 пациента в возрасте от 20 до 35 лет, из которых 67,3% составили лица мужского и 32,7% женского пола. Лабораторная диагностика осуществлялась серологически с использованием метода иммуноферментного анализа (ИФА). Определяли в пробах сыворотки крови больных содержание специфических антител класса иммуноглобулинов «М» и «G» к возбудителям: Chlamydiatrachomatis, Mycoplasmahominisu Ureaplasmaurealyticum. Кроме того проводилось общеклиническое обследование (биохимические анализы крови, определение активности процесса), рентгенография пораженных суставов.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты проведенного исследования показали наличие специфических антител у 58 обследованных пациентов, что составило 63%, из которых 34,5% составил удельный вес смешанной инфекции. Частота выявления хламидиоза составила 28,5%. Среди инфицированных 49 человек (79%) представлены лицами мужского пола в возрасте от 20 до 30 лет. Инфицированные женщины составили 43,1% (25 человек). Клинические симптомы реактивного артрита выявлены, в основном, у пациентов с сочетанной инфекцией. Отмечались отек, гиперемия коленного сустава, боли при ходьбе. Некоторые отмечали сильные боли в пяточной кости, иногда в поясничном отделе позвоночника. У некоторых пациентов, инфицированных хламидийной инфекцией были отмечены также симптомы конъюктивита. Необходимо отметить, что в возникновении реактивного артрита урогенитальные инфекции играют провоцирующего пускового механизма. В суставах развивается асептическое воспаление как результат иммунной реакции ор-

ганизма на возбудителя инфекции.

Таким образом, учитывая вышеизложенное больных с симптомами артритов, особенно крупных суставов желательно обследовать на наличие и урогенитальных инфекций. Обычно прогноз реактивных артритов благоприятный, но в случае неправильной постановки диагноза и проведения не соответствующего лечения может развиться хронический процесс с частыми обострениями болевого синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В.Т. Болезни суставов / В.Т. Ивашкин, В.К. Султонов // М.медицина, 2002г.-191 стр.

2. Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий, передаваемые половым путем /А.Ф.Пухнер, Б.И. Козлова //М. «Предтеча», 2010г.-792 стр.

3. Darke C, Coates E. One-tube HLA-B 27/B 27 08 Typing by flow cytometry using two « Anti-HLA-B 27» monoclonal antibody reagents. Cytometry B Clin Cytom.2010 Ja;78(1): 21-30.

Холова З.У., Сунъатуллоев Д.С., Хакназаров Х.Ш., Иброхимзода Т.Х.

H-PYLORI И НПВП-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ГАСТРО И ДУОДЕНОПАТИИ

Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПОвСЗ РТ.
Кафедра терапии ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

Актуальность. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) представляют собой класс лекарственных средств, фармакологическая активность которых направлена на предотвращение развития или снижение интенсивности воспаления, и являются основной терапии воспалительных и невоспалительных заболеваний суставов. В настоящее время существуют не менее 50 различных по структуре лекарственных форм, классифицируемых как НПВП [2].

По анальгетической активности современные НПВП существенно превосходят «простые» анальгетики (парацетамол) (уровень доказательности А). Более 2/3 пациентов, страдающих остеоартрозом и ревматоидным артритом, предпочитают принимать НПВП, несмотря на информированность о побочных эффектах последних. Так, результаты последних исследований показали, что НПВП в небольших дозах (ибупрофен -1200 мг/сут и целекоксиб -200 мг/сут) более эффективны при ОА, чем парацетамол в дозе 3 и 4 г/сут [3].

Больные ревматическими заболеваниями РЗ представляют собой наибольший контингент лиц, вынужденных регулярно и длительно принимать НПВП в средних и высоких терапевтических дозах. Именно приём НПВП достоверно увеличивает частоту развития эрозий, язв слизистой ЖКТ и, к сожалению, НПВП – ассоциированная патология ЖКТ возникает очень часто. Широкая распространённость этой патологии (эрозии и язвы выявляются, по различным данным у 10-30% больных, регулярно принимающих НПВП), опасность развития угрожающих жизни пациентов осложнений (желудочно-кишечных кровотечений, перфораций язв и их сочетания), большие материальные затраты на лечение этих осложнений определяет значимость проблемы НПВП гастропатий [1]. Важным и актуальным представляется изучение факторов риска, сравнительная эффективность влияния различных групп НПВП, а также оценка эффективности наиболее широко используемых методов её профилактик [4].

Цель исследования. Изучить частоту и степень обсемененности н-pylori СОЖ при осложненных вариантов НПВП-индуцированных гастро-и дуоденопатиях.

Материалы и методы исследования. Обследованно 52 больных с ревматическими заболеваниями (РЗ) (мужчин-25, женщин 35) в возрасте от 29 до 65 лет. Больные разделены на 2 группы: I-ю составили 28, принимавших салицилаты (ацетилсалициловую кислоту) и производные фенилпропионо-салицилаты (ацетилсалициловую кислоту) и произвоные фенилпропионовой и индоловой килоты (ибупрофен, вольтарен, наклофен, диклофенак) и II-ю группу - 24 больных более современные антиревматические препараты СОХ-2 (мовалис, целебрекс). Длительность приёма НПВП зависела от активности процеса и состовляла, как правило, не менее 6 недель. Наличие и степень обсемененности H-pylori верифицировали быстрым уреазным тестом и цитологическим методом.

Результаты исследования и их обсуждение: У 9 больных (32,1%) первой группы наряду с синдромом диспепсии наблюдались эпизоды профузного и повторного кровотечения.

У 2-х больных развилось колаптоинного состояние. Медленно прогресирующая анемия, наличие

Частота и степень обсемененности СОЖ H-pylori

№	Группы больных	H-pylori			
		-	+	++	+++
I	Группа (n=28)	12 (42,9%)	7 (42,9%)	6 (21,4%)	3 (10,7%)
2	Группа (n=24)	19 (79,2%)	3 (12,5%)	2 (8,3%)	-

черного кала наблюдались у 5-ти (17,9%) больных первой и одного (4,2%) второй группы, свидетельствующие о бессимптомном, скрытом эрозивно-язвенном кровотечении. Эндоскопические в первой группе больных, принимавших аспирин, обнаруживались эрозивно язвенные поражения. Персистенция н-pylori высокой и средней степени чаще наблюдались у больных первой группы (57,11%). Во второй группе больных наличие н-pylori было установлено у 21% больных.

Заключение. Таким образом, осложнения при НПВП–индуцированных гастро и дуоденопатиях в виде кровотечений чаще всего развиваются при длительном приеме салицилатов у больных с персистенцией H-pylori.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева А.В. Подходы к прогнозированию риска возникновения гастропатии, вызванных НПВП / А.А. Алексеева, Ю.В. Муравьев // Тер.архив.-2000. - С 25-28.

2. Басиева О.О. Клинико-функциональное состояние верхних отделов ЖКТ и поджелудочной железы у больных с ревматическим артритом/ О.О Басиева.- диссд.м.н..- М., 2008.

3. Влияние некоторых противовоспалительных средств на слизистую оболочку желудка / В.Х. Василенко, Г.В. Цодиков, О.Н. Минулеклен // Клин.мед.-20011.-№1. - С.3-9.

4. Побочные эффекты лечения НПВП и пути их коррекции / Л.С. Гребнева, С.В. Насонова, Л.И. Цветкова // Клин.мед.-2009. №5. - С. 40-45.

Шоджонов М.М., Раджабова Н.Ч., Косимова Ш.Р.

НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»

Цель исследования. Изучить характер нарушений ритма сердца у здоровых людей в возрасте старше 50лет.

Материал и методы исследования. Всего было исследовано – 30 практически здоровых людей (15мужчин и 15 женщин) в возрасте от 51 до 70 лет. Суточное мониторирование ЭКГ проводилось системой «Астрокард-Холтер»

Результаты исследования и их обсуждение. У 36.7% пациентов выявлены короткие эпизоды предсердной тахикардии (ПТ). Наджелудочковые экстрасистолы (НЭС) выявлены у 96.7% пациентов, при этом у большинства(90%) в количестве менее 50 в сутки, у 10% - более 50 и у 3.3% - более 100 в сутки, в том числе парные - у 40%. Среднее количество НЭС составило 37.1=13,1 (от 0 до 189), в том числе парные-1,51=0,80 (от 0 до 23). Желудочковые экстрасистолы (ЖЭС) выявлены в 80% случаев, при этом более 50 в сутки- только в 3.3%. Парные ЭС регистрировались у 6.7%, ранние- у 13.3%, 2-х и более морфологий- у 30% пациентов. Экстрасистолы высоких градаций по Лауну-Вольфу (градации 3,4а и 5) в целом были выявлены в 33.3% случаев. Среднее количество ЖЭС составило 8.08=2.65 (от 0до 58) за сутки, максимально в час- 2.17=0.49 (от 0 до 11), число морфологий-1.13=0.14 (от 1 до 3), парные-0.1=0.07 (от 0 до 2), ранних - 23=0.14 (от 0 до 4). Количество одиночных и парных НЭС, парных и ранних ЖЭС коррелировало с возрастом.

Выводы: У здоровых людей в возрасте старше 50 лет регистрируются короткие эпизоды ПТ- в 26,7% случаев, наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы – в 96.7% и 80% соответственно. Количество ЭС, как правило, не превышает 50 в сутки и увеличивается с возрастом.

V. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ, ГИНЕКОЛОГИИ, ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Абдуллозода Дж.А., Набиев З.Н., Юсуфи С.Дж., Икромов Т.Ш.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ (НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МОНИТОРИНГА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ)

Министерства здравоохранение и социальной защиты население Республике Таджикистан
ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

Актуальность. В конце 2019 г. человечество столкнулось с коварной инфекцией, вызванной новым штаммом коронавируса человека (SARS-CoV-2), характеризующейся относительно высокой летальностью, которая, по данным разных исследований, колеблется в широких пределах (от 0,5 до 15%).

Необходимо отметить, что одним из ведущих патогенетических синдромов новой коронавирусной инфекции, приводящей к летальному исходу, является тяжелая дыхательная недостаточность. Её развитие связывают с осложнением в виде острого респираторного дистресс-синдрома. Наряду с этим, немаловажным фактором, отягощающим течение инфекции, является способность SARS-CoV-2 поражать различные органы и системы органов [1, 2, 4].

Особенностью клинической картины коронавирусной инфекции у детей (по результатам анализа сезонных коронавирусных инфекций, обусловленных коронавирусами) является поражение как верхних дыхательных путей (ринофарингит), так и нижних дыхательных путей (бронхит, бронхиолит, пневмония) [3].

Коронавирусы впервые были выделены D. Tyrrell и M. Bynoe от больного с острым ринитом в 1965 г. В 1967 г. штаммы коронавируса в культуре клеток трахеи были выделены K. McIntosh. В 2014 г. I. Eckerle, V.M. Cormanetal., изучив репликативные особенности коронавируса (MERS-CoV), выявили высокую мутагенную способность коронавируса, которая может обеспечить передачу вирусов от животных к человеку [1].

Учитывая важность проблемы, со стороны МЗ и СЗН достаточно оперативно были разработаны Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19 у детей)».

Также утверждены методические разработки: «Особенности клинических проявлений и лечение заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей»(от 04.05.2020№134), «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19» (от 12.10.2020№546) и др.

По данным оперативного мониторинга, средняя распространенность заболевания новой коронавирусной инфекцией у детей колебалась в регионах от 0,7% до 2,6% в структуре общей заболеваемости. Бессимптомные и легкие формы болезни в среднем составили 55–60%. По мере накопления опыта и оптимизации осуществления противоэпидемических мероприятий и проведения тестированияпри патологии дыхательной системы,количество госпитализированных детей существенно сократилось.

Цель исследования. Провести анализ существующего в РТ мониторинга заболеваемости детей новой коронавирусной инфекцией у детей.

Материалы и методы исследование: в период с 10.06.2020 г. по 10.09.2020 г. проведен анализ данных оперативной статистики по регионам, в которых учитывали заболеваемость детей, а также данные оперативного отчета по областям об инфекционныхзаболеваниях среди детей. Проанализированы медицинские карты стационарных больных,которым диагностирована пневмония, и исследования детей, у которых обнаружены нарушения функции кишечника. Следует, отметить, что после проведенного вирусологического исследования у 3545 детей в возрасте от 15 дней до 18 лет с проведением лечения в амбулаторных и в стационарах условиях Республики Таджикистан, у 368(10,4%)больных детей, результат лабораторного исследования наCOVID-19 был положительным (табл. 1.).

Таблица 1

Распределение больных детей по возрасту и полу

Возраст	Количество детей		Пол	
	Абс.	%	Мальчики	Девочки
0-3	47	12,8	25 (6,7%)	22 (5,9%)
3-7	51	13,9	30 (8,1%)	21 (5,7%)
7-10	68	18,5	31 (8,4%)	37 (10,0%)
10-14	95	25,8	50 (13,5%)	45 (12,2%)
14-18	107	29	60 (16,3%)	47 (12,7%)
Итого	368	100	196 (53,2%)	172 (46,7%)

Примечание: *% от общей количества больных.

В исследуемых группах больных городских жителей составило 204 (55,4%) детей и 164 (44,6%) сельских детей. Из них 196 (53,3)было мальчиков и 172 (46,7%) девочек. Из положительных результатов исследования у 125(33,9%) детей клинических проявлений болезни (повышение температуры, недомогание, нарушение дыхание) не выявлено. У 109(29,6%) детей диагностировали нарушения со стороны функции желудочно - кишечного тракта. Только у 134 (36,4%) больных детей на фоне респираторной вирусной инфекции наблюдалась дыхательная недостаточность разной степенитяжести. Компьютерная томография и рентгенограмма грудной клетки только у 176(47,8%) детей обнаружила характерные признаки воспаления (табл. 2.):

Таблица 2

Сопутствующие патологии у обследуемых детей

Нозология	Количество	%
Анемия	23	6,25
ВПС*	11	3
БЭН**	14	3,8
Ожирение	9	2,4
Бронхиальная астма	5	1,4
Токсический гепатит	6	1,6
Всего	68	18,45

Примечание: * Врожденные пороки сердца; **Белково-энергетическая недостаточность, % от общей количества больных.

Среди детей, госпитализированных с двухсторонней пневмонией сопутствующие патологии диагностированы у 68 (18,45%) больных детей.

В зависимости от тяжести состояние и клиники обструктивном синдрома проводили ингаляции увлажнениями кислородом с корен солодки и листы шалфее в день 4 раза по 15 минут.

Результаты исследования и их обсуждение. Распространенность COVID-19 у детей в различных регионах РТ составляла от 1% до 10,4% в структуре общей заболеваемости. Среди детей с положительное результатами больше всего диагностировали в г. Душанбе 201 (54,6%), далее Хатлонской области 67 (18,2%),в Сугдские области 56 (15,2%),в районах республиканские подчинение 44 (12%)детей. Бессимптомные и легкие формы болезни, не требовавшие госпитализации, отмечали в 30–35% случаев. В большинстве случаев дети поступали в стационар на 4–6-й дни заболевания в тяжелом и крайне тяжелом состоянии за счет легочносердечной недостаточности, у 26 – с лихорадкой до 38–39°С, в5 – с признаками угнетения сознания. В группы больные с тяжелый течение входили детей раннего возраста которые составили 47 (12,8) дети возраста от 15 дней до 3 лет. Из этой группе больные были на респираторные поддержки в 14 (3,8%) случае от 24 часов до 7 сутки и в 5 (1,3%) больных результат были неблагоприятными. Непосредственной причиной смерти явилась сердечная или легочно-сердечная недостаточность. Несомненным является значение сопутствующие патологии в развитии неблагоприятных исходов. Больные с имеющие сопутствующие патологии проводилось параллельно коррекции дисфункции органов и системы. У всех детей по данным рентгенографии, ультразвукового исследования или компьютерной томографии органов грудной клетки диагностировали внебольничную двустороннюю пневмонию, что не всегда совпадало с выраженностью респираторного синдрома. В клинические практики нами при выражение дыхательное недостаточности и обструктивном синдрома у 32 (8,7%) больных проводили ингаляции кислородом скорен солодки и смеси шалфее в день 4 раза по 15 минут. Надо отметить, что после проведение, данное методики состояние детей улучшилось, признаки обструктивном синдрома уменьшилось. Результат исследование показало, что около 30% больных начало заболевание протекало виде кишечные дисфункции(рвота, жидкие стулья)и при госпитализации на первые план выступали картина эндогенное интоксикации. Сроки пребывания в стационаре составили от 4 до 17 суток, чаще 4–7койко-дней. Следует подчеркнуть частоту осложнение зависало от сопутствующие патологи на фоне основного заболевание(врожденных поражений сердца пороков развития и тяжелой фоновой

миокардиопатии, тяжелое анемии), в ряде случаев с развитием нарушение основными жизни важные функциионганов и системы. Истории борьбы с новой коронавирусной инфекцией будет еще долго обобщаться и анализироваться, однако динамика течения пандемии в Республики Таджикистан, в целом, показывает успешность применяемых мер по обеспечению населения, в том числе и детей, медицинской помощью, что проявляется относительно низкой заболеваемостью и летальностью от COVID-19 среди детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вирусы и вирусные инфекции: руководство по вирусологии / под ред. Д.К. Львова – М.: МИА, 2013. – С. 211–217.

2. Lurk, Zhao, Lit, etal. Genomic characterization and epidemiology of 2019 novel corona virus: implications for virus origins and receptor binding. Lancet 2020; 395: 565-574.

3. Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A novel corona virus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engle J Med 2020; 382:727-733.

4. Wu F, Zhao S, Yu B, et al. A new corona virus associated with human respiratory disease in China. Nature 2020;579: 265-269.

5. She J, Liu L, Liu W.She J, et al. COVID-19 epidemic: Disease characteristics in children. J Med Viol. 2020 Jul;92(7):747- 754. Dior: 10.1002/jmv.25807.

6. Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, Tong S.Dong Y, et al. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. Pediatrics. 2020 Jun;145(6):e20200702. Dui:

Бобоходжаева З.С., Талабов М.С., Негматова Г.К.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ КОЛИИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

Цель исследования. Изучение клинических особенностей кишечной колиинфекций у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 60 детей в возрасте от 1 мес. до трёх лет госпитализированных в ДКИБ г. Душанбе. Диагноз кишечной колиинфекции ставился на основании клинической картины заболевания и бактериологического выделения энтеропатогенных кишечных палочек.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования показали, что энтеропатогеный эшерихиозв основном встречается среди детей раннего возраста и одним из постоянных симптомов является рвота которая отмечена у всех больных и более чем у 65% больных она была 3 и более раз в сутки, чаще у детей до 1 года (60%). Доминирующими синдромами при кишечной колиинфекции являются токсикоз и эксикоз, которые встречаются у 78,3 и 71,7% соответственно больных детей. Повышение температуры тела свыше 39^{o}C отмечена у 65% больных, преимущественно у детей грудного возраста (56,7%). Диарейный синдром проявился частым водянистым жидким стулом. Водянистый стул отмечался у 68,3% больных, преимущественно у детей до 1 года (58,3%). Частота стула при кишечной колиинфекции у половина больных превышала 15 и более раз в сутки. Метеоризм и урчание живота выявлен более чем у 70% больных. Податливость ануса является одним из основных симптомов колиинфекции. Он отмечался у 52 (86,7%) детей, особенно среди детей до 1 года (75%). По нашим данным, почти у 87,3% больных кишечная коли-инфекция протекала остро, у 12,7% она имела затяжное течение. Волнообразное, длительное течение ее с повторными подъёмами температуры, упорной рвотой наблюдалось, главным образом, у детей с изменённым морбидным состоянием.

Выводы. Таким образом, основными клиническими проявлениями при кишечной колиинфекции у детей были: повторная рвота (65%), токсикоз (78,3%), эксикоз (71,7%), повышение температуры тела свыше 39^{o}C (65%), водянистый стул 15 и более в сутки (68,3%).

Результаты исследования показали, что энтеропатогеный эшерихиоз в основном встречается среди детей раннего возраста. Среди заболевших дети до года составляли 68,3%, в том числе до 6 месяцев – 31,4%, от года до 2 лет – 23,3%.

Кубиддинов А.Ф., Саидов Дж.С., Тагожонов М.З., Одинаев А.А., Хомидов Дж.Б.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ НА ПРАКТИКЕ ВЫЕЗДНОЙ РЕАНИМАЦИОННО-ТРАНСФУЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ С ЛАБОРАТОРИЕЙ ГЕМОСТАЗА

Государственное учреждение «Республиканский научный центр крови» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Целью настоящего исследования явилась улучшение результатов лечения родильниц с массивной кровопотерей за счет избирательного подбора гемопрепаратов с учетом качества гемостаза доноров и коагулопатий у родильниц.

Материалы и методы исследования. Исследование включало в себя два этапа. Первый этап изучение показателей гемостаза различных категорий доноров, распределение их по группам в зависимости от возраста, донацийи других факторов. Анализированы результаты коагулологических тестов 200 доноров (100 мужчин и 100 женщин) в возрасте от 18 до 65 лет, с массой тела более 55 кг, с частотой кровосдачи 3-4 раза в год (от 5 до 20 донаций за весь период донорства). Исследованием были определены следующие показатели: количество эритроцитов, содержание гемоглобина, время свертывания крови по Ли-Уайту, частично активированноетромбопластиновое время, агрегация тромбоцитов, содержание фибриногена по Клауссу, антитромбина III и общего белка сыворотки. Второй этап исследования заключался в использовании компонентов крови при проведении трансфузионной терапии на основании избирательного подбора с учетом качества гемостазадонорской крови ипоказателей гемостазау родильниц (реципиента).

Результаты исследования и их обсуждение. Проведено исследования 210 родильниц с ОМК, исследуемые родильницы с ОМК условно разделены на 2 группы: 1 группу составили 98 (46,7%) родильниц, которым инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ) проводилась согласно клиническим рекомендациям, 2 группу составили 112 (53,4%) родильниц, которым в ИТТ, кроме клинических рекомендаций, дополнительно в программу включалась избирательная коррекция нарушений гемостаза, а также контрольную группу составили 30 практически здоровых женщин (ПЗЖ) репродуктивного возраста, которые условно обозначены как 3 группа. Избирательная компонентная трансфузионная терапия позволила добиться нормализации показателей гемостаза наименьшей дозой трансфузионных сред у исследуемой группы по сравнению с контрольной ($p<0,05$).

Выводы. Проведённая сравнительная оценка ИТТ согласно клиническим рекомендациям, основанным на принципах «Damagecontrolresustitation» и этой же оптимизированной, персонализированной программы с включением избирательной трасфузионной терапии с заранее заготовленными компонентами крови от особых доноров по гемостатическому потенциалу показала, что последняя обеспечивает более стойкий гемостатический эффект и быстрее устраняет нарушения гемостаза у родильниц с ОМК, а также обеспечивает профилактику побочных эффектов и осложнений от массивной трансфузионной терапии. Оптимизированная и персонализированная тактика с включением избирательной трансфузионной терапии в комплекс «Damagecontrolresustitation», проведенная у родильниц с острой массивной кровопотерей, обеспечивает снижение органных осложнений на 24,0%, снижение материнской смертности на 12,4% (от 22,7% до 10,3%), койко-дней от 3 до 6 и устранение других рисков развития угрожающих жизни осложнений.

Курбонова П.Г., Вохидов А.В.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОФИЗИОЛОГИИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D В ОРГАНИЗМЕ РЕБЕНКА

ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

Цель исследования. Оценить некоторые вопросы патофизиологии дефицита витамина D в организме ребенка.

Материалы методы исследования. Проведен подробный анализ причин и факторов риска, способствовавших возникновению дефицита витами-

на D в организме ребенка. Исследование основано на анализе 150 случаев рахита у детей в возрасте от 2 до 5 лет, из них 46,8% составили девочки. Полученные результаты сопоставлены с литературными данными. Во всех случаях беременность матерей, протекала на фоне экстрагенитальной патологии.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведеные анализ позволил нам установить, что недостаточное образование витамина D в коже и недостаточное его поступление с пищей ведет к снижению уровня 25(OH)D, и в результате возникает гипокальциемия, которая имело место у 49.6% детей. При этом уровень фосфора остается нормальным, а уровень 1,25(OH)2D может быть нормальным или даже повышенным. По мере дальнейшего снижения уровня кальцидиола для поддержания нормальной концентрации кальция в крови вырабатывается паратиреоидный гормон, который повышает уровень кальция в крови за счет деминерализации костей. При этом уровень кальция в крови становится нормальным. Однако, паратиреоидный гормон уменьшает реабсорбцию фосфора в почках, поэтому уровень фосфора в крови снижается – 60,2%. На этой стадии возможно повышение щелочной фосфатазы в крови, так как этот фермент продуцируют активные остеобласты. При тяжелом дефиците 25(OH)D происходит декомпенсация механизмов поддержания нормального уровня кальция в крови. Установлено гипокальциемия, гипофосфатемия, значительное повышение уровня щелочной фосфатазы в крови и признаки деминерализации костей, которое проявлялось изменением структуры и архитектоники костей, по данным лучевого обследворания. В результате не происходит нормальной минерализации формирующейся костной ткани, а именно не минерализуется остеоид (возникает остеомаляция), и снижается или даже останавливается энхондральная кальцификация эпифизарной пластинки, что ведет к деформации костей на различных уровнях трубчатых костей – 77,5%, браслетки, рахитические «четки».

У детей это проявлялось низкорослостью и деформацией костей, характерными для рахита. Костные проявления рахита включают увеличенный в размерах большой родничок – 39,6%, выступающие лобные бугры – 56,9%, краниотабес – 66.3% (размягчение костей черепа), гаррисонову борозду, рахитические «четки», увеличение в объеме запястий и лодыжек. Имело место при тяжелых случаях саблеобразная деформация длинных трубчатых костей, которые подвергаются нагрузке. Как правило, у детей, страдающих рахитом, имело место задержка моторного развития, они начинают ходить с опозданием. Могут присутствовать гиперрефлексия, боли в мышцах и костях. Этим проявлениям сопутствуют задержка прорезывания зубов и патология зубной эмали.

Вывод. 1. Клинические признаки дефицит витамина D тем выраженнее, чем ниже уровень кальцидиола. 2. Экстрагенитальная патология матери оказывает существенное влияние на патогенез формирования дефицита витамина D.

Курбанова Р.Т., Мухамедова И.Г., Бегматов Х.Ш., Маджидов А.А.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Оценить тактику и эффективность хирургического лечения детей с детским церебральным параличом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 138 больных с ДЦП в возрасте от 6 до 14 лет. Девочек было 45 (32,6%), мальчиков 93(67,4%). Больные с легкой и средней степенью поражения (138) составили 88%, с тяжелой степенью поражения (17).-12%. Одновременное поражение тазобедренных, коленных суставов и стоп наблюдалось у – 84 (60,8%), сгибательные контрактуры коленных суставов у 48 (34,7%), эквинусно-варусная деформация стоп у 107(77,5%), эквинусно-вальгусная у 31(22,4%) больного. Оперативное вмешательство производилось на сухожильно-мышечном и костно-суставном аппаратах. При наличии сгибательно-приводящей контрактуры тазобедренных суставов производили субспинальную миотомию в сочетании с миотомией аддукторов (103 операции). Детям старше 14 лет с выраженной сгибательно - приводящей контрактурой тазобедренных суставов была произведена деторсионная варизирующая остеотомия бедра (19 операций). При сгибательных контракту-

рах коленных суставов производилось удлинение мышц сгибателей (124 операции), в сочетании с рассечением двигательных ветвей периферических нервов. По поводу эквинусной деформации стоп производилась ахиллопластика (194 операций). Детям старше 14 лет ахиллопластика сочеталась с трехсуставным артродезом стопы (18 операций). После операции накладывалась двухсторонняя гипсовая повязка с распоркой сроком на 8 недель. По снятии гипсовой повязки назначалась лечебная физкультура, физиотерапевтические процедуры и обязательное ношение ортопедических ортезов и обуви.

Результаты исследования и их обсуждение. При контрольном осмотре 92 (66,7%) оперированных больных в сроке от 6 месяцев до 2 лет выявлено, что достигнута полная коррекция деформаций и контрактур у 46 (50%) больных. Частичный рецидив контрактуры и деформации имелся у 39 больных (42%), что связано с нарушением ортопедического режима, у 7 больных (8%) отмечен рецидив деформаций в связи с тяжестью основного заболевания и резкого снижения интеллекта.

Выводы. Хирургическое лечение детей с детским церебральным параличом должно проводиться с учетом тяжести поражения суставов и способствовать улучшению опороспособности конечностей, уменьшению инвалидности у детей.

Латифов Ш.Э., Пулодов Дж.О., Шоймуродов Х.У.

НЕКОТОРЫЕ НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА

Учебно-лечебный хирургический центр ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

Цель исследования. Изучить нарушение системы гемостаза у детей с болезнью Гиршпрунга.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 80 больных с болезнью Гиршпрунга, в возрасте от 3 до 15 лет, наблюдавшихся в клинике детской хирургии анестезиологии и реаниматологии Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров, на базе Городской клинической детской хирургической больницы г. Душанбе, Республики Таджикистан.

В зависимости от применения современного метода диагностики, способа предоперационной подготовки, методов хирургических вмешательств, пред-, интра- и послеоперационного ведения, состояния гемостаза, а также учитывая реабилитационную терапию, больные распределены на две группы:

В первую группу вошли те дети 36 (45%), которые получали традиционные способы лечения (предоперационная подготовка, многоэтапное вмешательство, колостома, основной этап операции, иссечение низведенной кишки, закрытие колостомы). Следует отметить, что эти пациенты не получали целенаправленную восстановительную реабилитационную терапию и не осуществлялось динамическое диспансерное наблюдение. Этим больным 36 (45%), с целью предоперационной подготовки была наложена двуствольная колостома на восходящей части толстой кишки. Они до основного этапа операции, сроком до 6 месяцев, находились с колостомой. Во вторую группу вошли 44 (55%) ребёнка, к которым были применены современные методы диагностики и лечения. Всем больным проведены клинико-биохимические, рентгенологических и УЗ исследование. Изучена система гемостаза. Комплексное исследование системы гемостаза проведено у 44 больных при поступлении в стационар, перед операцией, во время и после проведенного оперативного лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. Динамика показателей гемокоагуляции и фибринолиза у детей изучено в зависимости от стадии и формы болезни Гиршпрунга. Так как все дети поступили в клинику почти с одинаковыми клиническими проявлениями болезни (потеря аппетита, вздутие живота, запоры), разделили на три группы в зависимости от потологического состояния: I - группа компенсации, II - группа - субкомпенсации, III - группа - декомпенсации. Исследование коагуляционного звена гемостаза у больных с компенсированной стадией заболевания толстого кишечника показало удлинение активированного времени рекальцификации (АВР) на 10,4% (55,2±0,7″); ($p<0,01$), активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) на 1,2% (32,4±2,0″); ($p<0,05$), увеличение протромбинового времени на 10,2%. (17,3±0,13″); ($p<0,05$). Количество фибриногена снижалось до 2,4±0,18 г/л по сравнению с контрольной группой. Количество тромбоцитов $265±10,1x10^9$ и протромбиновый

индекс 79,8±0,3% по сравнению с контрольной группой, достоверно не изменились. Исследование фибринолитической системы выявило повышение XIIa фактора на 19,4% (10,2+0,9'); (p<0,05). Выявлено умеренное снижение активности протеина С до 84,2±1,51% (p<0,01). Итак, изучая показатели системы гемостаза при компенсированной стадии заболевания толстого кишечника, мы пришли к выводу, что отмечается снижение внутренних факторов свёртывания крови (VII, IX, XI, XII). Все это проявляется в виде гипокоагуляции с незначительными изменениями в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза при сохранении нормальных показателей суммарной активности антикоагулянтов.

У детей с субкомпенсированной стадией в момент поступления отмечались довольно значительные изменения в системе гемостаза. Выявлено удлинение АЧТВ до 37,8±0,9″(p<0,01), а протромбинового времени на 19,1% и составило 18,7±0,15″(p<0,01).

При изучении коагуляционного звена гемостаза у больных с субкомпенсированной стадией отмечалось снижение АВР на 16,0% 58,0±1,1″; (p<0,01), по сравнению с контрольной группой снижение количество фибриногена до 2,2±0,3г/л. Исследование тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза указывает на снижение количества тромбоцитов до 245±10,1x10^9 (p<0,01), а индекса тромбоцитарной активности увеличена до 26,8±0,4% (p<0,05).

Исследование системы фибринолиза выявило повышение XII-а фактора на 36,1%. 9,2±0,6 (p<0,01), активности протеина С до 18,7±0,15% (p<0,01). Из маркёров внутрисосудистого свёртывания отмечается значительное повышение количества продуктов деградации фибриногена (ПДФ).

Исследование системы гемостаза у пациентов с декомпенсированной стадией заболевания показывает на значительные изменения, которые характеризуются снижением максимальной свёртывающей активности крови. Отмечалось удлинение активированного времени рекальцификации (АВР) на 20%. (60,0±1,3;) (p<0,01), активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) на 21,8% (39±0,7″) (p<0,01). Протромбиновое время (ПВ) оказалось увеличеным на 90,4% (29,9±0,15″) (p<0,01), также увеличена и тромбиновая время (ТВ) на 20,1% (17,9±0,11″) (p<0,05). По сравнению с контрольной группой снизилось количество фибриногена до 2,0±0,3г/л (p<0,01). Итак, при исследовании системы гемостаза у больных с декомпенсированной стадией хирургических заболеваний толстой кишки у детей выявлен глубокий дефицит внутреннего и внешнего факторов гемостаза. По выявленным нарушениям гемостаза проводится целенаправленная предоперационная терапия с целью профилактики интра- и послеоперационных осложнений.

Таким образом, исследование системы гемостаза у детей с болезнью Гиршпрунга выявило нарушение, которое свидетельствуют о наличии процессов хронического ДВС–синдрома.

Мамадаминова С.Х.[1], Саидов С.О.[1], Рахмонов Т.К.[2]

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С СРЕДНЕТЯЖЁЛОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

[1]Кафедра педиатрии РМК МЗ иСЗН РТ
[2]ГУ Комплекс здоровья «Истиклол»

Цель исследования: оценить показатели функции эндотелия у детей со среднетяжёлой персистирующей БА в периоды обострения и в динамике.

Материалы и методы исследования: нами обследовано 34 ребенка, в возрасте от 6 до 17 лет, с среднетяжелой персистирующей БА в период обострения (1 группа) и в динамике (2 группа). Группу контроля составили 15 практически здоровые дети. Больным проведено ультразвуковое исследование эндотелии зависимой дилатации плечевой артерии по методу DSCelermajer.

Исследование толщины комплекса интима медиа общей сонной артерии (КИМ ОСА) по PignolliP. Определения уровня S – нитрозотиола в сыворотке крови спектрофотометрическим методом.

Результаты исследования и их обсуждение: выявлено достоверное снижение процента прироста диаметра плечевой артерии на 30 сек у детей 1 и 2 групп (соответственно 6,42 (5,40; 7,50%) 8,10 (7,14; 10,0%), при значениях 20,68 (18,75; 25,0%), у детей контрольной группы. Установлено достоверное повышение% прироста диаметра плечевой ар-

терии на 30 сек в период ремиссии по сравнению с периодом обострения, однако остается достоверно ниже нормативных величин. Отмечено понижение уровня S-нитрозотиола в сыворотке крови; у детей 1 группы – 0,15 (0,12;0,27) ммоль/л, в сравнение у детей 2 группы – 0,19 (0,18;0,24) ммоль/л, в сравнении с 0,33 (0,27;0,38) ммоль/л. Выявлено, что данный показатель в период ремиссии повышался в сравнении с периодом обострения, но сохранялся ниже показателей детей группы контроля. При оценке процента прироста диаметра плечевой артерии на 30 сек у детей с среднетяжёлой персистирующией БА установлена слабая отрицательная связь с длительностью заболевания, а при оценке S - нитрозотиола и длительности средней силы отрицательная корреляционная связь.

Выводы: 1. Выявлены наличие эндотелиальной дисфункции у детей с среднетяжелой персистирующией БА в период обострения и ремиссии заболевания. 2. В динамике данных показателей повышаются, однако сохраняются ниже нормативных величин, который приводит к стойким изменениям в стенке сосуда, что также подтверждается наличием корреляционной связи между длительностью заболевания и показателями функции эндотелия.

Мамадаминова С.Х.[1], Саидов С.О.[1], Рахмонов Т.К.[2], Мухиддинов Б.[2]

СИНДРОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ И АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

[1]Кафедра педиатрии РМК МЗ и СЗН РТ
[2]ГУ Комплекс здоровья «Истиклол»

Актуальность. Бронхиальная астма – заболевание, известное со времён Гиппократа не потерявшее актуальность до сегодняшнего дня. Астма является проблемой общественного здравоохранения не только для стран с высоким уровнем дохода, ею болеют во всех странах, независимо от уровня их развития. Более 80% случаев смерти от астмы отмечается в странах с низким и средне низким уровнем дохода [1, 3].

Несмотря на успехи современной медицине, своевременная диагностика БА у детей вызывает затруднения, особенно у детей раннего возраста. Ведущим клиническим симптомом БА является синдром бронхиальной обструкции, «свистящее» дыхание. Также симптомы могут наблюдаться у детей с инфекционном обструктивным бронхитом, врождёнными аномалиями трахеобронхиального дерева [2, 3]. Для диагностики БА врач анализирует данные анамнеза заболевания, анамнез жизни, жалобы больного, клинические симптомы болезни, оценивает функцию внешнего дыхания (ФВД) методом спирографии. Наличие вентиляционных нарушений по обструктивному типу, которые носят обратимый характер типичного БА [1-2]. По степени выраженности показателей ФВД оценивают тяжесть течения заболевания и полноту контроля БА. В педиатрической практике метод спирографии для оценки ФВД имеет возрастные ограничения у детей в возрасте до 5 лет, что связанно с техникой выполнения исследования. Это приводить к затруднениям в постановке диагноза БА и оценки тяжести заболевания у детей раннего возраста. С 2014 года GINA был выделен раздел по вопросам диагностики и лечения БА у детей 5 лет и младше, предложено диагностировать БА в этой возрастной группе оценивая клинические симптомы (кашель, свистящее дыхание, затруднённое дыхание или отдышка), частоту их появлений, физическую активность ребенка, данные семейного анамнеза и наличие другого аллергического заболевания у пациента (аллергический ренит, атопический дерматит). У детей раннего возраста обструктивный синдром, свистящее дыхание могут быть проявлениями респираторной инфекции дыхательных путей, а сама респираторная инфекция может быть триггером обострения БА, достаточно часто это приводит к гиподиагностике БА в этой возрастной группе и как следствие назначение базисной терапии заболевания с прогрессированием хронического воспалительного процесса в дыхательных путях. Дети 5 лет и младше испытывают затруднения с применением ингаляционных препаратов в форме дозированных аэрозолей, что приводит к использованию некорректных доз препаратов и недостаточному контролю заболевания. Таким образом, врач испытывает затруднения в своевременной постановки, диагноза БА, у детей раннего возраста. Это влечет за собой следующую проблему; своевременность начала базисной терапии БА для предупреждения прогрессирования

заболевания [1-3].

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения детей синдромами бронхиальной обструкции и астмы.

Материал и методы исследования. Нами изучены пациенты, которые были госпитализированы в ГУКЗ «Истиклол» соматический корпус отделение аллергологии и имуннологии. В исследование были проведены из 57 истории болезни детей в возрасте от 2 месяцев до 5 лет, которые имели бронхообструктивный синдром (БОС) в клинической картине заболевания. В результате проведенного обследования у 13 (22,8%) детей была диагностирована БА, у 44 (72%) – острый обструктивный бронхит (ООБ). Следует отметить, что 2/3 детей с ООБ (30 детей) имели отягощенный преморбидный фон по аллергическим заболеваниям (атопический дерматит, аллергический ренит). В своем исследование мы выделили 3 группы детей; 1-я группа – 13 (22,8%) детей с диагнозом БА, 2-я группа 30 (52,6%) ребенка с диагнозом ООБ, атопический ренит, 3-я группа – 14 (24,6%) больных с диагнозом ООБ. Большинство пациентов с 1-й группы были дети в возрасте 4-5 лет, во 2-ой группе – дети - 2-3 лет, в 3-й группе преобладали дети в возрасте до 1-го года.

Полученные цифровые данные обработаны с использованием методов вариационной и разностей статистики с вычислением M ± m и оценкой достоверности результатов по критерию Стьюдента.

Результаты исследованияи их обсуждение. Был проведен тщательный анализ клинико-анамнестических данных у обследованных всех групп. Выявлено что больше половины детей с БА – 9 (15,8%) – госпитализированы в стационар на 2-е сутки заболевания. Большинство детей с ООБ и атопическим дерматитом 19 (33,3%) направлены в стационар на 3-4 сутки заболевания. К концу первой недели заболевания на 5-7 сутки, как правило, госпитализировалось дети с ООБ. В группе больных БА рецидивирующий БОС (3 и более раз в год) отмечался у 7 (12,3%) детей, тогда как только треть пациентов 10 (31,3%) с ООБ и атопическим дерматитом указывали на повторные, до 3 –х раз в год, эпизоды БОС. У подавляющего большинства детей с ООБ -9 (15,8%) –не отмечены эпизоды повторного обструктивного синдрома. Отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям в семье наблюдалось у 9 (15,8%) пациентов с БА, у 11 (19,3%) детей с ООБ и атопическим дерматитом и только у 4 (7,0%) больных ООБ. Практически все дети с БА 12 (21,1%) и более половины 18 (31,6%) больных ООБ с атоническим дерматитом имели проявления атонии с повышением уровня IgE в крови. только у трети пациентов с ООБ 5 (8,8%) отмечено повышение показателей у IgE. Дети из групп больных ООБ не имели клинических проявлений сопуствующих аллергических заболеваний, таких как аллергический ринит, апопический дерматит. На ухудшение состояния после контакта с аллергеном указывали 8 (14,0%) больных БА, остальные пациенты этой группы связывали появление БОС с респираторной инфекцией. У большинства детей из группы ООБ с атопическим дерматитом и группы ООБ 29 (50,9%) и (14,0%) соответственно) ухудшение состояние и развитие БОС отмечено на фоне ОРЗ. У трети больных в группе детей с ООБ диагностировано фоновое заболевание органов дыхания-бронхолегочная дисплазия у 4 (7,0%) пациентов, пороки развития органов дыхания- у 1 (1,8%), что также способствовало формированию обструктивного синдрома на фоне ОРЗ. Каждый пятый ребенок с БА и 28,9% детей во 2-й и 3-й группах имели персистирующую хламидийно-микоплазменную инфекцию, которая может выступать как триггер обострения БА и способствовать формированию гиперреактивности бронхиального дерева.

Выводы: 1. Особенности формирования БОС у больных было наличие сопутствующей патологии - бронхолегочной дисплазии, врождённой патологии трахеобронхиального дерева. 2. Ухудшения состояния с развитием БОС, потребовавшего госпитализацию на 4-е сутки заболевания связывают с респираторной инфекцией у большинства детей отмечено повышением IgE в крови, треть имея отягощённый семейный анамнез по аллергическим заболеваниям.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуменюк Е.Л. Современные достоверные устройства в управлении бронхиальной астмы.

2. Зайков С.В. Бронхообструктивный синдром и возможности его лечения.2008-№5/2. С 31-36

3. Environmental E.H. Development and evaluation of an Asthma-Spesific of Life. / E.H Environmental. // J/ Asthma. 2009. –Vol. 46. –P. 716-721

Мехмондустов С.Г., Ахунова З.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПРЕЯ «НАЗОНЕКС» В МОНОТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ У ДЕТЕЙ

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»
ГОУ «Республиканский медицинский колледж МЗ и СЗН РТ»

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности ИКС Назонекс в монотерапии АР у детей школьного возраста.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 44 детей (18 девочек и 27 мальчиков) в возрасте от 7 до 14 лет с круглогодичным аллергическим ринитом. Основными жалобами больных являлись – задруднение носового дыхания, чихание, зуд в носу и слизистые выделения из носа. При риноскопии определялись – выраженная набухлость слизистой оболочки носа, увеличение объёмов носовых раковин, обильные выделения из носа. Больные методом рандомизации в виде подбрасывания монеты были распределены на 2 равных по количеству группы (основная и контрольная по 22 человек соответственно). Исследование включало этапы скрининга, недельного лечения и последующего наблюдения. Больным основной группы в течение недели проводили ингаляцию препарата Назонекс по 1 дозе (150 мкг) в каждую половину носа 2 раза в день (утром и вечером). Больные контрольной группы в течение недели получали традиционную противоаллергическую терапию: Лоратив по 1 таблетке внутрь 1 раз в день, нафтизин 0,1% по 2-3 капли в нос 4 раза в день, электрофорез эндоназально с 0,1% раствором супрастина.

Критерии включения детей в исследование: наличие информированного согласия детей и их родителей на участие в исследовании их детей; участие в исследовании мальчиков и девочек в возрасте от 7 до 14 лет; диагноз круглогодичного АР, подтвержденный аллергологическим исследованием. Критерии исключения: наличие других соматических заболеваний, являющихся противопоказанием для участия больных в исследовании, или затрудняющих оценку результатов данного исследования.

В качестве критериев эффективности лечения определялось наличие или уменьшение клинической симптоматики, а также изменение риноскопической картины полости носа после проведённого курса лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. К концу лечебного периода у 17 (77.3%) больных основной группы отмечалось регрессирование и исчезновение таких симптомов как заложенность и выделения из носа, чихание и зуд в носу. При риноскопии наблюдалось исчезновение бледной окраски и набухлости слизистой оболочки и носовых раковин полости носа, уменьшение слизистых выделений из носа. У 5 (22.7%) пациентов всё ещё наблюдалась заложенность носа за счет отёчности слизистой оболочки и носовых раковин. В то время как в контрольной группе у 15 (68%) пациентов к концу лечения помимо регресссирования таких симптомов как выделения из носа, чихания и зуда в носу, все ещё отмечалась назальная обструкция, обусловленная набуханием слизистой оболочки и носовых раковин носовой полости. У 7 (32%) больных все симптомы болезни все еще сохранялись, и улучшения риноскопической картины не отмечалось.

Вывод. Таким образом, проведенное исследование показало, что применение препарата Назонекс из группы ИКС в монотерапии по сравнению с традиционным лечением, позволяет более эффективно и безопасно за максимально короткие сроки лечения и с использованием минимальных доз препарата, достичь полной ремиссии круглогодичного АР у детей в условиях медицинского кабинета школы, что в свою очередь позволяет детям получать необходимую терапию без отрыва от занятий.

Мирзоева М.Б., Хакназарова М.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ТЕРАПИИ БЕСПЛОДИЯ У ПАЦИЕНТОК С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Актуальность. На сегодняшний день во многих странах при проведении исследований и в медицинской практике все чаще применяются физиотерапевтические методы, включая использование лазерных и магнитных излучений [3, 4]. В клинической медицине применяются низкоэнергетические лазеры со световыми лучами видимого и ультрафиолетового спектров. Среди данного числа лазеров чаще всего используются гелий-неоновые, световые лучи которых находятся красном диапазоне спектра. Под воздействием данного лазера происходит увеличение энергетической продукции в измененных клетках со значительным смещением обменных процессов, приводящего к снижению потребления кислорода клетками, что способствует улучшению кровоснабжения и лимфоотока, оптимизации процессов заживления, активизации иммунитета и восстановлению процессов гуморально - гормональной регуляции. Гелий-неоновый лазер оказывает обезболивающий, противовоспалительный, ангиодилатирующий эффект, чем и обусловлены рекомендации по его применению в медицине [1 - 3].

На сегодняшний день остаются малоизученными аспекты лечения бесплодии с локальным использованием гелий-неонового лазерного излучения, особенно при хламидийной инфекции, что и явилось основанием для проведения нашего исследования

Цель исследования. Оценить эффективность использования низкочастотного лазерного излучения в комплексном терапии пациентов с бесплодием инфекционного генеза наличием хламидиоза

Материал и методы исследования. Для выявления эффективности проведенный терапии была выбрано 28 женщин с первичными вторичным бесплодии. У всех изучалась анамнез, и были проведены общий клинический и специальные гинекологическое обследование. В комплексном лечении данного проблемы использовали гелий-неоновую лазеротерапию со световой волной длиной 0,63 мкм и интенсивностью 15 мВт / см^2. Мы использовали лазерное излучение на проекцию придатков матки (1-2 зоны по 8 минут на каждую, частота излучения 1500Гц, курс лечения 12 сеансов), и на пояснично-крестцовой области, и интравагинально пациентки находились в положении сидя и лежа на кушетки. Помимо НИЛИ назначались соответствующие антибактериальные средства после определения чувствительности возбудителя к ним.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст исследуемых больных варьировал от 18 до 36 лет, в среднем составляя 27,2±0,7 года. В большинстве случаев телосложение наблюдаемых пациенток соответствовало нормальному типу. Вес исследуемых женщин в среднем составил 65,3±0,7 кг, а рост наблюдаемых пациенток в среднем составил 166,1±0,3 см. После проведённой терапии беременность наступила у 21 (75%) пациенток. Среди них у 5 (17,8%) пациенток произошел самопроизвольный выкидыш в сроке 8 – 16 недель гестации, в единичном случае отмечено внематочная беременность. У остальных женщин беременность завершилась срочными родами.

Выводы. Разработанный комплекс мероприятий своевременного выявления и лечения, динамического наблюдения и коррекция выявленных нарушений оказался эффективным - в большинстве случаев отмечалось восстановление репродуктивной функции, уменьшение числа развития осложнений при беременности и родов, что привело к значительному улучшению репродуктивного функции.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боровкова Е.И. Комплексная терапия хламидийной инфекции в акушерстве и гинекологии / Е.И. Боровкова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2007. - №3. - С. 90-93.

2. Буйлин В.А. Низкоинтенсивиая лазерная терапия табакокурения (табакизма): Информ. метод. сб. / В.А. Буйлин. - 2-е изд. - М.: Техника, 2008. — 44 с. — (В помощь практическому врачу. Лазерная терапия).

3. Буйлин В.А. Низкоинтенсивные лазеры в терапии различных заболеваний / В.А. Буйлин, С.В. Москвин // М.: НПЛЦ «Техника», 2013. - 174 с.

4. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье — проблемы и решения / В.И. Кулаков // Материалы VIII Российского форума «Мать и дитя» - Москва, 2006. - С. 3-4.

Мирзоева С.М., Шукруллоев А.Г.

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТРОЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Цель исследования: Изучение особенностей диагностики и лечения артрозов в детском возрасте.

Материал и методы исследования. Нами в клинике травматологии, ортопедии и ВПХ на базе НМЦРТ «Шифобахш» амбулаторно были исследованы 64 ребёнка в возрасте от 2 до 14 лет. Мальчиков было 42 (65,6%), девочек – 22 (34,4%) дети были в возрасте от 2 до 14 лет. Из анамнеза 15 (23,4%) детей имели травму коленного и 10 (15,6%) голеностопного суставов, у 12 (18,7%) выявили деформацию коленного суставе на почве перенесенного рахита. 11 (17,1%) больных были оперированы по поводу врожденной косолапости, у 10 (15,6%) диагностировано плоскостопие 11-111 степени, 6 (9,3%) детей лечились по поводу артрогриппоза.

В амбулаторных условиях больные подвергались обследованию. Были использованы клинические, лабораторные, биохимические исследования, рентгенография, КТ, МРТ суставов.

Результаты исследования и их обсуждение. Клинически в зависимости от степени артроза симптомы были различные. Анализ показал, что-после пробуждения ребенок жалуется на небольшую боль, усиление болей во время выполнения упражнений. При движении суставов появляется характерный хруст, нарушается походка. Нарастает болезненность при пальпации, усиливается деформация сустава. Лечение медицинскими препаратами артроза допускается только непродолжительными курсами и в период обострения. При лечении необходимо обеспечение всех условий для нормальной ходьбы ребенка, следить за режимом, питанием и гимнастикой. Противовоспалительные препараты нацелены на снятие воспаления и боли в суставах. Надо включить в рацион фрукты и овощи. При артрозе детям советуют ходить босиком по скошенной траве, песку, земле. Такая гимнастика улучшает микроциркуляцию в стопах.

Физиотерапия повышает эффективность медикаментов, улучшает циркуляцию крови, снимает отечность и воспаления, уменьшает боль, останавливает процесс.

Вывод. Таким образом, результаты наблюдения показали, что артрозы в детском возрасте имеют свои особенности. Комплексный индивидуальный подход к диагностике и полноценное лечение с учетом конкретных симптомов возраста, степени развития болезни позволяют добиться стойкой ремиссии сохранения нормального качества жизни ребенка.

Сайдахмадова Ш.Дж. Байматова З.К. Гулакова Д.М.

ГЕСТАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГОУ "Республиканский медицинский колледж"
ГУ ТНИИ АГ и П

Цель исследования: определение частоты гестационных осложнений, включая и перинатальных, у женщин с заболеваниями щитовидной железы.

Материал и **методы исследования**. Обследованы 70 беременных женщин с диффузным эутиреоидным зобом (ДЭЗ) и гипотироксинемией и их новорожденных (основная группа) и 30 практически здоровых беременных женщин с их новорожденными (группа контроля). Критериями включения явились: наличие беременности, сниженная йодурия, заболевания щитовидной железы. Критерии исключения были: наличие сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, метаболического синдрома, хронических заболеваний почек. Изучены жалобы и анамнез, проведены акушерский осмотр, визуальный, дигитальный и ультразвуковое исследование щитовидной железы, допплерометрия маточного-плодово-плацентарного кровотока, определение в крови беременных женщин уровня гормонов щитовидной железы (Т3 и Т4), тиреотропного гормона (ТТГ) гипофиза и гормонов фето-плацентарного комплекса (плацентарный лактоген - ПЛГ, эстрадиол -Э2, эстриол

- Э3 и прогестерон – Р) проводилось иммуноферментным методом, йодурия - спектрофотометрическим методом. Новорожденным проводилась антропометрия (масса, рост, окружность груди и окружность головы) и оценка по шкале Апгар.

Результаты исследования и их обсуждение: Полученные данные показали, что у всех обследованных женщин основной группы имело место диффузное увеличение щитовидной железы, в том числе 41 (58,6%) - 1 степени, 29 (41,4%) - 2 степени, а концентрация йода в моче находились в пределах от 22,4 до 92, 1 мкг/л, что соответствовала лёгкой и средней степени тяжестийодурии. Гипотироксинемия установлена при снижение содержания тироксина до 6,1±1,3 нмоль/л и повышения ТТГ до 2,4±0,2 МЕд/л, что было статистически значимо ($p<0,05$) ниже контрольных величин (12,5±0,9 нмоль/л и 1,8±0,09 МЕд/л, соответственно).

Ранний токсикоз (46/65,7%), угроза прерывания беременности (43/61,4%), многоводие (19/27,1%), преэклампсия (31/44,3%), плацентарная недостаточность (45/64,3%) и СЗРП (24/34,3%) достоверно чаще осложняли беременность у женщин основной группы. Установлено увеличение частоты женщин со сниженными уровнями и статистически достоверным снижением средних уровней ПЛГ, Э2, Э3 и Р у беременных женщин с заболеваниями щитовидной железы. по сравнению с соответствующими показателями женщин контрольной группы. Выявлена, что у женщин со сниженным уровнем прогестерона беременность осложнялась угрозой прерывания беременности в 100% случаев, при снижении плацентарного лактогена – нарушениями кровотока в системе «мать-плацента-плод в 85% случаев, преэклампсией – в 94% случаев, и при снижении уровня эстрадиола – СЗРП в 100% случаев. Выявлены статистически значимое ($p<0,001$) отличие средних величин оценки по шкале Апгар на первой и пятой минутах рождения новорожденных основной и контрольной групп (7,3±0,1 и 8,1±0,2; 6,5±0,1 и 7,1±0,1 баллов) и средней массы новорожденных основной (2910,5±85,2 г) и контрольной (3186,3±60,2 г) групп и отмечено 1 случай ранней неонатальной смертности в группе женщин с заболеваниями щитовидной железы.

Вывод. У женщин с заболеваниями щитовидной железы установлена высокая частота осложнений беременности и родов, оказавшиеся влияние на внутриутробное развитие плода, адаптацию новорожденных в условиях родового стресса, что создает более неблагоприятные условия перинатального развития плода.

Тагожонов З.Ф., Назаров Э.И., Уроков А.Н. Саидов С.О.

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ

Таджикский национальный университет

Актуальность. Болезни органов дыхания - наиболее частая патология у детей, ибо каждые два ребенка из трех, родители которых обращаются к педиатру, имеют респираторные заболевания. В структуре причин младенческой смертности болезни органов дыхания занимают третье место, вслед за перинатальной патологией и врожденными пороками развития [2, 7]. Под названием «острые респираторные заболевания»(ОРЗ) объединяются большая группа болезней, характеризующаяся преимущественным поражением дыхательных путей и высокой лихорадкой [1, 4, 5]. К ним относятся грипп, парагрипп, аденовирусная, риновирусная, респираторно-синцитиальная, коронавирусная инфекции и др. Эти заболевания вызываются преимущественно вирусными этиологическими агентами и широко распространены во всех континентах мира. ОРЗ по распространенности в очень редких случаях может иметь характер вспышек с последующим возникновением эпидемии, но часто изначально имеет эпидемический характер. В истории очень много сведений о наиболее крупных с большими человеческими потерями эпидемий ОРЗ, особенно гриппа. По данным ВОЗ ежегодно в мире умирают от ОРЗ около 2,2 млн человек, 3/4 из них - от пневмонии [3, 6].

По данным известного ученого вирусолога и эпидемиолога академика Жданова Виктора Михайловича (1914-1987), острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) дети в возрасте до трех лет болеют ежегодно от 2 до 12 раз и от рождения до окончания школы в среднем может болеть ОРВИ до 60 раз, так как, специфическая профилактика и терапия ОРЗ (ОРВИ) отсутствуют.

Такое состояние проблемы требует обязательного совершенствования организации мероприятий по профилактике данной группы заболеваний у детей.

Цель исследования. Совершенствование организации мероприятий по профилактикеострых респираторных заболеваний и их осложнений у детей повышением грамотности населения в знании правил гигиены.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование в детских лечебных учреждениях Согдийской области, где с острыми инфекционными заболеваниями органов дыхания в 2017 году госпитализированы 99103 детей, из которых умерло 48 (0,044‰) детей и в 2018 году госпитализировано 101456 детей, из них умерло 52 (0,047‰)детей. В комплексе исследований острых инфекционных заболеваний органов дыхания основным диагностическим методом была Рентгенография (Р-графия), для установления диагноза и определения степени и площади поражения органов грудной полости (ОГП). При тяжелой форме поражения органов дыхания Р-графия ОГП выполнялась два раза: при поступлении больных и в процессе или в конце лечения, для подтверждения улучшения рентгенологической картины легких и выздоровления больных.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение статистических данных детских соматических отделений Согдийской области показало, что при острых инфекционных заболеваниях органов дыхания в 2017 и 2018 годы летальность снизилась до 48 (0,044‰) и 52 (0,051‰) случаев соответственно, по сравнению с летальностью в 2001 году, тогда летальность составлял 359 (0,34‰) случаев. Тяжесть течения острых инфекционных заболеваний органов дыхания зависит от основных клинических форм заболевания, которыми являются ринофарингит, ринофаринготонзиллит, фарингоконъюнктивит, трахеобронхит, бронхопневмония, бронхиолит, пневмония и альвеолит, им не редко могут сопутствовать ангины, гаймориты, фронтиты и отиты. Исход заболевания определяется тяжестью течения основного заболевания и осложнений. Из данных табл. 1 следует, что отмечен рост заболеваемости детей с острыми инфекционными заболеваниями органов дыхания (ОРЗ/ОРВИ) в Канибадамском районе - 8209 случаев в 2018 году против 7611 случаев в 2017 году, в Деваштич – 7099 случаев в 2018 году против 6674 случаев в 2017 году и в Шахристоне – 3107 случаев в 2018 году против 2591 случаев в 2017 году.Из всех 52 (0,51‰) случаев летальных исходов у детей при ОРЗ/ОРВИ,осложненной острыми инфекционными патологиями органов дыхания в 2018 году имело место в Зафарабаде 9 (2,9‰), Исфаре 8 (0,6‰), Деваштич 6 (0,8‰), Мастчох 5 (0,1‰), Пенджикенте 4 (0,1‰), и Спитамене 4 (0,09‰) случаев, Канибадаме 3 (0,03‰), Гулистоне 3 (0,1‰), Айни 2 (0,2‰), Б.Гафурове 2 (0,01‰) случая, в Кухистони Мастчох 1 (0,1‰), Шахристане 1 (0,03‰) и Дж. Расулове 1 (0,01‰) случай.

Таблица 1

Заболеваемость и летальность при острых заболеваниях органов дыхания у детей в Согдийской области

Города и районы	2017г		2018г	
	n	‰	N	‰
Айни	2	0,2	2	0,2
Ашт	-	-	-	-
Б.Гафуров	11	0,6	2	0,01
Деваштич	1	0,06	6	0,08
Зафаробод	9	0,2	9	0,2
Истиклол	-	-	-	-
Истравшан	-	-	2	0,01
Исфара	3	0,02	8	0,06
Конибодом	-	-	3	0,03
Кухистони Мастчох	2	0,1	1	0,03
Гулистон	1	0,06	3	0,1
Мастчох	8	0,3	5	0,1
Пенджекент	6	0,1	4	0,1
Спитамен	3	0,7	4	0,09
Худжанд	-	-	1	0,01
Шахристон	2	0,06	1	0,03
Дж.Расулов	-	-	1	0,01
Бустон	-	-	-	-
Всего	48	0,044	52	0,051

Исследования показали, что из всех летальных исходов в 2017 году 4 случая и в 2018 году 8 случая имели место при лечении в домашних условиях, до выявления их при подворном обходе. Из данных следует, что среди детей с острыми инфекционными заболеваниями органов дыхания, которые лечились в домашних условиях средняя продолжительность болезни - с первого дня болезни до летального исхода составило 7,5±1,8 суток.

В связи с тем, что часть случаев летального исхода имели место у детей, леченных в домашних условиях, было решено проводить подворные обходы для выявления детей с ОРЗ/ОРВИ в период наиболее высокой вспышки заболеваний.

Далее, для сравнительной оценки было про-

ведено исследование 1500 детей (1 группа), госпитализированных по поводу острых инфекционно-воспалительных заболеваний органов дыхания и 650 детей (2 группа) с острыми инфекционно-воспалительными заболеваниями органов дыхания, которые выявлены при подворном обходе в период подъёма заболеваемости ОРЗ/ОРВИ и находились на лечение в домашних условиях. Эти дети были госпитализированы в стационар для обследования и дальнейшего лечения.

Исследованием изучены тяжесть течения заболевания, видыи частота осложнений ОРЗ/ОРВИ, такие как пневмония тяжелого течения, острая дыхательная недостаточность (ОДН), инфекционно-токсический шок (ИТШ), миокардиты, острая сердечная недостаточность, отек легких и другие, как у детей 1, так и 2 группы (табл. 2, 3).

В начале ОРЗ у детей отмечались насморк, слезотечение, кашель, заложенность носа и одышка, которые являются ранними симптомами заболевания. Насморк с обильными серозными выделениями, которые вначале имеют водянистый характер, затем становились слизистыми, потом и гнойными у 217 (14,5%) детей 1 группы и 186 (28,6%) детей 2 группы ($p<0,05$). Наряду с риноreей часто наблюдается сухой першащий кашель, что наблюдали у 257 (17,1%) детей 1 группы и 162 (24,9%) детей 2 группы ($p<0,05$). В среднем насморк у детей 1 группы продолжался 6,4±0,5 дней, но у детей 2 группы до 14,1±0,9 дней ($p<0,05$).

При острых респираторных инфекционных заболеваниях органов дыхания у 89,4±3,7% детей первым и ведущим проявлением болезни была лихорадка. Ухудшение общего состояния детей, обусловленные эндогенной интоксикацией организма, высокая лихорадочная реакция организма и поражение верхних дыхательных путей, а также общая слабость и вялость,отмечались с первых суток болезни и наиболее выраженными были уже 3 и 5 сутки болезни. Явления интоксикации в среднем продолжались у детей 1 группы до 5,9±0,5 суток и у детей 2 группы 17,1±0,8 суток ($p<0,05$).

При острых вирусных и бактериальных заболеваниях органов дыхания у 1125 (75,0%) детей 1 группы и 539 (82,9%) детей 2 группы температура тела уже в первые сутки, часто в вечернее и ночное время достигала максимального уровня (от 38,5 до 40°С).

Лихорадка с показателем температуры тела в пределе 38,1±0,2°С имело место у 70,5% детей 1 группы и 18,3% детей 2 группы, в пределе 38,6±0,3°С имело место у 23,7% детей 1 группы и 19,3% детей 2 группы, в пределе 39,3±0,2°С имело место у 3,1% детей 1 группы и у 62,5% детей 2 группы. Такой экстремальный подъем температуры чаще наблюдался у младших детей, чему детей старшего возраста. Из числа 1500 (100%) детей 1 группы, которые обратились в стационары само-

Таблица 2

Основные критерии тяжелого течения острых заболеваний органов дыхания у детей

Сроки госпитализации и основные проявления острых заболеваний органов дыхания у детей		I группа, (n=1500)	II группа, (n=650)
Сроки от начала заболевания до госпитализации	2,5±0,1суток	1271 (84,7%)	312 (48%)
	5,5±0,3 суток	229 (15,3%)	241 (37,1%)
	9,5±0,7 суток	-	97 (14,9%)
Температура тела, °С	от 38,1±0,2	1098 (70,5%)	119 (18,3%)
	от 38,6±0,3	355 (23,7%)	125 (19,2%)
	от 39,3±0,2	47 (3,1%)	406 (62,5%)
Острая дыхательная недостаточность	ДН 0	1169 (77,9%)	27 (4,1%)
	ДН I	318 (21,2%)	332 (51,1%)
	ДН II	13 (0,9%)	273 (42,0%)
	ДН III	-	18 (2,8%)
Инфекционно-токсический шок	отсутствует	1421 (94,7%)	558 (85,8%)
	I стадии	72 (4,8%)	64 (9,8%)
	II стадии	7 (0,5%)	25 (3,8%)
	III стадии	-	3 (0,5%)
Тяжесть течения заболевания	легкое	1098 (73,2%)	207 (31,8%)
	средней тяжести	365 (24,3%)	322 (49,5%)
	тяжелое	37 (2,5%)	121 (18,6%)

Таблица 3

Характер, частота осложнений и исходострых респираторных заболеванийу детей

Основные проявления и осложнения		I группа (n=1500)	II группа (n=650)
Осложнения со стороны органов дыхания	Пневмония	23 (1,5%)	64(9,8%)
	Бронхопневмония	1 (0,07%)	3 (0,46%)
	Бронхиальная астма	-	2 (0,3%)
	Альвеолиты	-	1 (0,15%)
Осложнения со стороны органов кровообращения	Миокардиты	-	1 (0,15%)
	ОСН и отек легких	1 (0,07%)	3 (0,46%)
Летальный исход		0	3 (0,46%)

Примечание. % - от общего количества больных.

стоятельно у 1098 (73,2%) заболевание протекало в легкой форме, у 365 (24,3%) - имело среднюю тяжесть течения и у 37 (2,5%) детей заболевание имело тяжелое течение. Из 650 (100%) детей 2 группы, выявленных при подворном обходе у 207 (31,8%)% заболевание протекало в легкой форме, у 322 (49,5%)- имело среднюю тяжесть течения и 121 (18,3%) детей тяжелое течение.

Данные о характере, частоты осложнений и исхода заболевания при острых инфекционных заболеваниях органов дыхания у детей приведены в табл. 3.

Следует отметить, что тяжесть течения острых инфекционных заболеваний органов дыхания и развитие осложнений у детей, зависели от сроков обращения за медицинскую помощь и их госпитализации в стационары. Такие симптомы, как кашель и лихорадка, которые являются первыми симптомами ОРЗ/ОРВИ усиливаются в период разгара болезни и могут сохраняться до 2–3 недель, а патологические изменения в легких(клинические и рентгенологические) могут сохраняться до 30–40 дней от начала болезни. При острых инфекционных заболеваниях органов дыхания на фоне тяжелой интоксикации у 3 (0,46%) детей 2 группы развивалась ОДН, ИТШ, ОСН и отек легких, в результате которых наступил летальный исход.

Заключение. Острые инфекционные заболевания органов дыхания у детей часто возникают как осложнение ОРЗ/ОРВИ и протекают более тяжело, с быстрым развитием дыхательной недостаточности и выраженной интоксикацией, что связано с анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания и из-за не совершенства реактивности детского организма (прежде всего, иммунитета). Острое респираторное заболевание встречается в виде спорадических случаев и эпидемических вспышек, но не зависимо от этиологии клинически характеризуется двумя обязательными синдромами: общая инфекционная интоксикация различной степени выраженности и поражение респираторного тракта на различных его уровнях. Развитие тяжелых форм пневмонии при ОРЗ/ОРВИ у 3 (0,46%) детей, выявленных при подворном обходе привело к развитию таких грозных осложнений, как ИТШ, ОСН и отек легких, к летальному исходу. Причинами тяжелых осложнений является отсутствие специфической профилактики терапии ОРЗ/ОРВИ, не своевременная госпитализация детей. Дети часто болеют ОРЗ/ОРВИ из-за не соблюдения или не внимательности, или не грамотности взрослых (родителей, воспитателей и учителей) в знании правил и способов общественной и индивидуальной гигиены.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вохидов А., Талабов М.С., Набиев З.Н. Руководство по основам лабораторного мониторинга в педиатрии. Душанбе, 2018 г. -134 с.

2. Гулаев М.К. Значение коррегирующей терапии при бактериальной пневмонии с электролитными нарушениями у детей раннего возраста / М.К. Гулаев, К.Ч. Юнусов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана, 2018 г. -№1 (37). – С. 28-31.

3. Джумаева Л.Ф. Особенности клинического течения и этиологическая структура пневмонии у новорожденных / Л.Ф. Джумаева, К.И. Исмаилов, С.С. Саторов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана, 2017 г. -№3 (35). – С. 5-10.

4. Исмоилов К.И. К вопросу степени дисбаланса в плазменном звене гемостаза у детей первого года жизни при пневмонии / К.И. Исмоилов, С.Т. Давлатов, М.А. Исмаилова, А.Х. Бустонов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана, 2018 г. -№3 (39). –С. 5-8.

5. Лихорадящий ребенок. Протоколы диагностики и лечения. Под общей редакцией Баранова А.А., Татарченко В.К., Бакрадзе М.Д. 2-е изд. Москва, Из-

дательство «Педиатръ», 2015 г. -288 с.

6. Скачко Б.Г. Болезни органов дыхания у детей. Москва, Издательство «Педиатръ», 2012 г. -210 с.

7. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. Москва Издательство «Педиатръ», 2019 г.7-е изд. -300 с.

Худжагелдиева З.У.[1], Аминов А.Х.[1], Турсунов Р.А.[2], Хикматова Б.М.[2], Аббасова М.А.[1]

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

[1]ГОУ Республиканский медицинского колледжа МЗ И СЗН РТ

[2]Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины МЗ и СЗН РТ

Актуальность. В настоящее время лечебный процесс во многом основывается на данных лабораторной диагностики, показатели которой являются значительными при гинекологических заболеваниях для контроля над их течением и эффективностью терапии. По литературным данным последние годы произошли изменения в этиологической структуре гнойно-воспалительных инфекций гинекологических заболеваний. Увеличился вес микроорганизмов группы энтеробактерий и дрожжевых грибов [1, 3]

Для эффективной терапии необходим подбор препарата, обладающего наибольшей активностью по отношению к данному возбудителю инфекции и оказывающего наименьший вред нормальной микрофлоре человека. Широкое распространение бактериальных штаммов, обладающих различной степенью устойчивости ко многим препаратам (полирезистентностью), делает особенно актуальными качественную (метод дисков) оценку чувствительности бактерий к лечебным препаратам. Эти факты диктуют о необходимости проведения постоянного слежения за этиологической структурой гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве и гинекологии [1 - 3].

Цель исследования. В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования явилось изучить особенности этиологической структуры гинекологических заболеваний у женщин РТ.

Материалы и методы исследования. Забор материала со слизистой влагалища и цервикального канала проводили до начала антибиотикотерапии. Исследовано 65 больных женщин. Выделенные микробы идентифицировали путем определения морфологических, культуральных, биохимических признаков. Морфологию микроба изучали под микроскопом, культуральные свойства характеризуются потребностями, условиями и типом роста микроорганизмов на питательных средах. Биохимические признаки определяются набором ферментов, синтезируемых микробов в процессе их жизнедеятельности.

При выявлении какого-либо возбудителя проводили анализ чувствительности к антибиотикам. Учёт результатов осуществляют путем измерения диаметра зоны подавления роста. За зону, подлежащую измерению, принимают тот участок, на котором рост бактерий отсутствует полностью. Интерпретацию полученных результатов (вывод о чувствительности) осуществляют на основании критериев.

Результаты исследования и их обсуждение. Для изучения возбудителей слизистой оболочки влагалища и цервикального канала женщин с гинекологическими заболеваниями количество отобранных проб составило 65 анализов, каждый. При этом было выявлено и идентифицировано 120 и 90 госпитальных штаммов различных микроорганизмов, соответственно. Полученные данные видового состава изученных микробов представлены в табл.1

В микробном пейзаже слизистой влагалища наибольший процент выделения преобладали бактерии группы кокковой флоры 72/(60,0%), от общего числа выявленных штаммов. Из них Staphylococcusepidermidis 40/(33,3%), Staphylococcusaureus – 19/(15,8%) и StreptococcusSPP -13/(10,8%). Процент выделения микробов группы энтеробактерий составили 32/(26,7%), где была представлена 3–мя видами микроорганизмов, от общего числа выявленных штаммов: Klebsiella 14/(11,7%), E. Coli 15/(12,5%) и ProteusSPP 3/(2,5%). Помимо обнаружения штаммов энтеробактерий и кокковой флоры были обнаружены дрожжевые грибы и кандида в количестве 16/ (13,3%) случаев.

Подавляющее большинство обнаруженных культур со слизистой цервикального канала также были представителями микроорганизмы группы кокковой флоры 48/(53,3%)

Таблица 1

Микрофлора половых органов больных женщин, полученная при культивировании в аэробных условиях

Наименование штаммов	Со слизистой влагалища			Со слизистой цервикального канала		
	n (65)	в %	КОЕ	n (65)	в %	КОЕ
1. Staphilococus aureus	19	15,8	$1x10^3$-$1x10^6$	15	16,7	$1x10^3$-$1x10^5$
2. Staph. epidermidis	40	33,3	$7x10^4$-$1x10^6$	27	30,0	$1x10^3$-$1x10^6$
3. Streptococcus SPP	13	10,8	$1x10^6$	6	6,7	$1x10^6$
4. Klebsiella	14	11,7	$1x10^6$	14	15,6	$1x10^6$
5. E. Coli	15	12,5	$3x10^4$	10	11,1	$3x10^4$
6. Proteus SPP	3	2,5	$1x10^6$	3	3,3	$1x10^6$
7. Дрожжевые грибы	16	13,3	$11x10^4$-$1x10^6$	15	16,7	$11x10^2$-$1x10^6$
Количество выявленных штаммов	120			90		

случаев, в т.ч. Staphylococcusepidermidis – 27 (30,0%), Staphylococcusaureus – 15 (16,7%) и StreptococcusSPP 6 (6,7%). Наименьший процент выделения составили микробы группы энтеробактерий 27 (30,0%). Среди условно патогенных энтеробактерий, наиболее часто обнаруживались микробы рода Клебсиелл и E. Coli. При бактериалогическом исследовании цервикального канала обнаружены дрожжевые грибы и кандида в 15 образцах (16,7%).

Микробная обсемененность слизистой влагалища и цервикального канала женщин при бактериологических посевах характеризуется большой степенью. Уровень микробных заселений слизистой влагалища колеблется в пределах $1x10^3$ - $1x10^6$, а слизистой цервикального канала $1x10^2$- до $1x10^6$ (табл.1)

Надо отметить, что микробные ассоциации вегетирующие на слизистой влагалища выявлялись в монокультуре и составляли 25 случаев-38,5% (табл.2). В ассоциациях 2-х компонентов в бактериологических исследованиях данного биотопа микробы наблюдались в 25-х образцах (38,5%) и в 3-х – 15/(23,1%). Со слизистой цервикального канала в монокультуре наблюдались 45 случаев, что составило 69,2%. В ассоциациях 2-х компонентов наблюдались в 15-ти образцах (23,1%) и в 3-х компонентной ассоциации – 5 случаев (7,7%). Микробные ассоциации в обеих группах представлены различными сочетаниями микроорганизмов группы кокковой флоры с микробами группы энтеробактерий и дрожжевых грибов (табл. 2).

Нами была изучена чувствительность выделенных микробов к следующим группам антибактериальных препаратов: фторхинолоны, цефалоспорины, макролиды, препараты пенициллинового ряда и аминоглюкозиды (табл. 3).

По результатам проведённых исследований показали, что штаммы группы кокковой флоры оказались чувствительными к антибиотикам ципрофлоксацину – 91,6% и к цефтриаксону - 75,0%. Кроме того, для штаммов кокковой флоры эффективным оказались макролиды: эритромицин - 54,2% и рулид - 47,5%. Выраженные бактерицидные свойства проявляют и к гентамицину (91,7%), левомицетину (77,5%), фурадонину (78,3%).

К остальным антибиотикам, как пенициллин и ампициллин процент чувствительных штаммов варьировал в пределах 17,5% и 14,2%, соответственно, что необходимо учитывать при лечении гинекологических заболеваний. Цефалоспорины и фторхинолены активны и в отношении боль-

Таблица 2

Ассоциация микроорганизмов, выделенных в биотопах женщин с гинекологическими заболеваниями

Наименование ассоциаций	Со слизистой влагалища		Со слизистой цервикального канала	
	n	в%	n	в%
монокультура	25	38,5	45	69,2
2-х компонентная	25	38,5	15	23,1
3-х компонентная	15	23,1	5	7,7

Примечание. % - от общего количества больных

Таблица 3

Антибиотикограмма штаммов микроорганизмов, выделенных со слизистой влагалища и цервикального канала женщин

Наименование Антибиотиков	Группа кокковой флоры, (n =120 штаммов)		Группа энтеробактерий, (n=59 штаммов)	
	n	%	n	%
Ципрофлоксацин	110	91,6	48	81,3
Пефлоксацин	85	70,8	49	83,1
Цефтриаксон	90	75,0	51	86,4
Фурадонин	94	78,3	50	84,7
Цефазолин	76	63,3	37	62,7
Эритромицин	65	54,2	0	0
Рулид	57	47,5	0	0
Пенициллин	21	17,5	3	5,1
Ампициллин	17	14,2	4	6,8
Гентамицин	110	91,7	58	98,3
Тетрациклин	81	67,5	46	78,0
Левомицетин	93	77,5	45	76,2

Примечание. % - от общего количества больных

шинства грамотрицательных микроорганизмов (энтеробактерий). В частности чувствительность бактерий обнаружена к цефтриаксону (86,4%), пефлоксацину (83,1%), ципрофлоксацину (81,3%). Высокую чувствительность штаммы энтеробактерий проявляют к гентамицину (98,3%), фурадонину (84,7%), тетрациклину (78,0%), левомицетину (76,2%). Выявленные микроорганизмы оказались устойчивыми к эритромицину, рулиду, пенициллину и ампициллину. Изучена чувствительность дрожжевых грибов, где наиболее высокая чувствительность оказалась к нистатину, флуконазолу.

Широкое применение антибиотиков при ряде заболеваний, в частности гнойно-воспалительных инфекций гинекологических заболеваний обосновываются преимущественно тем, что эти препараты обладают весьма значительной активностью в отношении самых разнообразных видов микробов и в ряде случаев оказываются более эффективными.

Заключение: Анализ полученных данных позволяют прийти к мнению о том, что гнойно-воспалительные инфекции слизистой влагалища в 72/60,0% случаев была определена микробами кокковой группы,энтеробактериями - 32/26,7% и дрожжевыми грибами – 16/13,3%.

Процент выявления кокковой флоры слизистой цервикального канала составило 48/40,0% случаев. Наименьший процент выделения составили микробы группы энтеробактерий – 27/22,5% и дрожжевых грибов –15/16,7%, от общего числа выявленных штаммов. Изучение противомикробного действия антибактериальных препаратов, относящихся к группе фторхинолонов, цефалоспоринов, макролидов, аминоглюкозидов, показало, что большинство возбудителей гнойно-воспалительных инфекций у больных женщин проявляют высокую чувствительность к вышеперечисленным антибиотикам, что следует учесть при составлении клинических протоколов лечения гнойно-воспалительных инфекций у женщин с гинекологическими заболеваниями.

Исследования по определению чувствительности патогенных микроорганизмов к антибиотикам, следует периодически возобновлять.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Адамян Л.В. Современное состояние проблемы распространенности ВБИ в акушерских стационарах./ Л.В. Адамян, В.Н. Кузьмин, К.Н. Арсланян, Э.И. Харченко // Журн. Терапевтический архив 11-2015. - С.109-112.-Москва.

2. Воронаева С.Д. Условно патогенные бактерии возбудители госпитальных инфекий /С.Д.Воронаева// Ж.Акушерство и гинекология.-№ 7.-2003.-с. 71-73.

3. Шепелин И.А., Миронов А.Ю., Шепелин К.А. Питательные среды. //Справочник бактериолога.- М.-2015.- 194 с.

VI. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ, ТРАВМАТОЛОГИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Абдуллозода Д.А., Набиев М.Х. Гадозода Н.

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Целью настоящей работы явилось предупреждение развития гнойных осложнений при синдроме диабетической стопы, на догоспитальном этапе.

Материал и методы исследования. В основу данного исследования положены результаты клинического наблюдения и лечения 183 больных с осложненными формами СДС, госпитализированных в Центр эндокринной и гнойно-септической хирургии, развернутый на базе хирургического отделения ГКБ №3 г.Душанбе. Среди них мужчин было 95 (51,9%), женщин – 88 (48,1%). Возраст больных колебался от 30 до 74 лет. Тип, тяжесть течения и стадия СД были определены согласно классификации ВОЗ (1985). СД 1-типа выявлен у 12 (6.5%), СД 2-го типа у 171 (93.5%), у 7-и (3,8%) больных СД был выявлен впервые. В анамнезе у 98% больных выявлены сопутствующие заболевания среди которых преобладали гипертоническая болезнь - 76,1%, атеросклероз и ИБС - 73,5% и анемия разной степени тяжести у 78,7% пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Основными причинами госпитализаций больных и обращений за хирургической помощью были прогрессирующие трофические нарушения в тканях стопы, язвы, гнойно-воспалительные и некротические процессы, вплоть до гангрены пальцев или самой стопы и дистальных отделов нижней конечности. Больных, ранее перенесших хирургические вмешательства по поводу осложненной диабетической стопы было 18 (9,2%), а получавших консервативное лечение - 6 (2,4%). Среди оперированных, наиболее часто за хирургической помощью обращались больные с поражением ипсилатеральной конечности (40,4%). Наиболее характерной для больных с осложненными формами СДС является проблема поздней госпитализации. В срок до 14 суток от начала заболевания поступили 64 (34,9%) больных, от 15 дней до одного месяца 74 (40,5%), более одного месяца 45 (24,1%) больных. Позднее обращение за госпитализацией привело к распространению гнойно-некротического процесса у 35 (19,1%) больных, которым были произведены высокие ампутации. В послеоперационном периоде, из них умерли 12 (34,2%)- больных. Остальным 148 (80,9%) больным произведены малые хирургические вмешательства. Общая летальность составила 8,2%. Основными причинами смерти больных были острая сердечно - сосудистая недостаточность и продолжающийся эндотоксикоз. Особое внимание уделяется профилактике развития гнойно-некротических процессов при СД на догоспитальном этапе. Привлечение семейных врачей и других специалистов (эндокринологи, хирурги, терапевты, невропатологи и др.) к профилактике гнойных осложнений обеспечивает комплексный подход к оказанию помощи пациентам с данной патологией на догоспитальном уровне, предотвращая условия для формирования гнойно-некротических процессов, что достигается нормогликемией, диетотерапией, обучением больных уходу за стопами, ногтями, правильному подбору и ношению обуви с ведением здорового образа жизни. Семейные врачи при выявлении больных не только с осложненными формами синдрома диабетической стопы, но и при обнаружении наличия диабетической стопы I степени, должны направлять больных в специализированные отделения для профилактического лечения.

Вывод. Таким образом, раннее выявление больных с синдромом диабетической стопы семейными врачами и проведение профилактического обучения уходу за стопами, с обеспечением оптимального метаболического контроля, обучение больных самоконтролю диабета и комплексная профилактика на догоспитальном этапе позволяют уменьшить частоту и сроки поздней госпитализации, что благотворно влияет на снижение количества ампутаций и снижение летальных исходов у больных с гнойно-некротическими поражениями стоп на фоне СД.

Азиззода З.А., Рузибойзода К.Р., Курбонов И.К.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургических болезней №1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Введение. Диагностика и лечение больных с эхинококкозомпечени (ЭП) за последние годы претерпели большие изменения. Внедрение высокоточных лучевых методов диагностики, в том числе УЗИ, КТ и МРТ и применение миниинвазивной технологии намного улучшило результаты диагностики и лечения ЭП и его осложнений [1, 4].

В последние годы для хирургического лечения ЭП и его осложнений широко и с большим успехом применяются миниинвазивные методы, в том числе лапароскопия, чрескожно-пункционные вмешательства, эхинококкэктомия из мини доступов [2, 3].

Опыт большинства авторов показывает, что применение минимально инвазивных методик при хирургическом леченииЭП и его осложнений способствовали снижению числа послеоперационных осложнений более чем в 5 раз, сроков стационарного лечения до 2 недель, летальных исходов практически до нуля. Проведение противорецидивной химиотерапии альбендазоломпри условии удаления всех выявленных кист позволило снизить частоту развития рецидивов заболевания с 18,8 до 0,5% [5, 6].

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения эхинококкоза печени.

Материал и методы. Анализированы результаты хирургического лечения пациентов, оперированных в период с 2008 по 2019 гг. Обследование пациентов включало обязательное выполнение УЗИ при поступлении. Комплексное УЗИ при ЭП и его осложнениях позволило определить размеры и расположение кист, толщину стенок, характер кистозного содержимого, изучить структуру печени, уровень эхогенности, анатомическое взаимоотношение кист с крупными внутрипеченочными сосудами и протоками и выбрать оптимальный доступ и вид оперативного вмешательства.

Компьютерную томографию (КТ) проводили с целью дифференциальной диагностики паразитарных кист с непаразитарными, опухолями печени, для определения первично-множественного поражения печени, а также с целью определения дальнейшей тактики ведения больного и выбора способа оперативного лечения.

МРТ применяли с целью определения степени фиброзных и воспалительных изменений перифокально от эхинококковых кист, наличия и степени вовлеченности в патологический процесс крупных сосудов и желчных протоков.

По характеру хирургического лечения все пациенты были распределены на две группы. У больных основной группы выполнялись различные варианты минимально инвазивных вмешательств (операции из минилапаратомного доступа, лапароскопические вмешательства, чрескожныепункционно-дренажные вмешательства и комбинации этих методов лечения). В контрольной группе хирургическое лечение ЭП выполнялось из традиционного лапаротомного доступа в период с 2008 по 2013 годы. Во время операции в качестве противосколексных растворов для обработки остаточной полости в основном использовали 70% медицинский спирт с экспозицией 8-10 минут, 30% раствор NaCl с экспозицией 10-12 минут, и 80% раствор глицеринас экспозицией 8-10 минут. У больных основной группы для антипаразитарной обработки содержимого кисты и обработки стенок фиброзной капсулы использовали 80% раствор глицерина.

Результаты и их обсуждение. Анализированы результаты лечения 300 больных с ЭП. В (основную) группу были включены 130 (43,3%) больных, у которых применялись миниинвазивные технологии. В контрольную группу включены 170 (56,7%) пациентов. Среди обследованных больных мужчин было 112 (37,3%), женщин 188 (62,7%). Эхинококковые кисты правой доли печени наблюдали у 196 (65,3%) больных, левой доли у 70 (23,4%). Наличие эхинококковых кист в обеих долях встречалось у 34 (11,3%) больных.

В лабораторных анализах одним из постоянных патологических отклонений был лейкоцитоз, имевший место у 118 (39,3%) пациентов. Анемия при ЭП и его осложнениях выявлена у 42 (14,0%) больных, эозинофилия отмечена у 112 (37,3%) пациентов.Более высокое содержание билирубина наблюдалось у 41 (13,7%) больного с механической паразитарной желтухой.

УЗИ выполнено всем 300 пациентам. КТ для комплексной диагностики ЭП и его осложнений провели 52 (17,3%) пациентам. В 32 (10,7%) случа-

ях завершающим методом исследования являлась МРТ.

Оперативному лечению были подвергнуты все 300 больных. У пациентов контрольной группы обработка и закрытие остаточной полости кисты после выполнения эхинококкэктомии выполнялись различными способами. Инвагинация свободных краев фиброзной капсулы в просвет полости была выполнена в 41 (24,1%) случае, капитонаж остаточной полости по методике Дельбе выполнен в 15 (8,8%) случаях. Наибольшую сложность при закрытии остаточной полости кисты представляло её расположение в I, VII и VIII сегментах печени, интрапеченочная центральная локализация кист несколько большего диаметра, а также их расположение в области печеночных ворот. В таких случаях во избежание повреждения крупных интрапеченочных сосудов и протоков в 12 (7,1%) случаях прибегали к завершению операции дренированием остаточной полости. Способ аплатизации был использован в 8 (4,7%) случаях. Транспеченочное дренирование остаточной полости выполнено 34 (20,0%) пациентам.

На долю радикальных и условно-радикальных оперативных вмешательств при ЭП и его осложнениях пришлось 47 (27,6%) случаев. В 10(5,9%) случаях производили резекцию печени. Для достижения адекватного гемо- и желчестаза раневая поверхность печени дополнительно аппликирована пластинами Тахокомба. У 84 (49,4%) больных контрольной группы в послеоперационном периоде потребовалось проведение гемо- и плазмотрансфузии.

Различные по характеру и тяжести послеоперационные осложнения у пациентов контрольной группы были отмечены в 88 (67,6%) наблюдениях. Наиболее частым осложнением было наличие гнойных осложнений, наблюдавшееся у 47 (27,6%) больных. В 29 (17,1%) случаях отмечали нагноение послеоперационной раны, которое в основном лечили местным консервативными методами, только в 10 (5,9%) случаях были выполнены некрэктомия и дополнительное дренирование. В 18 (10,6%) случаях диагностировали нагноение остаточной полости, которое в 8 (4,7%) случаях излечено консервативными мероприятиями, а в 10 (5,9%) случаях производили редренирование остаточной полости.

Послеоперационное желчеистечение были отмечено у 14 (8,2%) пациентов, включая 4 (2,3%) больных с желчеистечением класса А, 4 (2,3%) – класса В и 6 (3,5%) пациентов с фистулой класса С согласно классификации ISGLS.

Послеоперационный реактивный плеврит наблюдали у 13 (7,6%) больных, во всех случаях консервативная терапия была эффективной.

Послеоперационное внутрибрюшное кровотечение имело место у 10 (5,9%) больных. Согласно классификации послеоперационных кровотечений ISGLS кровотечение класса отмечено у 4 (2,4%) больных, кровотечение класса В- у 2 (1,2%) больных, и кровотечение класса С -у 4 (2,4%) больных.

Летальный исход отмечен у 4 (2,4%) больных. Причинами летальных исходов были послеоперационный перитонит с полиорганной недостаточностью у 2 (1,2%) и острая печеночно-почечная недостаточность у 2 (1,2%) больных.

Наиболее частым минимально инвазивным вмешательством была эхинококкэктомия из мини-доступа, которая позволяла реализовать все преимущества операции с традиционной лапаротомией за счет применения адаптированных инструментов и тщательного топографического обоснования возможности адекватной санации кисты через мини-доступ, в том числе при локализаци кист в труднодоступных сегментах печени.

Среди лапароскопических вмешательств чаще всего применялась лапароскопическаяоткрытая эхинококкэктомия без или с частичной перицистэктомией. Наиболее частым показанием к этой операции были кисты СЕ 1-го типа, как наименее опасные в отношении диссеминации дочерних элементов паразита при вскрытии кисты, что позволяло в большинстве наблюдений беспрепятственно эвакуировать жидкое содержимое кисты, не содержащее дочерних кист. Наоборот, такие операции не выполнялись при 2-ом типе кист (СЕ 2), поскольку последние представляют наибольшую опасность обсеменения брюшной полости при вскрытии кисты ввиду множественности дочерних кист и высокого давления в материнской кисте. Данные риски кратно возрастают при лапароскопическом вмешательстве ввиду отсутствующей или ограниченной возможности применения вакуум-аспираторов повышенной мощности. Трудность адекватной аспирации при открытой эхинококкэктомии ограничивало ее применение и при больших размерах кист. Именно по этим причинам (тип СЕ2 и большие размеры кист) наиболее обоснованным вариантом лапароскопического вмешательства является закрытая эхинококкэктомия в объеме резекции печени или тотальной перицистэктомии.

Эхоконролируемая чрескожная пункция и дре-

нирование кист выполнялась при 1-м и 2-м типах кист, но более оптимальные условияпо указанным выше причинам для пункционно дренажного лечения складывались при 1-ом типе.

Чрескожные вмешательства также выполнялись, как первый этап перед последующим минимально инвазивным или традиционным вариантом эхинококкэктомии. В 18 (13,8%) наблюдениях произвели на первом этапе эхоконтролируемые вмешательства с санацией, обработкой полости кисты сколецидными препаратами и дренированием остаточной полости и выполнением на втором этапе лапароскопической эхинококкэктомии (n=11) и традиционной эхинококкэктомии (n=7).

После проведения чрескожно-пункционных вмешательств у больных с нагноившимися эхинококковыми кистами печени (НЭКП) под непосредственным контролем УЗИ наблюдалось заметное улучшение общего состояния у пациентов, что позволило у 18 (13,8%) больных в последующем после нормализации всех показателей произвести операции на кисте.

В 11 (8,5%) наблюдениях эхоконтролируемые пункционно-дренирующие вмешательства являлись единственным (окончательным) методом лечения ЭП и его осложнений.

В 5 (3,8%) наблюдениях при механической паразитарной желтухе (МПЖ) на первом этапе производили ЭПСТ с удалением фрагментов эхинококковой кисты. После чего производили санацию желчных протоков сколецидным препаратом и транспапиллярно дренировали общий желчный проток и остаточную полость. Проксимальную часть полихлорвинилового зонда вывели наружу через двенадцатиперстную кишку, желудок и пищевод, т.е. выполнено назобилиарное дренирование. По достижении уровня билирубина нормальных величин и улучшения общего состояния, пациентам была выполнена традиционная открытая эхинококкэктомия.

Четырем (3,1%) пациентам выполнена видеолапароскопическая холедохотомия с удалением элементов эхинококковой кисты из просвета общего желчного протока, на втором этапе произвели традиционную эхинококкэктомию. В 10 (7,7%) случаях при больших и гигантских эхинококковых кистах, локализованных в труднодоступных сегментах печени у пациентов основной группы выполнили традиционную эхинококкэктомию с видеоскопией остаточной полости.

У пациентов основной группы послеоперационные осложнения были отмечены в 23 (17,7%) наблюдениях. Желчеистечение из остаточной полости, возникшее у 8 (6,1%) пациентов, согласно классификации ISGLS было расценено, как класс А у 4 (3,1%) больных, класс В у 2 (1,5%), и класс С у 2 (1,5%)пациентов. Нагноение послеоперационной раны отмечено у 2 (1,5%) больных, которых излечили консервативно. Нагноение остаточной полости отмечено у 5 (3,8%)больных, которым проведено редренирование под УЗ контролем. Внутрибрюшное кровотечение отмечено у 2 (1,5%) больных (класса А и С согласно классификации ISGLS). Реактивный плеврит отмечен у 5 (3,8%) больных. Во всех случаях при правостороннем гидротораксе была выполнена пункция плевральной полости под УЗ контролем. Имел место один летальный исход (0,8%) по причине острого инфаркта миокарда.

Заключение. Таким образом, результаты исследования показали высокую эффективность применения миниинвазивной технологии в хирургическом лечении эхинококкоза печени и его осложнений, что позволило уменьшить частоту послеоперационных осложнений с 51,8% до 17,6%, а послеоперационную летальность с 2,3% до 0,8%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветшев П.С. Эхинококкоз: основы диагностики и роль миниинвазивных технологий (обзор литературы) / Ветшев, П.С., Г.Х. Мусаев, А.С.Фатьянова // Анналы хирургической гепатологии. - 2015.- № 3. - С. 47-53.

2. Гулов, М.К. Неосложнённый эхинококкоз печени: опыт открытых и лапароскопических операций / М.К.Гулов, С.М. Зардаков // Вестник Авиценны. - 2016. - №2. - С.7-12.

3. Досмагамбетов, С.П. Лапароскопия в лечении эхинококкоза печени,осложненного перитонитом, у детей. / С.П. Досмагамбетов // Хирургия. - 2010.- № 4.-С.51-53.

4. Дурлештер В.М. Лечение рецидивного эхинококкоза брюшной полости, забрюшинного пространства и средостения с применением чрескожных миниинвазивных технологий. / В.М. Дурлештер [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2015.- № 3. - С.129- 132.

5. Ефанов М.Г. Ближайшие и отдаленные результаты лапароскопических и робот-ассистированных резекций печени. Оценка опыта специализированного центра / Ефанов М.Г. [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2018. - №23 (1). – С. 38–46.

6. Меджидов Р.Т. Аплатизация кист печени и селезенки малоинвазивным способом / Р.Т.Меджидов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2015.- № 6.- С.12-17.

Курбонов С.Х., Абдуллоев М.С., Сафолова М.С., Салимова С.А., Чомахмадова Г.Р.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С РАСТРОЙСТВАМИ РЕПОРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
ГУ МЦ Администрации Президента РТ

Цель исследования. Анализ результатов комплексного лечения пострадавших с расстройствами остеогенеза.

Материал и методы исследования. За период с 2018 по 2019г. под нашим наблюдением находились 37 пациентов с расстройствами репаративного остеогенеза при переломах длинных костей. Разделение по полу: 15 мужчина и 22 женщин, по возрасту: от 20 до 59 лет. Всем больным было произведено оперативное вмешательство и комплексное консервативное лечение включающее препарат фракджоин - изготовленный из Циссус четырехугольный - это древнее лекарственное растение, родиной которого является самая жаркая часть Цейлона Индии. Критериям отбора пациентов было наличие нарушение репоративного остеогенеза по данным лабораторной (кальций, фосфор, щелочная фосфатаза крови) и рентгенологической исследований, диктующейнеобходимость применения препарата фракджоин. У 37 пациентов наряду с оперативным лечением (остеосинтез) проводили терапии включающей препарат фракджоин. Доза препарата подбиралась индивидуальна в зависимости от степени нарушения процесса остеогенеза. Известно, что анаболические андрогенные соединения действуют как антагонисты глюкокортикоидных рецепторов, также как и способствуют росту костей и сращиванию переломов.

Результаты исследования и их обсуждение. При лечении пациентов с переломами на фоне нарушения репаративного остеогенеза после оперативного вмешательства и комплексное лечение с применением препарата фракджоин полученные результаты, оценивали, как хорошие - при консолидации перелома и восстановление опороспособности конечности. Как удовлетворительные в случае наличия последствий в виде незначительного (1-2см) укорочения, контрактур смежных суставов и болезненность в области перелома при нагрузках; как не удовлетворительные - в случае развития ложного сустава.

Комплексное лечение больных с нарушением репаративной регенерации способствовало восстановлению функции конечности в 29 (78,3%) случаях (хорошие результаты), удовлетворительные - в 6 (16,2%) случаях. Неудовлетворительные результаты выявлены у 2 (5,4%) больных, которым было выполнено повторные операции.

Выводы. Комплексный подход к проблеме лечения пациентов с расстройствами остеогенеза, предоперационное обследование, коррекция расстройства репаративной регенерации, возможность ранней функциональной нагрузки увеличивают процесс положительных результатов лечения до 94%.

Курбонов С.Х., Рахмонов А.А., Хонҷанов Ф.Ҷ., Салимова С.А., Чомахмадова Г.Р.

БИОХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
ГУ МЦ при Администрации Президента РТ

Цель исследования: оценка биохимических показателей синовиальной жидкости у пациентов с остеоартрозом коленного сустава.

Материал и методы исследования: Выполнены исследования синовиальной жидкости 34 больных с двусторонним гонартрозом лечившихся в клинике кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и в МЦ при Администрации Президента РТ. Возраст больных варьировал от 45 до 75 лет, из которых 16 женщин и 18 мужчин. По этиологии преобладал посттравматический гонартроз 3-стадии. Забор материала от пациентов производился одноразовым шприцом в сухую одноразовую пробирку. Максимальный срок хранения материала составлял 1 суток при температуре +4 - +8^{0}С. Общее количество белка определяли биуретовым методом. Оценку процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ)

осуществляли путем измерения в синовиальной жидкости первичных и вторичных продуктов ПОЛ.

Результаты исследования обработанный методом вариационной статистики, применяемым для малых выборки, с принятием уровня значимости $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение: Согласно полученным данным при развитии патологических процессов в суставной полости количество синовиальной жидкости достоверно возрастает почти в 4 раза, т.е. уровень общих липидов существенно повышается (1,75±0,2г/л) Увеличение общих липидов по нашему мнению является компенсаторно-приспособительной реакции синовиальной среды,т.к. по литературным данным известно, что при развитии деструктивно-дистрофических процессов в суставах вязкость синовиальной жидкости снижается. Белок содержится в синовии в концентрации заметно меньшей, чем в крови. Уровень белка в синовиальной жидкости несколько повышается при постравматических артрозах (28,3±0,32г/л). В продуктах ПОЛ происходит многократное накопление альдегидов и кетонов.

Выводы: Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о существенном дисбалансе обменных процессов в синовиальной жидкости и развитии окислительного стресса, выраженность которых зависит от тяжести патологического процесса.

Мухамедова И.Г., Курбанова Р.Т., Назаров И.Р., Джумаева З.Т., Ботуров У.Н.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ АРТРОЗАХ И ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ
ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучение результатов комплексного лечения остеопороза на фоне дегенеративно-дистрофических изменений скелета.

Материал и методы исследования. Изучены истории болезни 68 женщин с явлениями остеопороза (ОП) на фоне остеохондроза и остеоартроза, в возрасте от 40 до 75 лет. Анализ обзорных рентгенограмм показал дегенеративно-дистрофический процесс у -15 (22,05%) больных в поясничнo-крестцовом отделе, у - 8 (11,8%) грудном и у – 12 (17,6%) в шейном отделе. С поражением коленных суставов было 23(33,8%), тазобедренных 10 (14,7%) больных. На рентгенограммах преобладала дегенерация 2-3 степени.

Результаты исследования и их обсуждение. Комплекс лечебных мероприятий в зависимости от локализации поражения, клинических синдромов, биохимических показателей и денситометрии включал медикаментозную терапию по общепринятой методике с включением блокад ивнутрисуставных инъекций. Для подавления увеличенной костной резорбции в 79,4% назначали Кальций D-3 Никомед форте (содержащий витамин D-3 400 МЕ в 1 таблетке Са 0,5 г) и Магне В6 по 2(1-табл.-48мг.) таблетки три раза в день. При выраженном остеопорозе у 14(20,6%) больных применялось сочетание с бисфосфонатами (в дозе 70 мг) и активного метаболита витамина D3 (оксидевит 0,5-1,5мкг/сут.). Исходы лечения оценены в сроки от 6 до 12 месяцев. Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) на уровне L_1-L_4 позвонков составила 0,833+0,042г/см.кв. Гипокальциемия исходно наблюдалась у 30 (44,1%) больных, уровень магния ниже 0,75 ммоль/л – у 27 (43,4%) больных. К концу третьего месяца у 39,1% (27) отмечалось купирование болевого синдрома в костях скелета и увеличение объёма активных движений в позвоночнике и суставах. В 30,9% (21) стабилизировалась рентгенологическая картина. Денситометрические показатели через 6 месяцев у больных с выраженным ОП показали увеличение МПК в сегменте L1 –L4 позвоночнике по сравнению с исходными данными на 4,2% ($p<0,001$). Через 12 месяцев прирост составил 5,0% ($p<0,001$), что свидетельствует о нарастание костной массы. У больных получавших комбинированный препарат кальция и витамина D-3 и Магне В6 за счет коррекции микроэлементного гомеостаза на 1,8% ($p<0,05$) с постепенным нарастанием эффекта.

Заключение. Комплексный подход лечения остеопороза на фоне дегенеративно-дистрофических изменений скелета, влияя на количественный и качественный состав костной ткани, позволяет улучшить общее состояние больных.

Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Целью исследования является улучшение результатов диагностики и хирургического лечения некротизирующей инфекции мягких тканей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 68 больных с различными формами некротизирующей инфекции за период с 2010-2017 гг. госпитализированных в хирургическое отделение ГКБ №3 г.Душанбе, мужчин было 42 (42,5%), женщин 26 (57,5%). Возраст больных варьировал от 30 до 84 лет. Наибольшее число составили больные в возрасте от 40 до 53 лет. Среди них у 36 (68,8%) больных имела место некротическая рожа у 32 (47,1%) у 36 (52,9%) - некротизирующий фасциит. У 41 пациентов (59,1%) - патологический процесс локализовался в области нижних конечностей. В анамнезе у 90% больных выявлены сопутствующие заболевания, среди которых преобладали сахарный диабет – 80%, гипертоническая болезнь - 76,1%, атеросклероз, ИБС - 73,5% и анемия разной степени тяжести у 78,7% пациентов. Абсолютное большинство пациентов страдали тяжёлой формой сахарного диабета: в том числе СДI типа у 8,2%, а СДII типа у 91,8%. Диагноз устанавливался на основании клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Выделяют несколько клинических форм некротизирующей инфекции мягких тканей в зависмости от глубины патологического процесса: инфекции 1-го уровня (некротическая рожа) - у 32 (31,2%), 2-го уровня (некротизирующий фасциит) у 28(14,6%) и 3-го уровня (мионекроз) у 8 больных. Некротическая рожа в своем развитии проходит последовательный путь от неосложненных к осложненным формам. Диагностика заболевания, как правило, не представляет трудностей, а показанием к хирургическому лечению является некроз кожи и флегмона. Клиническая картина некротизирующего фасциита на ранних стадиях имеет существенные отличия и характеризуется отсуствием патогномоничных признаков. Все больные поступали в тяжелом, запущенном состоянии. Все пациенты были в экстренном порядке оперированы протяженными разрезами а такжепроводились широкие некрэктомии и дренирование ран. В послеоперационном периоде больные получали массивную антибактеральную, дезинтоксикационную, инфузионную терапию, по показаниям проводилась коррекция гликемических нарушений, выполнялись, ежедневно трехразовые перевязки с современными перевязочными материалами в зависимости от стадии раневого процесса, почти всем больным потребовались этапные некрэктомии в связи с развитием вторичных некрозов. Всем больным после проведенного лечения, в связи с формированием обширных гранулирующих ран, требовалась аутодермопластика. В условиях спинальной анестезии выполнялась аутодермопластика расщепленным перфорированным трансплантатом с использованием электродерматомы ДЭП-30, толщиной 0,3 мм. Кожные трансплантаты забирались с передней поверхности бедер. Общая летальность составила 11 (16,1%) больных. Основными причинами смерти больных были острая сердечно-сосудистая недостаточность и продолжающийся эндотоксикоз.

Таким образом, результаты проведенных наших исследований показывают, что диагностика и хирургическое лечение некротизирующей инфекции мягких тканей является сложной задачей для практической хирургии. Применение оптимизированной тактики позволяет снизить процент осложнений и летальности среди этой сложной категории больных.

Набиев М.Х., Абдуллозода Д.А. Гадозода Н.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования - улучшение результатов реабилитации больных с синдромом диабетической стопы путём.

Материал и методы исследования. В кабине-

те «Диабетической стопы», функционирующим на базе ГКБ №3, под нашим наблюдением находились в течение трёх лет 53 больных с нейропатической формой СДС с последствиями хирургических вмешательств на стопе в анамнезе. Среди них мужчин было 28 (51,9%), женщин – 25 (48,1%). Возраст больных колебался от 30 до 54 лет. СД 1-типа выявлено у 6 (6.5%), СД 2-го типа у 47 (93.5%).

Результаты исследования и их обсуждение. Нами проанализированы результаты лечения после экзартикуляции пальцев с резекцией головок плюсневых костей с иссечением сухожилий сгибателей и разгибателей пальца – 25, с трансметатарзальной ампутацией стопы 23- больных, и 5 больных вскрытием флегмоны стопы. Все больные получили регулярное профилактическое лечение два раза в год. В комплекс профилактического лечение больных включены общеукрепляющая, иммуностимулирующая, сахарокорригирующая, ангиотропная терапия и препараты, улучшающие реологические свойства крови, методы гемоквантовой терапии, а также симптоматическая терапия при наличии сопутствующих заболеваний. Рецидивы СДС явились причиной повторной госпитализации у 23 (92,1%)-больных после экзартикуляции пальцев с резекцией головок плюсневых костей. Наибольшая частота повторных госпитализаций приходилась на группу больных ранее перенесших экзартикуляции одного и более пальцев стопы. После трансметатарзальной ампутации стопы с последующей ортопедической коррекцией у 3 (13,1%) больных отмечен рецидив СДС в области культи с образованием трофических язв и участками гиперкератоза. Анализ анамнестических данных, повторно поступивших больных, показал, что большинство из них не владели навыками ухода за стопой.

Ретроспективный анализ результатов произведенных экзартикуляций показывает, что сохранение одного или двух пальцев стопы у больных с ОФ СДС функционально не оправдано. Возникающее при ходьбе перераспределение давления на новые опорные точки и несвоевременная ортопедическая коррекция нарушенной функции стопы у больных, способствуя постоянной травматизации дистальных отделов стопы при ее перекате, увеличивает вероятность развития рецидива СДС.

Таким образом, у 49,2% пациентов после хирургических вмешательств проводимые в пределах стопы в течение трёх лет возникли рецидивы язвенных дефектов либо культи, либо области проекции головок плюсневых костей связанные с перераспределением или формированием патологических зон опорных давлений при ходьбе в сочетанием нейропатии. Наличие у пациента ампутаций пальцев, части стопы или каких либо хирургических вмешательств в пределах стопы является абсолютным показанием для изготовления ортопедических изделий.

Пулотов К.Дж., Пулодов Дж.О.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»,
НГОУ «Медико-социальный институт Таджикистана

Актуальность. Хроническая анальная трещина (ХАТ) в структуре болезней толстой кишки занимает 3 место после колитов и геморроя и составляет до 15% всех колопроктологических болезней. При уровне показателя заболеваемости 20-23 случаев на 1000 взрослого населения она в основном поражает лиц трудоспособного возраста, чаще женщин молодого и среднего возраста. Несмотря на внедрение в клиническую практику современных технологий в лечении ХАТ, число осложнений не снижается. Хирургическое иссечение трещины с различными модификациями сфинктеротомии считающееся «золотым стандартом», нечасто осложняются анальной инконтиненции (до 35%), образование свищей и рецидива (от 0,6-10%) и рубцовых стриктур (0,2-1,6%)причины которых не изучены.Тем самым мало еще прогнозировать об эффективности и результативности консервативной терапии анальной трещины, путем медикаментозной релаксации внутреннего анального сфинктера, низкой из–за частого появления побочных эффектов и высокого уровня рецидивов. В целом, они многообразны, и как следует отметить, в их возникновении причастны нарушения барьерной и защитной функции слизистой оболочки прямой кишки (СОПК), которые все еще изучены недостаточно. Это обусловлено активацией перекисного окисления липидов (ПОЛ) и угнетения местной

антиоксидантной защиты (АОЗ) слизистой оболочки прямой кишки. Обладая высокой реакционной способностью, эти продукты оказывают системное повреждающее действие на клеточную структуру, по обобщенным данным которых можно заключить, что нарушение динамического равновесия в системе ПОЛ-АОЗ, является важным патогенетическим звеном в развитии ХАТ и ее осложнений.

Следовательно, улучшению отдаленных результатов данных контингентов больных могут способствовать ранее обследование пациентов, с учетом критерии степени тяжести, входящих в группу риска осложнений, с использованием функциональных методов исследования запирательной функции прямой кишки, таких, как сфинктеро и манометрия, профилометрия, а также изучения барьерной и защитной функции слизистой прямой кишки.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническими анальными трещинами в отдаленном периоде.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты клинического исследования 112 пациентов с ХАТ, в отдаленные периоды от 6 месяцев до 4-х лет спустя после хирургического вмешательства. Обследование включало осмотр, функциональное исследование запирательного аппарата прямой кишки с проведением сфинктеро и манометрии, а также пальцевое исследование, аноскопия, ректоромано-скопия и по показаниям - фиброколоноскопия. Исследование продуктов ПОЛ определяли по уровню конечного продукта –малонового диальдегида, а состоятельности антиоксидантной защиты судили по активности витамина С и супероксиддисмутазы (СОД) в плазме крови и в биоптатах слизистой оболочке прямой кишки (СОПК).

Результаты исследования и их обсуждение. Объективная оценка результатов хирургического лечения является необходимым условием для определения анализа эффективности разработанных способов лечения и основывается на ее отдаленных результатах. При оценке отдаленных результатов хирургического лечения ХАТ проводилась не только клиническая оценка, но и выполнялось комплексное исследование запирательного аппарата прямой кишки. Предполагалось выявить эффективность дифференцированной хирургической тактики хирургического лечения ХАТ и причины возникновения послеоперационных осложнений и рецидивов заболеваний.

Отдаленные результаты хирургического лечения ХАТ прослежены в сроки от 6 месяцев до 4 лет у 112 пациентов. Объективная оценка эффективности разработанной дифференцированной хирургической тактики лечения ХАТ, основывалась на отдаленных результатах в двух сравниваемых группах пациентов. При этом 64 пациентов составили основную группу, которым проводилось разработанную в клинике дифференцированную хирургическую тактику лечения с учетом нарушений процессов ПОЛ, и 48 пациентов контрольную группу, подвергшимся общеизвестными традиционными методами лечения (табл. 1). Из общего количества больных мужчин было 37 (33%), женщин - 75 (67%). Средний возраст пациентов составил в основной группе – 36,18±3,6 лет, в контрольной группе - 38,12±4,2. 98 больных (87,5%) были зрелого возраста и находились в возрасте от 20 до 39 лет т.е. в период наибольшей трудовой активности.

Для сравнительной оценки эффективности результатов хирургического лечения в отдаленном периоде разработаны объективные критерии степени тяжести заболевания. В зависимости от тяжести патоморфологических изменений в зоне ХАТ и дистальных отделов прямой кишки, а также количества и частоты рецидивов заболевания больные распределены на 3 группы.

Главные характеристики больных основной и контрольной групп отражены в табл. 1.

Таблица 1

Отдаленные результаты хирургического лечения ХАТ

Группы сравнения	Степени тяжести ХАТ		
	I степень	II степень	III степень
	абс.ч. (%)	абс.ч. (%)	абс.ч. (%)
Основная (n=64)	22 (34,3%)	24 (37,5%)	18 (28,2%)
Контрольная (n=48)	19 (39,5%)	18 (37,5%)	11 (23%)

Примечание: % - от общего количество больных.

Пациентов основной группы имеющих ХАТ I степени тяжести было 22 (34,3%), и она характеризовалась наличием одной трещины с небольшим дном и наружным сторожевым бугорком, соответствующим спазмом сфинктера и без рубцово-воспалительных изменений и рецидивов заболевания. Пациентов основной группы имеющих ХАТ II степени тяжести составило 24 (37,5%) случаев,

с наличием рубцово-воспалительных изменений вокруг глубокой трещины с внутренним и наружным сторожевым бугорком, а также 1-2 кратным рецидивом заболевания. У больных с третьей - тяжелой степенью ХАТ отмечено наличие одного или «целующихся» трещин с выраженными рубцовыми или воспалительными изменениями вокруг ХАТ дистальных и проксимальных «сторожевых бугорков» в 18 (28,2%) случаев. Следовательно, среди пациентов контрольной группы соответственно – 19 (39,5%), 18 (37,5%) и 11 (23%) больных. Отмечалось также вовлечение сфинктера в патологический рубцовый процесс или пектеноз, осложненными свищами или сужением ануса. У 78 (55,7%) больных с ХАТ имелись сопутствующие системные и хронические воспалительные заболевания прямой и толстой кишок, которым требовалась соответствующая консервативная коррекция. Результаты лечения оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Хорошим результатом считалось полное излечение от заболевания, удовлетворительным - наличие незначительных кровотечений и повторное возникновение болей, неудовлетворительным - боль после акта дефекации, продолжающийся сфинктероспазм и рецидив ХАТ. Непосредственно в стационарных условиях обследовано 62 пациента, остальные 50 были опрошены методом анкетирования.

Из 64 больных ХАТ основной группы в 91% случаев удалось получить хороших результатов лечения. Удовлетворительные результаты лечения у 4 (6,2%) пациентов. Из них у одного сохранились болевые ощущения в анальном канале, у двоих - незначительные редкие ректальные кровотечения, и у одного имела место слабость анального жома. Неудовлетворительных результатов - рецидива трещины выявлены у 2 больных с тяжелой степенью ХАТ, через 6 месяцев, не выполнявших рекомендации проктолога, у которых длительное время сохранились болевые ощущения редкими ректальными кровотечениями.

В контрольной группе неудовлетворительные результаты (рецидивы, болевые ощущения с рубцовыми изменениями в анальном канале) выявились в 10,5% случаев. Удовлетворительные результаты у 6(12,5%) больных. Рецидивы заболевания имели место у 2 больных (2,4%), которые в последующим повторно оперированы.Хорошие результаты отмечены у 37(77%) больных (табл. 2).

В исследованиях последних десятилетий ряд авторами уделяется большое внимание по изучению биохимического фона заболевания.

Таблица 2

Результаты лечения ХАТ у прослеженных больных

Группы сравнения	Результаты лечения		
	хор.	удов.	неудов.
	абс.ч. (%)	абс.ч. (%)	абс. (%)
Основная (n=64)	58 (91,0)	4 (6,2)	2 (3,1)
Контрольная (n=48)	37 (77,0)	6 (12,5)	5 (10,5)

Примечание: % - от общего количество больных

Проблема патологии, вызванной нарушением окислительных процессов, важнейшей характеристикой которых является накопление токсических продуктов перекисного окисления липидов, имеет исключительно важное научное и практическое значение. В свою очередь нарушение процессов ПОЛ являются значительным патогенетическим фактором многих заболеваний и патологических состояний. Следовательно, коррекция нарушений перекисного окисления липидов может предотвратить развитие патологического процесса или облегчить его течение. Критериями оценки результатов лечения ХАТ в отдаленном периоде основывались на данных функциональных методов исследования запирательного аппарата прямой кишки, а также показатели процессов ПОЛ и состояние АОЗ. С целью объективной оценки состояния наружного и внутреннего сфинктеров больным основной и контрольной групп выполнялась сфинктерометрия и манометрия. Результаты исследования показали, что в отдаленном периоде - от 6 месяцев до 4 лет - показали более ранее восстановление функции запирательного аппарата прямой кишки в основной группе больных, перенесших патогенетически обоснованных оперативных вмешательств, чем в контрольной группе. При этом у пациентов основной группы, при сфинктерометрии, наблюдалось статистическое достоверно повышения тонуса анального жома через 6 мес, 1-2 года и 3-4года на 3,65% ($p < 0,05$),3,35% и 3,27% ($p<0,01$) соответственно и статистическое достоверно увеличение максимального сокращения на через 6 мес, 1-2 года и 3-4года на 3,64%, 3,50% и 3,51% ($p<0,01$) соответственно. При сфинктерометрии волевое сокращение отмечается тенденции к увеличение в указанных сроках. В контрольной группе больных с ХАТ получавшие традиционные методы лечения без учета нарушений процессов ПОЛ и АОЗ, наблюдалось статистическое достоверное повышение

тонуса анального сфинктера давление в проекции внутреннего сфинктера которая в сроках от 6 месяцев до 3-4 лет оставались повышенным – 830,5 до 825,1 мм вод.ст. (р <0,01).

Тем самым, при проведении манометрии у больных основной группы с ХАТ различной степени тяжести, отмечено снижение интраректального давления по сравнению пациентов контрольной группы. Результаты манометрии показывают, что показатели интраректального давления в проекции внутреннего сфинктера в отдаленном периоде у пациентов основной группы длительное время оставались повышенными (***-р<0,001). Так например, у пациентов 1 ст. тяжести ХАТ после 6 месяцев наблюдалось статистическое достоверно повышение интраректального давления в проекции внутреннего сфинктера на: 43,34%, через 1-2 лет - 41,01%, и через 3-4 года 40,17%. У пациентов перенесших 2 ст. ХАТ через 6 мес. – 46,51%, 1-2 лет – 40,38% и 3-4 лет – 46,30%. Пациенты с 3 степени ХАТ через 6 мес – 46,09%, 1-2лет – 46,30%, и 3-4 года – 40,17%.

Однако, из числа контрольной группы больных (n=11) последней с рецидивом и сохранением болей в заднем проходе полного восстановления запирательной функции не наблюдалось, при том, что данные показатели сфинктерометрии (826±0,69 г. (тон.), 868±0,73 г. (макс.) и манометрии - 67±0,48 (пок.), 84±0,52 (сокр.) мм.вод.ст.) длительное время оставались повышенными (***-р<0,001)*. Изучение показателей процессов ПОЛ и АОЗ в плазме крови свидетельствовало более раннее восстановление АОЗ слизистой оболочки у пациентов основной группы ХАТ, перенесших патогенетически обоснованные оперативные вмешательства. Комплексное исследование пациентов с ХАТ показало, что в отдаленном периоде отмечается статистическое достоверное повышение МДА у пациентов перенесших операции по поводу ХАТ II-ой: 1,20%, 0,86%, 0,52% и III степень - 1,37%, 1,89%, 0,52% соответственно, что свидетельствует о позднем восстановлении показателей процессов ПОЛ в плазме крови (р<0,001). В контрольной группе больных (n=11), у которых наблюдался рецидив заболевания и болевые ощущения с рубцовыми изменениями в анальном канале показатели процессов ПОЛ были выше нормы (МДА – 0,593±0,001 мкмоль/мл), показатели АОЗ - сниженными (витамин С – 5,8±0,03 мг%, СОД - 44,6±1,1 ед.акт. СОД) (р<0,001).

Тем самым, в отдаленном периоде при ХАТ II степени тяжести ХАТ наблюдалось значительное снижение активности АОЗ, выражающееся достоверное статистическое снижение содержания Витамина С через 6 мес. - 1,35%, и СОД – 3,77%, через 1-2 лет – 8,11% и 3,77% (р<0,001). У пациентов III степени тяжести ХАТ отмечается достоверное статистическое снижение содержания витамина С через 6 мес. – 5,68%, и СОД – 5,16%, через 1-2 лет – 21,62% и 11,51% (р<0,001).

Заключение. Таким образом, основными причинами неудовлетворительных результатов были сложные клинические формы ХАТ (II-III ст. тяжести), длительная хронизация процесса и глубокие нарушения в системе ПОЛ и АОЗ. Применение дифференцированной хирургической тактики с учетом степени тяжести ХАТ, состояния ПОЛ и АОЗ позволило в значительной степени улучшать отдаленные результаты хирургического лечения ХАТ в 91% случаев и существенно снизить частоту рецидивов заболевания до 7,5% по сравнению с пациентами контрольной группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Благодарный, Л.А. Результаты консервативного лечения хронической анальной трещины в сочетании с кровоточащим геморроем / Л.А. Благодарный, Е.Е. Жарков // Колопроктология. – 2007. –№1(19). – С. 34-38.

2. Грошилин, В.С., Заика В.Г., Рогожкина Е.А. Значение индивидуального междисциплинарного подхода в повышении эффективности лечения больных с анальной трещиной / В.С. Грошилин, В.Г. Заика, Е.А. Рогожкина // Ульяновский медико-биологический журнал №1, 2015 - С. 101-108

3. Курбанов К.М. Прогнозирование гнойно-воспалительных осложнений геморроидэктомии / К.М. Курбанов, Д.К. Мухаббатов, Н.М. Даминова // Вестник Авиценны. – 3-4. – 2002. – С.38-42.

4. Крылов Н.Н. Хроническая анальная трещина / Н.Н. Крылов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. –№ 1.– С. 5-11.

5. Ривкин В.Л. Колопроктология: руководство / В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер, Е.А. Белоусова. – М.: Гэотар Медиа, 2011. – 367 с.

6. Шелыгин Ю.А. Риск анальной инконтиненции после иссечения анальной трещины в сочетании с боковой подкожной сфинктеротомией / Ю.А. Шелыгин, Е.Е. Жарков и др. // Колопроктология.–2005. –№1(11).–С.10–16.

Пулотов К.Дж., Хомидов А.Т., Юсупов Б.Х., Хамидов И.Х., Давлатов А.Р.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ЭНДОСКОПИИ ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»,
НГОУ «Медико-социальный институт Таджикистана

Актуальность. Ахалазия кардии (АК) встречается нечасто, ежегодная заболеваемость составляет 1 или 2:100 тыс. населения. Несмотря на длительный период изучения, до сих пор истинная причина АК окончательно не установлена. Среди возможных этиологических факторов отмечают психогенный, инфекционный, аутоиммунный, не исключается и генетическая предрасположенность. В последнее время в литературе встречаются различные методы консервативного, полуоперативного и хирургического лечения АК. Однако до настоящего времени нет четко разработанной тактики их применения.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с ахалазией кардии.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты лечения 31 больных с ахалазией кардии находились на стационарном лечении в ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» в период за 2016-2019гг. При этом мужчин было 16, а женщин – 15 в возрасте от 24 до 56 лет. Следует отметить,что среди детей и подростков были выявлены 4 случая АК в возрасте от 2-х до 16 лет. Диагноз АК был поставлен на основании клинической картины, данных эндоскопического и рентгенологического методов обследования. Мы придерживались классификации Б. В. Петровского и и О.Д. Федоровой (1958, 1962 г.), согласно которой болезнь имеет 4 степени развития. В зависимости от стадии заболевания больные распределены следующим образом: I – 3 (9,6%), II – 14 (45,1%), III –12 (38,7%), IV стадия – 2 (6,4%). Всем пациентам оформляли информированное добровольное письменное согласие на процедуру. ЭБПКД выполняли под местной и внутривенной седацией. ЭБПКД проводили с помошью эндоскопа фирмы Карл-шторц, высоким разрешением экрана и баллонного дилятатора Wilson-Cook (США).

Результаты исследования и их обсуждение. Эндоскопически оценивали следующие критерии симптома заболевания вызванные недостаточным расслаблением кардии при глотании. Из общего количество больных 18 пациентам с АК I-III стадии произведена эндоскопическая баллонная пневмокардиодилятация (ЭБПКД).

Показанием к эндоскопической кардиодилятации являлось ахалазия кардии 1-3 стадии, резистентная к медикаментозному лечению. Перед гастроскопией, баллонный дилататор прикрепляется к дистальному концу эндоскопа. Баллонный дилататор устанавливали таким образом, чтобы его средняя часть оказывалась точно в области пищеводно-желудочного перехода. Это достигалось при помощи инверсии тубуса аппарата и фиксация ее в зоне интереса. Экспозиция баллона – 60 секунд., давление в баллоне – до 1 атм. Сеансы дилатации проводили от 2 (у 10 пациентов) до 3 раз (у 6 пациентов) с интервалом в от 3-х до 7 дней. Процедуры осуществляли в условиях эндоскопического кабинета, и процесс расширения баллона контролировали визуально. После извлечения баллона, при контрольной эзофагогастроскопии, проводили тщательный осмотр области кардиоэзофагеального перехода на предмет дефектов слизистой оболочки пищевода, кардиального отдела желудка и кровотечения из них.

В одном случае ребенок в возрасте 2-х лет поступил с ахалазии кардии осложнившегося инородным телом – кусочки от грецкого ореха. Инородные тела были разрушены с миграцией их в желудочно-кишечный тракт, с последующим проведением эндоскопического бужирования. С целью профилактики развития рефлюкс-эзофагита всем пациентам, перенесшим ЭБПКД, назначали механически и термически щадящую диету, медикаментозное лечение.

Для защиты слизистой кардиального отдела пищевода от агрессивного влияния желудочного сока создавали, так называемую, «биологическую иммобилизацию» в области вмешательства с помощью антацидных средств – назначали Алмагель 3 раза в день в течение 10 дней. В целях предотвращения заброса кислого содержимого в пищевод, для снятия избыточного давления в желудке и уменьшения объема секреции назначали курс ингибиторов протонной помпы (ИПП) – пантопразол, 40 мг 1 раз в день в течение 8 недель, затем 20 мг 1 раз в день в течение 6 недель, метронидазол 0,25 мг по 2 таблетки 2 раза в день в течение 7-10 дней, амоксациллин 0,5 мг по 1 таблетки 4 раза в

день в течение 7-10 дней.

Успех ЭБПКД оценивали клинически по снижению выраженности симптомов заболевания и рентгенологически по скорости эвакуации контрастного вещества из пищевода. Для этого каждому пациенту после курса ЭБПК (на 7 сутки) выполняли контрольную рентгеноскопию пищевода с барием.

Положительный эффект кардиодилатации после первого курса отмечен у 16 из 18 (89%) больных, отсутствие эффекта у 2 (11%) пациентов. Осложнение не было. Поверхностные линейные дефекты слизистой оболочки гастроэзофагеального перехода с умеренными капиллярными кровотечениями самостоятельно остановились. Кроме того они являются критериями правильного и успешно проведенной дилатации. Других осложнений не было. Два пациента после проведения первого сеанса чувствовали сильные боли за грудиной, которые купировались после применения анальгетиков и спазмолитиков.

Повторные курсы проводили от 2-х до 3-х раз, через 8–12 месяцев, ориентируясь на клиническую картину. Рецидивов через 6 месяцев у больных не отмечено, при контрольном осмотре через 1 год лишь 3-м пациентам (9,0%) потребовался повторный курс ЭБПКД.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что лечение больных с АК следует начинать с миниинвазивных методов. Использование техники эндоскопической баллонной пневмокардиодилатации позволяет достигать хороших результатов в лечении больных с АК 2–3 стадии в 89% наблюдений. ЭБПКД, по нашему мнению, останавливает прогресс ахалазии, является прицельным, дозированным методом сфинктеродилятации, при необходимости, можно ее повторять, после нее редко развивается рефлюкс-эзофагит, при условии назначения антирефлюксной терапии. По нашему опыту, в большинстве наблюдений, необходимо выполнение от 1-го до 3-х курсов, включающих 2–3 сеанса ЭБПКД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евсютина Ю.В. Ахалазия кардии: современные представления об этиологии, патогенезе, клинической картине и диагностике / Евсютина Ю.В., Сторонова О.А., Трухманов А.С., Ивашкин В.Т. // РЖГГК. – 2014. – № 6. – С. 4–12.

2. Муравьев М.В. Эндоскопическое лечение ахалазии кардии / Муравьев М.В., Бурмистров А.И., Иванов А.И. // Эндоскопия. – 2013. – № 2. – С. 30.

3. Черноусов А.Ф. Ахалазия кардии и кардиоспазм – современные принципы лечения / Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П. // Анналы хирургии. – 2012. – № 3. – С. 5–10.

4. Hallal C.K. Diagnosis, misdiagnosis, and associated diseases of achalasia in children and adolescents: a twelve-year single center experience / Hallal C.K., Carlos O.N. // Pediatric Surgery International. – 2012. – Т. 28, № 12. – P. 1211–1217.

5. Katzka D.A. Review article: an analysis of the efficacy, perforation rates and methods used in pneumatic dilation for achalasia / Katzka D.A., Castell D.O. // Alimentary Pharmacology & Therapeutics. – 2011. – Т. 34, № 8. – P. 832–839.

6. Richter J.E. Management of achalasia: surgery or pneumatic dilation / Richter J.E., Boeckxstaens G.E. // Gut. – 2011. – Т. 60, № 6. – P. 869–876.

Пулотов К.Дж., Юсупов Б.Х., Хамидов И.Х.

АНАЛИЗ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ВСЛЕДСТВИИ СЛУЧАЙНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ ДЕТЬМИ АГРЕССИВНО- ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ

ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»,
НГОУ «Медико-социальный институт Таджикистана

Цель исследования. Изучить исходы поражения пищевода и желудка вследствие случайного употребления детьми различных химических веществ.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 201 историй болезни детей в возрасте от 9 месяцев до 12 лет, госпитализированных в ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» с подозрением на пероральное отравление различными химическими веществами (2016-2019гг.). Признаки отравления диагностированы в приемном покое у всех детей, и направлены на лечение в детское отделение реанимации и интенсивной терапии. В связи с подозрением на химический ожог 178 детей экстренно госпитализированы в детскую хирургическую клинику, где всем детям выполне-

но общеклиническое лабораторное обследование; инструментальное обследование проведено всем пациентам: ФГДС выполнено у 98 (55,8%) детей, а также проконсультированы ЛОР-врачом. Эндоскопическая картина глубины поражения тканей при ожоге пищевода оценивалась согласно классификации (С.Д. Терновский, Э.Н. Ванцян, 1971). Использовались как консервативные, так и оперативные методы лечения (бужирование пищевода бужами СООК и наложение гастростомы).

Результаты исследования и их обсуждение. Все пациенты, госпитализированные в отделение торакальной хирургии, приняли химическое вещество случайно, из-за невнимательности взрослых. При этом употребление уксусной эссенцией выявлено у 108 пациентов, моющей бытовой жидкости типа «казань» - у 25 случаев и у 68 случаев других видов химических веществ.

Распределение по полу: 114 мальчиков (56,7%), 87 девочки (43,2%); по возрасту: до 1 года – 3 (1,4%) ребенок; от 1 года до 3 лет - 164 (81,5%) человека; от 3 до 6 лет - 31 (15,4%) человек; 6 до 9 лет - 3(1,4%) человека; средний возраст пациентов - 2,21±0,12 лет. Ожог слизистой пищевода констатирован при употреблении уксусной эссенции (уксусной кислоты) у 108 (53,7%) детей, щелочи («казань») - у 68 (33,8%) больных, кристаллов перманганата калия, настойка йода - у 25 (12,4%). Химические ожоги слизистой оболочки желудка и пищевода кислотой и щелочью клинически проявлялись отечностью и гиперемией губ, гиперемией и кровоточивостью слизистой ротовой полости, гиперсаливацией; при употреблении кристаллов перманганата калия - окрашиванием слизистой полости рта и языка в черный цвет. Осложнений в виде острой почечной и печеночной недостаточности у этих детей не зарегистрировано.

Первичная ФГДС выполнена 136 (67,6%) больным. Эндоскопическая картина ожога I степени диагностирована у 17 детей (12,5%), II степени - у 110 пациентов (80,8%), III степени - у 9 больных (6,6%), в 16 случаях (34,1%) ожог пищевода эндоскопически не подтвердился. В результате ФГДС верифицирована локализация ожоговой поверхности: ожог слизистой верхней трети пищевода диагностирован у 12 больных, ожог слизистой средней трети пищевода - у 4 детей, ожог на границе верхней и средней трети пищевода - у 3 больных, ожог на границе средней и нижней трети пищевода - у 1 ребенка, ожог слизистой нижней трети пищевода - у 2 пациентов. Первичная ФГДС не проводилась 21 пациентам. У 5 детей отсутствовали клинические признаки химического ожога.

Стеноз пищевода как осложнение химического ожога вследствие случайного употребления химических веществ диагностирован у 31 (15,4%) больных. Всем пациентам со стенозом пищевода проводилось лечебное бужирование по струнепроводнику, бужами Cook, а в тяжелых случаях (III степень ожога) - в сочетании с наложением гастростомы. Химические ожоги слизистой пищевода сопровождались воспалительными изменениями в гемограмме (ускорение СОЭ - 17,2±2,05 мм/ч, лейкоцитоз - 13,3±1,7*10^9/л). Все дети получили консервативное лечение: промывание желудка, ранняя антибактериальная терапия для профилактики вторичного инфицирования, с целью ускорения эпителизации слизистой перорально облепиховое масло, короткие курсы курс глюкокортикостероидов (5-7 дней), обволакивающие средства (альмагель), инфузионная терапия как компонент противошоковой терапии (по показаниям).

Выводы. ФГДС является определяющим методом диагностики, верифицирующий диагноз «Химический ожог пищевода». У каждого третьего ребенка, обследованного эндоскопически, - 22 человека (32,3%), диагностирован ожог слизистой оболочки пищевода вследствие случайного употребления различных химических веществ. Симптомы поражения слизистой, выявленные при осмотре полости рта и глотки, не являются достоверными признаками степени тяжести повреждения слизистой пищевода и желудка. Случайное употребление детьми агрессивных химических средств (кислоты, щелочи) может привести к формированию рубцового стеноза пищевода, что отрицательно влияет на качество жизни ребенка.