

ISSN 2312-3648

ДОНИШГОҲИ МИЛЛИИ ТОҶИКИСТОН
ТАДЖИКСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ИЛМ ВА ФАНОВАРӢ
(маҷаллаи илмӣ)
СИЛСИЛАИ ИЛМӢОИ ТАБИӢ

№4(12)

НАУКА И ИННОВАЦИЯ
(научный журнал)
СЕРИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ НАУК

ДУШАНБЕ: «СИНО»
2016

**ДОНИШГОҲИ МИЛЛИИ ТОҶИКИСТОН
ТАДЖИКСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**Маҷаллаи илмӣ соли 2014 таъсис ёфтааст.
Научный журнал основан в 2014 году.**

Ҳайати таҳририя:

Редакционная коллегия:

Имомзода М.С. – гл. редактор, академик АН РТ, доктор филологических наук, профессор

Сафармамадов С.М. – зам. гл. редактора, доктор химических наук, профессор

Абдулазизов В. – зам.гл. редактора, кандидат филологических наук, доцент

Сироджиддин Э. - зам.гл. редактора, кандидат филологических наук, доцент

Аъзои ҳайати таҳририя:

Члены редакционной коллегии:

Ашуров Г.Г. - доктор медицинских наук, профессор

Рафиева З.Х. - доктор медицинских наук, профессор

Мусоев С.М. - доктор фармацевтических наук, профессор

Талабов М.С. - доктор медицинских наук, профессор

Нуров Р.М. - доктор медицинских наук, профессор

Савченкова В.С. - доктор медицинских наук, профессор

Раменская Г.В. - доктор фармацевтических наук, профессор

Глембоцкая Г.Т. - доктор фармацевтических наук, профессор

Георгиянц А.А. - доктор фармацевтических наук, профессор

Парфейников С.А. - доктор фармацевтических наук, профессор

Саидов Н.Б. - кандидат фармацевтических наук, доцент

Хасанов А.Х. - доктор геолого-минералогических наук, профессор

Валиев Ш.Ф. – доктор геолого-минералогических наук, доцент

Хакимов Ф.Х. - доктор геолого-минералогических наук, профессор

Алидодов Б.А. - кандидат геолого-минералогических наук, доцент

Комилов О.К. – доктор технических наук, профессор

Гайратов М.Т. – кандидат технических наук, доцент

**Маҷалла бо забонҳои тоҷикӣ ва русӣ нашр мешавад.
Журнал печатается на таджикском и русском языках.**

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ).

**Илм ва фановарӣ, 2017
Наука и инновация, 2017**

МЕДИЦИНА

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ

Одинаев Н.С., Тагожонов З.Ф., Одинаева К.Н., Муминова Д.И.
Таджикский национальный университет

Брюшной тиф (typhoid fever и enteric fever - англ., abdominal typhus - нем., abdominale fièvre - франц.) – острая инфекционная болезнь, вызываемая сальмонеллой (*Salmonella typhi*), характеризуется лихорадкой, симптомами общей интоксикации, бактериемией, увеличением печени и селезенки, энтеритом и своеобразными морфологическими изменениями лимфатического аппарата кишечника. Ежегодно в мире регистрируется до 16 млн. больных брюшным тифом, из них 600 тысяч умирают [1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 12].

Актуальность проблемы. Проблема, обусловленная нынешней санитарно-эпидемиологической ситуацией, коренным образом отразилась в статистике заболеваемости инфекционными заболеваниями в целом и брюшным тифом в частности. В последнее время изменилось понятие о строгой стадийности развития патологического процесса в лимфатической ткани тонкой кишки при брюшном тифе [1, 13]. В литературе имеются довольно убедительные данные о результатах аутопсии, о частоте различных осложнений брюшного тифа, повлекших за собой смерть больных. По частоте осложнения авторами расставлены таким образом: Миокардит - 84,6%; Пневмония - 75,4%; Гепатит - 56,9%; Геморрагический синдром - 50,8%; Перфорация язв - 49,2%; Кровотечение кишечное - 21,5%; Плеврит - 20%; Нефрит - 15,4%; Менингоэнцефалит - 12,3%; Шок инфекционно-токсический - 12,3%; Гнойные осложнения - 9,2%; Кровоизлияние в надпочечники - 7,7%; Перитонит без перфорации - 4,6%; Сепсис банальный - 3,1%; Тромбоэмболия легочной артерии - 3,1% [2].

Эти данные основаны на результатах патолого-анатомического исследования, поэтому клиницисты не могут согласиться с таким объяснением проблемы и необходимо эту проблему изучать на основании клинических исследований. При брюшном тифе [1, 3, 4, 8], все еще встречаются такие грозные осложнения, как перфорация язвы тонкой кишки, кишечное кровотечение и инфекционно-токсический шок, которые требуют проведения неотложной, комплексной интенсивной терапии.

Цель работы: улучшение результатов лечения брюшного тифа разработкой способов профилактики поражения органов и систем.

Задачи исследования: на основании полученных результатов планируется прогнозировать поражения органов и систем, усугубляющих

тяжесть и определяющих исход брюшного тифа; разработка способов профилактики поражения органов и систем.

Материал и метод исследования. Проведено в эпидемических неблагополучных районах комплекс клинических, лабораторных и инструментальных исследований больных брюшным тифом, статистическая обработка результатов исследования и анализ полученных данных. Из 2112 (100%) обследованных в ГЛУ (гражданских лечебных учреждениях) находились на лечении 1025 (контрольная группа) больных и военном госпитале (ВГ) 1087 больных. Эти данные основаны на результатах клинико-лабораторных исследований, ЭКГ, УЗИ сердца и Рентгенологических исследований органов грудной полости.

Результаты исследования и обсуждение. Причиной летального исхода у больных брюшным тифом, в основном, являются осложнения основного заболевания – инфекционно-токсический шок, желудочно-кишечное кровотечение, перфорация кишок и перитонит. Исследование показало, что наряду с вышеуказанными осложнениями нередко причинами тяжелого течения болезни может быть поражение органов и систем с нарушением их функций, т.е. полиорганная недостаточность, также сопутствующие инфекционные патологии или микст-инфекции.

Нами приводятся данные (рисунок 1) тяжелого поражения органов и систем с нарушением их функции при брюшном тифе у 1087 больных, пролеченных в ВГ и 1025 больных, которые находились на лечении в ГЛУ.

Поражение ЦНС. Со стороны ЦНС у всех 100% обследованных больных в разгар брюшного тифа имели место разной степени патологические изменения. Из больных в ВГ у 734 (67,5%) имели место жалобы на головные боли, общую слабость, а также объективно отмечались раздражительность, вялость, плохой аппетит, апатия к окружающему, сонливость. У 291 (26,8%) больного имели место более выраженные симптомы поражения ЦНС, из которых у 107 (9,8%) наблюдали спутанность сознания, у 83 (7,6%) - оглушение сознания, у 76 (7,0%) - сопор и у 25 (2,3%) - развитие коматозного состояния.

Из больных в ГЛУ у 734 (71,6%) имели место жалобы на головные боли, общую слабость, а также объективно отмечалось раздражительность, вялость, плохой аппетит, апатия, сонливость. У 291 (28,4%) больного имели место более выраженные симптомы поражения ЦНС, из которых у 107 (36,8%) наблюдали спутанность сознания, у 84 (28,9%) - оглушение сознания, у 76 (26,1%) - сопор и у 24 (8,2%) - развитие коматозного состояния.

Поражение органов дыхания. Среди обследованных в ВГ у 364 (33,4%) имело место поражение органов дыхания. Из этого числа бронхит диагностирован у 213 (19,6%) и пневмония - у 23 (2,1%) больных. Пневмония у 12 (1,1%) больных была очаговой и пневмония с поражением более двух сегментов легких диагностирована в 11 (1,0%) случаях. При этом у 15 (1,4%)

больных проявлений острой дыхательной недостаточности (ОДН) не наблюдалось и у 9 (0,8%) - имело место развитие ОДН.

Среди обследованных в ГЛУ у 364 (35,5%) имело место поражение органов дыхания. Из этого числа бронхит диагностирован у 213 (58,5%) и пневмония - у 151 (41,5%) больных. Пневмония у 106 (70,2%) больных была очаговой и пневмония с поражением более двух сегментов легких диагностирована в 45 (29,8%) случаях. При этом у 257 (70,6%) больных проявлений острой дыхательной недостаточности (ОДН) не наблюдалось и у 107 (29,4%) - имело место развитие ОДН.

Поражение органов кровообращения. Среди обследованных в ВГ у 685 (63,0%) больных имело место изменения функционального характера, в виде тахикардии у 282 (25,9%) и брадикардии у 403 (37,1%) больных, в 63 (5,8%) случаях диагностирован миокардит и у 32 (2,97 %) больных развилась острая сердечная недостаточность. При брюшном тифе у 100% больных нарушается гемодинамика. Из обследованных больных у 67 (6,54%) имел место гиперкинетический, у 322 (31,41%) - эукинетический и у остальных 636 (62,05%) больных гипокинетический тип гемодинамики.

Поражение органов гепатобилиарной системы. Среди обследованных больных в ВГ у 268 (26,15%) больных выявлено только увеличение размеров печени, у 517 (50,44%) наряду с увеличением печени отмечались повышение концентрации билирубина (преимущественно за счет непрямого билирубина) и увеличение активности ферментов крови (АЛТ и АСТ).

Поражение почек. Среди обследованных в ВГ у 128 (12,49%) больных имели место патологические изменения со стороны почек, которые проявлялись у 107 (83,6%) больных нефритом и у 21 (16,4%) развитием острой почечной недостаточности (ОПН) – олигурия и анурия. Для ОПН были характерны лабораторные изменения в виде повышения в крови концентрации остаточного азота, мочевины, креатинина и других компонентов эндотоксикоза (концентрации молекул средней массы, токсической зернистости крови и токсичности плазмы по тесту парameций).

Поражение кроветворной системы. Инфекционно-токсическое поражение кроветворной системы при брюшном тифе проявляется угнетением их кроветворной функции и развитием анемии. Анемия различной степени тяжести отмечалась у всех 2082 (100%) больных брюшным тифом: из этого числа анемия легкой степени диагностирована у 638 (62,2%), анемия средней степени тяжести – у 261 (25,5%) и анемия тяжелой степени – у 126 (12,3%) больных. При этом данные о больных, у которых имела место анемия смешанного генеза, обусловленная осложнением брюшного тифа – кровотечением, не включены, так как их изучали в разделе об осложнениях основного заболевания.

Нарушение гемостаза. Результаты исследования показали, что при брюшном тифе у всех 1025 (100%) больных в зависимости от стадии болезни диагностированы нарушения гемостаза – коагулопатии, обусловленные

дефицитом факторов свертывания крови и тромбоцитопенией, ДВС-синдром всех трех стадий (гиперкоагуляции, коагулопатия потребления, гипокоагуляции) и фибринолиз.

По нашим данным, у 1025 (100%) больных в ранних стадиях болезни выявлено нарушение гемостаза – гиперкоагуляция (I стадия), которая у 664 (64,78%) больных перешла в коагулопатию потребления (II стадия), из этого числа у 276 (26,93%) больных наблюдали гипокоагуляцию (III стадия) и из них у 89 (8,68%) отмечен фибринолиз.

Исследование тромбоцитов крови показало развитие тромбоцитопении: у 237 - легкую ($155,1 \pm 5,7 \times 10^9/\text{л}$), у 327 (20,98%) среднюю ($117,8 \pm 3,7$) и у 175 (14,93%) тяжелую ($67,1 \pm 3,5 \times 10^9/\text{л}$) тромбоцитопению ($p < 0,05$).

Нарушения гемостаза своевременно выявлены (коагулологическим исследованием и тромбоэластографией), успешно устранены корригирующей и компонентной трансфузионной терапией.

Следует отметить, что причинами расстройства гемодинамики у больных брюшным тифом являются нарушения со стороны компонентов гомеостаза, развитие инфекционно-токсического шока и поражение органов кровообращения. Гемодинамические расстройства, которые имели место у больных при поступлении в стационар, в большинстве случаев были обусловлены гиповолемией и предшественниками инфекционно-токсического шока. Невосполненная гиповолемия могла привести к развитию инфекционно-токсического шока и несостоятельности кровообращения, возможно и к неблагоприятному исходу. У всех больных, леченных в ВГ, своевременно и полноценно проведенной интенсивной терапией удалось предупредить развитие рефрактерного инфекционно-токсического шока и неблагоприятного исхода при брюшном тифе.

Выводы:

1. Брюшному тифу свойственны такие грозные осложнения, как инфекционно-токсический шок, кишечное кровотечение, перфорация кишечника и перитонит.

2. Желудочно-кишечное кровотечение, перфорация кишечника и перитонит могут развиваться, как на фоне инфекционно-токсического шока, так и самостоятельно в результате местно поражающего действия брюшнотифозных палочек и их токсинов.

3. При брюшном тифе не менее грозным является инфекционно-токсическое поражение органов и систем, сопровождающееся их дисфункцией, т.е. возможно развитие полиорганной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белозеров Е.С. Брюшной тиф и паратифы / Е.С. Белозеров, Н.В. Н.В. Продолюбов. -Л., 1978.
2. Бобин А.Н. Осложнения и непосредственные причины смерти при брюшном тифе / А.Н. Бобин, Н.Д. Клочков, Н.В. Богомолва // Военно-медицинский журнал. - 1993. - №1. -С. 49-52.

3. Зверев Е.И. Тифо-паратифозные болезни в прошлом и настоящем / Е.И. Зверев. - Москва, 1967.
4. Зубик Т.М. Синдромы неотложных состояний и методы интенсивной терапии. Руководство по инфекционным болезням / Т.М. Зубик. - Санкт-Петербург, 1996. -С. 649-670.
5. Ляшенко Ю.И. Брюшной тиф у военнослужащих с упадком питания / Ю.И. Ляшенко // Военно-медицинский журнал. - 1994. -№4. -С. 38-42.
6. Маджидов В.М. Брюшной тиф и паратифы А и Б / В.М. Маджидов, И.И. Шаинский. - Ташкент, 1991. -175 с.
7. Мусабаев И.К. Актуальные вопросы кишечных инфекций / И.К. Мусабаев. -Ташкент, 1990. -112 с.
8. Подлевский А.Ф. Некоторые клинические особенности и клинико-иммунологическая характеристика различных методов лечения современного брюшного тифа: автореферат диссертации д.м.н. / А.Ф. Подлевский. -Ленинград, 1968. -31 с.
9. Рафиев Х.К. Проблемы инфекционной патологии в Республике Таджикистан / Х.К. Рафиев, Н.Б. Лукьянов // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 1999. №5. -С. 11-13.
10. Рахманов Э.Р. Опыт лечения больных брюшным тифом / Э.Р. Рахманов, В.В. Малеев, Х.К. Камардинов // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 1999. -№4. -С. 54-55.
11. Connolly D.P. Single-layer closure for typhoid perforations of the small intestine: case report / D.P. Connolly, B.T. Ugwu, B.A. Eke // East. Afr. Med. J. - 1998. -vol. 75. 7. -P. 439-440.
12. A Massive Epidemic of Multidrug-Resistant Typhoid Fever in Tajikistan Associated with Consumption of Municipal Water / Mermin J.H., Villar R., Carpenter J. [et al.] //J.Infection Diseases. - 1999. -vol.179. -№6. -P. 1416-1422.
13. Typhoid perforations: experiences in a surgical setting in Cameroon. Apropos of 49 cases / Yao J.G., Masso-Misse P., Ibile A. [et al.] // Med. Trop. (Mars.). - 1994. -vol.54. -№3. -P. 242-246.

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ

Брюшной тиф (typhoid fever и enteric fever - англ., abdominal typhus - нем., abdominale fièvre - франц.) – острая инфекционная болезнь, вызываемая сальмонеллой (*Salmonella typhi*).

Проблема, обусловленная нынешней санитарно-эпидемиологической ситуацией, коренным образом отразилась в статистике заболеваемости инфекционными заболеваниями в целом и брюшным тифом в частности.

Причинами летального исхода у больных брюшным тифом, в основном, являются осложнения основного заболевания – инфекционно-токсический шок, желудочно-кишечное кровотечение, перфорация кишок и перитонит. Исследование показало, что наряду с вышеуказанными осложнениями нередко причинами тяжелого течения болезни может быть поражение органов и систем с нарушением их функций, т.е. полиорганная недостаточность, также сопутствующие инфекционные патологии или микстинфекции.

Брюшному тифу свойственны такие грозные осложнения, как инфекционно-токсический шок, кишечное кровотечение, перфорация кишечника и перитонит.

Ключевые слова: брюшной тиф, желудочно-кишечное кровотечение, брюшнотифозные палочки, инфекционно-токсическое поражение органов и систем, дисфункция, развитие полиорганной недостаточности.

FREQUENCY OF ORGANS AND SYSTEM DAMAGE IN AN ABDOMINAL TYPE

Typhoid fever and enteric fever (English, abdominal typhus - German, abdominale fièvre - franc.) - an acute infectious disease caused by salmonella (*Salmonella typhi*).

The problem caused by the current sanitary and epidemiological situation was radically affected by the incidence of infectious diseases in general and typhoid fever in particular.

The causes of death in patients with typhoid fever, in general, are complications of the underlying disease - infectious-toxic shock, gastrointestinal bleeding, intestinal perforation and peritonitis. The study showed that along with the above complications, often the causes of severe disease can be damage to organs and systems with a violation of their functions, i.e. Multiorgan insufficiency, also accompanying infectious pathologies or mikstinfektsii.

Abdominal typhus is characterized by such formidable complications as infectious-toxic shock, intestinal bleeding, intestinal perforation and peritonitis.

With typhoid fever, infectious-toxic damage to organs and systems is no less formidable, accompanied by their dysfunction, i.e. Possibly the development of multiple organ failure.

Key words: Typhoid fever, gastrointestinal bleeding, typhoid bacillus, infectious-toxic damage to organs and systems, dysfunction, development of multiple organ failure.

Сведения об авторах: *Одинаев Н.С.* – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой терапии Таджикского национального университета. Телефон: **918-62-31-29**

Тагожонов З.Ф. - кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапии Таджикского национального университета. Телефон: **(+992) 982-93-80-09**

Одинаева К.Н. - врач РКБ №3. Телефон: **938-99-51-15**

Муминова Д.И. - ассистент кафедры терапии Таджикского национального университета. Телефон: **907-88-00-40**

НЕГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА В ЮВЕНИЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Мардонова С.М., Абдуллоходжаева Г.А., Абдулазизова Ф.

Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Актуальность. Нарушения менструального цикла по частоте и неблагоприятному влиянию на репродуктивную функцию относятся к наиболее актуальным проблемам современной детской гинекологии. По данным разных авторов, распространенность ювенильной дисменореи достигает 60-90% [2, 3, 4], также высока частота кровотечений в периоде полового созревания, что колеблется от 10 до 30% [2, 4, 6, 8].

У девочек и девушек Таджикистана среди гинекологических заболеваний также выявлена высокая частота нарушений менструального цикла, что составляет 24% [4]. Это может быть обусловлено региональными особенностями Таджикистана – страны со своеобразным географическим расположением и климатическими условиями. Это своеобразие заключается в резко континентальном субтропическом климате и вертикальном расположении многих населенных пунктов, отсутствии или недостаточном содержании в почве, воде и продуктах питания йода и необходимых для жизнедеятельности организма человека солей минералов, определяющих

высокую частоту среди населения заболеваний, обусловленных нарушением функции желез внутренней секреции. Качественно неполноценное питание, значительные психологические и умственные нагрузки приводят к гипоталамо-гипофизарно-яичниковой дисфункции.

Значение пролактина в роли пускового фактора нарушений секреции гормонов передней доли гипофиза и в развитии ановуляции у девочек и девушек является весьма актуальным в связи с предположениями о более раннем реагировании выработки пролактина на воздействие неблагоприятных факторов. По данным многих авторов причиной нарушений менструального цикла в периоде полового развития являются пролактиновые нарушения [3, 5, 6].

Терапия нарушений менструального цикла у девочек и девушек представляет непростую задачу. Незрелость эндокринной регуляции и механизмов обратной связи требует бережного вмешательства, в связи с чем применение гормональной терапии ограничивается и в отсутствии сформировавшихся хронических нарушений или эндокринопатий рекомендуется негормональная терапия [3, 9].

В настоящее время при всех видах нарушений менструального цикла, с целью восстановления менструальной функции в гинекологической практике используются негормональные лекарственные препараты, созданные на основе *Vitex agnus castus* (витекс священный или прутняк), оказывающие дофаминергическое действие благодаря стимуляции в лактофорных клетках гипофиза D_2 -дофаминовых рецепторов. Современные препараты, содержащие *Vitex agnus castus*, мастодион и циклодинон, применяются при функциональной гиперпролактинемии, нарушения менструального цикла, предменструальном синдроме, дисменорее, масталгии. Эти препараты устраняют избыточную секрецию пролактина, нормализуют уровень половых гормонов, корректируют овуляторные расстройства, устраняют или смягчают выраженность болевых симптомов [3, 7-9].

Цель исследования. Оценить эффективность негормонального препарата растительного происхождения, Циклодинон, в коррекции нарушений менструального цикла в ювенильном возрасте.

Материал и методы исследования. В исследовании были включены 90 девочек и девушек с нарушениями менструального цикла. Критериями включения при каждом виде нарушения менструального цикла явились нормальное содержание гонадотропных гормонов, уровень пролактина выше 350 мМЕ/л, продолжительность нарушения менструального цикла не более 12 мес, отсутствие тяжелой анемии при ювенильных маточных кровотечениях, информированное согласие родителей. Критериями исключения были: гипо- и гипергонадотропная аменорея, структурные изменения или аномалии развития половых органов, опухоли головного мозга (гипофиза), раннее применение гормональной терапии, хронические нервные и психические заболевания. С целью подбора пациенток с

соответствующими критериями включения производилось клинико-лабораторное обследование пациенток, включающее изучение анамнеза, характеристик менструального цикла, общий осмотр, гинекологическое исследование, осмотр молочных желез, ультразвуковое исследование органов малого таза, щитовидной железы и молочных желез, исследование уровня гонадотропных и стероидных гормонов. По показаниям, лабораторно-инструментальное обследование расширялось в зависимости от выявленных отклонений.

После первичного обследования девочки были распределены на 2 группы. В эти группы входили девушки независимо от вида нарушений менструального цикла. Первой группе (60 девочек и девушек) – был назначен Циклодинон в таблетированной форме, по 1 т (40 мг) в день, в непрерывном режиме в течение 3 месяцев.

Второй группе (30 девочек и девушек) – циклическую витаминотерапию (в 1 фазу – фолиевую кислоту по 600 мг/сутки, вит. группы В по 1 т х 3 раза в день, во вторую фазу – аскорбиновую кислоту по 1 т х 3 р в день).

На промежуточном этапе (дважды, через 1 и 3 месяца терапии) оценивали следующие клинические параметры: продолжительность менструального цикла, количество теряемой крови при ювенильных маточных кровотечениях, интенсивность болей при дисменорее, болезненность и напряженность молочных желез. Клинические характеристики оценивали на основании анализа менструальных календарей, которые пациенты вели самостоятельно. Выраженность масталгии оценивали по визуально-аналоговой шкале. Характер расстройства овуляции оценивали при динамическом проведении УЗИ (фолликулометрии), уровня прогестерона. Уровень пролактина в плазме крови определяли 3 раза, при первичном обследовании, через 1 и 3 мес, Вегетативный статус при дисменорее анализировали при помощи «Вопросника для выявления признаков вегетативных изменений».

Статистическую обработку результатов исследования проводили на персональном компьютере с помощью пакета стандартных программ Microsoft Excel, Biostat, Statistica 6.0 for Windows. Для каждого показателя определялись среднее значение (M), стандартная ошибка (m) и отклонение (σ), интервал вариации (минимум и максимум). Для качественных параметров частоту выявления определяли показателем, выраженным в процентах (%). Сравнительный анализ показателей проводили путем сравнения средних величин в основной и контрольной группах с применением t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст участниц исследования колебался от 10 до 19 лет, средний возраст составил $16,3 \pm 4,7$ года. Из них в возрасте 10-13 лет находились 21 (23,3%) пациентка. Обследование выявило высокий инфекционный индекс у 67 (74,4%) (более 4 перенесенных инфекционных заболеваний), родовой травматизм (39,0%),

осложнение во время беременности (31,1%) (многоводие, преэклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и т. д.), диффузное увеличение щитовидной железы (61%), глистная инвазия (72%), анемия легкой и средней степени (26,0%), заболевания мочевыделительной системы (26,0%).

В исследуемых группах возраст Менархе колебался от 9 до 19 лет. Средний возраст менархе составил $15 \pm 4,6$ лет. Раннее половое созревание было у 2 девочек, а позднее менархе у 31 (34,4%).

Нарушение менструального цикла по типу ювенильных маточных кровотечений было у 23 девочек, по типу гипоменструального синдрома у 38, из них у 25 наблюдалась олигоменорея, а у 6 - аменорея, ювенильная первичная дисменорея отмечалась у 29 исследуемых, на предменструальный синдром жаловались 7 девушек.

Физическое развитие исследуемой группы соответствовало здоровым девочкам. У 18 (20%) девочек с ЮМК выявлен дефицит массы тела, а у 18 (20%) девочек с гипоменструальным синдромом избыток массы тела.

Фолликулометрия и динамическое определение уровня прогестерона в периферической крови позволили выявить признаки овуляции у 13 (14,4%) пациенток, среди которых у 3 отмечалась олигоменорея и у 10 – регулярный менструальный цикл с дисменореей. Персистенция фолликула отмечалась у 17 (18,8%) девушек, среди которых у 15 были ювенильные маточные кровотечения, а у 2 регулярный менструальный цикл с предменструальным синдромом. Ретенционные кисты обнаружены у 9 (10%) пациенток с гипоменструальным синдромом. У остальных пациенток при сонографии были выявлены мелкокистозные изменения яичников.

При опросе и осмотре симптомы нарушения состояния молочных желез обнаружены у 21 (23,3%) пациентки: масталгия перед менструацией у 7 пациенток с предменструальным синдромом, чувство напряженности (прилива) у 14 пациенток с гипоменструальным синдромом. Галакторея ни у одной пациентки не обнаружена.

Показатели уровня пролактина колебались в пределах 350,8 до 930,4 мМЕ/л. Средний показатель составил 590,3 мМЕ/л. Уровень пролактина до 505,7 мМЕ/л был отмечен у 52 (74,4%) пациенток с ювенильными маточными кровотечениями и дисменореей. Из 38 девочек с гипоменструальным синдромом, у 28 (73,8%) выявлена гиперпролактинемия (610-930 мМЕ/л), среди них у 6 – отмечалась вторичная аменорея. Установлено, что повышение уровня пролактина зависит от вида нарушения менструального цикла.

При промежуточном (через 1 и 2 месяца терапии) изучении уровня пролактина установлено, что в 1 группе отмечается снижение уровня гормона на 50 - 320 мМЕ/л, а у девочек второй группы уровень пролактина соответствовал исходному. Средний уровень пролактина составил $268,7 \pm 0,3$. При этом у девочек с ювенильными маточными кровотечениями

кровянистые выделения из половых путей уменьшились, но не прекратились. Учитывая, что уровень гемоглобина на фоне антианемической терапии не снижался, терапия была продолжена. При дисменорее интенсивность болей стали меньше и вегетативные нарушения нивелировали. Все пациентки с масталгией отметили отсутствие болей и напряженности в грудях перед месячными кровянистыми выделениями из половых путей. Укорочение межменструального интервала при опсоменорее до 34 дней отметили 26 девочек. У 3 девочек с аменореей, после приема препаратов через 35-40 дней появились кровянистые выделения из половых путей.

В данной работе мы представили негормональную терапию функциональных нарушений менструального цикла в периоде полового созревания. В сложные нейрогормональные взаимодействия вовлекаются дофаминергические нейроны и пролактин, а изменения секреции пролактина могут стать причиной функциональных нарушений менструального цикла. Патогномичных клинических признаков нарушения секреции пролактина не существует. Даже галакторея может проявляться на фоне нормальных значений уровня пролактина в крови. Публикации об опыте применения препаратов витекса священного при менструальной дисфункции появляются регулярно [3,4,10]. Результаты проведенного исследования помогли нам определить терапевтические возможности циклодинона у юных пациенток с нарушенным менструальным циклом. Малое число наблюдений девушек с аменореей не позволили делать выводы об эффективности терапии у этих пациенток. Напротив, у пациенток с олигоменореей были получены достоверные результаты, свидетельствующие о положительной динамике продолжительности менструального цикла. Средняя длительность менструального цикла сократилась у 59% до 28-34 дня. Масталгия и напряженность молочных желез перед менструацией может служить независимым показанием к назначению циклодинона, так как эффект терапии в данном случае очевиден. Все пациентки с масталгией отметили отсутствие болей и напряженности в грудях перед месячными кровянистыми выделениями из половых путей.

Циклодинон, имеющий средство не только к дофаминергическим, но и к опиоидергическим рецепторам, способен оказывать прямое влияние на психическое и вегетативное состояние организма. У девочек с дисменореей отмечается нивелирование вегетативных нарушений, также девочки отмечали уменьшение болей до и в дни менструации.

Отмеченные положительные изменения могут быть обусловлены различными механизмами действия циклодинона, но основным из них, является нормализация секреции пролактина. По данным нашего исследования, применения циклодинона в течение 3 месяцев устранило избыточную секрецию пролактина, менструальный цикл стал овуляторным у 34 (56,7%) девушек 1 группы, что было подтверждено уровнем прогестерона во 2 фазу менструального цикла и данными УЗИ (фолликулометрии).

Заключение. Циклодинон является эффективным средством лечения функциональных расстройств менструального цикла, связанных с гиперпролактинемией. Достаточным основанием для его назначения является гиперпролактинемия, олигоменорея, хроническая метроррагия, первичная ювенильная дисменорея, циклическая масталгия. Эффективность терапии следует оценивать по прошествии 3 менструальных циклов. Оцениваемыми критериями являются клинические характеристики менструального цикла, овуляция по данным УЗИ и уровня прогестерона, наличие масталгии, тяжесть дисменореи, степень выраженности вегетативных нарушений. Такая комплексная оценка позволяет объективно оценить эффективность терапии и избежать полипрагмазии. Отсутствие эффекта от терапии требует пересмотра диагностической и лечебной тактики. При положительном эффекте терапию целесообразно продолжить до 6 месяцев с возможным пролонгированием курса при необходимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А.М. Боль и обезболивание / А.М. Вейн, М.Я. Авруцкий. -М., 1997. - 280 с.
2. Гуркин Ю.А. Детская и подростковая гинекология / Ю.А. Гуркин. -М.:, 2009. -57 с.
3. Кузнецова И.В. Использование растительных дофаминомиметиков у подростков и молодых женщин с нарушенным менструальным циклом / И.В. Кузнецова // Ж. Акушерство и гинекология. – 2015. -№11. -С.70-77.
4. Расулова Л.А. Особенности репродуктивной системы при ювенильной дисменорее: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Л.А. Расулова. -Душанбе, 2012. -22 с.
5. Шарапова О.В. Здоровье подростков / О.В. Шарапова // Руководство для врачей. - СПб, 2011. -436 с.
6. Шамина И.В. Комплексный подход к проблемам становления репродуктивной функции у девочек / И.В. Шамина, Г.В. Гудкова // Гинекология. – 2014. -16(4). -С 28-32.
7. Ymamoto K. The relationship between premenstrual symptoms, menstrual pain, uregular menstruai cycles, and psychosocial stress among Japanese callege students / K. Ymamoto, A. Okazuki // J.Physiol Anthropol. – 2009. -№28(3). –P. 129-136.
8. Berhea C.I. The effect of short moderate stress on the midbrain corticotrophin-releasing factor system in a masaque model of functional hypothalamic amenorrhea / C.I. Berhea, K. Phu, A.P. Reddy // Fertil. Steril. – 2013. - 100(4). -11-21.
9. Rani A. The genus Viteks: a review, Pharmacogn. Rev / A. Rani, A. Shurma. – 2013. -7(14). –P.188-198.

НЕГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА В ЮВЕНИЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

По данным разных авторов, распространенность ювенильной дисменореи достигает 60-90%. У девочек и девушек Таджикистана среди гинекологических заболеваний также выявлена высокая частота нарушений менструального цикла, что составляет 24%.

Оценить эффективность негормонального препарата растительного происхождения, Циклодинон, в коррекции нарушений менструального цикла в ювенильном возрасте.

После первичного обследования девочки были распределены на 2 группы. Первой группе (60 девочек и девушек) – был назначен Циклодинон в таблетированной форме, по 1 т (40 мг) в день, в непрерывном режиме в течение 3 месяцев. Второй группе (30 девочек

и девушек) – циклическую витаминотерапию (в 1 фазу – фолиевую кислоту по 600 мг/сутки, вит. группы В по 1 т х 3 раза в день, во вторую фазу – аскорбиновую кислоту по 1 т х 3 р в день).

Возраст участниц исследования колебался от 10 до 19 лет, средний возраст составил $16,3 \pm 4,7$ года. Из них в возрасте 10-13 лет находились 21 (23,3%) пациентка. Обследование выявило высокий инфекционный индекс у 67 (74,4%) (более 4 перенесенных инфекционных заболеваний), родовой травматизм (39,0%), осложнение во время беременности (31,1%) (многоводие, преэклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и т. д.), диффузное увеличение щитовидной железы (61%), глистная инвазия (72%), анемия легкой и средней степени (26,0%), заболевания мочевыделительной системы (26,0%).

Отмеченные положительные изменения могут быть обусловлены различными механизмами действия циклодинона, но основным из них является нормализация секреции пролактина. По данным нашего исследования, применения циклодинона в течение 3 месяцев устранило избыточную секрецию пролактина, менструальный цикл стал овуляторным у 34 (56,7%) девушек 1 группы, что было подтверждено уровнем прогестерона во 2 фазу менструального цикла и данными УЗИ (фолликулометрии).

Циклодинон является эффективным средством лечения функциональных расстройств менструального цикла, связанных с гиперпролактинемией. Достаточным основанием для его назначения является гиперпролактинемия, олигоменорея, хроническая метроррагия, первичная ювенильная дисменорея, циклическая масталгия. Эффективность терапии следует оценивать по прошествии 3 менструальных циклов. Отсутствие эффекта от терапии требует пересмотра диагностической и лечебной тактики. При положительном эффекте терапию целесообразно продолжить до 6 месяцев с возможным пролонгированием курса при необходимости.

Ключевые слова: нарушений менструального цикла, Циклодинон, негормональные препараты, ювенильный возраст.

NON-HORMONAL THERAPY OF MENSTRUAL DISORDERS IN THE JUVENILE AGE

According to different authors, the prevalence of juvenile dysmenorrhea reaches 60-90%. In girls and young women among Tajikistan gynecological diseases also showed a high frequency of menstrual cycle that is 24%.

Evaluate the effectiveness of non-hormonal herbal medication, Cyclodynon, in the correction of the menstrual cycle in juvenile age.

After the initial examination, the girls were divided into 2 groups. The first group (60 girls and girls) - Cyclodinone was given in tablet form, 1 t (40 mg) per day, continuously for 3 months. The second group (30 girls and girls) - cyclic vitamin therapy (in the 1 phase - follic acid at 600 mg / day, vit of group B 1 x 3 times a day, in the second phase - ascorbic acid 1 t x 3 r in day).

The age of participants of the study varied from 10 to 19 years, the average age was 16.3 ± 4.7 years. Of these, at the age of 10-13 years were 21 (23.3%) patient. The survey revealed a high infectious index in 67 (74.4%) (more than 4 infectious diseases), birth traumatism (39.0%), complication during pregnancy (31.1%) (polyhydramnios, preeclampsia, premature detachment of the normally located placenta , etc.), diffuse enlargement of the thyroid gland (61%), helminthic invasion (72%), mild and moderate anemia (26.0%), urinary system diseases (26.0%).

The noted positive changes may be due to different mechanisms of action of cyclodinone, but the main one is the normalization of prolactin secretion. According to our research, the use of cyclodinone for 3 months eliminated the excessive secretion of prolactin, the menstrual cycle

became ovulatory in 34 (56.7%) girls of Group 1, which was confirmed by the level of progesterone in the 2nd phase of the menstrual cycle and ultrasound (folliculometry).

Cyclodinone is an effective treatment for functional disorders of the menstrual cycle associated with hyperprolactinemia. Sufficient reason for his appointment is hyperprolactinaemia, oligomenorrhoea, chronic metrorrhagia, primary juvenile dysmenorrhea, cyclic mastalgia. The effectiveness of treatment should be evaluated after 3 menstrual cycles. The lack of effect from therapy requires a revision of diagnostic and therapeutic tactics. If the effect of therapy should be continued up to 6 months with possible prolongation of the course if necessary.

Key words: menstrual disorders, Cyclodinone, non-hormonal drugs, juvenile age.

Сведения об авторах: *Мардонова С.М.* – кандидат медицинских наук, доцент, зам. директора по лечебной части НИИ АГ и П. Таджикистана, г. Душанбе. Телефон: (+992) 918-67-69-01. E-mail: salomat.71@mail.ru

Абдуллоходжаева Г.А. – научный сотрудник акушерского отдела НИИ АГ и П. Таджикистана, г. Душанбе. Телефон: (+992) 93-808-8870. E-mail: dr.tshmtj@mail.ru

Абдулазизова Ф. – аспирантка НИИ АГ и П. Таджикистана, г. Душанбе. Телефон: (+992) 90-400-80-91

КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛОПЕЦИИ

Сафолова М.К., Ашурова Н.С.

Таджикский национальный университет

Лечение алопеции до настоящего времени остается актуальной, так как в последнее время отмечается рост тяжело поддающихся лечению форм патологии.

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 2013-2016г.

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 35 лет, диффузной формой алопеции – 15 больных, гнездной формой – 14 больных, из них очаговой - 11 больных, субтотальной – 3 больных. В комплексном лечении алопеции проведено мезотерапевтическое введение препаратов.

При комбинированном лечении с применением мезотерапевтических процедур у больных с различными формами алопеции сроки восстановления волос сокращаются в 1.5 раза.

Актуальность. Алопеции (выпадение волос) до сих пор остаются чрезвычайно актуальной проблемой, занимая в структуре кожной патологии значительный удельный вес [1–3]. Заболевание в одинаковой степени

поражает как мужчин, так и женщин, но первый эпизод чаще развивается в детском возрасте и часто у детей на фоне атопии. По статистике среди ста человек один страдает очаговой алопецией. У 80% пациентов заболевание протекает в виде единичного эпизода с последующим восстановлением роста волос, однако у 20% заболевание носит рецидивирующий характер или приводит к стойкому облысению. В норме ежедневно человек теряет до 100 волос, потеря большего количества волос является патологией и ведет к развитию облысения.

Большинство ученых сходятся на мнении, что алопеция представляет собой аутоиммунное заболевание. Вторая ведущая причина алопеции – андрогенизация, то есть избыточное количество мужских половых гормонов в организме. По некоторым данным эта причина обуславливает до 90-95% всех случаев выпадения волос. В 1940 году американский доктор Джеймс Гамильтон сделал научное заключение, что наследственная предрасположенность к повышенному уровню половых гормонов (особенно дегидротестостерону) является причиной андрогенной алопеции. Лечение алопеций представляет трудную задачу. До настоящего времени продолжается поиск эффективных средств и методов лечения алопеций.

Цель исследования. Оценить эффективность 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 2013-2016гг.

Возраст больных 10 -18 лет – 10 больных (15,6%); 19-30 лет – 35 больных (54,6%); 31-40 лет – 19 больных (29,6%); Из них 35 мужчин и 29 женщин. Число больных андрогенетической формой составило – 35 человек в возрасте от 17 до 35 лет, диффузной формой алопеции – 15 больных, гнездной формой – 14 больных, из них очаговой - 11 больных, субтотальной – 3 больных.

При первичном осмотре пациентов с жалобами на выпадение волос производили сбор анамнеза, описание клинических проявлений (специального и локального статуса). Всем больным производилось обследование: общеклинические, серологические, биохимические анализы крови, по показаниям гормональный статус.

У 19 женщин с диффузным облысением, после консультации гинекологом-эндокринологом, были выявлены патология яичников (28%), повышенное содержание тестостерона (6,8%), снижение тиреотропного гормона (8%); выпадение волос на голове у таких пациенток часто сочеталось с себореей, угревой болезнью и гирсутизмом.

У 33% обследованных нами пациентов отмечены низкие показатели железа (снижение количества ферритина в сыворотке крови ниже 40 ng/ml)

Для постановки диагноза дополнительно проводили следующие методы исследования: трихоскопия и трихограмма.

Одним из методов, способствующих выявлению признаков облысения на уровне кожи, волосистой части головы и волосяных фолликулов на раннем этапе, является метод трихоскопии. В основе данного метода лежит применение специальной видеокамеры NEW DOLPHIN (AranHuvisCo.LTD, Республика Корея), подключенной к двум объективам (x60 - для исследования внешней поверхности кожи и волос, x 200 - для исследования состояния волосяных фолликулов и кожи головы) и компьютеру. На сегодняшний день этот метод самый совершенный и доступный, к тому же, не является инвазивным, чем вызывает одобрение трихологов. Он позволяет изучить состояние луковиц и стержней волоса, произвести их замеры, оценить повреждения, определить толщину стержня и количество волос на единицу площади, составить трихограмму. Съёмная видеокамера показывает состояние кожи волосистой части головы, появление новых волос на месте облысения, усиление пигментации обесцвеченных и ослабленных волос, позволяет оценить качество кровоснабжения, активность сальных желез. Всем пациентам после комплексного обследования проводилась трихоскопия волос. В результате проведенного нами исследования наиболее часто отмечалась миниатюризация волосяных фолликулов (78%), имеющих 1/3 и 1/2 диаметра терминальных волос, преимущественно в лобнотеменной зоне. Вышеописанная характеристика луковиц свойственна для андрогенной алопеции. При себорейном дерматите наблюдалась ложная гипертрофия луковиц с преобладанием трапециевидных форм и избыточным сальным секретом (45%).

Обсуждение результатов. Продолжительность лечения составила от 3 мес. до одного года. Оценка результатов произведена до лечения, через 6 мес. и через год после лечения.

После углубленного обследования больного составляли индивидуальный план лечения с учетом выявленной причины заболевания и сопутствующей патологии. При очаговом облысении ключевым методическим подходом являлось определение состояния нервной системы. При повышенной возбудимости назначали седативные средства (вамелан по 2 капсулы 2-3 раза в день в течение 1 мес, афобазол по 1-2 таблетке 2 раза в день в течение 2-3 мес), при нарушении функций нервной системы вследствие травм — полиаминокислотный препарат (церебролизин по 2,0 в\м, е\д в течение 10 дн, кавинтон по 1 табл 2 раза в день в течение 2 мес). Учитывая значение иммунного звена в патогенезе облысения, назначали иммуномодуляторы (в частности, тимогара по 1.0 в\м. е\д, 10 дней), а с целью воздействия на аутоиммунные процессы — препараты цинка (окись цинка по 50 мг 2–3 раза в день после еды в течение 6 и более мес; сульфат цинка по 30 мг 3 раза в день; цинктерал по 1 таблетке 3 раза в день на протяжении 3 мес). Применяли также препараты, оказывающие спазмолитическое и сосудорасширяющее действия, блокирующие адренергические влияния и улучшающие периферическое кровообращение — спазмолитики,

ангиопротекторы (ксантиноланикотинат по 1.0 в\м, е\д на курс 10 дней, всего 3-4 курса. , трентал по 1 табл 2 раза в день в течение 2 мес, ноотропил по 10, 0 в\в, е\д, в течение 10 дней). С целью повышения количества ферритина в сыворотке крови применяли железосодержащие препараты (в частности, Фенюльс по 1 капс. 1 раз в день в течение 2 мес.

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 4-5мл за один сеанс. Препараты вводились внутрикожно, папульно непосредственно в очаги поражения. Волосистую часть головы делили на проборы с интервалом 1,5 см, и осуществляли инъекции с интервалом 1-1,5 см. Процедуры проводились 1 раз в 7 дней. Курс лечения состоял из 10 сеансов продолжительностью 2,5-3 месяца. Нами были применены следующие препараты – Олигоэлементы Zn, Co, Ni, Se, Si и CeraMino 0,5% (миноксидил) (изготовитель “MESOESTETIKPHARMAGROUPS.I”. А также лосьон F-NAIR (Изготовитель ‘OxyenergyParisS.L” TP TC 009.2011) действующим веществом которого являются смеси пептидов CG-aFGFRh-полипептиды 9,11, органических соединений кремния и гиалуроновой кислоты.

В начале лечения применяли Олигоэлементы Zn, Co, Ni, Se, Si и лосьон F-NAIR по 2 мл путем чередования 1 раз в неделю в течение 3 месяцев, а в случае андрогенной алопеции дополнительно применяли CeraMino 0,5%- 1,0 мл в комплексе с 0,5% раствором Органического кремния 2,0 мл - 1 раз в неделю в течение 1 мес, далее 1 раз в 2 недели в течение 2 месяцев и поддерживающая терапия 1 раз в мес. постоянно.

В результате проведенного лечения через 3 и 6 месяцев было полное восстановление волос у больных с очаговыми формами алопеции и частичное восстановление (до 35-50%) у больных с андрогенной алопецией при условии постоянного приема мезотерапевтическим 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 комбинированном лечении с применением мезотерапевтических процедур у больных с различными формами алопеции сроки восстановления волос сокращаются в 1.5 раза

ЛИТЕРАТУРА

1. Юсифли Г.Р. К патогенезу очаговой алопеции / Г.Р. Юсифли // Новости дерматол. и венерол. Центрoазиатского науч.-практ. журн. - 2002. -№2. -С. 100–101.

2. Применение тимогара и 1-(хлорметил)силатрана при лечении гнездовой алопеции / Н.П. Зоирова, А.А. Хусайнов, М.М. Расулов [и др.] // Централь-ноазиат. науч.-практич. журн. - 2002. -№2. -С. 37–38.
3. Татарчук Т.Ф. Заместительная гормональная терапия в лечении андрогенетической алопеции у женщин климактерического периода / Т.Ф. Татарчук, Л.Д. Калюжная, Е.Н. Михнева // Репродукт. здоровье женщины. - 2002. -№ 2 (11). -С. 61–63.
4. Озерская О.С. Мезотерапия в дерматокосметологии и ее технологические основы / О.С. Озерская. – 2009. -С.294-304.

КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛОПЕЦИИ

Лечение алопеции до настоящего времени остается актуальным, так как в последнее время отмечается рост тяжело поддающихся лечению форм патологии.

Оценить эффективность комбинированных методов лечения алопеций с использованием мезотерапевтических процедур.

Работа основана на анализах результатов лечения 64 больных с различными формами алопеций, лечившихся в РКЦКВБ г. Душанбе за период 2013-2016г.

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. Число больных андрогенетической формой составило – 35 человек, в возрасте от 17 до 35 лет, диффузной формой алопеции – 15 больных, гнездовой формой – 14 больных, из них очаговой - 11 больных, субтотальной – 3 больных. В комплексном лечении алопеции проведено мезотерапевтическое введение препаратов.

При комбинированном лечении с применением мезотерапевтических процедур у больных с различными формами алопеции сроки восстановления волос сокращаются в 1.5 раза.

Ключевые слова: алопеция, трихограмма, мезотерапия.

COMBINED METHODS OF TREATMENT OF DEFLUXION

Treatment of defluxion till present tense stays actual, because the height of heavily responding to treatment of forms of pathology is lately marked.

To Estimate efficiency of the combined methods of treatment of defluxions with the use of methotherapeutic procedures.

Work is based on the analyses of results of treatment 64 patients with different forms defluxion, treating oneself in Clinical center for skin and venereal disease of the Republican (CCSVDR) in Dushanbe during 2013-2016.

Age of patients 10 -18 - 10 patients (15,6%); 19-30 - 35 patients (54,6%); 31-40 - 19 patients (29,6%); From them there are 35 men and 29 women. Among patients a endrogeneticform made are 35 persons in age from 17 to 35, by the diffuse form of defluxion - 15 patients, by a nesting form - 14 patients, from them wood-stove - 11 patients, subtotal - 3 patients.

At the combined treatment with the use of methotherapeutic procedures for patients with the different forms of defluxion terms renewal of hair grows short in 1.5 time.

Key words: defluxion, Thrikhograme, methotherapy.

Сведения об авторах: *Сафолова М.К.* – ассистент кафедры функциональной диагностики и клинической лаборатории медицинского факультета Таджикского национального университета. Телефон (+992) 933- 293-933. E-mail: malika-tj@list.ru

Ашурова Н.С. – ассистент кафедры функциональной диагностики и клинической лаборатории медицинского факультета Таджикского национального университета

СИРОЯТШАВИИ ЗАНҲОИ СИННУ СОЛИ РЕПРОДУКТИВӢ БО ВИРУСИ ПАПИЛЛОМАИ ИНСОН

Холмуродова З.А., Ашурова З.Ҷ., Ятимова М.М.
Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Муҳиммияти масъала. Масъалаи сироятшавии занҳо бо папилломавируси инсон (ПВИ) тайи солҳои охир аҳамияти махсусро соҳиб шуда, дар маркази диққати акушер-гинекологҳо, саратоншиносон, вирусологҳо, генетикҳо ва дигар мутахассисони тиб ҷой дорад, ки бо контагиознокии баланд, маъмулӣ ва потенциали онкогении барангезандаи он – вируси папилломаи инсон (ВПИ) вобаста мебошад.[1,3,6]

Дар сохтори умумии бемории ПВИ ҳиссаи зиёдро осеби соҳаи гениталӣ (Ҷукаева Л.М., 2009) ишғол мекунад. Афзоиши ҳолатҳои монанди ПВИ-и саратони гарданаи бачадон хатари махсусро ба миён меорад.[2,5]

Набудани системаи муташаккили скринингӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар мавҷудияти ПВИ ба муҳиммияти чорабиние мусоидат мекунад, ки ба ташхис ва муолиҷаи муосири чунин бемориҳо равона карда шудаанд.

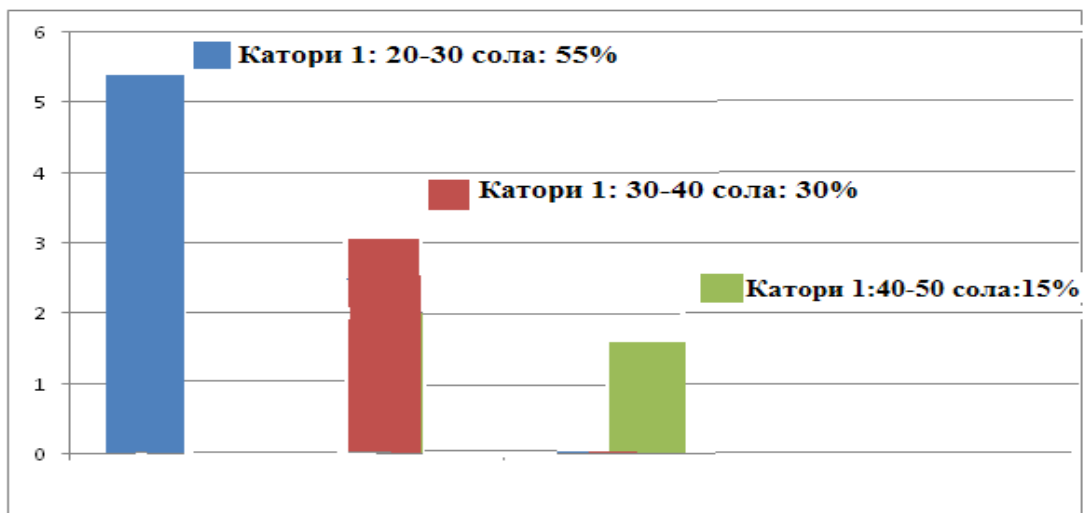
Мақсади кор. Омӯзиши нақши клиникӣ папилломавируси инсон (ПВИ) дар ташаккули бемориҳои пешазсаратонӣ ва саратони бачадон ҳангоми бемориҳои заминавии гарданаи бачадон.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Мавриди тадқиқоти гинекологӣ 1062 занҳои синну соли аз 20 то 50 сола дар ҳолати зарурати гузаронидани тадқиқотҳои озмоишгоҳӣ қарор гирифтанд.

Тарошаи роҳи сервикалӣ ё гарданаи бачадон ҳамчун маводи ташхисӣ истифода бурда шуд. Маводи клиникӣ бо мисбор (зонд)-и махсуси урогениталӣ гирифта шуда буд. Барои муайян намудани шиддатнокӣ ва сохтори бемориҳои гинекологӣ тадқиқотҳои умумӣ ва гинекологии занҳо, колпоскопия ва тадқиқоти ситологӣ гузаронида шуданд.

Ташхиси беморон дар асоси маълумотҳои клиникӣ-озмоишгоҳӣ мувофиқи тавсияҳои Таснифоти байналмилалии бемориҳо ва масъалаҳои бо саломатӣ алоқаманд, баррасии 10 аз соли 2006 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2006) гузаронида шуд.

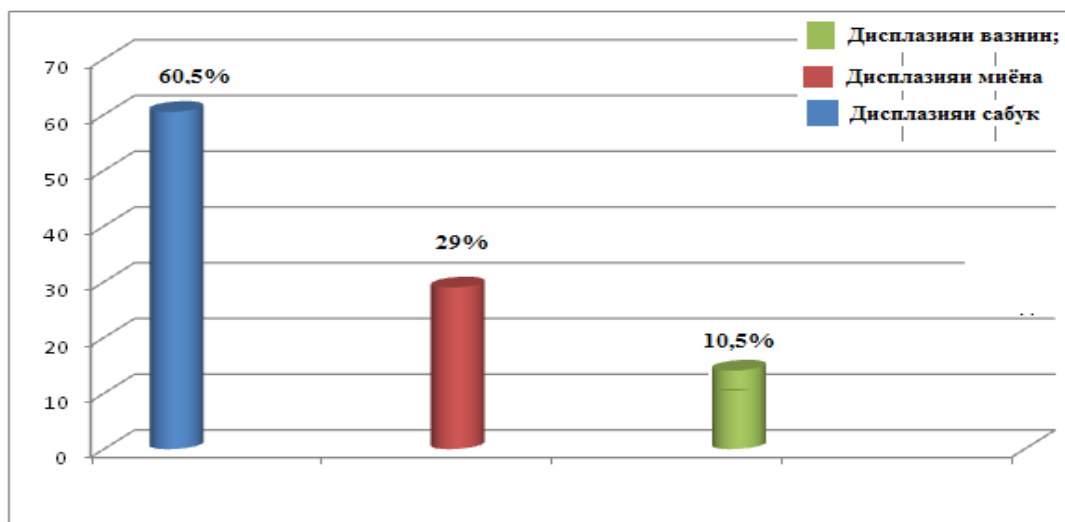
Натиҷаҳои тадқиқот. Дар марҳилаи якуми тадқиқот аз тарафи мо таркиби синнусолии занҳои озмудашуда таҳлил карда шуд.



Расми 1. Ҷобачокунии занҳои озмудашуда ба гурӯҳҳои синнусоли

Тавре аз расми 1 дида мешавад, гурӯҳи асосии занҳои озмудашударо беморони синну соли аз 20 то 30 сола – 55% ташкил медиҳанд. Занҳои гурӯҳи синну соли 30 то 40 сола 30%-ро ташкил доданд. Шумораи беморони синну соли 40 то 50 сола на зиёда аз 15% мебошад.

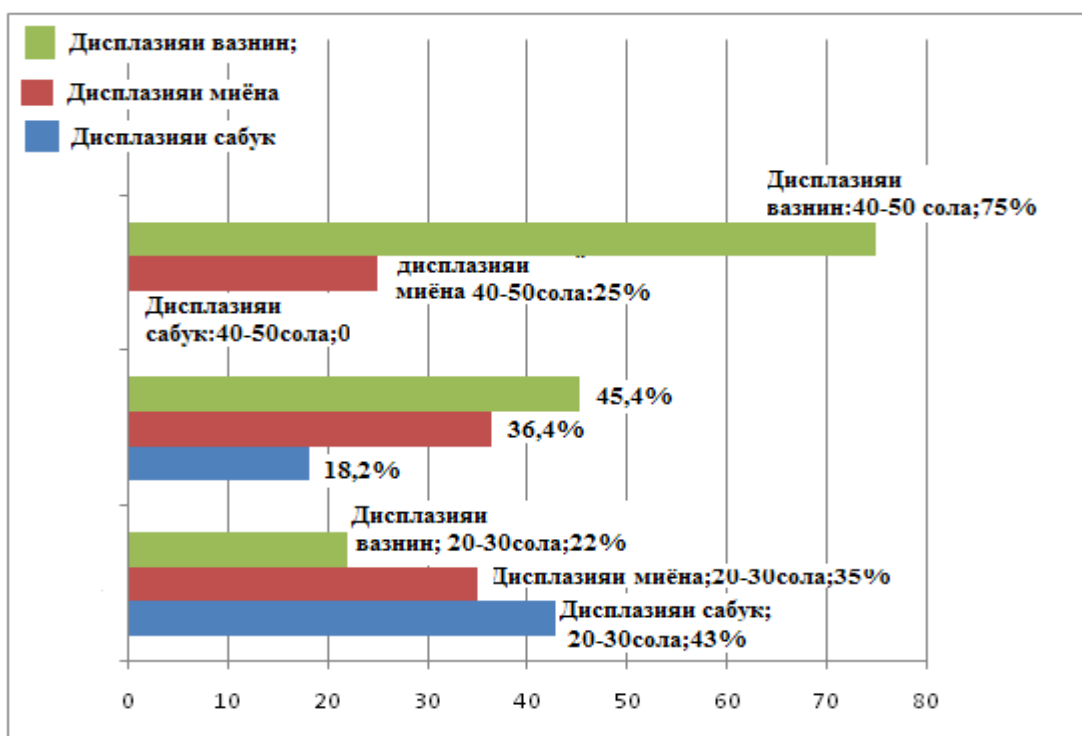
Дар натиҷаи колпоскопия ва тадқиқотҳои ситологии олуҷаҳои гузаронидашуда аз 1062 зан дар 38-тои онҳо (3,6%) дисплазияи гарданаи бачадон муайян карда шуд. Дисплазияи сабук ё дисплазияи сервикалии интероэпиталии I (расми 2) дар 23 зан (60,5%) мушоҳида карда шуд.



Расми 2. Муайянкунии дисплазияи дараҷаҳои гуногун байни занҳои озмудашуда

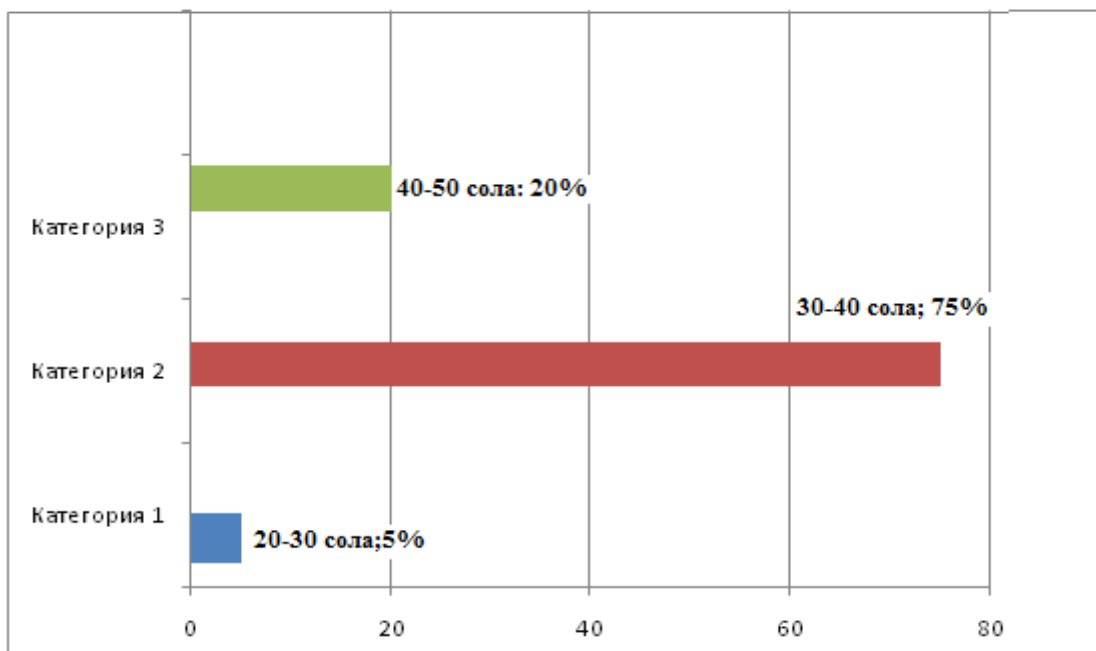
Дисплазияи дараҷаи миёна (дисплазияи миёна) дар 11 занҳои озмудашуда (29%) муайян карда шуд. Қайд кардан зарур аст, ки дисплазияи дараҷаи вазнин танҳо дар 4 зан муайян карда шуд, ки 10,5%-и шумораи умумии беморони тадқиқшударо ташкил медиҳад.

Таркиби синнусолии занҳо бо бемории дараҷаи сабуки дисплазия диққатро ба худ ҷалб мекунад (расми 3). Аз ҷумла, дисплазияи вазнин аксаран (75%) дар байни занҳои 40 то 50 сола ва синну соли калонтар, назар ба занҳои синну соли 20 то 30 ва 30 то 40 сола – мувофиқан 22% ва 45,4% муайян карда шуд. Ҳамзамон дисплазияи сабук дар занҳои синну соли 40 то 50 сола мушоҳида карда нашуд. Чунин шакли дисплазия аксаран (43%) дар занҳои синну соли бармаҳали репродуктивӣ, яъне дар синну соли аз 20 то 30 сола ва қариб 2 маротиба камтар дар байни занҳои 30 то 40 сола муайян карда шуд.



Расми 3. Ҷобачокунии беморони дараҷаи гуногуни дисплазия ба гурӯҳҳои синнусоли

Дисплазияи миёна қариб аксаран яхела дар гурӯҳи синну соли 20-30, 30-40 сола (мувофиқан 35%-36,4%) мушоҳида карда шуд. Барои занҳои гурӯҳи синну соли 40 то 50 сола ин нишондод 25%-ро ташкил медиҳад.



Расми 4. Ҷобачокунии беморон бо лейкоплакия ба гурӯҳҳои синну соли

Лейкоплакия – ҳамчун нишонаи махсуси колпоскопии ПВИ дар 20 бемор мушоҳида карда шуд, ки 1,8%-ро аз шумораи умумии занҳои озмудашуда ташкил медиҳад. Ҷи хеле, ки дар расми 4 нишон дода шудааст, ин шакли фаръии клиникии ПВИ аксаран (75%) дар занҳои синну соли аз 30 то 40-сола мушоҳида карда шуд, ки назар ба гурӯҳи синну соли занҳои 20 то 30 ва 40 то 50-сола (мувофиқан 5% ва 20%) хеле зиёд мебошад. Ҷамзамон дар ягон бемор лейкоплакия бо атипия мушоҳида карда нашуд.

Ҷамин тариқ, тадқиқотҳои мо нишон медиҳанд, ки бо сирояти папилломавирусӣ аксаран занҳои синну соли аз 20 то 30-сола осеб мебинанд ва дар сохтори имроз (патология)-и табиати вируси мазкур мавқеи сарвариро дисплазияи дараҷаҳои гуногун ишғол мекунад.

АДАБИЁТ

1. Биткина О.А. Заболевания, вызываемые вирусом папилломы человека. Пособие для врачей / О.А. Биткина, Р.Д. Овсянникова, Н.К. Никулина. -Н.Новгород.: НГМА., 2004. - 36 с.
2. Гуменюк У.Г. Роль вируса папилломы человека в возникновении гинекологической и онкологической патологии / У.Г. Гуменюк Методические рекомендации. –СПб., 2001. - 6 с.
3. Кунцевич Л.Д. Частота выявления вируса папилломы человека различной онкогенности у больных остроконечными кондиломами / Л.Д. Кунцевич, Н.К. Никулин, Е.В. Шибаева // Российский журнал кожных и венер. Болезней. - 2005. -№2. -С.49-53.
4. Шамойрданова Г.И. Клинические проявления папилломатрусной инфекции гениталий у женщин / Г.И. Шамойрданова, А.М. Савичева, С.Я. Максимов // Журнал акушерства и женских болезней. - 2001. -№2. -С.14-19.

5. Cancer Research for Cancer Control // International Agency for Research on Cancer WHO. Lyon. - 2001. -35 p.

ИЗУЧЕНИЕ ЗАРАЖЕНИЯ ВИРУСОМ ПАПИЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ТАДЖИКИСТАНЕ

Данная статья посвящена клиническому исследованию роли папилломы вируса человека в патологии рака шейки матки во время основных заболеваний матки. Для того, чтобы определить интенсивность и структуру гинекологических заболеваний, проводились общие и гинекологические исследования женщин, а также колпоскопия и цитологические исследования.

Ключевые слова: вирус папилломы человека, колпоскопия, исследования, дисплазия.

STUDY OF INFECTION WITH THE HUMAN PAPILLOMA VIRUS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE IN TAJIKISTAN

This article is devoted to a clinical study of the role of human papilloma virus in the pathology of cervical cancer during major diseases of the uterus. In order to determine the intensity and structure of gynecological diseases, general and gynecological studies of women were conducted, as well as colposcopy and cytological studies.

Key words: human papilloma virus, colposcopy, research, dysplasia.

Сведения об авторах: *Холмуродова З.А.* – ассистент кафедры функциональной диагностики и клинической лаборатории медицинского факультета Таджикского национального университета. Телефон: (+992) 938-34-4371

Ашурова З.Дж. – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры функциональной диагностики и клинической лаборатории медицинского факультета Таджикского национального университета. Телефон: (+992) 907-81-80-97

Ятимова М.М. – ассистент кафедры функциональной диагностики и клинической лаборатории медицинского факультета Таджикского национального университета. Телефон: 919-80-78-11

ГЛЮТЕНОВАЯ ЭНТЕРОПАТИЯ

*Одинаев Н.С., Одинаева К.Н., Муминова Д.И., Муминов Ш.Ч.,
Юсуфи Матин*

Таджикский национальный университет

Актуальность. Редкое заболевание, вызванное непереносимостью одного из компонентов белка злаков – глютена.

Глютеновая энтеропатия - заболевание, вызванное непереносимостью одного из компонентов белка злаков - глютена (глиадин) вследствие врожденного дефицита расщепляющего его фермента. Синонимы: целиакия-спру, целиакия взрослых, нетропическая спру.

Причиной развития глютеновой энтеропатии является отсутствие или пониженная выработка тонкой кишкой ферментов, расщепляющих глиадин, содержащийся в злаках (пшеница, рожь, ячмень, овес). Наследственная

непереносимость глютена встречается в 0,03% случаев общей популяции. Непереносимость глютена среди взрослого населения средней полосы России наблюдается довольно редко, хотя в последнее время наметилась явная тенденция к увеличению случаев глютеносенситивной энтеропатии.



Картина слизистой ЖКТ при глютеносенситивной энтеропатии

Рассматривают три гипотезы повреждающего действия глютена:

1. Глютеносенситивная энтеропатия возникает вследствие иммунологической реакции на пищевой глиадин.

2. Генетические факторы опосредуют неблагоприятное действие глиадина.

3. Глютеносенситивная энтеропатия является болезнью, связанной с нарушением метаболизма, при котором в результате неполного переваривания глютена происходит накопление токсических веществ, повреждающих слизистую оболочку тонкой кишки.

Существенна роль иммунных механизмов в патогенезе глютеносенситивной энтеропатии. Об этом свидетельствует увеличение содержания иммуноглобулинов и лимфоцитов в собственном слое слизистой оболочки тонкой кишки у больных, не леченных от глютеносенситивной энтеропатии. Еюнальная слизистая оболочка этих больных синтезирует значительно больше Ig A и Ig M по сравнению с контрольной группой. Среди иммуноглобулинов, секретируемых кишкой, высокий процент, имеющих антиглютеновую специфичность, т.е. антиглютеновые антитела. В сыворотке крови больных также выделяются циркулирующие антитела к фракциям глютена. Определенную роль в патогенезе заболевания могут играть изменения клеточного иммунитета, для которых характерно увеличение числа Т-лимфоцитов в собственной пластинке слизистой оболочки и межэпителиальных лимфоцитов. Сенсibilизированные Т-лимфоциты вырабатывают лимфокины, способные вызывать воспаление слизистой оболочки. Ряд авторов рассматривает глютеносенситивную энтеропатию как своеобразную форму аллергического поражения кишечника.



Картина слизистой ЖКТ при глютеновой энтеропатии

Безусловно, в развитии глютеновой энтеропатии принимают участие наследственные факторы. Доказательством тому является большое количество случаев заболевания у родственников больных. У 80% больных выявляются антигены HLA-B8, HLA-D3. Антигенные нарушения наследуются по рецессивному типу.

Доказано, что возникновение глютеновой энтеропатии связано с нарушением метаболизма глютена, что приводит к накоплению токсических веществ в слизистой оболочке тонкой кишки. При этом содержание некоторых неспецифических пептидаз, участвующих в переваривании глютена, уменьшено. После успешной терапии уровни этих пептидаз возвращаются к норме. Продукты недостаточного расщепления глютена, в частности, его водорастворимая фракция способна повреждать слизистую оболочку. Токсическим действием обладают и низкомолекулярные полипептиды.

Клиническая картина болезни зависит от выраженности патологического процесса в кишечнике. При тяжелом течении болезни нередко развивается синдром тотального нарушения всасывания, что приводит к нарушению деятельности целого ряда систем. Кишечные проявления болезни характеризуются профузными поносами, полифекалией.

При органическом поражении тонкой кишки, включая двенадцатиперстную кишку и проксимальный отдел тощей, желудочно-кишечные симптомы могут вовсе отсутствовать. У больных с такой локализацией процесса может наблюдаться лишь анемия, обусловленная дефицитом железа или витамина В₁₂. Для естественного течения не леченной глютеновой энтеропатии характерно чередование периодов обострения и ремиссии. Заболевание часто возникает в младенческом возрасте, когда начинают вводить продукты, содержащие глютен. Симптомы наблюдаются в течение всего периода детства, но в юношеские годы часто уменьшаются или полностью исчезают. К 30-40 годам признаки болезни обычно возобновляются. У ряда пациентов заболевание может появиться в среднем и даже пожилом возрасте. Помимо наследственной непереносимости глютена,

существует приобретенная форма глютеновой энтеропатии, возникающая при некоторых заболеваниях тонкой кишки.

Наиболее частыми симптомами у больных с тяжелым течением болезни являются диарея, скопление газов в желудке и кишечнике, уменьшение массы тела, выраженная слабость. При обширном поражении кишечника наблюдается обильный стул до 10 раз в сутки. Стул водянистый или полуоформленный, светло-коричневый, бывает жирный и пенистый, имеет зловонный, прогорклый запах. Кал больных глютеновой энтеропатией из-за большого количества жира всплывает в воде. Обильный понос вызывает дегидратацию в организме, потерю электролитов и даже ацидоз. Потеря массы тела при этом заболевании зависит от тяжести и обширности поражения тонкой кишки. На первых порах нарушение всасывания пищевых веществ компенсируется увеличением количества потребляемой пищи. У большинства больных наблюдается слабость, быстрая утомляемость, связанная с недостаточностью питания. Боли в животе появляются редко, иногда бывает тошнота и рвота. Расстройство всасывания кальция приводит к его дефициту в организме и возникновению остеопении и остеопороза. При тяжелом течении болезни возможны неврологические симптомы, обусловленные поражением центральной и периферической нервной системы: мышечная слабость, парестезии с потерей чувствительности и атаксия. Иногда развивается недостаточность коры надпочечников. Диагноз глютеновой энтеропатии можно поставить при учете всех проявлений болезни. Копрологическое исследование помимо водянистого кала и больших его объемов выявляет большое количество жира. Стеаторея наблюдается у большинства больных, и ее выраженность зависит от тяжести и обширности поражения тонкой кишки. При исследовании крови удается установить железодефицитную или В₁₂- дефицитную анемию, понижение содержания натрия, калия, кальция хлоридов, бикарбонатов. У больных в крови находят антитела к глиадину и аутоантитела ретикулину.

Рентгенологическая картина характеризуется расширением петель тонкой кишки, замещением нормального нежного перистого рисунка слизистой оболочки грубым, может наступить полное исчезновение складок, фрагментация и выпадение хлопьев бариевой взвеси в полости кишечника. Более весомую информацию дает морфологическое исследование биоптата, взятого из двенадцатиперстной кишки около связки Трейтца. С помощью обычной световой микроскопии выявляется выраженная атрофия ворсинок: ворсинки на начальных этапах заболевания укорочены и утолщены, в дальнейшем могут полностью отсутствовать, крипты углубляются, уменьшается количество энтероцитов, нарушается их дифференцировка и структура. При электронной микроскопии обнаруживаются нарушения ультраструктуры энтероцитов, изменения митохондрий и других микроструктур. Эти изменения не являются строго специфическими для глютеновой энтеропатии. К специфическим для данной болезни следует

отнести то обстоятельство, что после длительного лечения безглютеновой диетой наступает восстановление слизистой оболочки и ее элементов.

Одним из основных методов лечения больных глютеновой энтеропатией является назначение безглютеновой диеты. Не содержат глютен и могут использоваться при приготовлении безглютеновой диеты: рис и рисовый хлеб, картофельная мука, соевые бобы, овощи, гречневая и кукурузная крупа, сахар, мясо, рыба, яйца, молоко и молочные продукты, растительное масло, фрукты, фруктовые соки, кофе, какао, чай. Безглютеновая диета по калорийности 3300-3500 ккал и по химическому составу является физиологически полноценной. При дефиците железа, витамина В₁₂, кальция назначают соответствующие препараты. В ряде случаев требуется назначение электролитов, преднизолона, ферментных препаратов (панцитрат, креон), антибиотиков. Антибиотики применяются в виде кратких курсов для подавления вторичной микрофлоры.

Заключение: Глютеновая энтеропатия возникает вследствие иммунологической реакции на пищевой глиадин. Генетические факторы опосредуют неблагоприятное действие глиадина. Глютеновая энтеропатия является болезнью, связанной с нарушением метаболизма, при котором в результате неполного переваривания глютена происходит накопление токсических веществ, повреждающих слизистую оболочку тонкой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пропедевтика и частная патология внутренних болезней: учебно-методическое пособие / под ред. Л.Л.Боброва. – СПб, 1998.
2. Маколкин В.И. Внутренние болезни / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко. –М: Медицина, 1987.
3. Внутренние болезни / под ред. Ф.И. Комарова. –М: Медицина, 1991.
4. Маколкин В.И. Внутренние болезни / В.И. Маколкин. – 2005.
5. Бокарев И.Н. Внутренние болезни / И. Н. Бокарев. - 2003.
6. Ветильщев Ю.В. Справочник практического врача / Ю.В. Ветильщев. - 2006.
7. Воробьев А.И. Справочник практического врача / А.И. Воробьев. - 2008.
8. Федоров В.Д. Доброкачественные опухоли толстой кишки / В.Д. Федоров. - 1982.
9. Никитин А.М. Диффузный полипоз толстой кишки / А.М. Никитин. - 1983.

ГЛЮТЕНОВАЯ ЭНТЕРОПАТИЯ

Глютеновая энтеропатия - заболевание, вызванное непереносимостью одного из компонентов белка злаков - глютена (глиадина) вследствие врожденного дефицита расщепляющего его фермента. Синонимы: целиакия-спру, целиакия взрослых, нетропическая спру.

Причиной развития глютеновой энтеропатии является отсутствие или пониженная выработка тонкой кишкой ферментов, расщепляющих глиадин, содержащийся в злаках (пшеница, рожь, ячмень, овес). Наследственная непереносимость глютена встречается в 0,03% случаев общей популяции. Непереносимость глютена среди взрослого населения средней полосы России наблюдается довольно редко, хотя в последнее время наметилась явная тенденция к увеличению случаев глютеновой энтеропатии.

Глютеновая энтеропатия возникает вследствие иммунологической реакции на пищевой глиадин. Генетические факторы опосредуют неблагоприятное действие

глиаина. Глютенная энтеропатия является болезнью, связанной с нарушением метаболизма, при котором в результате неполного переваривания глютена происходит накопление токсических веществ, повреждающих слизистую оболочку тонкой кишки.

Ключевые слова: глютенная энтеропатия, глиаина, метаболизма.

CELIAC ENTEROPATHY

Celiac Enteropathy is such a disease, when the patient's organism is not able to accept one of the albumens of gluten, because of scarcity of the specific enzyme, which decompose and digest it. It synonyms: celacia- sprue, adult's celiac disease, nontropic sprue.

The main cause of formation of the gluten enteropathy is the lack or shortage of production of enzymes inside the small intestine, which participates in decomposing of gliadin. Gliadin exists mainly in cereals (wheat, barley, etc.). Intolerance of gluten as a genetic factor up to 0,03% is met in patients

The gluten enteropathy emerges on the basis of immunologic affect to food gliadin. This disease implies the metabolism malfunctioning and as a result the gluten is not decomposed fully and it leads to formation of toxic substances, which affect the lymphatic layer of the small intestine.

Key words: Celiac Enteropathy, gliadin, metabolism.

Сведения об авторах: *Одинаев Н.С.* – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой терапии Таджикского национального университета.

Телефон: (+992) 918-62-31-29

Одинаева К.Н. - врач БКР№3

Муминова Д.И. - ассистент кафедры терапии Таджикского национального университета.

Телефон: (+992) 907-88-00-40

Муминов Ш.Ч. - ассистент кафедры терапии Таджикского национального университета.

Телефон: 918-61-39-99

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Хамидова Т.М., Исмоилов А.А., Асадова З.Х.

Таджикский национальный университет,

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

Актуальность. Проблема профилактики производственно-обусловленных стоматологических заболеваний у медицинских работников является актуальной. Во многом это обусловлено отсутствием сведений о степени влияния производственных факторов на состояние органов, тканей и сред полости рта, а именно: распространённость заболеваний пародонта. Решению этих вопросов и посвящено настоящее исследование.

Цель работы. Разработка научно-обоснованных рекомендаций по профилактике стоматологических заболеваний у медицинского персонала стоматологических учреждений г.Душанбе.

Материалы и методы исследования. Для исследования распространенности и интенсивности кариеса зубов было обследовано 217 медицинских работников разных специальностей в возрасте от 20 до 60 лет и старше, в 8 стоматологических учреждениях г.Душанбе. Соответственно: 88 стоматологов-терапевтов; 51 стоматолог-ортопед; 37 – стоматологов-хирургов; 31- зубных техников.

На все проведенные исследования были получены информационное согласие со стороны работников стоматологических учреждений, т.е. работа выполнена с соблюдением всех морально-этических норм.

Для объективной оценки изучаемой системы использовали индексы интенсивности стоматологической заболеваемости, гигиенические индексы и индекс нуждаемости.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты комплексного стоматологического обследования медицинского персонала стоматологических учреждений свидетельствовали о широкой распространенности болезней пародонта. Согласно цифровым значениям таблицы 1, в возрасте 30-39 лет они составляют от $17,90\% \pm 0,30\%$ до $42,08\% \pm 1,10\%$, в среднем $25,81\% \pm 0,66\%$. Подобная закономерность наблюдалась и в других возрастных группах обследованных. Так, у 40-49 лет, 50-59, 60 лет и старше – соответственно от $24,33\% \pm 0,36\%$ до $36,13\% \pm 2,70\%$ ($34,37\% \pm 2,96\%$); от $31,66 \pm 0,88\%$ до $46,10\% \pm 3,01\%$ ($43,22\% \pm 4,68\%$); от $42,08\% \pm 1,10\%$ до $51,30\% \pm 3,96\%$ ($48,88\% \pm 2,40\%$).

Таким образом, показатель распространенности данной патологии у медицинского персонала стоматологических учреждений изменился от $17,90 \pm 0,30$ в возрасте 30-39 лет до $42,08 \pm 1,10\%$ в возрасте 60 лет и старше, составляя в среднем $34,30 \pm 3,30\%$ (рис. 1).

Таблица 1. Повозрастные показатели распространенности заболеваний пародонта у медицинского персонала стоматологических учреждений (% к числу обследованных)

Возраст, в годах	Гингивит	Пародонтит	Пародонтоз	Всего
30-39	$7,17 \pm 2,29$	$17,90 \pm 0,30$	$0,80 \pm 0,10$	$25,87 \pm 2,69$
40-49	$9,01 \pm 2,30$	$24,33 \pm 0,36$	$1,03 \pm 0,30$	$34,37 \pm 2,96$
50-59	$9,96 \pm 3,60$	$31,66 \pm 0,88$	$1,60 \pm 0,20$	$43,22 \pm 4,68$
60 и >	$5,00 \pm 0,60$	$42,08 \pm 1,10$	$1,80 \pm 0,70$	$48,88 \pm 2,40$
В среднем	$7,44 \pm 2,38$	$25,81 \pm 0,66$	$1,05 \pm 0,26$	$34,30 \pm 3,30$

Первое место среди болезней пародонта у обследованного контингента занимает пародонтит, распространенность которого увеличивается от

17,90±0,30% в возрастной группе 30-39 лет до 42,08±1,10% в группе 60 лет и старше.

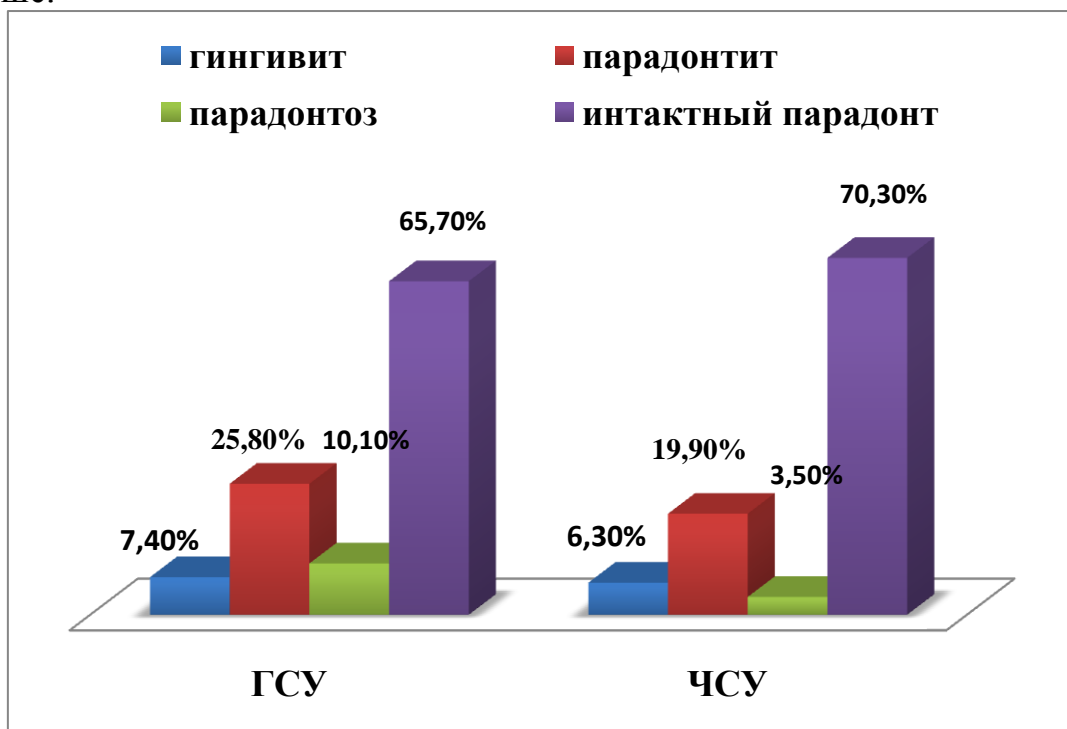


Рис.1. Усредненные показатели распространенности заболеваний пародонта у медицинского персонала стоматологических учреждений (в % к общему числу обследованных)

Структурный анализ заболеваний пародонта свидетельствует о том, что среди медицинского персонала второе место по распространенности занимает гингивит. Частота его встречаемости варьировала от 5,00±0,60% в возрасте 60 лет и старше до 9,96±3,60% у обследованных в группе 50-59 лет.

Клинические обследования показали, что в структуре распространенности гингивитов у 30-39-летнего персонала стоматологических учреждений больше лиц с катаральным (1,20±1,01%), реже с гипертрофическим (5,61±1,11%) и атрофическим (0,36±0,17%) гингивитами. У обследованных лиц в возрасте 40-49 лет структурное распределение данной патологии составило соответственно 1,30±1,01%, 6,88±1,11%, 0,83±0,18%, при среднем значении этих показателей 1,40±0,99%, 6,91±1,20%, 1,65±1,41%; 1,20±0,90%, 2,99±1,20%, 0,92±0,63% соответственно, для возрастных групп 50-59, 60 лет и старше.

Среднецифровые значения структурного анализа хронического гингивита у медицинского персонала стоматологических учреждений выглядят таким образом: хронический катаральный гингивит - 1,9%; хронический гипертрофический гингивит - 4,8%; хронический атрофический гингивит - 0,9%.

Хронический генерализованный пародонтоз среди обследованного медицинского персонала стоматологических учреждений отмечен с 30-39-

летнего возраста ($0,80 \pm 0,10\%$). Число лиц с данной патологией с возрастом нарастало, и в группе 60 лет и старше было максимальным ($1,80 \pm 0,70\%$).

В ходе эпидемиологических исследований нами установлено заметное увеличение интенсивности заболеваний пародонта у медицинского персонала стоматологических учреждений независимо от формы собственности с возрастом. С этой целью состояние тканей пародонта оценивалось по индексу CPITN, который позволил выявить следующую клиническую картину.

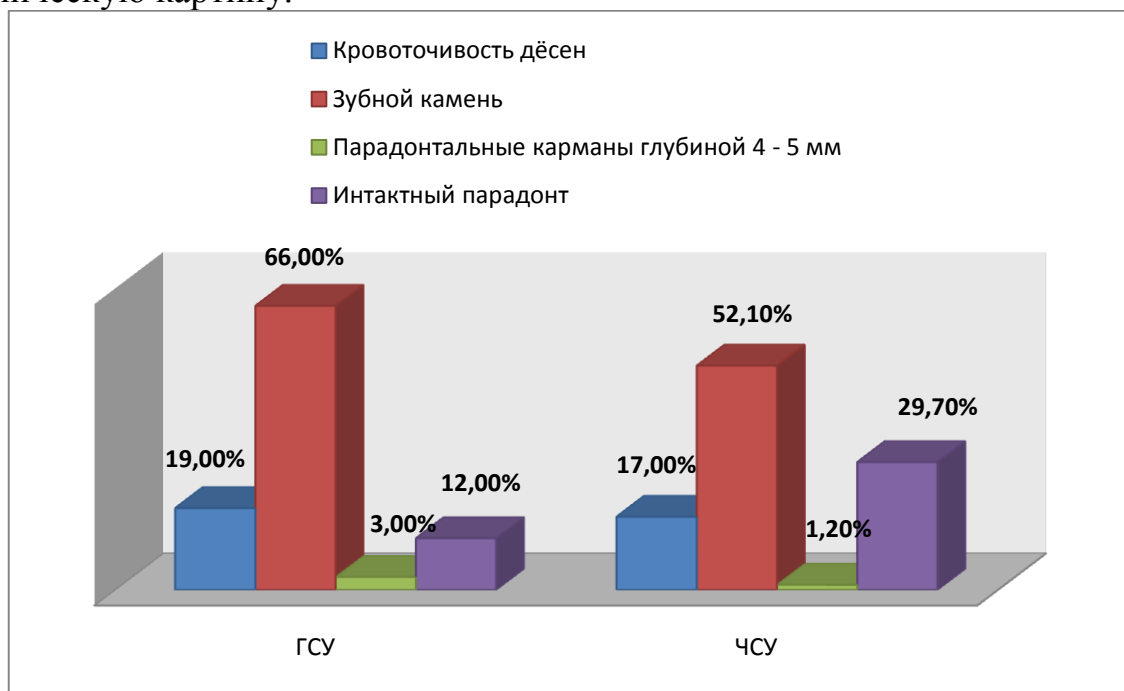


Рис.2. Средние величины распространенности структурных элементов индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта у медицинского персонала стоматологических учреждений (в % к общей распространенности CPITN)

В возрастной группе 30-39 лет распространенность стоматологической патологии пародонта по индексу нуждаемости была равна 96,0% с интенсивностью 5,11 пораженного сегмента (из шести) на одного обследованного. Распределение структурных элементов индекса CPITN оказалось следующим: кровоточивость десен – у 34,1% обследованных (интенсивность $1,83 \pm 0,001$ сегмента); зубной камень – у 36,8% (интенсивность $2,89 \pm 0,03$ сегмента); пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм – у 25,10% (интенсивность – $0,39 \pm 0,02$ сегмента) медицинского персонала (Рис.2).

При обследовании лиц в возрасте 40-49 лет распространенность всех признаков патологии пародонта по используемому индексу составила 97,0% с интенсивностью 5,14 пораженного сегмента у одного обследованного. При этом кровоточивость десен была обнаружена у 36,1% обследованных (интенсивность – $1,15 \pm 0,1$ сегмента), зубной камень – у 29,8% (интенсивность – $2,22 \pm 0,03$ сегмента), пародонтальные карманы глубиной 4-5

мм – у 24,0% (интенсивность – $1,42 \pm 0,04$ сегмента), пародонтальные карманы глубиной 6 мм и более – у 7,1% (интенсивность – $0,35 \pm 0,02$ сегмента).

По данным структурного анализа, общая распространенность болезней пародонта, кровоточивость десен, зубной камень, пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм и более 6 мм составили 30,6%, 25,9%, 38,8% и 4,2%; 22,8%, 31,0%, 39,1% и 7,1%, соответственно, для возрастных групп 50-59 лет, 60 лет и старше (рис. 3, 4). Распространенность и среднее количество пораженных сегментов на одного обследованного составили, соответственно, 99,5%, 100,0% и 5,33, 5,39.

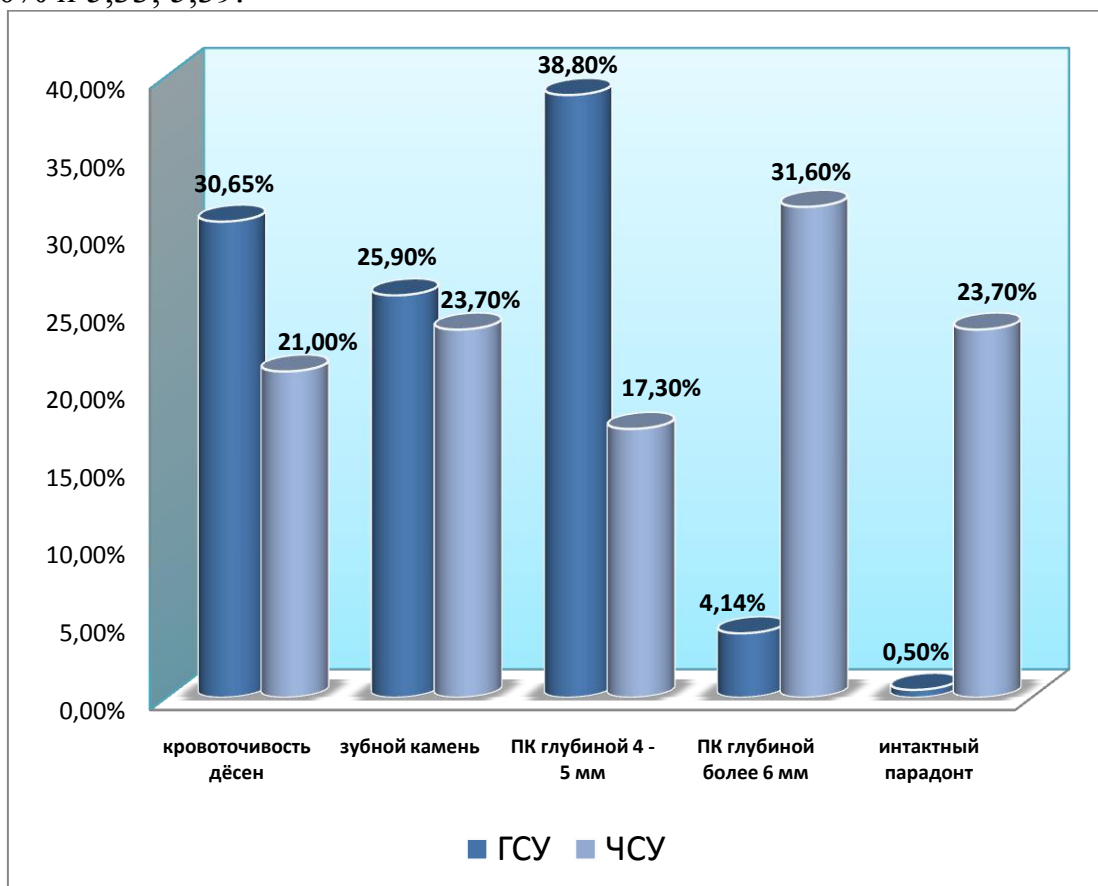


Рис. 3. Общая распространенность заболеваний пародонта у медицинского персонала стоматологических учреждений в возрасте 50–59 лет

При сравнении полученных результатов подтверждаются факты увеличения степени тяжести патологических изменений в тканях пародонта у медицинского персонала с увеличением возраста. В частности, если в возрастных группах 20-29 лет и 30-39 лет преобладают начальные патологические изменения в тканях пародонта в виде кровоточивости и зубного камня, сочетающегося с кровоточивостью десен, то в остальных обследуемых группах преобладали выраженные воспалительно-деструктивные процессы в тканях пародонта.

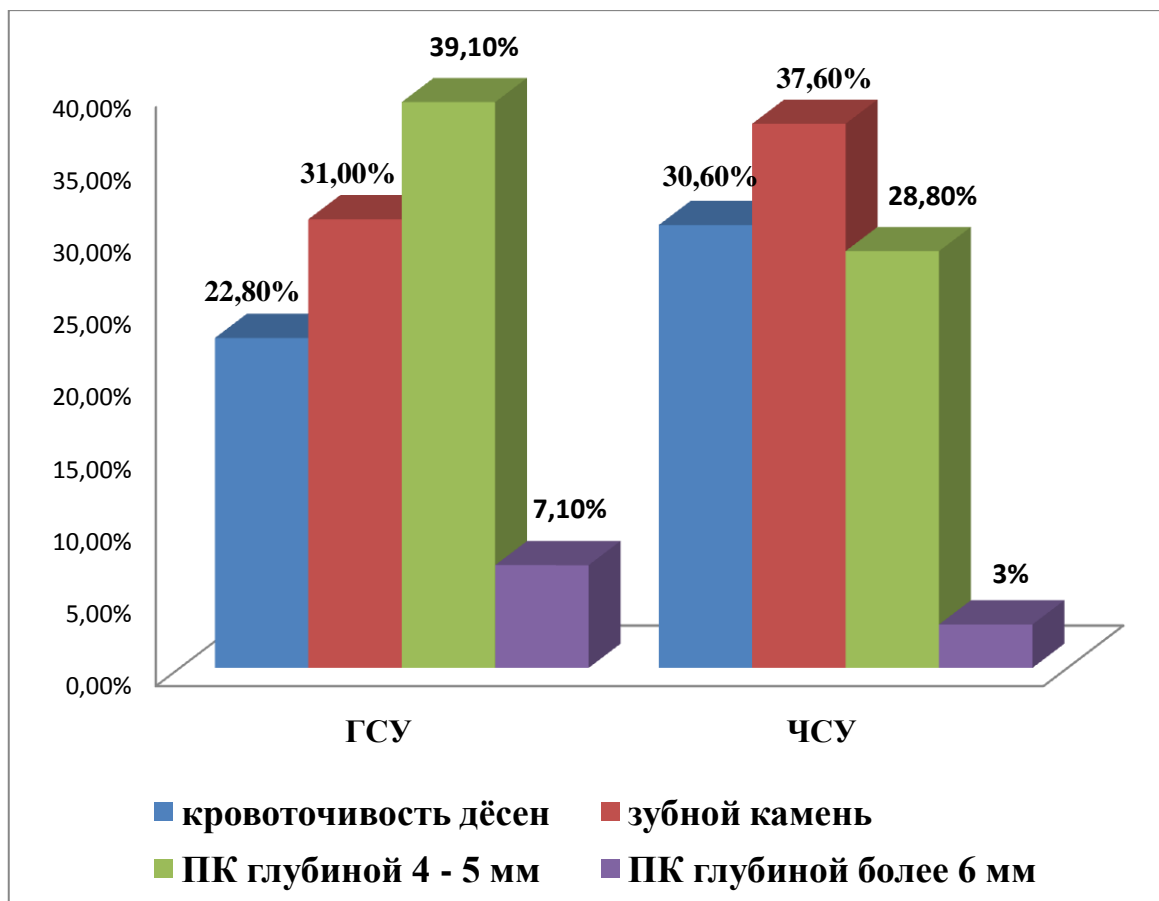


Рис. 4. Общая распространенность заболеваний пародонта у медицинского персонала стоматологических учреждений в возрасте 60 лет и старше

Таким образом, анализ результатов пародонтологических исследований свидетельствует о сравнительно высокой распространенности заболеваний пародонта у медицинского персонала стоматологических учреждений и последовательном увеличении данного показателя с возрастом. Данная ситуация требует усовершенствования именно пародонтологической службы в соответствующих условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Леонтьев В.К. Экологические и медико-социальные аспекты основных стоматологических заболеваний / В.К. Леонтьев // Биосфера. -Санкт-Петербург, 2010. - Т. 1. -№1. -С.230-234.
2. Леонтьев В.К. Профилактика стоматологических заболеваний / В.К. Леонтьев, Г.Н. Пахомов. -М., 2006. -415 с.
3. Леонтьев В.К. Эпидемиология стоматологических заболеваний / В.К. Леонтьев, Г.Н. Пахомов. -М., 2006. -С.64-72.
4. Лукиных Л.М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта / Л.М. Лукиных. - М.: Медицинская книга, 2003. -196 с.
5. Марков Б.П. Профилактика и лечение заболеваний пародонта / Б.П. Марков // III Всероссийская научно-практическая конференция «Образование, наука и практика в стоматологии»: сборник трудов. -М., 2006. -С.100-101.
6. Мергембаева Х.С. Обоснование и разработка программ профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта в условиях напряженной экологической ситуации / Х.С.

Мергембаева, Г.Б. Жанабаева, Б.А. Умбетъяров // Dentist Казахстан. - 2006. -№ 1(3). - С.122.

7. Чумакова Ю.Г. Уровень и структура заболеваний пародонта у лиц молодого возраста / Ю.Г. Чумакова // Современная стоматология. - 2004. -№ 2. -С. 56-58.
8. Юлдашев Ш.И. Этапы проведения профессиональных гигиенических процедур в полости рта у лиц юношеского возраста / Ш.И. Юлдашев // Стоматология Таджикистана. - 2007. -№ 1. -С.57-59.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Результаты изучения параметров анализа результатов пародонтологических исследований показали, что распространенность заболеваний пародонта у медицинского персонала стоматологических учреждений значительно высокий. Данная ситуация требует усовершенствования именно пародонтологической службы в соответствующих условиях.

Ключевые слова: распространенность, интенсивность, заболевания пародонта, медицинский персонал, возраст.

STRUCTURAL ANALYSIS OF PREVALENCE AND INTENSITIVITY OF PARADONT DISEASES IN THE MEDICAL STAFF OF STOMATOLOGICAL INSTITUTIONS

The results of studying the parameters of the analysis of the results of periodontological studies have shown that the prevalence. Periodontal diseases in the medical staff of dental institutions are much higher. This situation requires the improvement of the periodontal service in appropriate conditions.

Key words: prevalence, intensity, periodontal diseases, medical personnel, age.

Сведения об авторах: *Хамидова Т.М.* – кандидат медицинских наук, старший преподаватель, Таджикский национальный университет

Исмоилов А.А. – доктор медицинских наук, профессор, Государственного образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Асадова З.Х. – врач стоматолог высшей категории ГСП №2

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ТОКСОПЛАЗМОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Саидова Т.Ш., Каримова О.А. Хотамова Н.Д., Сафарова Г.М.

Таджикский государственный медицинский университет

им. Абуали ибн Сино,

Таджикский национальный университет

В течение двух десятилетий сформировалась новая медицинская проблема, получившая название «оппортунистические инфекции» (ОИ) [1]. Эту разнородную группу инфекций объединяет общий признак – они развиваются в организме на фоне нарушений иммунной системы и рецидивирующих вирусных, грибковых инфекций или протозойных инвазий [2].

Эта проблема приобретает все большее значение, и специалисты ВОЗ считают, что ОИ будут определять будущее инфекционной патологии человека. Тяжесть течения, спектр заболеваний, клинические проявления у больных с иммунодефицитными состояниями будут определяться циркулирующими среди населения с возбудителями ОИ [1,3]. Этот прогноз объясняется ростом числа иммунодефицитных состояний различного генеза, связанного, прежде всего, со вторичным иммунодефицитом, обусловленным антропогенным загрязнением окружающей среды и другими причинами, нарушающими гомеостаз организма [3,4].

К ОИ относят прежде всего цитомегаловирусную инфекцию (ЦМВ), вирус простого герпеса, токсоплазмоз, а в последнее время и хламидиоз [2]. Изучение ОИ и, в частности, токсоплазмоза представляет важную медико-социальную проблему, так как эта инфекция может вызывать тяжёлые повреждения в организме, обуславливать развитие вторичных иммунодефицитов без видимых причин, вызывая хронические рецидивирующие инфекционно-воспалительные процессы [3]. С внутриутробным токсоплазмозом связывают самопроизвольное прерывание беременности, врождённые пороки развития плода, преждевременные роды, мертворождение, заболевания новорождённых, а в позднем периоде – поражение ЦНС, органов зрения и слуха, умственную отсталость и инвалидизацию [4]. Это заболевание нередко становится причиной бесплодия, как у мужчин, так и у женщин.

Целью данного исследования явилось изучение распространенности токсоплазмоза г. Душанбе и его роли в нарушении репродуктивной функции у женщин репродуктивного возраста.

Методы исследования. Исследовано 350 женщин с отягощенным акушерским анамнезом и угрозой прерывания беременности на наличие специфических антител (IgG, IgM) к токсоплазмозу методом ИФА, а также проведён анализ гинекологического анамнеза 121 женщины с выявленными маркерами к *T.gondi*. Исследование сыворотки крови женщин - жительниц г. Душанбе проводилось в лаборатории вирусологии ТНИИП (зав. лаб. д.б.н. Тишкова Ф.Х.). В 2014 – 2016 г. также проведено обследование женщин на предмет возникновения воспалительных заболеваний и нарушения репродуктивной функции женщин, имеющих в анамнезе токсоплазмоз.

Результаты исследований. У 63 женщин с угрозой прерывания беременности и у 58 женщин с отягощённым акушерским анамнезом отмечена самая высокая серопозитивность к ***T.gondi*** (38%), что превышает показатели группы здоровых женщин репродуктивного возраста и доноров 20.8% и 14.3% соответственно (P<0.001)

Таблица 1. Показатели антител IgG, IgM к *T.gondi* у женщин репродуктивного возраста

Группы	Количество	Количество	Количество	Количество
--------	------------	------------	------------	------------

	IgG обследованных лиц	положительных в ИФА лиц, %	IgМобсле- дованных лиц	положительных в ИФА лиц, %
Беременные с ОАА	58	31.3±3.3	58-6	10.3±3.9
Беременные без акушерской патологии	80	20.8±2.1	80-3	3.8±2.1
Беременные с угрозой прерывания беременности	63	38.4±3.8	63-10	15.9±4.6
Матери детей с внутриутробной инфекцией	21	30.8±5.5	21-2	9.5±6.3
Доноры	18	14.3±3.1	-	

Из 58 беременных с отягощенным акушерским анамнезом специфические антитела IgG к **T.gondi** выявлены у 18 женщин 31.3, что достоверно выше, чем у беременных женщин без акушерской патологии у 80 женщин (20.8), и в группе доноров у 18 женщин (14.3) (таблица).

Особое внимание заслуживают результаты исследований острого токсоплазмоза у беременных женщин.

Специфические антитела (IgM) определились у 3 здоровых женщин без акушерской патологии в 3.8 наблюдений, при этом у 10 беременных с угрозой прерывания беременности IgM антитела обнаруживались в 3,3 раза чаще по сравнению со здоровыми беременными (15.9 ± 4.6). У 10 беременных с ОАГА специфические IgM антитела выявлялись почти в 3 раза чаще по сравнению со здоровыми беременными (10.3 ± 3.9) (табл.).

Присутствие в крови специфических IgM антител предполагает, но не доказывает наличие острой инфекции, так как антитела к токсоплазмам IgM определяются через 10-14 дней после инфицирования и обычно исчезают через 3 месяца, но могут и циркулировать в организме до 3 лет и срок инфицирования затруднён.

Анализ гинекологического анамнеза с маркерами **T.gondi** показал, что у 48 (39.7) из 121 женщины наблюдались привычные самопроизвольные выкидыши, 33 (27.2) указывали на внутриутробную гибель плода, 28 (23.1) женщин отмечали воспалительные заболевания половых органов и 12 (9.9) бесплодие, у 32 женщин данной группы отмечалось вторичное бесплодие, 24 женщины отмечали нарушения менструального цикла по типу опсоменореи и 16 женщин гиперполименореи, 14 женщин альгодисменорея. Также сальпингоофариты отмечались у 8 женщин, пиовар у 6 женщин, пиосальпинкс у 2-х женщин, пельвиоперитонит - у одной женщины.

Выводы. Таким образом, присутствие в крови специфических антител предполагает, но не доказывает наличие острой инфекции, так как антитела к токсоплазмам IgM определяются через 10-14 дней после инфицирования и

обычно исчезают через 3 месяца, но могут и циркулировать в организме до 3 лет и срок инфицирования затруднён.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманов Ф.М. Акушерство и гинекология / Ф.М. Абдурахманов, А.П. Кирющенко. – 1999. -№4. -С.13-14.
2. Асранкулова Д.Б. Новости дерматологии и венерологии / Д.Б. Асранкулова. -М., 2004. - №1. -С.55-59.
3. Йегер Л. Клиническая иммунология и аллергология / Л. Йегер. – М.: Мир, 1990. -т.2. - С. 443-446.
4. Лысенко А.Я. Токсоплазмоз: учебное пособие / А.Я. Лысенко. – М., 1980. -65 с.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ТОКСОПЛАЗМОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Методом иммуноферментного анализа и бактериологических исследований установлено, что у женщин репродуктивного возраста значительно распространены оппортунистические инфекции, в частности токсоплазмоз, что вносит существенный вклад в формирование акушерско-гинекологической патологии, нарушение репродуктивной функции женщин, течение беременности, родов.

Ключевые слова: оппортунистические инфекции, токсоплазмоз, репродуктивный возраст.

TOXOPLASMOSIS SHOWERS OF WOMEN IN REPRODUCTIVE AGE

As the results of immune – enzyme analysis the toxoplasmosis is widely spread of opportunistic infection between the women at the age of childbearing in Dushanbe. The availability of toxoplasmosis on women during the childbearing age will be affected for the period of pregnancy and childbirth. It is observed that most of women are facing with miscarriages, intrauterine fetal death, inflammatory diseases of generative organs and barrenness.

Key words: toxoplasmosis- reproductiveage.

Сведения об авторах: *Саидова Т.* – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино. Телефон: (+992) 908-55-00-77

Каримова О.А. – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии Таджикского национального университета. Телефон: (+992) 938-85-51-44

Хотамова Н.Д. - врач акушер – гинеколог ГРД №2. Телефон: (+992) 931-58-50-05

Сафарова Г.М. - врач акушер – гинеколог ГРД №2. Телефон: (+992) 927-70-90-90

АСОСҲОИ МОРФОФУНКЦИОНАЛИИ МУБОДИЛАИ ЧАРБҲО: ФАРБЕҲӢ

Алимова Н.Т., Ғолибов Ш.Н., Курбонов К.Ш.
Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Аз рӯйи нишондодҳои ТУТ зиёда аз 22% занҳои Осиёи Марказӣ аз вазни бадани зиёд ва 6% - аз фарбеҳӣ ранҷ мекашанд. Нишондоди бештари зиёдшавии вазни бадан ва фарбеҳӣ:

31% дар байни занҳои Туркменистон ва Қирғизистон, 23% дар байни занҳои Тоҷикистон ва Ўзбекистон мушоҳида шудааст.

Тадқиқотҳое, ки соли 2006 дар Тоҷикистон гузаронида шуда буд, нишон доданд, ки 26% занҳо индекси вазни бадан (ИВБ) > 25 кг/м² доранд. 17% занҳо вазни бадани зиёд доранд (ИВБ ≥ 25 - < 30 кг/м²). Паҳншавии бештари зиёдшавии вазни бадан (ЗВБ) (21%) дар шаҳри Душанбе ва ноҳияҳои тобеи марказ дида мешавад.

Муқаррар шудааст, ки дар баробари зиёд шудани синну соли занҳо сатҳи паҳншавии фарбеҳӣ ва ЗВБ меафзояд. Сатҳи баланди паҳншавии ЗВБ ва фарбеҳӣ – 30% дар байни занҳои синну солашон 40-45, сатҳи паст – 13% дар синну соли 46-49-сола муқаррар шудааст.

Занҳои 20-24-сола аз ЗВБ ва фарбеҳӣ 1,67 бор камтар, нисбат ба занҳои 36-39-сола, инчунин, занҳои синну соли 15-19, нисбат ба занҳои 36-39-сола - 1,75 маротиба камтар аз ЗВБ ва фарбеҳӣ ранҷ мекашанд. Тадқиқотҳои соли 2009 нишон медиҳанд, ки 17% занҳои синну соли зикрффта вазни зиёди бадан ва 6%-и онҳо - фарбеҳӣ доранд. Аз ҷумлаи фарбеҳшудагон 4,53%-сатҳи фарбеҳии дараҷаи якум, 1,12%-дум ва тақрибан 1% сатҳи фарбеҳии дараҷаи сеюм доранд. Паҳншавии зиёди фарбеҳӣ – 9% дар шаҳри Душанбе, 3% дар Вилояти автономии Бадахшони Кӯҳӣ (ВАБК) мушоҳида шудааст.

Зикр намудан лозим аст, ки фарбеҳии кӯдакон ва наврасон ташвиши махсусро ба миён меорад: Дар Италия – 36%, Юнон – 31%, Испания – 27%, Британияи Кабир 20% кӯдакон ва наврасон вазни бадани беҳад зиёд доранд.

Сабаби асосии паҳншавии фарбеҳӣ, норасоии фаъолияти ҷисмонӣ ва ғизои нодуруст мебошад. Дар айни замон ратсиони ғизои аҳоли зичии энергетикӣ баланд дораду лек қувваи сершавии паст. Дар ҳолати фарбеҳӣ хатари пайдо шудани ду гурӯҳи бемориҳо мушоҳида мешавад:

1. Бемориҳое, ки дар натиҷаи вайрон шудани метаболизм, миқдори зиёди чарб дар шикам ҷамъ шуда, сабаби бемориҳои дилу рағҳои хунгард (атеросклероз, сактаи дил), диабетҳои қанди типҳои дуюм, фишорбаландии шараёнӣ, бемориҳои ҷигар, саратони рӯдаи рост ва ғадудҳои ширӣ мегардад.

2. Беморихое, ки дар натиҷаи фарбеҳӣ пайдо мешаванд (ба монанди атеросклероз, хуроккашӣ, вайрон шудани ҳолати рӯҳии бадан). Аксарият таҳқиқотҳо исбот мекунанд, ки зиёд шудани вазни бадан боиси фарбеҳӣ мегардад. Масалан, талафоти 10 кг вазн хатари ба бемории фишорбаландӣ талафи 20 кг, хатари диабети қанди дуҷум то 87% мегардад, ҳангоми 5 кг камшавии вазн дар давоми 10 сол инкишофи остеоартрити пайванди зону (50%) ба амал меояд.

Нишон дода шудааст, ки дар беморони ба фарбеҳӣ гирифтورشуда саратони гурда, саратони рӯдаи ғафс, шуш ва ғадудҳои шир, иллати узвҳои ҷинсии занона зиёдтар ба амал меояд. Механизми алоқамандии фарбеҳӣ ва омос ҳанӯз маълум нест. Масалан, саратони рӯдаи ғафс ҳангоми фарбеҳӣ дар зери таъсири хӯроки серравған, ҳангоми вайрон шудани мубодилаи ҳормонҳои ҷинсӣ ва камҳаракат будан, зиёдшавии саратони тухмдон ва ҳормонҳои ҷинсӣ ҳамаи ин омилҳо ба пайдошавии ин омилҳо мусоидат мекунанд. Фарбеҳӣ ба давомнокии умри миёнаи инсон низ саҳт таъсир мерасонад. Маълум аст, ки беморони фарбеҳии дараҷаи 3-юм ва 4-ум дошта ба ҳисоби миёна 15-сол камтар умр мебинанд (Bray G.A.1998). Маълумотҳои дар боло овардашуда нишон медиҳанд, ки фарбеҳӣ бемории эволюсионии одам буда, вобаста аз ҳаёти организм тағйир ёфтааст. Дар ҳақиқат зиёд паҳншавии фарбеҳӣ дар мамлакатҳои аз ҷиҳати иқтисодӣ тараққикарда асос дошта, ба тарзи ҳаёти муосир вобастагӣ дорад (Hill J.O P tezs 1998). Дар муқоиса ба беморҳои сироятнок мо метавонем дар бораи паҳншавии умумии фарбеҳӣ сухан ронда, омилҳоро, ки ба инкишофи фарбеҳӣ мусоидат мекунанд, нишон диҳем. Ин, пеш аз ҳама, камҳаракатӣ ва истеъмоли зиёди ғизоҳои калорияшон баланд мебошад. Зиёдшавии микдори фарбеҳиро дар вақтҳои охир мустақиман аз таъсири ин омилҳо алоқаманд медонанд (Dick A 1999). Ҳангоми сохтани барномаҳои мукамал оиди паст намудани бемории фарбеҳӣ, мо бояд муносибати ҷомеаро ба фарбеҳӣ дигар намоем, то ҳол ақидае вучуд дорад, ки фарбеҳӣ ин ҷазои бемаданиятӣ, ҷазои бисёрхӯрӣ, ҷазои танбалӣ ва табобати фарбеҳӣ бошад, кори шахсии ҳар як фард буда, аз он вай азият мекашад. Дар баъзе мамлакатҳо поймол кардани ҳуқуқи одамони фарбеҳ ҷой дорад. Одамони ба фарбеҳӣ гирифтورشуда ҳангоми ба қор қабул шудан ё оиладор шудан ба душвории зиёд рӯ ба рӯ мешаванд. Дар аксарияти давлатҳои тараққикарда арзиши суғуртаи тиббӣ вобаста ба дараҷаи фарбеҳӣ дигаргун аст. Инро ба он асоснок мекунанд, ки эҳтимолияти ба беморӣ дучор шудани одамони фарбеҳ зиёдтар аст. Бинобар ин арзиши ин гуна суғуртаҳо зиёдтар карда шудааст. Дар

ҳақиқат, агар чамъият одамони фарбеҳро маҷбур кунад, ки онҳо зиёдтар маблағ харҷ кунанд, чамъият гуманизми худро гум мекунад, ба ҷойи он механизмҳои иҷтимоии солимгардониро ба кор бурда, кӯшиш намоянд, ки одамон ба ин беморӣ камтар дучор шаванд.

Бинобар ин мо гуфта метавонем, ки ханӯз барои пешгирии фарбеҳӣ чораҳои зарурӣ андешида намешаванд. Аксарияти табибон фарбеҳиро ҳамчун бемории ҳақиқӣ нашуморида оиди пешгирӣ ва табобати он чораҳо намеандешанд.

АДАБИЁТ

1. Аминов С. Таомҳои миллии тоҷикӣ / С. Аминов. – Душанбе: Ирфон, 1988. – 208 с.
2. Айлен Робертсон. Физо ва саломатӣ дар Аврупо / Айлен Робертсон. – Москва: Вес мир, 2003. – 505 с.
3. Гурвич М.М. Парҳез барои саломатӣ / М.М. Гурвич. – Москва: Легпромбытиздат, 1995. – 333 с.
4. Самсонов М.А. Дастур оиди диетология / М.А. Самсонов. – Москва: Медицина, 1981. – 686 с.
5. Самсонов М.А. Дастур оиди диетология / М.А. Самсонов, А.А. Покровский. – Москва: Медицина, 1992. – 460 с.
6. Холжиев В. Ошхонаи муосири миллии тоҷик / В. Холжиев. – Душанбе: Ирфон. – 224 с.
7. Эвенштейн З.М. Диетологияи маъмул / З.М. Эвенштейн. – Москва, 1990. – 318 с.
8. Кородетский А.В. Диабет, пешгирӣ, ташхис ва муолиҷа / А.В. Кородетский, А.В. Крилов. – Москва. – С. 11-23.
9. Румянсева Т. Ёриҳои кулинарӣ барои диабетикҳо / Т. Румянсева. – Москва- Санкт-петербург. – С. 20-34.
10. Барановский А.Ю. Диетология / А.Ю. Барановский. – Санкт-Петербург, 2006. – С.790-793.
11. Козупица Г.С. Динамика состава тела как мера адаптации организма к физическим нагрузкам / Г.С. Козупица, Т.В. Зотанина, М.М. Гинзбург // Материалы V11 международного симпозиума Экологофизиологические проблемы адаптации. – М, 1998. – С.186-187.
12. Крутикова Е.В. Влияние анти гипертензивных препаратов на углеводный обмен / Е.В. Крутикова, Д.В. Преображенский // Кардиология. – 1995. – Т.35. – С.58-64.
13. Купер К. Аэробика для хорошего самочувствия / К. Купер; пер с англ. – 2-е изд. доп, пере, раб. – М: Физкультура и спорт, 1989. – 224 с.
14. Мерсон Ф.З. Адаптационная медицина: концепция долго временной адаптации / Ф.З. Мерсон. – М: Дело, 1993. – 138 с.
15. Мерсон Ф.З. Адаптация стресс и профилактика / Ф.З. Мерсон. – М: Наука, 1981. – 278 с.
16. Панков Ю.А. Лептин – пептидный гормон адипоцитов / Ю.А. Панков // Биоорганич. Химия. – 1996. – Т.22 (3). – С.228-233.
17. Старкова Т.Н. Клиническая эндокринология / Т.Н. Старкова // Руководство для врачей. – М: Медицина, 1991. – 512 с.
18. Татонь Ян. Ожирение. Патопфизиология, диагностика, лечение / Ян. Татонь. – Варшава: Польское медицинское издательство, 1988. – 363 с.

ОСНОВЫ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОБМЕНА ЖИРОВ: ОЖИРЕНИЕ

Для объяснения природы морфофункционального обмена жиров в разное время было предложено множество гипотез, некоторые из них не утратили своей актуальности, обсуждение же других может представлять интерес лишь в историческом аспекте. В данной работе представлены основные современные взгляды на этиопатогенез ожирения и связанного с ним метаболического синдрома.

Ключевые слова: ожирение, избыточная масса тела, этиология, патогенез, метаболический синдром.

MORPHOFUNCTIONAL BASIS OF FAT METABOLISM: OBESITY

In any time a lot of hypothesis was suggested for the explanation of obesity. Some of them don't lose their urgency, the discussions of others can be of interest just in historical aspect. In this work there were represented only modern judgements at etiopathogenesis of obesity connected with it metabolic syndrome.

Key word: obesity, excessive body weight, etiology, pathogenesis, metabolic syndrome.

Сведения об авторах: *Алимова Н.Т.* – ассистент кафедры морфологии Таджикского национального университета. Телефон: **884-88-60-06**

Голибов Ш.Н. - ассистент кафедры морфологии Таджикского национального университета. Телефон: **985-36-52-26**. E-mail: **shodibeg93@mail.ru**

Курбонов К.Ш. – врач терапевт Частной клиники «Мадади Акбар». Телефон: **951-30-02-28**

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Нуралиев М.Д., Абдуллаева М., Аннамов М.Т.

Таджикский национальный университет,

**Таджикский государственный медицинский университет
им.Абуали ибн Сино**

Значительное расширение использования непрерывного образования как значимого фактора поддержания профессионального уровня специалистов различного профиля в условиях современности, приобретает все большее значение и применение. В целом, для подготовки кадров с высшим образованием ключевую роль играет высшая школа и ее роль по – прежнему остается значимой; но все большее внимание специалистов различных отраслей привлекают подходы и методы постоянного совершенствования профессиональных качеств выпускников.

Эта проблема достаточна актуальна и для студентов медицинских профилей, так как именно медицина может стать той экспериментальной площадкой, которая в полной мере отражает высокую потребность в качественной организации процесса непрерывного образования- как краеугольного камня совершенствования своей профессиональной деятельности. Это связано с несколькими особенностями самой медицины, как специфической сферы, а именно:

- допущенные профессиональные ошибки могут привести к непоправимым ошибкам и даже к летальным исходам;
- рост профессионализма тесно коррелирует с опытом работы и постоянным повышением квалификации;
- современные инновационные подходы в диагностике и лечении больных совершенствуются с достаточной быстротой и охватывают все большее количество смежных дисциплин;
- новые инновационные подходы в финансировании труда медицинских работников, создают условия для роста профессиональных качеств;
- расширение платных медицинских услуг служит мотивационной основой для оказания более качественной помощи населению и усиливает здоровую конкуренцию среди специалистов.

Несмотря на то, что непрерывное образование в самом широком понимании этого определения подразумевает обучение и подготовку, начиная с дошкольных учреждений, школьных и средне-специальных и высших учебных заведений, в данной статье рассматриваются лишь концептуальные основы постдипломного непрерывного обучения в сфере оказания медицинских услуг. Непрерывное медицинское образование - образовательный процесс, с помощью которого медицинские работники постоянно (ежедневно) обновляют свои знания и практические навыки - начинается после завершения обязательной последипломной подготовки. Цель непрерывного медицинского образования - повышение качества медицинской помощи и безопасности пациента (<http://doctor44.org/deyatelnost-roo-avko/obrazovanie-i-nauka/nepreryvnoe-meditsinskoe-obrazovanie.html>).

Развитие непрерывного и постоянного самосовершенствования специалистов после получения диплома об окончании ВУЗ -а должно стать неотъемлемой частью работы будущего врача. Нам представляется, что в этом направлении необходимо уже в стенах университетов и институтов, закладывая навыки, которые формируют потребность в получении новых информационных и практических знаний. Анализ проводимой кафедрами медицинских профилей работы со студентами в этом направлении (диспуты, викторины, подготовка рефератов, участие на конференциях) свидетельствует о том, что такая работа приобрела широкое распространение. Можно с уверенностью отметить, что выпускники медицинских факультетов имеют определенные востребованные навыки для повышения своей квалификации. Но, помимо навыков, очень важно сформированная потребность в непрерывном образовании на протяжении всей своей профессиональной деятельности- как основы качественного здравоохранения.

В данной статье предприняты попытки рассмотрения некоторых концептуальных основ и подходов к непрерывному образованию после того, как выпускники завершат учебу в ВУЗ-е.

В целом, можно рассматривать следующие принципы непрерывного образования.

➤ **Системность:** пересмотр подготовки врачей и медицинских кадров на постоянной основе, связанные с учётом новых основ развития медицины и новых подходов провайдеров медицинских услуг с учетом растущих потребностей населения.

➤ **Востребованность и адресность** услуг непрерывного образования, сформированная на основе нужд и потребностей системы здравоохранения, максимальная ее приближенность и доступность для населения, адаптация к реальным кадровым потребностям регионов.

➤ **Усиление преемственности и взаимозаменяемости** между уровнями оказания медицинских услуг – как одна из форм непрерывного образования.

➤ **Целостность и максимальное использование** современных форм образования/ самосовершенствования.

➤ **Навыки научного подхода** в использовании форм и методов непрерывного обучения как важного компонента усиления индивидуальных и личностных практических навыков и теоретической обоснованности специалиста.

В целом, можно говорить о таких наиболее важных концептуальных основах непрерывного образования, а именно:

- мотивационные аспекты;
- законодательно –обусловленные;
- самовыражение, самодостаточность;
- удовлетворение профессионального характера;
- формирование культуры непрерывного образования.

Вышеперечисленные основы непрерывного образования могут рассматриваться как наиболее значимые, только в случаях, если имеет место заинтересованность системы здравоохранения в высокопрофессиональных кадрах.

Рассмотрим каждую концептуальную основу в отдельности. Как видно из вышеприведённых данных, основой приверженности к непрерывному образованию являются мотивационные аспекты – чем сильнее мотивация, тем чаще и более углубленно будут заниматься специалисты непрерывным образованием. Сегодня, когда система оказания медицинских услуг направлена на пилотирование внедрения новых механизмов оплаты труда (в основе лежит качество оказания медицинской помощи), можно констатировать, что в целом созданы оптимальные условия для профессионального роста через систему непрерывного образования. В данном случае мотивационным инструментом является наличие прямой зависимости качества лечения и заработной платы. Если данные пилотирования дадут положительные результаты, то в этом случае,

финансовая мотивационная может расцениваться как достаточно мощный концептуальный элемент усиления непрерывного образования.

Помимо системного (то есть механизма поощрения в самой системе, здравоохранения - Ющук Н.К, Мартынов Ю.В) мотивационного элемента, основой активного использования непрерывного образования, как метода повышения профессиональных навыков, является и личная мотивация специалистов. Личная мотивация играет неоспоримо важную роль в случае, если квалификация и качества работы будут основой для улучшения материальной базы или условием карьерного роста. Также, в этом ракурсе важным может служить и вопросы морального поощрения, так как значительная часть людей достаточно активно мотивируется повышением своего социального статуса и публичным признанием своих заслуг.

Помимо мотивационных аспектов немаловажную роль играют и принятые законодательно-нормативные документы. Так, возможность получения более высокой степени аттестационной оценки, напрямую связано с наличием прохождения курсов повышения квалификации и наличием соответствующего диплома. Кроме того, возможны такие нормативные акты, которые ограничивают положительные изменения в карьере, если не будет соответствующего диплома, что также могут быть признаны как концептуальные основы внедрения и распространения непрерывного образования. Такие подходы можно расценивать как выполнение государством своих обязанностей по обеспечению населения качественной медицинской помощью.

Более привлекательной концептуальной основой можно считать такой аспект, как самовыражение и самодостаточность. Это такой уровень развития своих профессиональных качеств посредством непрерывного образования, когда сам специалист считает для себя непозволительным не быть информированным о каких-либо новых инновационных подходов в своей сфере. Такой подход уже на уровне потребностей формирует систематическое обновление новых знаний и навыков. Именно рост таких специалистов создает прослойку высококвалифицированных специалистов, имеющих опыт, новые знания и навыки с учётом современного уровня развития своей отрасли и обуславливает в целом адаптированное качество работы сферы медицинских услуг, а также сохранение здоровья населения в целом.

Постепенное увеличение этой прослойки, а также создание благоприятных условий для дифференцированного мотивирования специалистов с учётом их уровня профессионализма и ежедневного обновления знаний, закладывает фундамент для роста когорты профессионалов, которые отличаются наличием так называемой культуры постоянного обучения.

Таким образом, влияние непрерывного образования, можно рассмотреть на следующей схеме.

Схема 1. Процесс усиления концептуальных основ непрерывного образования



Данная схема наглядно демонстрирует прогресс в укреплении и развитии непрерывного образования, его ступенчатое развитие, которое расширяясь, формирует **культуру образования**, что, по нашему мнению, можно признать его наивысшей стадией. Важно признать, что именно культуральная составляющая в становлении непрерывного образования как основа наибольшего соответствия профессионального становления личности должна стать основой ценностной парадигмы, как в формировании высококвалифицированного специалиста, так и в формировании насущной потребности в постоянном профессиональном образовании.

Наличие и развитие концептуальных основ непрерывного образования, которые, отличаясь разнообразием форм и методов, обеспечивают наиболее адекватное для каждой личности как специалиста использование разнообразных методик и подходов к обучению – от обычных форм в виде учёбы на курсах совершенствования до применения новых инновационных технологий. В целом, мы можем отметить, такие наиболее распространённые формы непрерывного образования в постдипломном периоде:

- выбор специальных курсов, которые отвечают наиболее востребованным нуждам специалиста. Этот подход демонстрирует, что в ходе реализации своей практики специалист испытывает определённые сложности и принимает решение пройти соответствующий курс. Такое решение в необходимой мере решает такие вопросы, как усиление финансовой мотивации, так как более новые методики обеспечат лучшее качество, а значит, и лучшее материальное вознаграждение;

- выбор совершенно новых методов, которые ранее не использовались специалистом в данном регионе- оно будет инновационным. Это позволит не только приблизить данную медицинскую услугу к населению, но и создаст конкурентоспособную услугу, что также будет продвигать новый продукт для населения. Это имеет двоякую пользу – для специалиста финансовая и профессиональная выгода, а для населения – улучшение доступности данной услуги;

- использование новых методов, таких как он - лайн курсы или вебинары- так называемое дистанционное обучение (Зинкевич Е.Р. и др.).

Эти методы использования компьютерных программ позволяют получить новые знания и навыки более просто, доступно и качественно, с меньшими финансовыми и временными затратами и на высоком уровне, так как обычно вебинары и он-лайн курсы организуются ведущими специалистами. Умение пользоваться такими формами непрерывного обучения и высокая востребованность таких форм - значительный ресурс для улучшения собственного образования;

- формирование навыков ежедневного просмотра новых методов и методик по выбранной специальности на индивидуальной основе - можно признать наивысшей формой непрерывного образования, основой культуры обучения. Эта прослойка специалистов, в первую очередь, настроена на повышение своего профессионального имиджа. Именно эта группа специалистов, основываясь на использовании подходов непрерывного образования, может конкурировать с ведущими мировыми специалистами;

- умение анализировать и понимать тенденции и тренды основных показателей здоровья населения на основе использования новых методик обучения с учетом основ непрерывного обучения, уметь аргументировать ситуацию и использовать новые подходы для принятия решений.

Таким образом, непрерывное образование является важным звеном в формировании высококвалифицированного специалиста в области охраны здоровья населения, так как сама система здравоохранения требует постоянного самосовершенствования и постоянного образования; высшее учебное заведение может дать основы медицинской науки и практики, но формирование высококвалифицированного специалиста происходит лишь на основе применения непрерывного обучения и широкой практики.

Выводы:

1. С каждым днем возрастает роль непрерывного образования как основы совершенствования профессиональной деятельности медицинских работников, так как все большее значение приобретает доступность и качество оказания медицинских услуг со стороны провайдеров. Постепенное расширение платных услуг обуславливает необходимость повышения качества предоставляемой населению медицинской помощи.

2. Усиление конкуренции среди медицинских работников, особенно в условиях города, создает благоприятную среду для роста профессионализма как гаранта лучшего трудоустройства, и как следствие лучшей мотивации –финансовой и моральной.

3. Высокая степень изменчивости самой сферы здравоохранения и медицинской науки, когда практически каждый день приносит изменения в понимании и развития тех или иных заболеваний. Меняются подходы к лечению и улучшаются условия диагностики– и это не оставляет иного выбора для добросовестных специалистов медиков как только систематически и постоянно усовершенствовать свои знания и навыки.

4. Высока финансовая и личностная мотивация, стремление к повышению социального статуса и карьерному росту, усиление конкуренции среди специалистов также служит значимой основой реализации практики непрерывного образования и самообучения.

5. Формирование потребности обучения как личностной потребности добросовестного специалиста закладывает фундамент формирования культуры непрерывного повышения потенциала как основного ресурса улучшения качества медицинских услуг.

ЛИТЕРАТУРА

1. [Электронный ресурс]. <http://doctor44.org/deyatelnost-roo-avko/obrazovanie-i-nauka/nepreryvnoe-meditsinskoe-obrazovanie.html>).
2. Организация непрерывного педагогического образования врачей – преподавателей медицинских вузов на основе технологии дистанционного обучения / Е. Зинкевич [и др.]. – 2013. [Электронный ресурс]. <http://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-nepreryvnogo-pedagogicheskogo-obrazovaniya-vrachey-prepodavateley-meditsinskih-vuzov-na-osnove-tehnologii>.
3. Непрерывное образование врачей – приоритет деятельности кардиоцентра. [Электронный ресурс]. <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=56417>
4. Острополец С.С. К проблеме непрерывного профессионального развития врачей / С.С. Острополец, Е.В. Пшеничная. - 2007. [Электронный ресурс]. <http://www.mif-ua.com/archive/article/3650>.
5. Ющук Н.Д. Непрерывное обучение врачей - требование современной практики здравоохранения / Н.Д. Ющук, Ю.В. Мартынов. – 2013. [Электронный ресурс]. http://www.medobr.ru/ru/authors/674.html?SSr=250133a26606ffffff27c__07e00b1a06192c-13a3

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В данной статье рассматриваются основные концептуальные основы непрерывного обучения в условиях постдипломного периода. Принимая во внимание факт, что медицина является постоянно обновляющейся сферой, непрерывное образование специалистов необходимо рассматривать как неотъемлемую часть функционирования этой системы. В статье указаны основные концептуальные основы и процесс непрерывного образования.

Также в ней представлены характеристики отдельных элементов непрерывного образования и их значений для улучшения качества оказываемых медицинских услуг населению.

Ключевые слова: непрерывное обучение, медицина, улучшение качества оказываемых медицинских услуг.

CONCEPTUAL BASES OF CONTINUING EDUCATION

This article discusses the main conceptual basis of lifelong learning in a post-graduate period. Taking into account the fact that medicine is constantly updated area, continuing education professionals should be considered as an integral part of the functioning of this system. The paper shows the main conceptual framework and the process of continuing education.

As it presents the characteristics of the individual elements of continuing education and values to improve the quality of medical services to the population.

Key words: continuous education, medicine, improvement of the quality of medical services provided.

Сведения об авторах: *Нуралиев М.Д.* - кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой морфологии медицинского факультета Таджикского национального университета. Телефон: **907-833-979**

Абдуллаева М. – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры морфологии Таджикского национального университета

Аннамов М.Т. – врач–невропатолог, зав. неврологическим отделением частной медицинской клиники «Мадади Акбар»

ПРОБЛЕМА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ (БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА)

***Одинаев Н.С, Одинаева К.Н., Муминова Д.И., Шарипов Дж.Ш.,
Тешаева Ф.З.***

Таджикский национальный университет

Актуальность. Редкие заболевания с резким утолщением и расширением стенки толстой кишки у детей.

В норме моторная функция толстого кишечника обеспечивает накопление каловых масс и периодическое их удаление из организма. Кроме того, моторная активность кишечника способствует всасыванию воды. В толстом кишечнике наблюдаются такие же двигательные явления, как и в тонком: перистальтические, антиперистальтические и маятникообразные движения. Значение их состоит в том, что они обеспечивают перемешивание, разминание содержимого, способствуют его сгущению и всасыванию воды. Толстому кишечнику присущ особый вид сокращения, который получил название масс-сокращения. Возникает масс-перистальтика редко, до 3-4 раза в сутки. Сокращения захватывают большую часть толстой кишки и обеспечивают быстрое опорожнение значительных ее участков.

Толстый кишечник имеет интрамуральную и экстрамуральную иннервацию. Последняя представлена симпатическими нервами, которые выходят из верхнего и нижнего брыжеечных сплетений, и парасимпатическими, входящими в состав блуждающих и тазового нервов. Вследствие этого все рефлекторные влияния на моторную функцию толстого кишечника опосредуются через симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы. Рефлекторные воздействия на двигательную активность толстого кишечника осуществляются во время еды, в результате возбуждения хемо-и механорецепторов желудка, двенадцатиперстной кишки и тонкого кишечника. Существенное значение в регуляции моторной функции толстого кишечника имеют местные рефлексы, возникающие при раздражении механорецепторов.

Моторная функция толстого кишечника определяется и характером принимаемой пищи. Чем больше в пище клетчатки, тем выраженнее моторная активность толстого кишечника.

Болезнь Гиршпрунга, название болезни связано с именем датского врача, доложившего на заседании Берлинского общества педиатров в 1886 г. два случая запоров у новорожденных с резким утолщением и расширением стенки толстой кишки.



В основе заболевания лежит врожденное недоразвитие аппарата вегетативной иннервации толстой кишки (гипо - и аганглиоз).

Отсутствие парасимпатических ганглиев приводит к стойкому тоническому сокращению мышечного слоя кишки с нарушением перистальтики в этой зоне и вторичному расширению проксимальных отделов толстой кишки.

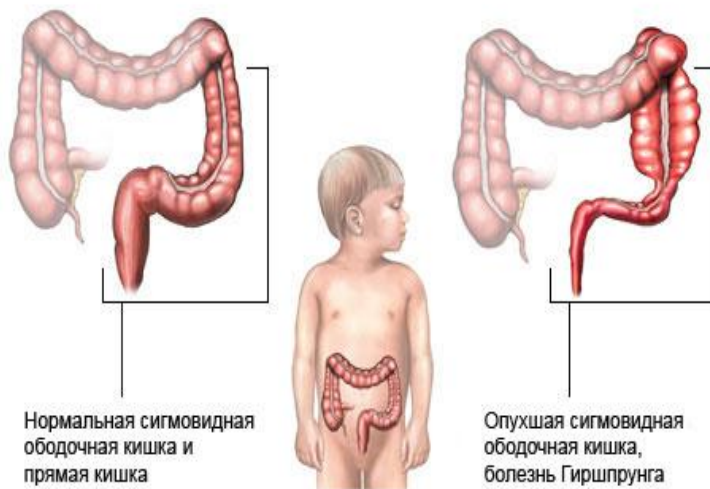


При типичном варианте болезни Гиршпрунга короткая зона аганглиоза может охватывать различные отделы прямой кишки и значительно реже - распространяться на сигмовидную и поперечно ободочную кишку и даже тонкую.

Чаще болеют мужчины. Основным клиническим признаком заболевания является прогрессирующий запор с детского или молодого возраста. Стул бывает 1 раз в 5 - 10 дней и реже без видимого изменения общего самочувствия больных. Наряду с задержкой стула больных беспокоят чувство распирания, иногда вздутия живота, тошнота, отрыжка воздухом. Изредка из-за слизистого разжижения каловых масс возникают поносы.



В случае образования копролитов возможно развитие язвенного поражения и кровотечений. При объективном обследовании определяется значительно расширенная толстая кишка, которая может занимать большую часть брюшной полости, по виду напоминая раздутую автомобильную камеру. При пальцевидном исследовании устанавливается нормальный тонус сфинктера заднего прохода, ампула прямой кишки пуста.



Прижизненная диагностика болезни Гиршпрунга с помощью рентгенологического и эндоскопического методов обследования достоверна лишь в 60 - 70% случаев. Как правило, в зоне сужения слизистая оболочка имеет обычный вид, складки ее не утолщены, отмечается постепенный переход (протяженность 4-6 см) от узкой части к расширенной. При ирригоскопии определяется значительная дилатация ободочной кишки над воронкообразно суженным сегментом.

Наиболее информативным методом исследования является трансанальная биопсия прямой кишки, позволяющая выявить патогномичный признак - отсутствие ганглиозных клеток в ауэрбаховском сплетении. В сомнительных случаях рекомендуется оперативное вмешательство с иссечением фрагмента стенки кишки суженного участка.

Лечение в большинстве случаев хирургическое.

Заключение: Болезнь Гиршпрунга, встречается редко, наблюдается у детей. Наиболее информативным методом исследования является колоноскопия толстого кишечника с трансанальной биопсией прямой кишки, позволяющей выявить патогномичный признак - отсутствие ганглиозных клеток в ауэрбаховском сплетении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пропедевтика и частная патология внутренних болезней: учебно-методическое пособие / под ред. Л.Л.Боброва. – СПб, 1998.
2. Маколкин В.И. Внутренние болезни / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко. –М: Медицина, 1987.
3. Внутренние болезни / под ред. Ф.И. Комарова. –М: Медицина, 1991.
4. Маколкин В.И. Внутренние болезни / В.И. Маколкин. – 2005.
5. Бокарев И.Н. Внутренние болезни / И. Н. Бокарев. - 2003.
6. Ветильщев Ю.В. Справочник практического врача / Ю.В. Ветильщев. - 2006.
7. Воробьев А.И. Справочник практического врача / А.И. Воробьев. - 2008.
8. Федоров В.Д. Доброкачественные опухоли толстой кишки / В.Д. Федоров. - 1982.
9. Никитин А.М. Диффузный полипоз толстой кишки / А.М. Никитин. - 1983.

ПРОБЛЕМА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ (БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА)

Болезнь Гиршпрунга, название болезни связано с именем датского врача, дожившего на заседании Берлинского общества педиатров в 1886 г. два случая запоров у новорожденных с резким утолщением и расширением стенки толстой кишки.

В основе заболевания лежит врожденное недоразвитие аппарата вегетативной иннервации толстой кишки (гипо - и аганглиоз).

Отсутствие парасимпатических ганглиев приводит к стойкому тоническому сокращению мышечного слоя кишки с нарушением перистальтики в этой зоне и вторичному расширению проксимальных отделов толстой кишки.

Болезнь Гиршпрунга, встречается редко, наблюдается у детей. Наиболее информативным методом исследования является колоноскопия толстого кишечника с трансанальной биопсией прямой кишки, позволяющей выявить патогномичный признак - отсутствие ганглиозных клеток в ауэрбаховском сплетении.

Ключевые слова: Моторная функция, перистальтика, механорецепторы.

THE PROBLEM OF COLON IN CHILDREN (HIRSCHSPRUNG'S DISEASE)

The name of this disease was put after a pediatrician Hirschsprung. He was the first who gave report about the phenomena of widening and thickening of walls of the colon in children. The report was presented in Berlin Pediatricians' Symposium in 1886.

On the basis of this disease is observed congenital malformation of the autonomic nervous system of the colon (hypo - and aganglioz)

The absence of parasympathetic ganglion leads to tonic stretch the muscle layers of intestine, which leads to a violation of worm-like movement at this point, and as a result of the lower part of the colon is expanded again.

The Hirschsprung's disease occurs rarely, it mainly affects children. The main method to diagnose this disease is the colonoscopy with transanal biopsy of rectum - as a result there can be observed the pathognomonic symptoms of the disease - lack of the ganglion nerve cells in the Auerbach tissues.

Key words: motor function, peristalsis, mechanoreceptors.

Сведения об авторах: *Одинаев Н.С.* – кандидат медицинских наук, доцент заведующий кафедрой терапии Таджикского национального университета. Телефон: **918-62-31-29**

Одинаева К.Н. - врач РКБ №3

Муминова Д.И. - ассистент кафедры терапии Таджикского национального университета. Телефон: (+992) **907-88-00-40**

Муминов Ш.Ч. - ассистент кафедры терапии Таджикского национального университета. Телефон: (+992) **918-61-36-99**

ГОРМОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ С ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА ФОНЕ ДИФфуЗНО- НЕТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Рафиева З.Х., Умарова М.А., Каримова О.А., Садыкова Г.Н.

Таджикский национальный университет,

Таджикский государственный медицинский университет

им. Абуали ибн Сино

В настоящее время известно, что беременность и роды представляют собой чрезвычайно сильный эмоциональный фактор, который значительно влияет на психосоматическое состояние женщины [1,3,6]. Известен тот факт, что даже у здоровых женщин при физиологическом течении беременности имеют место определенные изменения психоэмоционального состояния [2,4]. По данным современной литературы среди причин перинатальных и материнских потерь, удельный вес психоэмоциональных расстройств составляет в пределах 5-25% [5,7]. Тем не менее, в литературных данных отсутствуют сведения о нарушениях гормональной функции при дезадаптации психоэмоционального статуса на фоне диффузно-нетоксического зоба (ДНЗ).

В связи с этим целью настоящей работы явилось исследование гормональной функции фето-плацентарного комплекса (ФПК) при сочетании ДНЗ и психоэмоциональных нарушений у беременных женщин.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 245 беременных женщин.

- в первую группу были включены 100 женщин с физиологическим течением беременности;

- во вторую группу - 45 беременных с диффузно-нетоксическим зобом (ДНЗ);

- в третью группу были включены 100 беременных, у которых беременность протекала с ДНЗ в сочетании с психоэмоциональными нарушениями;

Во всех группах беременные женщины в большинстве случаев находились в активном репродуктивном возрасте (18-35 лет). Анализ

акушерского анамнеза показал, что наиболее он был отягощен в группе беременных с ДНЗ и в группе при его сочетании с дизадаптацией психоэмоционального равновесия. Наиболее он был благополучен у женщин с физиологической беременностью.

Клинико-анамнестический метод: у всех беременных проводили сбор общего и акушерско-гинекологического анамнеза с учетом условий жизни и труда, вредных привычек, осложнений и экстрагенитальных заболеваний. Всем женщинам проводилось общее и акушерское исследование, лабораторные исследования, консультации специалистов и УЗИ с доплерометрическим исследованием.

Для изучения психоэмоционального статуса был использован опросник для выявления и оценки невротических состояний, который включает 68 вопросов (Малкина – Пых, 2003). Для каждой женщины определялась сумма баллов, характеризующая ее адаптивность по пятибалльной системе.

При обследовании было установлено, что в абсолютном большинстве случаев (90%) у беременных с ДНЗ были выявлены нарушения в психоэмоциональном статусе. При этом состояние «тревоги» было установлено у 45 беременных, состояние невротической депрессии – у 44, состояние астенизации у 56, состояние истерического типа реагирования на все происходящее – у 54, состояние обсессивно-фобических нарушений – у 42, вегетативные нарушения – у 35 женщин.

Показатели концентрации гормонов исследовали с использованием иммуноферментного анализатора «Униплан-2000» (Россия) и диагностических кит-наборов ООО «Хема-Медика» (Россия), «Peninsula» Италия, « Buhlman» (Германия). Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с использованием критериев достоверности Стьюдента.

Результаты исследования и обсуждение. Анализ результатов исследования гормональной функции фето-плацентарного комплекса показали, что содержание прогестерона в крови здоровых и больных беременных повышалось по мере увеличения срока гестации. При этом установлено, что в I и II группах этот показатель, по сравнению с первым триместром беременности, к третьему триместру возрос на 94% и 2,1 раза, а у пациенток III группы – в 2,2 раза ($P < 0,01$). Хотелось бы также отметить, что в группе у беременных при сочетании ДНЗ и дизадаптации психоэмоционального состояния уровень прогестерона оказался самым высоким даже по сравнению с аналогичными показателями II группы пациенток.

Таблица 1. Содержание плацентарных гормонов у здоровых и больных беременных женщин

Группы беременных	Триместры беременности		
	I	II	III

	n	M±m	n	M±m	n	M±m
	Прогестерон, нмоль/л					
I		102,1±14,6		128,6±10,7		199,0±20,3
II		180,2±14,6		238,6±10,7		379,0±20,3
III		186,5±27,5		279,8±47,8		424,4±38,6
Плацентарный лактоген, нг/мл						
I		16,6±0,3		18,8±0,7		19,6±0,4
II		10,3±0,6		9,4± 0,8		8,6±0,8
III		10,2±0,8		9,0± 0,8		5,4±0,8

При исследовании концентрации плацентарного лактогена (ПЛ) установлено, что ее средняя величина у женщин контрольной группы возрастала параллельно увеличению срока беременности. У больных беременных II и III группах отмечается отчетливое снижение этого гормона, как во втором, так и в третьем триместрах по отношению к аналогичным параметрам первого триместра. Причем в III триместре эти показатели оказались статистически достоверными ($P < 0,05$). Если же эти данные сопоставить с показателями здоровых женщин при физиологической беременности, то во II триместре у больных II и III групп уровень ПЛ оказался ниже на 15,6 и 46% ($P < 0,05$), а в III триместре – на 50 и 52,1% ($P < 0,01$). Причем самое низкое среднее значение было выявлено у женщин с ДНЗ в сочетании с нарушениями психоэмоционального состояния.

При физиологической беременности концентрация ДГЭС возрастала по мере увеличения срока гестации, то у женщин с дизадаптацией психоэмоционального состояния, ДНЗ и при их сочетании средняя величина этого показателя снижалась ($P < 0,01$).

Таблица 2. Содержание ДГЭС, эстриола и эстрадиола у здоровых и больных беременных женщин

Группы беременных	Триместры беременности					
	I		II		III	
	n	M±m	n	M±m	n	M±m
ДГЭС, мкг/мл						
I		1171±134		1290±118		1438±199
II		881±165		505±143		381±103
III		605±153		383±162		259±115
Эстриол, нмоль/л						
I		262±28		377±32		867±61
II		319±32		446± 70		910±71
III		324±40		472± 92		930±58
Эстрадиол, нмоль/л						
I		1882±152		2089±118		2703±337
II		2118±166		3998± 118		4509±357
III		2371±298		4528± 401		5970±350

Анализ изменений показателей общего эстриола и эстрадиола в крови выявил, что во всех группах беременных женщин, средняя величина его показателей содержания возрастала ($P < 0,05$). Причем эти же параметры в крови беременных, по сравнению с контрольными величинами, также оказались выше.

Исследования показали, что уровень кортизола в крови у обследованных женщин во всех группах также возрастал параллельно увеличению срока беременности ($P < 0,05$). Сопоставление полученных данных показало, что уровень кортизола у больных женщин II и III групп оказался выше по сравнению с группой здоровых беременных.

Физиологический прирост АФП при осложненной значительно ниже, чем в контрольной группе ($P < 0,05$). При этом наиболее низкие значения были выявлены у беременных при сочетании ДНЗ и дисфункции психоэмоционального статуса ($P < 0,01$).

Таблица 3. Содержание кортизола и АФП в крови беременных женщин

Группы беременных	Триместры беременности					
	I		II		III	
	n	M \pm m	n	M \pm m	n	M \pm m
	Кортизол, нмоль/л					
I		595 \pm 44		612 \pm 24		658 \pm 39
II		661 \pm 42		767 \pm 48		807 \pm 42
III		751 \pm 54		837 \pm 67		935 \pm 66
	АФП, нг/мл					
I		274,9 \pm 12,1		286,2 \pm 15,0		317,6 \pm 18,2
II		163,5 \pm 19,9		199,7 \pm 29,3		275,2 \pm 31,1
III		119,6 \pm 12,1		155,5 \pm 11,5		181,8 \pm 10,7

Параллельно с гормональными исследованиями 51 женщине при сочетании ДНЗ и дизадаптации психоэмоционального состояния были выполнены исследования маточно-плацентарно-плодового кровотока методом доплерометрии. Анализ полученных данных показал, что нарушения параметров гемодинамики в системе мать-плацента плод имели место только в 40% случаев. Причем мононарушения в виде плацентарного кровотока имели место только в 2% случаях, маточного кровотока – в 3%, а в остальных были выявлены полисимптомные нарушения, включая и плодовой кровоток.

Выводы. 1. При ДНЗ беременных и дизадаптацией психоэмоционального состояния у женщин отмечаются отчетливые нарушения показателей гормональной функции фето-плацентарного комплекса.

2. Определение уровня гормонов у беременных с ДНЗ и дизадаптацией психоэмоционального состояния может быть дополнительным критерием оценки функционального состояния фето-плацентарного комплекса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство / В.В.Абрамченко –СПб.: «Сотис», 2001. -311 с.
2. Болотских В.М. Психосоматические и электрофизиологические соотношения при доношенном сроке беременности, родах и в послеродовом периоде, протекающих с измененным психическим состоянием: автореф. дис...кан.мед.наук / В.М.Болотских. – СПб, 2002. –С. 23.
3. Колбашев О.Р. Психологические факторы, влияющие на нормальное развитие беременности и родоразрешение / О.Р.Колбашев, Н.П. Лапочкина // Материалы всеросс. конф. – Иваново, 2001. –С.155-159.
4. Кульчимбаева С.М. Концептуальная модель психосоматического механизма дизадаптации системы мать-плацента плод у беременных с бесплодием в анамнезе / С.М. Кульчимбаева // Материалы Международного Конгресса «Перинатальная психология и психотерапия». –Санкт-Петербург, 2008. –С.138-142.
5. Робу А.И. Стресс и гипоталамические гормоны /А.И. Робу. –Кишинев: Штиница, 1998. – 220 с.
6. Baram T.Z. Development neurobiology of the stress response: multilevel regulation of corticotrophin-releasing hormone function / T.Z. Baram. S.Yi, S. Avishai-Elmer // Ann N.Y. acad. Sci. – 1997. -№4-24. – Vol. 814. -P. 252-265.
7. Castellino R. The Stress Matrix: Implications for Prenatal and Birth Therapy / R. Castellino // APPPAH Journal. – 2000. – Vol. 15(1). – P. 31-62.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ С ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА ФОНЕ ДИФфуЗНО-НЕТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

ДНЗ сам по себе вызывает отчетливые нарушения гормонального статуса у беременных. Тем не менее, его сочетание с дизадаптацией психоэмоционального состояния у беременных женщин вызывает более усугубленные изменения. Следовательно, оценка гормонального статуса при сочетании ДНЗ и дизадаптации психоэмоционального статуса может быть маркером для оценки тяжести нарушений фетоплацентарного комплекса.

Ключевые слова: беременность, диффузно-нетоксический зоб, психоэмоциональный статус

HORMONAL CHANGTS FETO-PLACENTARY COMPLEX AT PREGNANT WOMEN WITH A DIFUSIS NOT TOXIC CRAW AND DESADAPTETION PSIHUEMOTIONALS THE

Difusis not toxic craw in itself causes distinct infringements of the hormonal status in pregnant women. Nevertheless, its combination with desadaptetion psihoemotionals conditions at pregnant women causes more aggravated changes. Hence, the estimation of the hormonal status at combination difusis not toxic craw and desadaptetion psihoemotionals the status can be a marker for an estimation of weight of infringements fetoplacental complex.

Key words: pregnancy, a craw, psihoemotionals the status.

Сведения об авторах: *Рафиева З.Х.* – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии медицинского факультета Таджикского национального университета. Телефон: (+992) 907-71-99-67. E-mail: zar_1966@mail.ru
Умарова М.А. – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии Таджикского национального университета. Телефон: (+992) 939-06-47-96

Каримова О.А. - кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии Таджикского национального университета. Телефон: (+992) 938-85-51-44
Садыкова Г.Н. - ассистент кафедры акушерства и гинекологии-2 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино

ЗНАЧЕНИЕ ПРОЛАКТИНОВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК С ГИПОМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Мардонова С.М., Абдуллоходжаева Г.А., Абдулазизова Ф.
Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Актуальность. Становление менструальной функции в ювенильном возрасте является важным моментом в репродуктивном здоровье женщин. Нарушения менструального цикла в ювенильном возрасте, по данным разных авторов, колеблется от 15 и до 52% [1-4]. Постоянно меняющиеся условия внешней среды, изменения социально-экономической ситуации, своеобразные климатические условия республики Таджикистан в значительной мере влияют на процессы физического и полового развития [1].

Частота ЮМК в Таджикистане составила 4% в 1981-1984 гг. и возросла до 24% в 1997-2000 гг. [2]. Аналогичные данные у иностранных авторов значительно выше и составляют 10-15% и 24-52% соответственно [3, 4, 5]. Частота других нозологических нарушений менструального цикла, в частности гипоменструального синдрома среди девушек и девочек Таджикистана не изучена, что определяет актуальность проведенного исследования. Этиологические причины, запускающие сложные, многозвеньевые эндокринные нарушения от гипоталамуса и до яичников, пока остаются не до конца выясненными и противоречивы [3, 4].

Существует мнение, что в этиологии ановуляции в ювенильном возрасте особую роль играет функциональная незрелость гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Задержка в установлении положительной и отрицательной обратной связи между гипофизом и яичниками, нарушение секреции и импульсного выделения ФСГ приводят к снижению секреции эстрадиола, отсутствию полноценного желтого тела и дефициту прогестерона и наиболее часто проявляются гипоменструальным синдромом. [3, 5, 6, 7].

Целью данной работы явилось изучение гормонального фона девочек и девушек с гипоменструальным синдромом.

Материал и методы: Для решения поставленной цели обследовано 80 девушек в возрасте 14-19 лет с гипоменструальным синдромом и 40 здоровых сверстниц. Обследованные девушки распределены на следующим группами: 1 группа - девушки с олигоменореей (30 чел.); 2 группа - девушки с

первичной аменореей (25 чел.) и 3 группа - девушки с вторичной аменореей (25 чел.). 4 группа - контрольная, здоровые девушки (40 человек).

Всем девочкам и девушкам определяли уровни гонадотропных и половых стероидных гормонов в сыворотке крови иммуноферментным методом. Пациентки 2 и 3 группы обследованы при поступлении, через 3 и 6 месяцев на фоне терапии. Пациенткам 1 и 4 групп содержание гормонов в сыворотке крови определяли на 7-9-й, 11-13-й, 18-24-й дни менструального цикла.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что содержание пролактина в крови у девочек и девушек с олигоменореей, по результатам определения гормона в девятичасовых пробах крови составляет в среднем 572.2 ± 7.8 мМЕ/л. Индивидуальные колебания гормона были равны от 460.1 до 1301.8 мМЕ/л. Наблюдается иная картина содержания пролактина в крови у девочек и девушек с первичной аменореей. Анализ данных показал, что содержание пролактина в крови у девочек и девушек, составляет в среднем 804.2 ± 4.05 мМЕ/л. Минимальное количество пролактина от 60.1 до 110.3 обнаружено у 2 (2.50%), максимальная его концентрация – выше 516.8 мМЕ/л была выявлена у 68 (85%) девочек. При вторичной аменорее концентрация пролактина в крови соответствовала показателям у девушек с первичной аменореей.

Как видно из таблицы 1, разница между минимальными и максимальными значениями пролактина у девочек и девушек с гипоменструальным синдромом составляет 21.7 раза. Средние статистические данные пролактина у девочек и девушек с первичной и вторичной аменореей достоверно выше, чем в контрольной группе. Наибольший интерес представляет тот факт, что у 78% пациенток с гипоменструальным синдромом выявлена гиперпролактинемия, у 1.8% - гипопролактинемия и у 20.2% - нормопролактинемия (Табл. 1).

Таблица 1. Содержание гипофизарных гормонов в крови у девочек и девушек с гипоменструальным синдромом на стадиях пубертатного развития

Возраст (лет)	Основная			Контрольная (4 группа) M±m колеб. n
	1 группа M±m колеб. n p	2 группа M±m колеб. n p	3 группа M±m колеб. n p	
Пролактин (мМЕ/л)				
14-15	563.4 ± 35.8 71.3-801.8 16 $P \leq 0.001$;			321.1 ± 32.1 60.1-601.8 20
16-19	603.4 ± 19.1 60.1-911.8	903.4 ± 19.1 60.1-1201.8	995.2 ± 14.8 79.1-1054.6	344.1 ± 34.1 60.1-601.8

	14 P≤0.001;	25 P≤0.001;	25 P≥0.05	20
ФСГ (мМЕ/л)				
14-15	4.3±0.2 1.0-5.1 16 P≤0.001			4.1±0.4 1.7-4.9 20
16-19	4.9±0.1 1.0-4.9 14 P≥0,05	6.7±0.2 1.0-10.8 25 P≤0.001	7.3±0.1 1.2-12.1 25 P≤0.001	4.8±0.4 2.6-9.5 20
ЛГ (мМЕ/л)				
14-15	3.4±0.2 1.8-9.8 16 P≥0,05			4.1±0.4 2.4-9.5 20
16-19	3.4±0.1 2.0-9.5 14 P≥0,05	8.1±0.3 2.3-12.9 25 P≤0.001	9.9±0.3 2.3-13.7 25 P≤0.001	4.4±0.4 2.4-9.5 20

Примечание: 1 гр. - с олигоменореей

2 гр. – с первичной аменореей

3 гр. – с вторичной аменореей

4 гр. – здоровые девочки (контрольная группа).

P – достоверность по отношению к контрольной группе

Существенно отличается от пролактина динамика содержания в крови фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). У девочек и девушек в возрастной группе 14-19 лет с олигоменореей средняя концентрация ФСГ соответствует данным контрольной группы. Однако у 5 (16.6%) девочек выявлены высокие показатели этого гормона. Разница между максимальным (5.1 мМЕ/л) и минимальным (1.0 мМЕ/л) уровнем составляет 5.1 раз, а среднее значение гормона равно 4.5 мМЕ/л. Данные представлены в табл. 2. У девушек с первичной и вторичной аменореей средние показатели ФСГ составили 6.7 и 7.3 мМЕ/л соответственно, что достоверно выше, чем у здоровых девушек этого возраста. Разница между максимальным (12.2 мМЕ/л) и минимальным (1.0 мМЕ/л) уровнем составляет 12.2 раза.

Секреция лютеинизирующего гормона (ЛГ) характеризовалась повышением концентрации у девушек с первичной и вторичной аменореей в 2 раза относительно показателей здоровых девушек. Разница между максимальным и минимальным уровнем составляет 4.8 раз, а среднее значение гормона – 8.1 и 9.9 мМЕ/л соответственно. У девушек с олигоменореей как в возрастной группе 14-15 лет, так и в 16-19 лет содержание ЛГ в крови соответствовало показателям здоровых девушек. Данные эти представлены в таблице 1.

Гормональную функцию яичников изучили при определении концентрации эстрадиола и прогестерона в периферической крови. Концентрация эстрадиола в крови в стадии полового развития Р4 (14-15 лет) существенно не отличалась от контрольной группы, на следующих стадиях полового развития содержание данного гормона было в 1,2 раза ниже, чем в группе сравнения при олигоменорее. У девочек возрастной группы 16-19 лет с первичной и вторичной аменореей отмечается снижение уровня эстрогена в 1.2 раза по сравнению с контрольной группой. Максимальная (108.4 нмоль/л) и минимальная (308.7 нмоль/л) концентрация эстрадиола не выходили за пределы показателей контрольной группы, а средние их значения соответствовали 101.2 и 108.7 нмоль/л против 214.1 нмоль/л у здоровых девушек.

Содержание прогестерона в крови у девушек с гипоменструальным синдромом статистически достоверно ниже показателей, чем у здоровых девушек. Средние показатели этого гормона у девушек в возрастной группе 14-15 лет с олигоопсоменореей соответствовали 1.8 нмоль/л, что в 3 раза ниже показателей здоровых девушек (6.2 ± 0.3 нмоль/л). У девушек в возрастной группе 16-19 лет как с олигоменореей, так же и с первичной и вторичной аменореей отмечается снижение уровня прогестерона в 2.6 раз. Концентрация этого гормона находилась в пределах $2.6-2.9 \pm 0.3$ нмоль/л против 8.4 ± 0.3 нмоль/л у здоровых девушек (табл. 2).

Таблица 2. Содержание стероидных гормонов в крови у девочек и девушек с гипоменструальным синдромом на стадиях пубертатного развития

Возрастные группы (лет)	Основная			Контрольная (4 группа) M±m n p
	1 группа M±m	2 группа M±m	3 группа M±m	
	n	n	n	
	p	p	p	
Эстрадиол (нмоль/л)				
14-15	109.2 ± 0.2 15 $P \geq 0,05$			201.1 ± 0.3 20
16-19	104.6 ± 0.2 15 $P \leq 0.001$	108.2 ± 0.2 25 $P \leq 0.001$	101.5 ± 0.08 25 $P \leq 0.001$	214.1 ± 0.3 20
Прогестерон (нмоль/л)				
14-15	1.8 ± 0.2 15 $P \leq 0.001$			6.2 ± 0.3 20
16-19	2.6 ± 0.2 15 $P \leq 0.001$	2.6 ± 0.2 25 $P \leq 0.001$	2.9 ± 0.2 25 $P \leq 0.001$	8.4 ± 0.3 20

Примечание: 1 гр. - с олигоопсоменореей

2 гр. – с первичной аменореей

3 гр. – с вторичной аменореей

4 гр. – здоровые девочки (контрольная группа).

P– достоверность по отношению к контрольной группе

Заключение. Наши исследования показали, что у девушек с гипоменструальным синдромом, независимо от стадии полового развития, отмечается гипозэстрогения и гипопрогестеронемия.

Установлено, что у девушек с гипоменструальным синдромом имеет место пролактиновые нарушения, причем частота гиперпролактинемии составляет 78%. В группе девушек с олигоменореей средние показатели и колебания гонадотропных гормонов соответствуют возрастной норме. При аменорее как первичной, так и вторичной отмечается повышение уровня этих гормонов в 2 раза. Во всех возрастных группах девушек с гипоменструальным синдромом отмечается гипозэстрогения и гипопрогестеронемия, выраженность которой зависит от уровня пролактина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманова Ф.М. Эпидемиология становления репродуктивной системы девушек Таджикистана и технология прогнозирования акушерской и гинекологической патологии автореф. дисс. д.м.н. / Ф.М. Абдурахманова. - Душанбе, 2002. -53 с.
2. Мардонова С.М. Особенности репродуктивной системы при ювенильных маточных кровотечениях, автореф. дисс. к.м.н. / С.М. Мардонова. - Душанбе, 2002. -28 с.
3. Коколина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детского и подросткового возраста / В.Ф. Коколина. - М., 2005. -340 с.
4. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология / Е.В. Уварова. - М., 2009. -375 с.
5. Jabbour H.N. Endocrine regulation of menstruation / H.N. Jabbour, R.W. Kelly, H.M.. Fraser – 2009. -v. 27(1). -P.17-46.
6. Якубова О.А. Дифференцированная диагностика ювенильной дисменореи / О.А. Якубова // Российский вестник Акушера-гинеколога. – 2013. -№2. –С.18-21.
7. Osayande A.S. Diagnosis and Initial Management of Dysmenorrhea / A.S. Osayande, S. Mehulic // American Family Physician. – 2014. -№89(5). –P.341-346.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОЛАКТИНОВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК С ГИПОМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Становление менструальной функции в ювенильном возрасте является важным моментом в репродуктивном здоровье женщин. Постоянно меняющиеся условия внешней среды, изменения социально-экономической ситуации, своеобразные климатические условия Республики Таджикистан в значительной мере влияют на процессы физического и полового развития.

Данной работы явилось изучение гормонального фона девочек и девушек с гипоменструальным синдромом.

Обследовано 80 девушек в возрасте 14-19 лет с гипоменструальным синдромом и 40 здоровых сверстниц. Обследованные девушки распределены на следующие группы: 1 группа - девушки с олигоменореей (30 чел.); 2 группа - девушки с первичной аменореей (25 чел.) и 3 группа - девушки с вторичной аменореей (25 чел.). 4 группа - контрольная, здоровые девушки (40 человек).

Проведенные исследования показали, что содержание пролактина в крови у девочек и девушек с олигоменореей, по результатам определения гормона в девятичасовых пробах

крови, составляет в среднем 572.2 ± 7.8 мМЕ/л. Индивидуальные колебания гормона были равны от 460.1 до 1301.8 мМЕ/л. Наблюдается иная картина содержания пролактина в крови у девочек и девушек с первичной аменореей. Анализ данных показал, что содержание пролактина в крови у девочек и девушек, составляет в среднем 804.2 ± 4.05 мМЕ/л. Минимальное количество пролактина от 60.1 до 110.3 обнаружено у 2 (2.50%), максимальная его концентрация – выше 516.8 мМЕ/л была выявлена у 68 (85%) девочек. При вторичной аменорее концентрация пролактина в крови соответствовала показателям у девушек с первичной аменореей.

Установлено, что у девушек с гипоменструальным синдромом имеет место пролактиновые нарушения, причем частота гиперпролактинемии составляет 78%. В группе девушек с олигоменореей средние показатели и колебания гонадотропных гормонов соответствуют возрастной норме. При аменорее как первичной, так и вторичной отмечается повышение уровня этих гормонов в 2 раза. Во всех возрастных группах девушек с гипоменструальным синдромом отмечается гипоэстрогения и гипопрогестеронемия, выраженность которой зависит от уровня пролактина.

Ключевые слова: нарушения менструального цикла, олигоменорея, аменорея, ювенильный возраст.

VALUE PROLACTIN DISORDERS IN GIRLS AND YOUNG WOMEN WITH HYPOMENSTRUAL SYNDROME

The development of menstrual function in juvenile age is an important moment in the reproductive health of women. Constantly changing conditions of the external environment, changes in the socioeconomic situation, peculiar climatic conditions of the Republic of Tajikistan significantly influence the processes of physical and sexual development.

The study of the hormonal background of girls and girls with hypomenstrual syndrome.

The study involved 80 women aged 14-19 years with hypomenstrual syndrome and 40 healthy peers. The girls surveyed are divided into the following groups: 1 group - girls with oligomenorrhea (30 people); 2 group - girls with primary amenorrhea (25 people) and 3 group - girls with secondary amenorrhea (25 people). 4 group - control, healthy girls (40 people).

Studies have shown that the content of prolactin in the blood of girls and young women with oligomenorrhea, according to the results of the definition of a hormone in nine-hour blood samples averages 572.2 ± 7.8 mIU/l. The individual oscillations of the hormone were equal from 460.1 to 1301.8 mIU/l. There is another picture of prolactin in the blood of girls and girls with primary amenorrhea. The analysis of the data showed that the concentration of prolactin in the blood in girls and young women is on the average 804.2 ± 4.05 mIU/l. The minimum amount of prolactin from 60.1 to 110.3 was found in 2 (2.50%), its maximum concentration - above 516.8 mIU/l was detected in 68 (85%) girls. With secondary amenorrhea, the concentration of prolactin in the blood corresponded to that of girls with primary amenorrhea.

It was found that girls with hypomenstrual syndrome have prolactin disorders, and the frequency of hyperprolactinemia is 78%. In the group of girls with oligomenorrhea, the average indices and fluctuations of gonadotropic hormones correspond to the age norm. In amenorrhea, both primary and secondary, there is an increase in the level of these hormones by a factor of 2. In all age groups of girls with hypomenstrual syndrome marked hypoestrogenemia and hypoprogesteronemia expression that depends on the level of prolactin.

Key words: disorders of the menstrual cycle, oligomenorrhea, amenorrhea, juvenile age.

Сведения об авторах: *Мардонова С.М.* – кандидат медицинских наук, доцент, зам. директора по лечебной части НИИ АГ и П. Таджикистан, г. Душанбе. Телефон: (+992) 918-67-69-01. E-mail: salomat.71@mail.ru

Абдуллоходжаева Г.А. – научный сотрудник акушерского отдела НИИ АГ и П. Таджикистан, г. Душанбе. Телефон: (+992) 938-08-8870. E-mail: dr.tshm.tj@mail.ru
Абдулазизова Ф. – аспирантка НИИ АГ и П. Таджикистан, г. Душанбе. Телефон: (+992) 904-00-80-91

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

*Одинаев Н.С., Тагачонов З.Ф., Одинаева К.Н., Муминова Д.,
Муминов Ш.Ч., Ахмедова С.*

Таджикский национальный университет

Туберкулёз желудка редкое заболевание, которое необходимо изучить для постановки правильного диагноза и своевременной специфической терапии.

Его следует отличать от поражений слизистой желудка у туберкулезных больных, вызванных общей интоксикацией, выделением продуктов распада и приемом лекарственных веществ. Туберкулез желудка - это довольно редкое заболевание. Он протекает в виде двух основных форм: язвенный туберкулез желудка и стенозирующий туберкулез привратника. На язвенную форму приходится от 57 до 80% всех случаев туберкулеза желудка. Туберкулезные язвы желудка чаще бывают единичные, реже множественные (от 2 до 8). Размеры их небольшие, но могут достигать 10 см в диаметре. Они имеют округлую или овальную форму, иногда неправильную. Преимущественное расположение язв в антральном отделе и вдоль малой кривизны. Язвенная форма туберкулеза желудка чаще встречается у детей, чем у взрослых. Среди больных преобладают мужчины. Язвенный туберкулез развивается у больных с различными формами туберкулеза легких (в 90% случаев).

Стенозирующий туберкулез привратника является первичной локализацией туберкулеза, ибо часто не находят проявлений данного заболевания в других органах.

Патогномоничных симптомов туберкулеза желудка не существует, но каждая из двух форм имеет существенные особенности. При язвенной форме туберкулеза желудка клиническая картина может напоминать гастрит или язвенную болезнь. В то же время у больных этой формой встречается большое количество симптомов, характерных для туберкулеза легких и других органов. Осложнения в виде перфорации или кровотечения встречаются редко. По-видимому, такие осложнения наблюдаются у больных при сочетанном протекании туберкулеза и язвенной болезни. Нередко больных туберкулезом желудка беспокоят поносы, которые большей частью связаны с одновременным специфическим поражением кишечника, умеренная гипохромная анемия, повышение температуры и СОЭ.

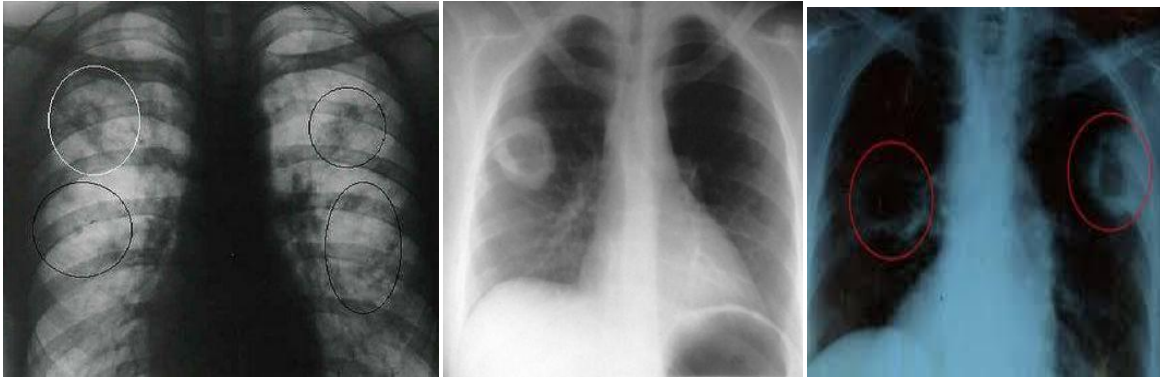


Рис. 1. Основной методикой диагностики туберкулеза легких остаётся рентгенография, томография, КТ. На снимках отмечается поражение лёгких туберкулезного генеза кавернозного характера.

Важное место в диагностике туберкулеза желудка занимают гастроскопический и рентгенологический методы. При рентгенологическом исследовании можно обнаружить нишу в антральном или пилорическом отделе. Гастроскопия позволяет выявить язвы с мелкими узелками на дне, а в окружающей слизистой - множественные туберкулезные бугорки. Для установления характера язвы нужна прицельная биопсия и гистологическое исследование биоптата.

Стенозирующий туберкулез привратника проявляется симптомами нарушения эвакуаторной функции желудка. Единственная его особенность по сравнению со стенозами другой этиологии - это наличие поносов, связанных с поражением кишечника специфическим процессом. Иногда можно прощупать опухоль привратника, которую обычно принимают за раковую. Температура чаще всего нормальная или субфебрильная. Явления интоксикации мало выражены. Эвакуация контрастной массы замедлена, обнаруживаются неправильной формы дефекты наполнения в области привратника. Перистальтические движения в этом отделе отсутствуют, изменения слизистой напоминают картину «злокачественного рельефа».

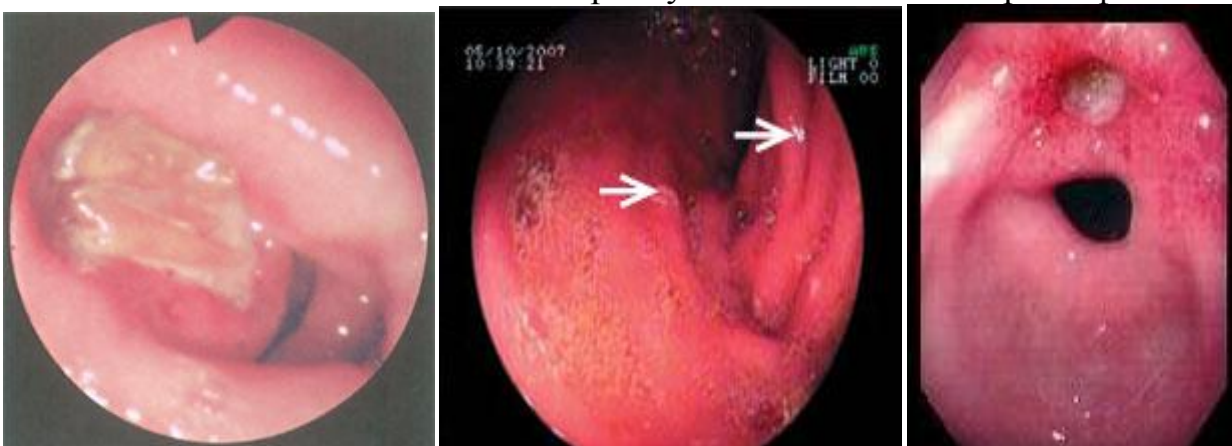




Рис. 2. Эндоскопический метод диагностики туберкулёзного поражения стенки желудка. Отмечается язвенно-некротическое поражение слизистой желудка, местами увеличение лимфатических узлов

Стенозирующий туберкулез привратника бывает трудно отличить от стеноза другой этиологии, особенно ракового и люэтического. Для дифференциации этих патологических процессов необходимо проводить серологическое, цитологическое исследования, осуществлять поиск других проявлений висцерального сифилиса или других органных локализаций туберкулеза.

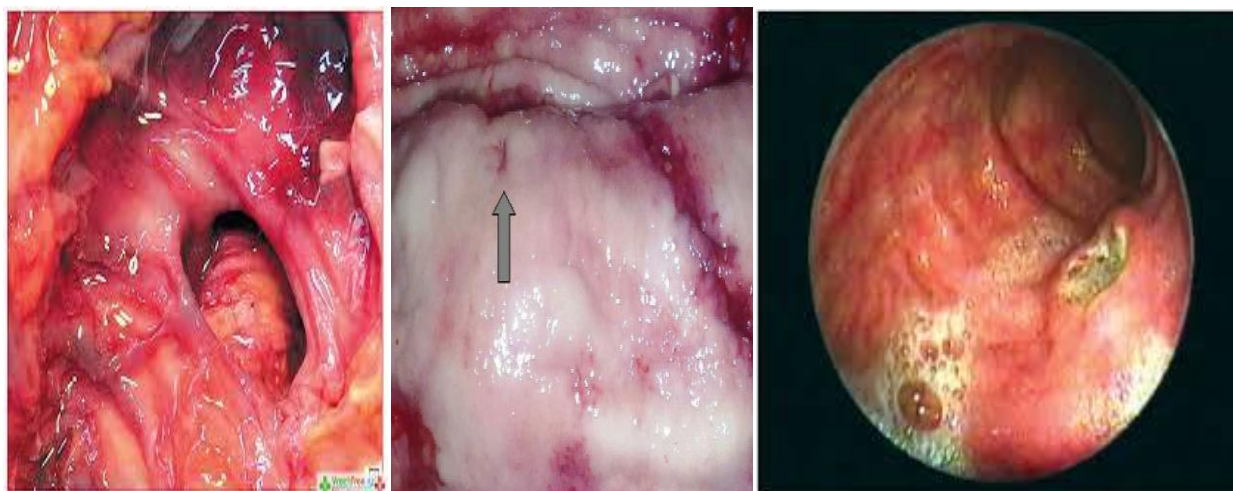


Рис. 3. Эндоскопическая картина, отмечается язвенно-некротическое поражение слизистой желудка, местами увеличение лимфатических узлов

Лечение туберкулеза желудка ничем не отличается от терапии других форм туберкулеза. Обычно назначают противотуберкулезные препараты. При эффективном лечении эвакуаторная функция желудка улучшается за счет уменьшения воспалительных явлений, туберкулезные язвы хорошо рубцуются. В случае отсутствия эффекта от консервативной терапии или развития осложнений (кровотечение, перфорация) следует рекомендовать оперативное вмешательство

Туберкулёз желудка встречается редко, в популяции больше наблюдается у детей. Он протекает в виде двух основных форм: язвенный туберкулез желудка и стенозирующий туберкулез привратника. Вышеуказанные данные требуют изучить данное заболевание для постановки правильного диагноза и своевременной специфической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по клинической эндоскопии / под. ред. В.С. Савельева. –М.: Медицина, 1985.
2. Галлингер Ю.И. Экстренная фиброгастроскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Ю.И. Галлингер, Ю.А. Клявин, Г.И. Ежова // Хирургия. – 1975. - №9. -С.29-34.
3. Битти А.Д. Диагностические тесты в гастроэнтерологии / А.Д. Битти; пер. с англ. - М.: Медицина, 1995. - 224 с.
4. Berstein L.M. A clinical test for esophagitis / L.M. Berstein, L.A. Baker // Gastroenterology. – 1958. -№34. –Р.760-81.
5. Битти А.Д. Диагностические тесты в гастроэнтерологии / А.Д. Битти; пер с англ. - М.: Медицина, 1995. -224 с.
6. Комаров Ф.И. Болезни пищевода и желудка//Руководство по гастроэнтерологии: в 3-х т. / Ф.И. Комаров, А.Л. Гребенев, А.А. Шептулин. -М.: Медицина, 1995. - Т.1. – 672 с.
7. Кромин А.А. Отражение пищевой мотивации в моторной деятельности пищеварительного тракта: дис. ... докт.мед. наук / А.А. Кромин. - Тверь, 1998. – 377 с.
8. Stendal C. Practical guide to gastrointestinal function testing / C. Stendal // Tennessee: Blackwell Science. - 1997. – 281 p.
9. Stendal C. Practical guide to gastrointestinal function testing / C. Stendal // Tennessee: Blackwell Science. - 1997. – 281 p.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Туберкулёз желудка встречается редко, в популяции больше наблюдается у детей. Он протекает в виде двух основных форм: язвенный туберкулез желудка и стенозирующий туберкулез привратника. Вышеуказанные данные требуют изучить данное заболевание для постановки правильного диагноза и своевременной специфической терапии.

Ключевые слова: туберкулёз, язвенная болезнь, пилорический отдел.

PATHOLOGICAL CHANGES OF THE STOMACH IN TUBERCULOSIS

Tuberculosis of the stomach is rare, in a population more observed in children. It proceeds in the form of two main forms: ulcerous tuberculosis of the stomach and stenosing tuberculosis of the pylorus. The above data require that the disease be studied to establish the correct diagnosis and timely specific therapy.

Key words: tuberculosis, peptic ulcer, pyloric department.

Сведения об авторах: *Одинаев Н.С.* – кандидат медицинских наук, доцент заведующий кафедрой терапии Таджикского национального университета. Телефон: **918-62-31-29**

Тагаҷонов З.Ф. - кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапии Таджикского национального университета. Телефон: **(+992) 928-93-80-09**

Одинаева К.Н. - врач РКБ №3

Муминова Д.И. - ассистент кафедры терапии Таджикского национального университета. Телефон: **(+992) 907-88-00-40**

Муминов Ш.Ч. - ассистент кафедры терапии Таджикского национального университета.
Телефон: (+992) 918-61-39-99

ВЛИЯНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВЫКИДЫША НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ ЖЕНЩИН

Саидова Т.Ш., Абдурахманова Ф.М., Умарова М.А., Исмадова У.С.
**Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибн Сино,
Таджикский национальный университет**

Медикаментозный или фармацевтический аборт означает прерывание беременности, вызванное лекарственными средствами. Несмотря на наличие широкого выбора различных методов контрацепции и их доступность, работу специалистов по внедрению методов планирования семьи, к сожалению, проблема нежелательной беременности остается актуальной. На сегодняшний день медикаментозный аборт изменил практику искусственного прерывания беременности во всем мире. Там, где аборт легален, частота медикаментозного прерывания устойчиво увеличивается. Право на охрану здоровья, в том числе репродуктивного, является неотъемлемой частью прав человека и определено международными декларациями и конференциями ООН по положению женщин, народонаселению и развитию.

Метод медикаментозного прерывания беременности рекомендован Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) – как безопасная форма аборта, эффективность метода достигает 95-98,6%. Естественно, медикаментозный аборт (или любой другой) значительно, во многие разы опаснее контрацепции. И ситуация, когда аборт (особенно хирургический) является ведущим методом регулирования рождаемости, совершенно недопустима. К сожалению, сегодня большинство наступивших беременностей - непланируемые и нежеланные, поэтому аборт остается единственным методом регулирования рождаемости в подобных случаях. В то же время контрацепция, особенно гормональная, совершенствуется, побочных эффектов у нее все меньше. Наряду с возможностью предупреждения непланируемой беременности следует стремиться к активному оздоровлению женщин с учетом предстоящего материнства в будущем. Известно, что прерывание беременности представляет собой значительный риск для репродуктивного здоровья женщины. Прерывание беременности – это серьезный шаг. Если нет возможности в настоящее время отказаться от выполнения искусственных абортов, то следует, по крайней мере, свести риск возможных осложнений к минимуму. Поэтому совершенно очевидным является поиск бережных технологий прерывания беременности,

альтернативных хирургическому аборту. На сегодняшний день медикаментозный аборт является одним из наиболее безопасных методов искусственного прерывания беременности. При наличии медицинских показаний или по социальным причинам медикаментозный аборт может быть использован, если срок беременности не превышает допустимый срок для этого метода. Медикаментозный аборт, проводимый под наблюдением врача гинеколога, является безопасным. Препараты, обеспечивающие медикаментозное прерывание беременности, не оказывают долгосрочного воздействия. Женщина может забеременеть в первом менструальном цикле после проведенного медикаментозного аборта. Данный метод позволяет избежать осложнений, связанных с операцией: травма, инфекция, негативное влияние наркоза и т.д.

Целью исследования является определение эффективности применения медикаментозного аборта с использованием препарата мифепристон мизопростол для прерывания беременности на поздних сроках и его влияние на сохранение репродуктивного здоровья женщин.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 100 женщин со сроками беременности от 12 до 20 недель. Для прерывания беременности использовался медикаментозный аборт с применением препарата мифепристон и мизопростол. Перед проведением аборта проводилось стандартное гинекологическое обследование, УЗИ органов малого таза, анализ мазка на степень чистоты влагалища, анализ крови на RW и ВИЧ.

Результаты и обсуждение. На базе городского родильного дома №2 г. Душанбе нами проведено 100 медикаментозных абортов с применением препарата мифепристон и мизопростол, который используется только в медицинских учреждениях. Пациентку информировали о порядке прерывания беременности медикаментозным методом, сути метода, опасных симптомах, возможных вариантах течения аборта. Все перечисленное было изложено в информированном согласии пациентки, куда заносится фамилия, имя, отчество пациентки, номер препарата, указанный на упаковке, подпись и время.

Мифепристон - синтетический 19-норстероидный препарат, обладающий высоким сродством к рецепторам прогестерона, относящегося к суперсемейству ядерных рецепторов белков S/N/AI. Мифепристон связывается с рецептором прогестерона, что приводит его к конформационной перестройке, и дальнейшие транскрипционные эффекты становятся невозможны. Блокада рецепторов прогестерона приводит к разрушению материнских капилляров в отпадающей оболочке, синтезу простагландинов в эпителии децидуальных желез и угнетению простагландиндегидрогеназы. Возросшие в результате этого концентрации простагландинов индуцируют сокращения матки. Изменения, происходящие в отпадающей оболочке, напоминают те, которые часто происходят при воспалении и сопровождаются дополнительным высвобождением

простагландинов. Началу сокращения матки предшествует размягчение и расширение шейки матки. Данное лекарственное средство проявляет фармакологическую активность при пероральном введении [1].

Пациентка принимает внутрь три таблетки – 600 мг мифепристона в присутствии врача. В течение 1-1,5 часа находится под динамическим наблюдением.

Максимальные уровни содержания этого средства в плазме крови достигаются через 2 часа после приема внутрь. Период полувыведения мифепристона из плазмы крови составляет 26-48 часов, но в наномолярных концентрациях это лекарственное средство остается в плазме в течение нескольких дней. Сократимость матки усиливается в течение 12 часов после введения препарата, достигая максимума через 36 часов. Мифепристон примерно в 5 раз превышает чувствительность матки к аналогам простагландинов. Учитывая, что в большинстве случаев мифепристон не обеспечивает достаточную сократимость миометрия, для обеспечения адекватного сокращения матки и раскрытия шейки матки используются аналоги простагландинов. Мифепристон повышает чувствительность миометрия к простагландинам, которые вводят обычно через 36-48 часов [2, 5]. Исходя из этого, через 36-48 часов пациентке назначали мизопропростол 600 мг с целью усиления сократительной деятельности матки и изгнания плодного яйца [1, 2]. Противопоказаниями для проведения медикаментозного аборта являлись подозрение на внематочную беременность, хроническая надпочечниковая недостаточность, длительная терапия стероидными препаратами, индивидуальная непереносимость мифепристона и мизопростола, геморрагические нарушения, применение антикоагулянтов, беременность, развившаяся на фоне внутриматочной спирали, воспалительные заболевания гениталий в период обострения или в острой стадии, печеночная недостаточность, лактация, острые воспалительные заболевания кишечника [1]. Изгнание плодного яйца происходило в лечебном учреждении в течение 3-4 часов. По наблюдениям, объем кровопотери превышает менструальные. Возможны тошнота, рвота, головокружение, диарея, схваткообразные боли. Для купирования побочных эффектов использовалась симптоматическая терапия. Исключалось одновременное применение нестероидных противовоспалительных препаратов, так как они могут снизить abortивный эффект вследствие ингибирующих свойств.

Через две недели проводилось контрольное гинекологическое исследование с использованием УЗИ. При диагностировании неполного аборта проводилось инструментальное удаление остатков плодного яйца с использованием вакуум-аспирации или кюретажа. Правила поведения после медикаментозного аборта такие же, как и после любого вида аборта, и направлены на сохранение репродуктивного здоровья женщин [1, 4].

Среди всех пациенток, обратившихся для прерывания беременности, длительность аменореи находилась в пределах до 42 дней. По данным УЗИ,

срок беременности 2 недели встречался у 6 пациенток, 3 недели у 36, 4 недели у 34, 5 недель у 26, 6 недель у 23 беременных. Возраст пациенток варьировал от 15 до 42 лет. При обследовании установлено, что у всех пациенток был регулярный менструальный цикл, продолжительность которого варьировала от 22 до 36 дней, длительность менструации колебалась от 2 до 6 дней. У большинства женщин (112, или 89,6%) месячные носили умеренный характер и лишь у 13 (10,4%) были обильными. Первородящие составляли 40-50% пациенток, повторнородящие 60-75%, среди которых 6 уже имели опыт прерывания беременности медикаментозным методом. Гинекологические заболевания в анамнезе выявлены у 37 (29,6%) пациенток: у 22 (17,6%) встречались эрозии шейки матки, у 15 (12%) хронический аднексит. У 96 из 100 женщин произошел полный выкидыш, что составило 99,2%. Кровянистые выделения появились через 24 часа после приема препарата у 88 (70,4%) пациенток, у 37 (29,6%) после 36 часов. Выкидыш произошел по типу менструально-подобной реакции, длительностью от 5 до 14 дней у 39 (31,2%).

После выкидыша мажущие выделения имели место у 86 (68,8%) женщин. У 53 (42,4%) отмечены схваткообразные боли. У 1 (0,8%) проведена вакуум-аспирация полости матки по поводу неполного выкидыша. Пролонгирования беременности не было отмечено ни в одном наблюдении. Преимущества медицинского аборта - хорошее психологическое восприятие, высокая эффективность, отсутствие необходимости анестезиологического пособия, исключение травматизации шейки и эндометрия, очень низкая вероятностью развития осложнений, сохранение репродуктивной функции [1,2,5].

Выводы. Анализ полученных данных свидетельствует о безусловном преимуществе применения медикаментозного аборта с использованием препарата мифепристон для прерывания беременности в малых сроках. Отсутствие травматизма шейки матки, эндометрия, низкая вероятность развития осложнений позволяют сохранить репродуктивную функцию женщин. Адекватное консультирование и последующий уход повышают надежность и приемлемость данного метода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медико-консультативная помощь при искусственном аборте / В.И. Кулаков, Е.М. Вихляева [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. – С.8-26.
2. Медикаментозное прерывание беременности с помощью препарата мифепристон. Планирование семьи / В.Н. Прилепская, В.И. Волков, Д.В. Жердев [и др.]. - М., 2003. – С.3-31.
3. Синичихин, С.П. Аборт в аспекте сохранения репродуктивного здоровья женщины / С.П. Синичихин // Астраханский медицинский журнал. – 2007. - №1 - С. 67-71.
4. Baird, D.T. Medical abortion in the first trimester / D.T. Baird // Best Pract Res ClinObstetGynaecol. – 2002. -№16(2). –Р. 221-36.

5. Hausknecht, R. Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States / R. Hausknecht // Contraception. - 2003. – №67(6). –Р.463-465.

ВЛИЯНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВЫКИДЫША НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ ЖЕНЩИН

Аборты являются серьезной проблемой здравоохранения во многих странах мира. Ежегодно около 53 миллионов беременностей заканчиваются искусственным абортom. Применение хирургического метода приводит к серьезным осложнениям, вплоть до бесплодия. Для прерывания беременности у 100 женщин с поздними сроками беременности нами применялся медикаментозный метод с использованием препарата мифепристон и мизопропростол. У 94 (99,2%) пациенток произошел медикаментозный аборт без осложнений. По нашим исследованиям, медикаментозный аборт позволяет сохранить репродуктивную функцию, имеет низкий риск развития осложнений.

Ключевые слова: беременность, медикаментозный аборт.

THE EFFECT OF MEDICAL ABORTION ON THE REPRODUCTIVE SYSTEM OF WOMEN

Abortion is one of the most serious problems in medicine in many countries of the world. About 53 million pregnancies end in induced abortion every year. Application of surgical technique leads to serious complications, including infertility. We used a medical method using Mifepristone and misoprostol for termination of pregnancy in 100 women with late pregnancy. 94 (99.2%) patients had a medical abortion without complications. According to our researches, medical method can save the reproductive function, has a low risk of complications.

Key words: pregnancy, medical abortion.

Сведения об авторах: *Саидова Т.* – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино. Телефон: (+992) 908-55-00-77

Умарова М.А. – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии Таджикского национального университета. Телефон: (+992) 939-06-47-96

Абдурахманова Ф.М. – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино

Исмамова У.С. - врач акушер –гинеколог ГРД №2 Телефон: (+992) 919-72-10-10

БОЛЕЗНЬ МЕНЕТРИЕ

Одинаев Н.С., Одинаева К.Н., Шералиев М.Н., Начмуудинов С.Н.
Таджикский национальный университет

Актуальность. Редкие заболевания с признаками гигантского гиперпластического гастрита, гиперплазией желез.

Гигантский гиперпластический гастрит - относительно редкое заболевание желудка, характеризующееся резкой гиперплазией желез, распространяющейся на большую или меньшую часть этого органа. В настоящее время трудно дать точный ответ на вопрос, что представляет

собой данное заболевание. Известно, что чаще болеют мужчины, чем женщины, соотношение их составляет 6:1, по другим данным, 3:1. Возраст больных колеблется от 30 до 70 лет, хотя эта болезнь встречается и у детей.

Причина болезни пока не известна. Сам Menetrier связывал возникновение описанных им изменений слизистой оболочки желудка с хронической интоксикацией (свинцом и алкоголем). Не исключается воспалительный характер данного заболевания, аномалия развития слизистой оболочки. Ряд авторов рассматривают болезнь как ангиоматоз слизистой оболочки желудка и относят ее к доброкачественным опухолям. В настоящее время появились данные о механизмах развития утолщенной слизистой оболочки. В основе этого развития лежит усиленная экспрессия трансформирующего фактора роста α (ТФР- α), который вырабатывается эпителиоцитами желудка и стимулирует их пролиферацию при болезни Менетрие (Dempsey P. Et al, 1992).



Картинки мозговых извилин или «булыжной мостовой», при эндоскопии

Клиническая картина болезни Менетрие достаточно изучена. Наиболее частыми симптомами этой болезни являются следующие: боли в подложечной области, похудание, рвота, желудочное кровотечение, диарея. Боли наблюдаются у 74%, похудание у 60%, рвота у 42%, кровотечение у 20% и диарея у 10% больных. По клиническим признакам выделяют три варианта течения болезни: диспепсический, псевдоопухолевидный и бессимптомный. Чаще других, по мнению В.Х. Василенко, наблюдается псевдоопухолевидный тип заболевания, характеризующийся ноющими болями в эпигастриальной области, чувством тяжести, распирания живота, похуданием, ухудшением аппетита, быстрой утомляемостью и слабостью.

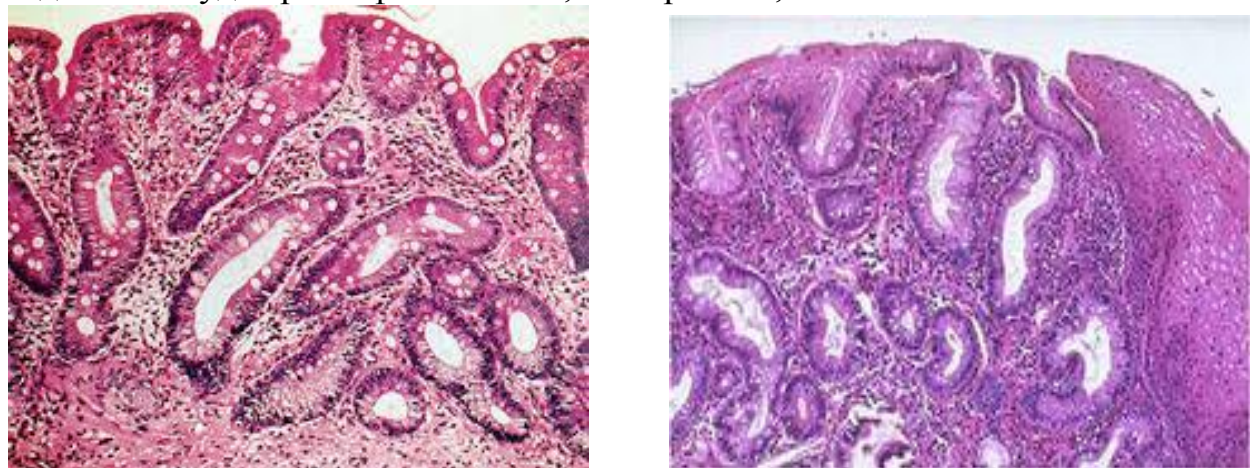
Диспепсическому типу свойственно появление отрыжки, рвоты, вздутия живота. В ряде случаев у больных развивается анемия и гипопротеинемия. Развитие последней связывают с большой потерей белка, выделяемого в желудочный сок. Это подтверждается его повышенным содержанием в желудочном соке. Однако потеря его не столь велика, чтобы вызвать гипопротеинемия. По-видимому, существуют и другие причины,

приводящие к снижению белка в крови. Одной из них может быть повышенный катаболизм альбумина.



Картины гигантских складок при болезни Менетрие

Секреторная функция желудка у больных понижена. Большое значение в диагностике болезни Менетрие имеет рентгенологическое исследование. Патологический процесс чаще локализуется по большой кривизне желудка: тело желудка, тело и синус, средняя и верхняя треть. У 1/3 больных выявляется фестончатость и зазубренность контуров большой кривизны при избыточности слизистой оболочки желудка. Грубые, утолщенные складки создают впечатление дефекта наполнения. У остальных больных контуры желудка остаются ровными, неизмененными. Складки слизистой регидные, извилистые, неравномерно утолщенные, но они сохраняют эластичность. Видна перистальтика. Рентгенологическая картина локального поражения весьма характерна: складки слизистой оболочки на ограниченном участке резко утолщены, извиты, но они остаются эластичными, сохраняют определенный вид, нет их обрыва. Стенка желудка, соответствующая поражению слизистой оболочки, эластична, перистальтирует. В остальных отделах желудка рельеф слизистой, как правило, не изменен.



Морфологические картины слизистой оболочки желудка при болезни Менетрие

В диагностике гипертрофического гастрита помогает эндоскопическое исследование с применением методики дозированного раздувания желудка воздухом, с помощью которой удастся контролировать внутрижелудочное давление и объективизировать полученные результаты. К гигантским

складкам относят те, которые не расправлялись при давлении в желудке более 15 мм рт. ст. Эти данные имеют патоморфологическое подтверждение. Для эндоскопической картины гигантского гипертрофического гастрита характерны наличие резко утолщенных складок слизистой оболочки в теле желудка по большой кривизне, принимающих **вид мозговых извилин**, или **«булыжной мостовой»**, легкая ранимость их, эрозии, геморрагии, большое количество слизи. Складки обычно располагаются параллельно, реже поперечно или хаотически. Толщина складок во всех случаях составляла не менее 2 см.

Избыточность слизистой оболочки проявляется в трех вариантах: утолщение складок без увеличения их количества, увеличение количества утолщенных складок, свисающих в просвет желудка, и диффузная форма при отсутствии поражения антрального отдела.

Гистологическое исследование биопсионного материала не дает характерных признаков болезни Менетрие. Чаще выявляются симптомы различных форм хронических гастритов, реже встречается неизменная слизистая. Картину, свойственную болезни Менетрие, удалось получить только при изучении гистогрaмм. При этом была выявлена картина **аденоматозно-кистозной гиперплазии желудочных желез**. Однако прицельная гастробиопсия оказалась весьма ценной в дифференциальной диагностике данной патологии с опухолевыми поражениями желудка. Она позволяет исключить бластоматозный процесс или своевременно его выявить. Прогноз болезни относительно благоприятный. Продолжительность болезни может составлять от 10 до 33 лет. Описаны случаи обратного развития болезни. Нередко наступает злокачественное перерождение. Поэтому показано динамическое наблюдение (не менее 1 раза в год необходимо проводить гастроскопию).

Под влиянием лечения самочувствие больных сравнительно быстро улучшается, исчезают или заметно уменьшаются некоторые морфологические изменения (воспалительная клеточная инфильтрация, гиперсекреция поверхностного и ямочного эпителия).

Терапия должна быть комплексной и включать лечебное питание и медикаментозные средства. Диета должна быть механически и химически щадящая. Назначают антибиотики, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, обволакивающие средства. Лечение гипертрофического гастрита мало чем отличается от терапии хронического гастрита В. Хирургическое лечение применяется только в случае осложнений: тяжелых кровотечений и при развитии опухолевого процесса.

Заключение: Болезнь Менетрие встречается редко. Наиболее информативным методом исследования является гастродуоденоскопия с биопсией и изучение морфологии слизистой желудка.

ЛИТЕРАТУРА

10. Пропедевтика и частная патология внутренних болезней: учебно-методическое пособие / под ред. Л.Л.Боброва. – СПб, 1998.
11. Маколкин В.И. Внутренние болезни / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко. –М: Медицина, 1987.
12. Внутренние болезни / под ред. Ф.И. Комарова. –М: Медицина, 1991.
13. Маколкин В.И. Внутренние болезни / В.И. Маколкин. – 2005.
14. Бокарев И.Н. Внутренние болезни / И.Н. Бокарев. - 2003.
15. Ветильщев Ю.В. Справочник практического врача / Ю.В. Ветильщев. - 2006.
16. Воробьёв А.И. Справочник практического врача / А.И. Воробьёв. - 2008.
17. Федоров В.Д. Доброкачественные опухоли толстой кишки / В.Д. Федоров. - 1982.
18. Никитин А.М. Диффузный полипоз толстой кишки / А.М. Никитин. - 1983.

БОЛЕЗНЬ МЕНЕТРИЕ

Гигантский гиперпластический гастрит - относительно редкое заболевание желудка, характеризующееся резкой гиперплазией желез, распространяющейся на большую или меньшую часть этого органа. В настоящее время трудно дать точный ответ на вопрос, что представляет собой данное заболевание. Известно, что чаще болеют мужчины, чем женщины, соотношение их составляет 6:1, по другим данным, 3:1. Возраст больных колеблется от 30 до 70 лет, хотя эта болезнь встречается и у детей.

Болезнь Менетрие, встречается редко. Наиболее информативным методом исследования является гастродуоденоскопия с биопсией и изучение морфологии слизистой желудка.

Ключевые слова: гигантский гастрит, гиперплазией желез.

MENETRIES DISEASE

The giant hyperplastic inflammation is included into the group of rare stomach diseases. It is characterised by fast formation of hyperplasia of glands (both big and small) in various parts of the stomach. So far the cause of the disease has still remained unknown. Mostly the men are contracted with this disease, especially in the age range of 30 to 70. In children this disease is met rarely. Menetries disease is considered as a rare disease. The main method to diagnose it is the gastroduodenoscopy with taking biopsy from the lymphatic layer of stomach and its morphological study.

Key words: giant hyperplastic inflammation, gastritis, prostatic hyperplasia.

Сведения об авторах: *Одинаев Н.С.* – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой терапии Таджикского национального университета. Телефон: **918-62-31-29**

Одинаева К.Н. - врач РКБ №3 РТ

Шералиев М.Н. - ассистент кафедры морфологии Таджикского национального университета. Телефон: **918-94-45-99**

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО И ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ БРУЦЕЛЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Курбонов К.М., Дадоджанова Н.М., Ахмедова С.С.
Таджикский национальный университет

Введение. С распадом СССР и приобретением Таджикистаном независимости в 1991г. ряд его регионов испытали бремя военно – политического и социально - экономического кризиса и последующего роста показателей уровня большинства зоонозных заболеваний [1]. Вместе с тем, оказавшись на постсоветском пространстве, центральноазиатские страны были и остаются в эпидемиологическом и эпизоотологическом отношении неблагоприятными по бруцеллезу, при этом по частоте случаев и уровню заболеваемости одна из них - Республика Таджикистан (РТ) занимала лидирующее положение и входила в перечень 25 государств мира с наибольшими её показателями[2].

По мнению многих исследователей, соответствующая проблема бруцеллеза, в частности в РТ, кроется в эволюции политико-экономического развития и переходе от плановой экономики к рыночной. Социально – экономические преобразования и трудности переходного периода в РТ способствовали росту частных мелкотоварных животноводческих хозяйств, миграции трудоспособного населения, изменивших ход течения эпидемиологического процесса бруцеллеза [3,4]. В этой связи создаются предпосылки для постоянного изучения причин и условий его высокой заболеваемости, познание которых вызваны необходимостью совершенствования эпидемиологического надзора.

Цель исследования. Выявить современные эпидемиологические особенности бруцеллеза в Республике Таджикистан

Материалы и методы исследования. Определение эпизоотологических и эпидемических проявлений бруцеллеза среди сельскохозяйственных животных и населения в условиях социально-экономических преобразований в РТ проведено методом ретроспективного эпидемиологического анализа заболеваемости по многолетним данным Службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора, содержащихся в отчетных формах № 1 и №18 за период 1997-2013 гг. В процессе анализа изучена информация отечественных и зарубежных источников научной литературы, соответствующих тематике исследования.

Результаты и их обсуждение. За анализируемый период 1997-2015гг. в РТ зарегистрировано 17632 случая бруцеллеза, при среднем уровне показателя заболеваемости 14 на 100 тыс. населения. До 1999г. случаи бруцеллеза выявлялись среди населения в 46 из 65 административно - территориальных образований страны, и к 2003 году - уже в 59. Многолетняя

динамика заболеваемости населения бруцеллезом имеет нестабильный с периодами роста и снижения уровня заболеваемости, где наивысшие пики роста приходятся на период 2003 и 2005 гг (рис 1). Следует подчеркнуть, что удельный вес заболевших бруцеллезом выше среди сельских жителей (92,6%), чем среди городских (7,4%), при этом соотношение между ними соответственно составляет 12:1.

Среди всех областей и районов РТ сравнительно высокие средние уровни заболеваемости населения регистрировались в Горно - Бадахшанской автономной области (41 на 100 тыс. населения) и районах республиканского подчинения (18 на 100 тыс. населения).

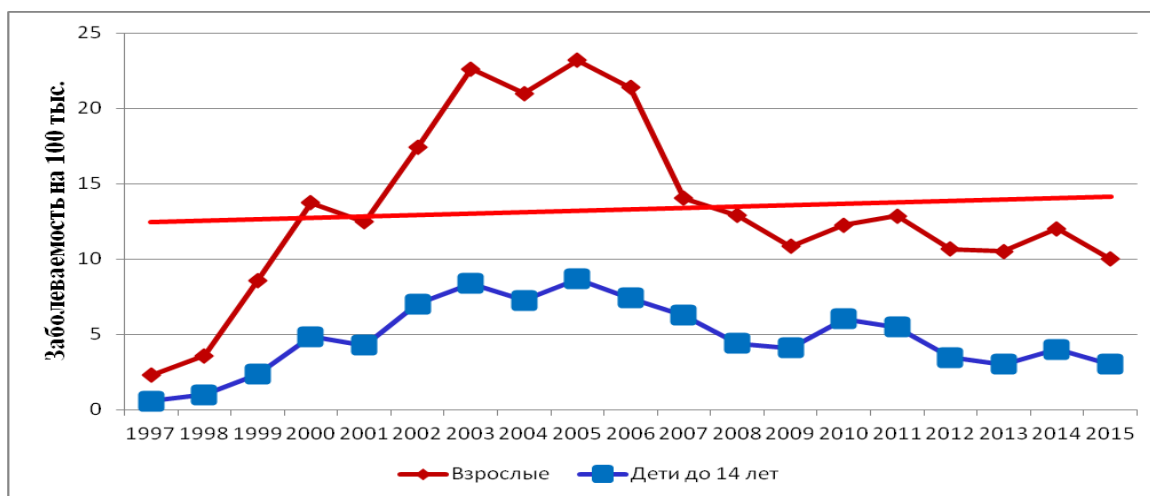


Рис 1. Многолетняя динамика заболеваемости населения бруцеллезом в РТ 1997-2015гг.

Анализ колебаний помесечной заболеваемости населения бруцеллезом в РТ отражает динамику показателей, которая характерна для бруцеллезной инфекции, т.е. заболеваемость людей, увеличивается с завершением периода окота и отела животных. При этом резко выраженная сезонность указывает на доминирование козье - овечьих очагов и, соответственно, преимущественную передачу инфекции контактным путем [6].

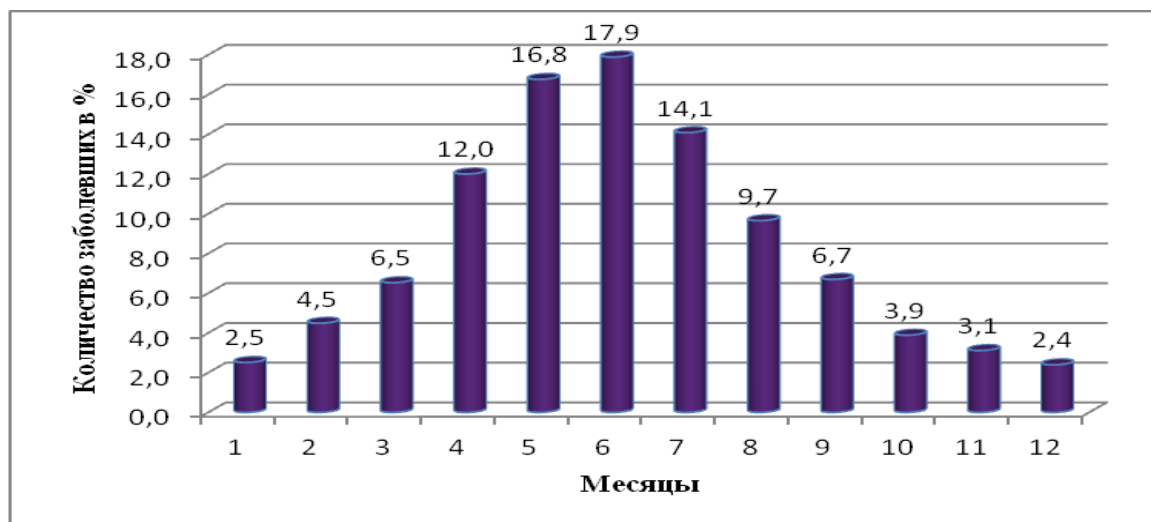


Рис. 2. Сезонное распределение заболеваемости населения бруцеллезом в период с 1997г. по 2015гг. в РТ (% , при n=17632)

Данное предположение можно объяснить и тем, что случаи заражения бруцеллёзом от крупного рогатого скота наблюдаются в течение длительного периода, что обусловлено периодом лактации и основным фактором – потреблением необеззараженного молока и молочных продуктов.

Следует отметить, что приватизация в сельскохозяйственном секторе РТ началась в основном после 2000 года, и унаследованная со времен Советского Союза практика регулирования периодов случки, окота и отела животных все еще существовала. Однако рост частных животноводческих хозяйств, увеличение и, преимущественно, стойловое содержание скота в подворьях способствовали её утрате, что и повлияло на сезонные проявления бруцеллеза [5,7].

Половая и возрастная структура заболеваемости населения бруцеллезом в целом свидетельствует о наибольшей вовлеченности в соответствующий эпидпроцесс лиц трудоспособного возраста - 15369 (83%). При этом высокие показатели заболеваемости характерны для следующих возрастных групп: 40 – 49 лет – 23 на 100 тыс. населения и 15-39 лет – до 17,5 на 100 тыс. населения, причем удельный вес женщин (56%) превалирует над лицами противоположного пола (44%), при соотношении 1,4:1.

В профессиональной структуре заболеваемости доминируют домохозяйки - в 28% случаев, последующие места распределены между школьниками и детьми дошкольного возраста - в 14% случаев и безработными - в 12% случаев, в сумме представляющие более половины числа всех заболевших (55%).

Рассматриваемый период отличается ростом заболеваемости, как взрослого, так и детского населения в пределах 14 - 25 % от числа заболевших в различных регионах РТ, причем с 2003 по 2006 гг. он имел вспышечный характер.

Результаты исследования факторов передачи бруцеллеза среди населения РТ методом «случай - контроль» в 2014г. показывают, что передача бруцеллеза происходит смешанным путем (контактным и алиментарным). При этом превалирует контактный путь передачи, которая реализуется посредством оказания помощи животным при абортах (OR = 14,2) и родах (OR = 6,4) [5].

Высокий удельный вес домохозяек (28%) в профессиональной структуре заболеваемости обусловлен преимущественным вовлечением женщин в ведение хозяйств, в том числе в уход за животными. При этом он превалирует над суммой всех остальных категорий лиц, входящих в группу риска (27%), что ассоциируется с активной трудовой миграцией мужчин.

Увеличение доли неработающих лиц в профессиональной структуре заболеваемости бруцеллезом (12%), по всей вероятности, имеет социально-

экономические корни. Скорее всего, это, в частности, связано с увеличением (в основном, в сельской местности) числа жителей трудоспособного возраста, вынужденных заниматься разведением скота как источника дохода семьи. Такое явление не стало случайным, т.к. уровень безработицы с 1997г. по 2003г. приближался к 30% [8,9], в т.ч. рабочих и служащих (до 70%), вследствие низкой заработной платы (уровень которой в 2002 в среднем составлял 8-11 долларов США) [9].

Снижение удельного веса в профессиональной структуре заболеваемости бруцеллезом групп риска (работников животноводческих хозяйств, включая пастухов, чабанов) отражает возникшие изменения в структуре животноводства, т.е. преобладание в ней частных хозяйств над общественными [7].

Выводы:

1. Относительно высокий удельный вес заболеваний среди школьников и детей дошкольного возраста (13,2%) указывает на их тесный контакт с инфицированными животными;
2. Инфицирование населения РТ бруцеллезом происходит различными путями, при превалировании контактного пути передачи, реализация которого происходит во время оказания помощи животным при абортах (OR = 14,2) и родах (OR = 6,4);
3. Наибольшую эпидемиологическую значимость в распространении бруцеллеза в РТ представляет мелкий рогатый скот, серопревалентность которого составляет 0,30% ($\pm 0,12$);
4. Социально-экономические преобразования и демографические проявления, характерные для РТ, обусловили возникновение тенденции к изменению сезонности бруцеллеза, а также преимущественному вовлечению в эпидемический процесс женщин трудоспособного возраста и росту хронических форм болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Jackson, R.A. Survey of the seroprevalence of brucellosis in ruminants in Tajikistan, 2006 / R.A. Jackson // J. Veterinary Records. - 2007. - №161(14). – P. 476-82.
2. The new global map of human brucellosis / G. Pappas [et al.] // The Lancet. Infectious Diseases. – 2006. - Vol. 6. –P. 91–99.
3. Lopes1 L.B. Brucellosis - Risk Factors and Prevalence: A Review / L.B. Lopes1, R. Nicolino and J.P.A. Haddad. // The Open Veterinary Science Journal. - 2010. –P. 72-84.
4. Турдиев. Ш.А. Усовершенствование мер борьбы с бруцеллезом мелкого рогатого скота в Республике Таджикистан: автореф. дисс... док.биол.наук /. Ш.А. Турдиев. –Казань, 2013. – С.39.
5. Курбонов К.М. Факторы риска передачи бруцеллеза среди населения в Республике Таджикистан. Эпидемиология и инфекционные заболевания / К.М. Курбонов, С.С. Саторов // Актуальные вопросы. - 2014. -№4. –С. 28-32.
6. Курбонов К.М. Современные проблемы эпизоотологического надзора как фактор обострения эпидемиологической ситуации бруцеллеза в Республике Таджикистан / К.М. Курбонов, С.С. Саторов // Здоровоохранение Таджикистана. - 2014. -№2. –С.63-68.

7. Статистическое агентство при Президенте Республики Таджикистан, Животноводство в частном и общественном секторах 2011 - 2013гг. 12-15.
8. Back to Work: Growing with Jobs in Europe and Central Asia / S. Omar [et al]. Washington, DC.P- 400: World Bank. - 2014.
9. Панарин С.А. Перспективы миграции коренных народов Центральной Азии в Россию: основные стимулы и ограничители / С.А. Панарин. -Новосибирск, 2003. –С.18-20.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО И ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ БРУЦЕЛЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Современные эпидемиологические особенности бруцеллеза в РТ заключаются в существовании тенденции к изменению сезонных проявлений бруцеллеза, доминирующей роли контактного механизма передачи инфекции, ведущей роли мелкого рогатого скота как источника заразного начала в поддержании эпизоотологического и эпидемиологического процессов бруцеллеза, преимущественном вовлечении в него женщин трудоспособного возраста.

Ключевые слова: бруцеллез, Таджикистан, эпидемиологические особенности.

MODERN MEDICAL AND SOCIAL FEATURES OF BRUCELLOSIS IN TAJIKISTAN

The modern medical and social features of brucellosis in Tajikistan are: existence of tendency in changing seasonal manifestation, predominant role of the contact mechanism of transmission, key role of small ruminants in maintaining of the brucellosis epidemiological and enzootic processes, preferential involvement of women of the active ages.

Key words: brucellosis, Tajikistan, epidemiological features.

Сведения об авторах: *Курбонов К.М.* – кандидат медицинских наук, зав. кафедрой эпидемиологии и инфекционных болезней Таджикского национального университета. Телефон: (+992) 938-50-32-74. E-mail: kosim.kurbonov@gmail.com

Дадоджанова Н.М. - ассистент кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней Таджикского национального университета. Телефон: (+992) 917-47-77-45

Ахмедова С.С. - ассистент кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней Таджикского национального университета. Телефон: (+992) 915-06-08-55

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Махмудова П.У., Закирова К.А., Махмудова Р.У., Бобоходжаев О.И.

Таджикский национальный университет,

Институт последипломной подготовки медицинских кадров,

Таджикский государственный медицинский университет им.

Абуали ибн Сино

Республика Таджикистан является центрально-азиатской страной, с населением около 8,5 млн чел. и 93% территории которой являются горные регионы с проблемной доступностью к медицинским услугам. Среди стран

Европейского региона ВОЗ, Таджикистан имеет один из высоких показателей распространенности туберкулёза (ТБ) и высокое бремя лекарственно устойчивых (ЛУ) его форм [1].

В стране существует трёхуровневая сеть лабораторной службы: на районном уровне – бактериоскопические лаборатории, на областном уровне – бактериологические лаборатории и на центральном уровне – Национальная референс-лаборатория (НРЛ). Выявление культур микобактерий осуществляется в 5 лабораториях среднего звена и НРЛ, оснащённых машинами ВАСТЕСТ™ MGIT™ 960 и системами молекулярно-генетической диагностики ЛУ ТБ - Hain Lifescience. На периферическом уровне диагностика осуществляется в 86 микроскопических лабораториях, 45 из которых оснащены машинами GeneXpert для проведения быстрого выявления ТБ методом Xpert MTB/RIF. Фенотипическое тестирование на ЛУ к противотуберкулезным препаратам (ПТП) проводится в НРЛ на жидких и твердых средах методом пропорций. Качество проводимых исследований ежегодно осуществляется путём ВОК, проводимым СРЛ Гаутинг. Национальный диагностический алгоритм включает активное выявление лиц с подозрением на ТБ и их скрининг одновременно бактериоскопическими методами и экспресс-методами диагностики ЛУ форм ТБ.

В последние годы данные расчетных показателей ВОЗ и государственной статистики по основным показателям (заболеваемость и смертность) однонаправлены и свидетельствуют о стабилизации эпидемиологической ситуации по ТБ [1, 2, 3]. В то же время, бремя по ЛУ ТБ остаётся значительным [4, 5].

В данной работе, использованы ежегодные отчёты Национальной противотуберкулёзной программы, согласно которым пик выявляемости ЛУ ТБ был в 2013 г. – 911 случаев, в 2014 году – 902, в 2015 – 702 и в 2016 г. - 784 случаев. Однако, после установки в 2017 году дополнительных 31 машины GeneXpert (до этого года было 14 машин) предполагается увеличение выявляемости ЛУ форм ТБ.

Следует отметить, что среди новых случаев ТБ процент ЛУ форм ежегодно нарастает от 4,4% в 2013 году до 8,3% - в 2016 году, что коррелирует с тем, что среди выявленных ЛУ случаев ТБ, доля новых случаев ЛУ ТБ также ежегодно нарастает с 25,5% в 2013 году, до 57,9% - в 2016 г.

Все зарегистрированные больные имеют доступ к противотуберкулёзным препаратам (ПТП), согласно режимам лечения ТБ/ЛУ ТБ, рекомендованным ВОЗ. При поддержке консультантов-партнеров по развитию приведены в соответствие с руководствами ВОЗ все национальные руководства, инструкции и клинические протоколы. Однако эффективность лечения оставляет желать лучшего. Так, в 2013 г. было взято на лечение 668 больных с множественной ЛУ (МЛУ) ТБ, из них было успешное лечение у 409 или 61,2%. В 2014 г. соответственно – 804 больных взяты на лечение, из

них успешное лечение у 384 больных или 47,8% (31 больной (3,8%) продолжают лечение). В когортах 2015 (682 чел.) и 2016 годов (743 чел.) часть больных ещё продолжают лечение. Краткосрочные режимы лечения больных с МЛУ ТБ стали доступны в стране только в начале 2017 года в пилотных регионах страны.

Число и процент больных МЛУ ТБ, начавших лечение препаратами второго ряда и прервавших его в первые 6 мес. лечения, в 2014 году составило 5,6%, в 2015 году - 7,5%. Следует отметить, что из 804 больных МЛУ ТБ, начавших лечение в 2014 г., 31 всё ещё продолжают лечение (3,8%) и из 682 больных, начавших лечение в 2015 г., – 414 больных на день написания статьи всё ещё продолжают лечение (60,7%).

Лечение больных с широкой ЛУ (ШЛУ) ТБ в стране стало доступно начиная с 2013 года (10 больных) в пилотных регионах и в последующие годы, когорты больных ШЛУ ТБ, охваченных лечением, уже составляли 65 больных (2015 и 2016 гг.). К этому времени в стране при поддержке партнеров по развитию были приняты все необходимые документы, регулирующие менеджмент диагностики и лечения больных с ШЛУ ТБ.

Применение новых препаратов при лечении ШЛУ ТБ начато в стране в 2015 году, когда после утверждения нормативно-правовых документов, разрешающих их использование, впервые были применены бедаквиллин, имипенем и деламанид.

ВЫВОДЫ: Таким образом, несмотря на проводимые совместные мероприятия Национальной противотуберкулезной программой при сотрудничестве с партнерами по развитию обеспечения доступности для населения современных методов диагностики и лечения устойчивых форм ТБ с учетом географических особенностей Таджикистана, в стране всё еще остается напряженная эпидемиологическая ситуация по ТБ, в особенности её ЛУ форм. Одной из основных причин увеличения числа больных, потерянных для дальнейшего наблюдения и снижения эффективности лечения, в особенности больных с МЛУ/ШЛУ ТБ, является недостаточная их приверженность к лечению и одновременно недостаточное соблюдение принципов контролируемой терапии, в особенности при изначально амбулаторном лечении. В связи с этим, в настоящее время при поддержке доноров и партнеров по развитию, разрабатываются некоторые инновационные подходы решения указанных проблем.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO. Global Tuberculosis Report. – 2015.
2. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2015 году // Стат.сборник. – Душанбе, 2016. -С. 313-336.
3. Анализ ситуации по туберкулёзу в Республике Таджикистан / У.Ю. Сироджидинова, О.И. Бобоходжаев, Ф.О. Мирзоева [и др.] // Туб. и бол. лёгких. – 2015. -№2. -С.32-36.
4. Surveillance of drug resistance in Central Asia /[M. Joncevska, H. Hoffmann, T. Abildaev et al.]/ Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2014. -V.18. -№ 11. -P.56-57.

5. Руководство по управлению наблюдением заболеваемостью за туберкулезом /[О.И. Бобоходжаев, У.Ю. Сироджидинова, З.Х. Абдуллоев и др.]// Утв. распоряжением МЗиСЗН РТ. – 2015. -№173. -122 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Республика Таджикистан среди стран Европейского региона ВОЗ имеет один из высоких показателей распространенности туберкулёза (ТБ) и высокое бремя лекарственноустойчивых (ЛУ) его форм.

В стране внедрены современные экспресс-методы, методы молекулярно-генетической и фенотипической диагностики ЛУ ТБ. В последние годы при поддержке партнеров по развитию активно внедряются новые режимы лечения, включая новые препараты для лечения МЛУ/ШЛУ ТБ.

Однако, несмотря на проводимые совместные мероприятия по обеспечению доступности для населения современных методов диагностики и лечения устойчивых форм ТБ с учетом географических особенностей Таджикистана, в стране всё еще остается напряженная эпидемиологическая ситуация по ТБ, в особенности её ЛУ форм. Одной из основных причин увеличения числа больных, потерянных для дальнейшего наблюдения и снижения эффективности лечения, в особенности МЛУ/ШЛУ больных, является недостаточная их приверженность к лечению и одновременно недостаточное соблюдение принципов контролируемой терапии, в особенности при изначально амбулаторном лечении.

Ключевые слова: туберкулёз, доступность, лекарственная устойчивость, молекулярно-генетические методы диагностики, новые режимы лечения.

EFFICIENCY OF MODERN MOLECULAR GENETIC METHODS OF DIAGNOSTICS AND METHODS OF TREATMENT OF DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

The Republic of Tajikistan, among the countries of the WHO European Region, has one of the highest prevalence rates of tuberculosis (TB) and a high burden of drug-resistant (DR) forms.

In the country modern express methods, methods of molecular-genetic and phenotypic diagnostics of DR-TB have been introduced. In recent years, with the support of development partners, new treatment regimes have been actively introduced, including new drugs for the treatment of MDR / XDR-TB.

However, despite the joint efforts to ensure the population's access to modern methods of diagnosis and treatment of resistant forms of TB, taking into account the geographic features of Tajikistan, the country still has a strained epidemiological situation in TB, in particular its DR forms. One of the main reasons for the increase in the number of patients lost from further monitoring and the decline in treatment effectiveness, especially MDR / XDR patients, is their inadequate adherence to treatment and, at the same time, insufficient adherence to the principles of controlled therapy, especially when initially outpatient treatment.

Key words: tuberculosis, accessibility, drug resistance, molecular genetic methods of diagnosis, new treatment regimens.

Сведения об авторах: *Махмудова П.У.* - ассистент кафедры эпидемиологии и инфекционных заболеваний Таджикского национального университета.

Телефон: **918-28-00-03**

Закирова К.А. - доктор медицинских наук зав кафедрой фтизиопульмонологии Института последипломной подготовки медицинских кадров. Телефон: **935-98-59-17**

Махмудова Р.У. - ассистент кафедры фтизиопульмонологии Института последипломной подготовки медицинских кадров. Телефон: **907-55-99-95**

Бобоходжаев О.И. – доктор медицинских наук, профессор кафедры фтизиатрии Таджикского государственного медицинского университета им. А. Сино

ГЕЛЬМИНТОЗЫ: ВУХЕРЕРИОЗ И БРУГИОЗ

Одинаев Н.С., Шералиев М.Н., Одинаева К.Н., Шарипов Ч.Ш.

Таджикский национальный университет

Гельминтозы до установления советской власти часто встречались на территории нашей республики. Благодаря упорной борьбе с переносчиками гельминтозы были ликвидированы. Но в связи с расширением миграционных процессов об этих заболеваниях нужно вспомнить и изучать.

Вухерериоз и бругиоз (Синонимы: *filariasis bancrofti*, *filariasis Malayan* - англ.; *filarioselymphatique* - франц., *Filariosis*, *Filarienbefall* - нем.)

Хронически протекающие трансмиссивные биогельминтозы, в начальной стадии характеризующиеся лихорадкой, лимфаденитом, ретроградным лимфангитом конечностей, орхитом, фуникулитом и абсцессами аллергической природы, а в поздней стадии - развитием слоновости конечностей и грудных желез, хилурии или гидроцеле.

Этиология. Возбудители вухерериоза - *Wuchereria Bancrofti* (Gobbold, 1877), бругиоза - *Brugia malayi* (Buckley, 1958). Они имеют удлинённую нитевидную форму с утончениями на концах. Длина самок вухерерий равна 80–100 мкм, их диаметр - 0,2-0,5мм, длина самцов – около 22 мкм, диаметр - 0,1–0,3 мкм. Размеры *Brugia malayi* несколько мельче. Развитие филярий происходит со сменой хозяев. Окончательный хозяин *B. malayi* – человек и некоторые виды обезьян, промежуточные хозяева и специфические переносчики – различные виды комаров родов *Culex*, *Aedes*, *Mansonia*, *Anopheles*. Половозрелые филярии паразитируют в лимфатических узлах и сосудах.

Самки гельминтов отрождают личинок (микрофилярий), длина которых 0,127–0,32 мм, ширина – 0,005-0,1 мм; микрофилярии паразитируют в кровеносной системе человека. В зависимости от динамики суточной активности различают периодические и субпериодические штаммы микрофилярий.

Микрофилярии периодических штаммов (*Microfilaria nocturna*) днем находятся в сосудах легких, а ночью продвигаются в периферические сосуды. Микрофилярии субпериодических штаммов находятся в периферической крови круглосуточно, но число их обычно возрастает в дневные часы, хотя отмечаются штаммы с ночным пиком численности. Взрослые филярии способны паразитировать в организме человека до 17 лет, микрофилярии – до 12 месяцев.

Эпидемиология. Источником заражения вухерериозом служит человек. Механизм передачи – трансмиссивный. Основным переносчиком в городских условиях *Culex fatigans*, нападающий ночью и передающий периодический штамм вухерерий. В сельской местности периодический штамм передается главным образом комарами рода *Anopheles*, а субпериодический – различными видами рода *Aedes*, нападающими в любое время суток.

Вухерериоз широко распространен во влажных районах тропической и субтропической зон между 41° с.ш. и 21° ю.ш. в Африке, Азии (Индия, Индокитай, Малазия, Китай, Япония), в Центральной и Южной Америке (Гватемала, Панама, Венесуэла, Бразилия).

На большей территории нозоареала преобладает периодический штамм микрофилярий с пиком активности в ночное время. Лишь на островах бассейна Тихого океана наиболее распространенным являются субпериодические штаммы вухерерий (*W.bancrofti var pacifica*).

Бругиоз распространен в основном в странах Юго-Восточной Азии: Юго-Восточная Индия, о.Шри Ланка, Индонезия, Филиппины. Известны два штамма этого гельминта. Основным и наиболее широко распространенным является периодический штамм. Единственным его окончательным хозяином и источником инфекции служит человек, а специфическим переносчиком – комары родов *Anopheles*, *Aedes* и *Mansonia*. Второй, субпериодический штамм с ночным пиком активности встречается в болотных лесах Малазии, не только у человека, но и у обезьян – резусов (природноочаговая инвазия). Переносчиками его служат лишь комары рода *Mansonia*.

Развитие микрофилярий в комарах продолжается 8–35 дней в зависимости от температуры внешней среды.

Патогенез. При укусе комара инвазионные формы микрофилярий попадают в кожу, активно внедряются в кровеносное русло и током крови заносятся в ткани. Превращение микрофилярий в половозрелые формы происходит спустя 3–18 месяцев после попадания их в организм человека.

В основе патогенеза вухерериоза и бругиоза лежат токсико-аллергические реакции, механическое воздействие гельминтов на лимфатическую систему и вторичная бактериальная инфекция. При бессимптомных формах вухерериоза и бругиоза паразиты не закупоривают лимфатические сосуды и не вызывают воспалительных изменений в окружающих тканях. Больные с такими формами инфекции выявляются случайно при обнаружении у них микрофилярий в периферической крови.

Воспалительная клеточная инфильтрация стенок лимфатических сосудов приводит к их сужению, облитерации, нарушению тока лимфы. В лимфатических сосудах возникают очаги некроза, скопление макрофагов, эозинофилов, с последующим развитием фиброза. Клубки из переплетенных между собой филарий могут затруднить отток лимфы или полностью его прекратить. Участки сужений и облитерации сосудов чередуются с варикозными расширениями их. Возникают разрывы сосудов почек,

мочевого пузыря, кишечника, брюшины приводят к хилурии, хилезной диареи и хилезному асциту. Вследствие деструктивных изменений лимфатического аппарата, длительных лимфангитов и лимфаденитов может развиваться слоновость (элефантиаз). Измененный эндотелий лимфатических сосудов, очаги некрозов в лимфатических узлах и окружающих тканях являются благоприятными местами для развития кокковой инфекции с образованием абсцессов. В результате жизнедеятельности паразитов и при их распаде образуются вещества, которые ведут к сенсibilизации организма с местными и общими аллергическими реакциями.

Симптомы и течение. Первые признаки заболевания в виде аллергических проявлений (острая стадия) развиваются спустя 3 месяцев после заражения. На коже, особенно на руках, появляются болезненные элементы типа экссудативной эритемы; в паховых областях, на шее и в подмышечных впадинах увеличиваются лимфатические узлы, часто возникают болезненные лимфангиты; могут развиваться фуникулит, орхоэпидидимит, синовит, у женщин – мастит, который более характерен при заражениях тихоокеанскими субпериодическими штаммами вухерерий; наблюдается гепатоспленомегалия.

Через 2–7 лет после заражения болезнь вступает во вторую (хроническую) стадию, которая может проявляться элефантиазом, гидроцеле, хилурией, тропической легочной эозинофилией.

Фазы относительного благополучия периодически сменяются обострениями болезни. В период обострения в течение нескольких дней у больного отмечаются выраженные явления общей интоксикации на фоне высокой температуры тела и сильных головных болей. Часто наблюдается рвота, иногда развивается делириозное состояние. Приступ обычно заканчивается обильным потоотделением. Увеличенные лимфатические узлы вначале безболезненны, при последующем развитии лимфангитов появляется и нарастает их болезненность. Характерным является одно- или двустороннее увеличение паховых и бедренных лимфатических узлов, диаметр которых может достигать 5–7 см в диаметре. В результате разрывов лимфатических сосудов наблюдается истечение лимфы и уменьшение интенсивности лимфаденита. На месте лимфангитов остаются плотные тяжи; пораженные лимфатические узлы также подвергаются фиброзу и уплотнению. При длительном рецидивирующем течении фуникулита и орхоэпидидимита возникает гидроцеле. Часто развиваются так называемый лимфоскروتум (хилезное пропитывание *tunica vaginalis*) и хилурия. Лимфоскروتум проявляется увеличением мошонки, при ощупывании определяются расширенные лимфатические сосуды.

В странах Северной Африки, Индии и в Китае у больных вухерериозом и бругиозом часто встречается хилурия или лимфурия. Моча приобретает молочно-белый оттенок, в некоторых случаях становится розовой или красной, иногда она бывает белой утром и красной вечером или наоборот.

При хилурии в моче имеются примесь лимфы, белок в значительном количестве, возможна примесь крови, без следов жира, в осадке обнаруживаются лимфоциты. Характерной является задержка мочи вследствие коагуляции лимфы.

Тропическая легочная эозинофилия регистрируется примерно у 1% инвазированных *W. bancrofti*. Она обусловлена повышенной реактивностью легких и ретикулоэндотелиальной системы и наблюдается среди населения Южной и Юго–Восточной Азии. Характерными проявлениями ее являются умеренная лихорадка, общая слабость, ночные приступы кашля с выделением незначительного количества мокроты, которая может содержать примесь крови, затруднение дыхания. При рентгенологическом исследовании в легких обнаруживаются множественные мелкие очаги, в периферической крови – гиперэозинофилия, повышение Ig E и концентрации специфических антител.

Третья (обструктивная) стадия болезни характеризуется слоновостью. В большинстве случаев развивается слоновость нижних, несколько реже – верхних конечностей, половых органов, отдельных участков туловища и очень редко – лица. Слоновость проявляется быстро прогрессирующим лимфангитом с присоединением дерматита, целлюлита в сочетании с лихорадкой, которая в некоторых случаях может служить основным симптомом заболевания и является следствием присоединения бактериальной инфекции. Кожа со временем покрывается бородавчатыми и папилломатозными разрастаниями, появляются участки экземоподобного изменения кожи, незаживающие язвы. Ноги могут достигать огромных размеров, приобретают вид бесформенных глыб с толстыми поперечными складками пораженной кожи. Масса мошонки обычно при этой патологии составляет 4–9 кг, а в отдельных случаях до 20 кг, описан случай, когда масса мошонки у больного достигла 102 кг. В случае слоновости лица чаще поражается верхнее веко. При бругиозе слоновость возникает обычно только на конечностях, поражение чаще одностороннее, кожа остается гладкой.

Осложнения. Тела погибших филярий обычно бесследно рассасываются или кальцинируются. Однако в некоторых случаях погибшие паразиты являются причиной развития абсцессов, эмпиемы плевры, перитонита, гнойного воспаления гениталий.

В связи с повреждением стенок лимфатических сосудов при вухерериозе микробы могут попадать в окружающие ткани и в кровь, что может привести к развитию сепсиса. В крови таких больных часто обнаруживается гемолитический стрептококк.

Диагноз и дифференциальный диагноз вухерериоза и бругиоза основывается на эпидемиологических данных и характерной клинической картине заболевания (аллергические проявления в ранней стадии болезни, поражение лимфатической системы и, наконец, развитие слоновости в третьей стадии болезни).

Окончательным подтверждением диагноза является обнаружение микрофилярий в крови. Микрофилярии выявляются в крови не ранее чем через 9 месяцев после заражения. Кровь для исследования необходимо брать как ночью, так и днем. В случае подозрения на инвазию *W. pacifica* кровь для анализа лучше брать днем (дневной пик филяриемии). При просмотре под покровным стеклом свежей капли крови при малом увеличении микроскопа легко выявляются подвижные микрофилярии. Для установления вида микрофилярий исследуются препараты крови (мазки или капли), окрашенные по Романовскому - Гимза. В третьей стадии болезни концентрация микрофилярий в крови незначительна. В этих случаях прибегают к методам обогащения (мембранная фильтрация или центрифугирование). При хилурии микрофилярии иногда удается выявить в моче (только в ночное время). Используется также внутрикожная аллергическая проба с антигеном из *Dirofilaria repens* (филяриатозы собак). Серологические реакции связывания комплемента, реакция агглютинации с адсорбированными антигенами не являются строго специфичными.

Лечение. Специфическое лечение проводится дитразином (синонимы: диэтилкарбамазин, локсуран). Препарат активен по отношению к микрофиляриям, действует также на взрослых вухерерий и бругий.

Прогноз. Болезнь характеризуется длительным течением. Слоновость приводит к стойкой потере трудоспособности и инвалидности.

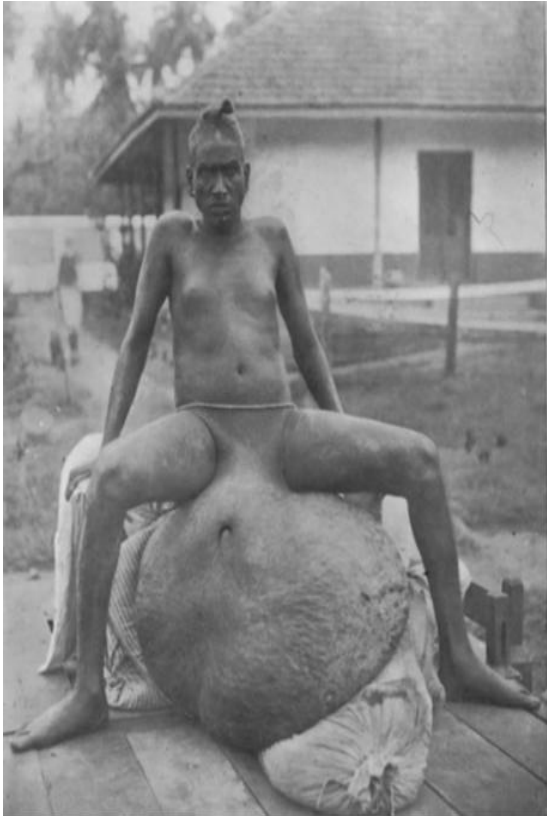
Профилактика и мероприятия в очаге. Выявление и лечение заболевших, защита их от нападения комаров.



Отек половых органов и нижних конечностей при вухерериозе.
Из паразитологического музея Е.Н.Павловского, ВМедА.



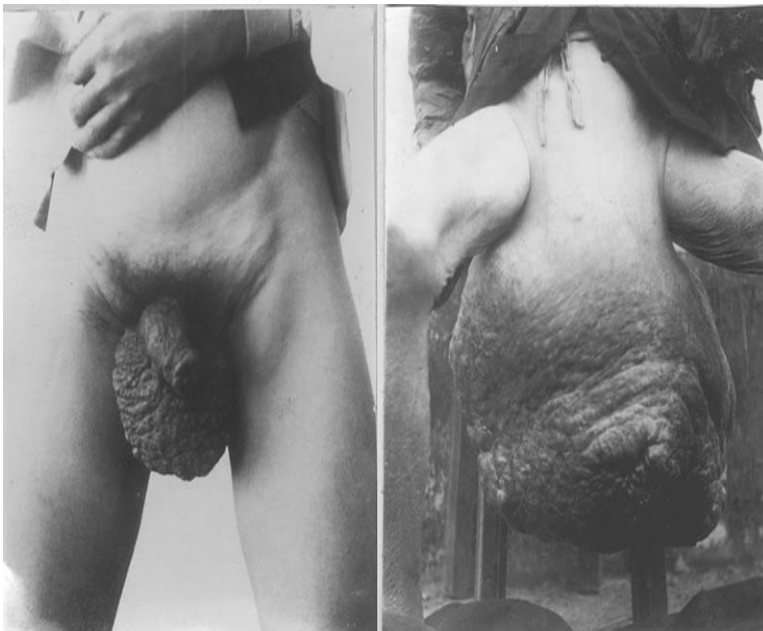
Слоновость мошонки при вухерериозе.
Из паразитологического музея Е.Н.Павловского,



Отек половых органов при вухерериозе.
Из паразитологического музея Е.Н.Павловского, ВМедА.



Правосторонний лимфостаз нижней конечности
при вухерериозе. ©



Вухерериоз. Гидроцеле (справа). Лимфоскротум и увеличение паховых
лимфатических (слева). Из паразитологического музея Е.Н.Павловского, ВМедА.



**Слоновость нижних конечностей и мошонки у
больного из Таджикистана (1928 г.).
Из паразитологического музея Е.Н.Павловского, ВМедА.**



**Е.Н.Павловский проводит забор крови у больного с элифантиазом.
Таджикистан, 1928 г. Из паразитологического музея Е.Н.Павловского, ВМедА.**



Мотыга (сем. Simuliidae) – промежуточный хозяин и переносчик онхоцерков (*Onchocerca volvulus*). ©



Микрофилярия вухерерии (*Wuchereria bancrofti*) в толстой капле. Окраска по Романовскому-Гимза. ©

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронштейн А.М. Паразитарные болезни человека. Протозоозы и гельминтозы / А.М. Бронштейн, А.К. Токмалаев. -М.: Изд – во РУДН, 2002.
2. Каминский Ю.В. Паразитозы / Ю.В. Каминский, В.А. Иванис, А.Ф. Попов // Медицина Д.В. - 2005.
3. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы): Руководство для врачей / под ред. В.П. Сергиева, Ю.В. Лобзина, С.С. Козлова. -СПб: ООО «Издательство Фелиат», 2006.
4. Покровский В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико. -М.: ГЭОТАР- МЕД, 2003.
5. Паразитарные болезни человека. Качество жизни // Медицина. - 2005. -№1.
6. Cecil medicine\ Edited by Lee Goldman, Dennis Ausiello, 23 ed., Intenational Edition Sfunders Elsevier. Printed the US. - 2008.

ГЕЛЬМИНТОЗЫ: ВУХЕРЕРИОЗ И БРУГИОЗ

Вухерериоз и бругиоз (Синонимы: filariasis bancrofti, filariasis Malayan - англ.; filariaoselimphatique - франц., Filariosis, Filarienbefall - нем.)

Хронически протекающие трансмиссивные биогельминтозы, в начальной стадии характеризующиеся лихорадкой, лимфаденитом, ретроградным лимфангитом конечностей, орхитом, фуникулитом и абсцессами аллергической природы, а в поздней стадии - развитием слоновости конечностей и грудных желез, хилурии или гидроцеле.

Этиология. Возбудители вухерериоза - *Wuchereria Bancrofti* (Gobbold, 1877), бругиоза - *Brugia malayi* (Buckley, 1958).

Эпидемиология. Источником заражения вухерериозом служит человек. Механизм передачи – трансмиссивный.

Диагноз и дифференциальный диагноз вухерериоза и бругиоза основывается на эпидемиологических данных и характерной клинической картине заболевания (аллергические проявления в ранней стадии болезни, поражение лимфатической системы и, наконец, развитие слоновости в третьей стадии болезни).

Профилактика и мероприятия в очаге. Выявление и лечение заболевших, защита их от нападения комаров.

Ключевые слова: Вухерериоз, бругиоз, лимфаденит, лимфангит.

HELMINTHIASES: VUHERERIOZ AND BRUGIOZ

Vuhererioz and brugioz (their synonyms: filariasis bancrofti, filariasis Malayan - англ.; filariaoselimphatique - франц., Filariosis, Filarienbefall - нем.)

The transmissive biohelminthoses have a chronic process and in the first phase they manifest themselves by fever, inflammation of lymphatic tissues on legs and arms, orchitis, funichulitis, etc. At the following phases the formation of elephantiasis of the legs and chest secrets, chilury or hydrocell occurs.

The causer of the vuhererioz - Wuchereria Bancrofti (Gobbold, 1877), brugioz - Brugia malayi (Buckley, 1958).

Epidemiology. The source of infection with vuhererioz is a human. The main way of infection spreading: transmissive.

The diagnose can be confirmed only in the case when this microb is found in the patient's blood.

This disease can be prevented by the killing of mosquitoes. If the treatment is started late, it may lead to the disability of the patient.

Key words: vuhererioz, brugioz, lymphadenitis, lymphangitis.

Сведения об авторах: *Одинаев Н.С.* – кандидат медицинских наук, доцент заведующий кафедрой терапии Таджикского национального университета. Телефон: (+992) 918-62-31-29
Шералиев М.Н. - ассистент кафедры морфологии Таджикского национального университета. Телефон: 918-94-45-99
Одинаева К.Н. - врач РКБ №3

Ф А Р М А Ц И Я

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА К ПРОБЛЕМЕ НАРКОТИКОВ И НАРКОПОТРЕБЛЕНИЯ

Мусоев С.М., Ходжаев Ф.М.

Таджикский национальный университет

Цель. Определение отношения различных слоев населения Таджикистана к проблеме наркотиков и наркопотреблению; выработка рекомендаций для повышения уровня антинаркотической подготовленности лиц, занимающихся профилактикой потребления ПАВ.

Материалы и методы. Группы населения, принявшие участие в опросе: работники органов местной исполнительной власти, сотрудники правоохранительных органов, медицинские работники, преподаватели, учащиеся, а также взрослое население в целом. Были также выбраны города и районы для проведения исследования: Ишкашим, Душанбе, Курган-Тюбе, Куляб, Худжанд, Пенджикент, Хорог, Рушан и Шахринав.

Были разработаны анкеты для каждой из групп респондентов. Перечень вопросов для каждой группы отличался, но были также включены общие вопросы. Все вопросы могут быть сгруппированы по следующим направлениям:

- Вопросы общего характера: место жительства, пол, место работы/учёбы, стаж работы и направление деятельности (для специалистов).
- Определение уровня информированности по проблеме наркотиков, включая специальные занятия по этому вопросу.
- Определение уровня доступности и распространённости употребления ПАВ, включая незаконные наркотики.
- Частота и качество обучения по профилактике употребления ПАВ в школах.
- Доступность и источники информации о наркотиках.
- Отношение к употреблению людьми различных ПАВ и к людям, употребляющим ПАВ.
- Отношение к программам игл и шприцев и опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) для потребителей наркотиков.
- Доступность услуг лечения для потребителей наркотиков.

Для каждого вопроса были предложены варианты ответов. Для части вопросов разрешалось несколько вариантов ответов.

В ходе исследования отбор респондентов из числа сотрудников органов власти, правоохранительных органов и медиков осуществлялся методом «удобной» выборки. Для остальных групп респондентов применялась

серийная выборка с предварительным районированием. Опрос проводился анонимно.

Заполненные вопросники до этапа анализа были подвергнуты проверке с целью отбраковки неправильно заполненных. По основным вопросам обработка проводилась с помощью программы SPSS 13.0.[4]

Результаты. Всего к обработке и анализу были представлены 2544 вопросника. Среди респондентов в целом 52,82% составили женщины и 47,18% - мужчины. **Оценка проблемы потребления наркотиков.** В целом, более 80% опрошенных считают, что ПАВ в их городе (районе) практически не употребляются, либо их употребляют единицы. Почти 40% респондентов считают незаконные наркотики недоступными или малодоступными, причём больше всего таких ответов среди сотрудников правоохранительных органов – 62,9%. В то же время, 38,5% опрошенных считают наркотики доступными («кому надо – найдёт») либо очень доступными. Тех, кто считает незаконные наркотики наиболее доступными, больше всего среди медицинских работников – 46,96%. Более 20% опрошенных вовсе не смогли ответить на вопрос о доступности незаконных наркотиков. Таким образом, многие опрошенные специалисты (медики, сотрудники правоохранительных органов и местных органов власти) не считают проблему употребления наркотиков серьёзной, а сами наркотики доступными. Наиболее доступными незаконными наркотиками, по мнению опрошенных, являются каннабис (33,5%), героин (26,78%) и опиум (17,21%). Особенно доступны они в приграничных с Афганистаном районах - Хороге, Рушане, Ишкашиме и Кулябе. Доступность синтетических наркотиков (амфетамин, экстази) отмечают только отдельные респонденты в больших городах - Худжанде и Душанбе.

Подготовка специалистов и профилактическая работа. Более четверти специалистов (медиков, преподавателей, сотрудников правоохранительных органов и местных органов власти) не проходили обучения по вопросам профилактики употребления наркотиков. Из тех, кто прошёл такое обучение (72,68% респондентов), только 23,25% прошли его на курсах повышения квалификации.

Как показали результаты опроса, специалисты проходят обучение в основном на тренингах. Тренинги в Таджикистане, как правило, проводятся в рамках различных программ и проектов, реализуемых общественными и международными организациями. Следовательно, роль государственных институтов по подготовке кадров в системном обучении специалистов методам профилактики употребления наркотиков представляется недостаточной.

Большинство специалистов проводят профилактические мероприятия нерегулярно: о регулярном проведении таких мероприятий заявили только 33,59% работников местных органов власти, 27,56% сотрудников правоохранительных органов, 24,73% медиков. Более 45% преподавателей и

35% учащихся заявляют, что занятия/беседы с учащимися по профилактике употребления наркотиков проводятся в школе регулярно. Однако ученики, в соответствии с теми же ответами, больше информации по теме получают из телевидения (с этим согласны 70,92% преподавателей и 62,22% учащихся) и газет (37,02% и 26,65% соответственно). Данное противоречие может быть интерпретировано как показатель низкого количественного и качественного уровня профилактических мероприятий в школе. Большинство респондентов считает профилактику употребления наркотиков задачей медиков (56,88%) и правоохранительных органов (56,19%). Только 35,83% респондентов считают профилактику задачей органов образования. Интересно, что среди самих преподавателей эта цифра ещё ниже – только 29,56% преподавателей считают профилактическую работу своей задачей.

Недостаточная системность в обучении специалистов и низкий уровень мотивации позволяют предположить, что профилактика употребления ПАВ во многом проводится формально. Формальное отношение к профилактической работе представляется тем более вероятным с учётом того, что значительная часть специалистов, как было сказано выше, не считает проблему потребления наркотиков серьёзной.

Услуги для потребителей наркотиков. 48,32% опрошенных (медики, работники местных органов власти и общее население) считают, что услуги по лечению для потребителей наркотиков практически недоступны или малодоступны. Ещё 16,28% считают, что доступными являются только некоторые услуги, а 11,8% сказали о том, что услуги по лечению являются платными. Только 21,57% опрошенных считают доступными все необходимые услуги по лечению.

Среди медиков 16,74% ничего не слышали о программах игл и шприцев (ПИШ), а 33,89% - о программах опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) для потребителей наркотиков.

Отношение к программам снижения вреда (ПИШ и ОЗТ) полярное – примерно равное число респондентов (работники Хукуматов, правоохранительных органов, медики и общее население) высказались как за, так и против них. Так, программу, предоставляющую потребителям наркотиков стерильные шприцы (ПИШ) считают полезной 38,29% респондентов, в то время, как 20,15% полагают, что эти программы следует закрыть. Больше всего сторонников ПИШ среди медиков (46,23%) и сотрудников правоохранительных органов (37,34%). К программам, предоставляющим законные наркотики потребителям вместо героина (ОЗТ), положительно относятся 24,27% опрошенных, тогда как 22,84% предлагают их закрыть. Наиболее лояльны к ОЗТ медики (27,62% «за» и 17,36% «против») и работники хукуматов (24,82% «за» и 19,71% «против»).

Таким образом, многие специалисты, как и население, не знают о доступных услугах для потребителей наркотиков или имеют о них

неправильное представление. В целом, респонденты считают услуги для потребителей наркотиков недоступными или малодоступными.

Отношение к употреблению ПАВ и потребителям наркотиков. Отношение к употреблению ПАВ в целом негативное, а у части – непримиримое. Однако отношение к употреблению легальных ПАВ относительно более лояльное. Так, 77% респондентов выразили отрицательное отношение к тому, что некоторые люди употребляют героин, тогда как в отношении табачных изделий такое же отношение выразили 58%, а в отношении алкоголя – 61,8%.

Более 50% участников опроса считают, что потребителей незаконных наркотиков следует принудительно лечить; 15,87% - штрафовать; 12,26% - изолировать от общества и даже сажать в тюрьму (10,33%). Только 4,79% предлагают предоставлять потребителям наркотики законным путём. Интересно, что сторонников жёстких мер больше среди общего населения, даже по сравнению с сотрудниками правоохранительных органов.

Таким образом, отношение к потребителям наркотиков в основном жесткое – преобладают мнения о необходимости изоляции, наказания, принудительного лечения.

Общественное мнение Таджикистана весьма негативно настроено против употребления наркотиков. Это негативное отношение переносится на самих потребителей. С другой стороны, люди воспринимают наркопотребление как узкую проблему, касающуюся небольшой группы потребителей, которую должны решать правоохранительные органы и медики. Для этого предлагаются, в основном, жёсткие принудительные меры, ограничивающие в правах потребителей наркотиков. В обществе недостаточно понимание того, что чрезмерно рестриктивный подход к проблеме потребления наркотиков бьёт, прежде всего, по ближайшему окружению потребителей наркотиков, требует дополнительных расходов на работу правоохранительных органов, судов, пенитенциарных учреждений и т.д., приводит к маргинализации потребителей наркотиков, а всё это ложится бременем на само общество. В условиях низкой доступности услуг по лечению потребителей наркотиков, значительная часть населения и специалистов, тем не менее, выступает против программ снижения вреда, которые длительное время успешно применяются в большинстве стран мира.

Профилактические мероприятия, хотя и проводятся, по большей части не являются системными. Недостаточны уровень подготовки специалистов и их мотивация к проведению профилактических мероприятий, в особенности, в школах.

Выводы. Отношение к употреблению ПАВ в Таджикистане негативное, что затрудняет проведение профилактических мероприятий. Необходимо выработать системный подход к обучению специалистов методам и формам профилактики потребления наркотиков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исследование основных факторов влияния на распространения наркотиков среди подростков. [Электронный ресурс]. <http://www.ref.by/refs>.
2. Мусоев С.М. Профилактика наркомании – основа антинаркотической деятельности / С.М. Мусоев // Известия Академии наук Республики Таджикистан. Отделение общественных наук. – Душанбе, 2007. -№1. -С.192-197.
3. Программа «снижение спроса на наркотики». Сборник примеров передового опыта DDRP // Международный Альянс Открытого Общества. – 2007. -175 с.
4. SPSS в технологии и социальных науках: LS-сообщество. [Электронный ресурс]. Flogiston.ru/reviews/sites/ru_spss.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА К ПРОБЛЕМЕ НАРКОТИКОВ И НАРКОПОТРЕБЛЕНИЯ

Общеизвестно, что в общем комплексе антинаркотических мер профилактика потребления психоактивных веществ (ПАВ) должна быть приоритетным направлением. А также ни у кого не вызывает сомнения, что профилактика потребления ПАВ требует комплексного подхода: в ней должны принять участие как государственные, так и негосударственные структуры- сотрудники сферы образования, здравоохранения, правоохранительных органов, СМИ, молодежные и женские движения, религиозные организации и т.д. Следовательно, установление отношения различных слоев населения к наркотикам и наркопотреблению в отдельном регионе или в целом по стране является необходимым условием при планировании профилактических мероприятий на государственном уровне, а также распределении сил и средств между министерствами и ведомствами[1,2,3].

Ключевые слова: комплекс антинаркотических мер, психоактивные вещества (ПАВ), сотрудники сферы образования, здравоохранения, правоохранительных органов, СМИ, молодежные и женские движения, религиозные организации.

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP OF SEPARATE GROUPS OF THE POPULATION OF TAJIKISTAN TO THE PROBLEM OF DRUGS AND NARCOTIC CONSUMPTION

It is well know that the profilaxis of using of psychoaktive substances should be a priority way in the general complex of antinarcotic measures. Also no one doubts that the profilaxis of usings of psychoaktive substances demand a comprehensive method; it should involve both state non-stat structures of stuff education, health law enforcement the media, youth and women mowement, religios organion etc. Consequently, the establishment of the attitude of different strata of the population towards drugs and drug use in a particular region or in the whole country is a prerequisite for planning preventive measures at the state level, as well as the distribution of forces and resources between ministries and departments

Key words: complex of antinarcotic measures, psihoaktive substances, education, health, low enfocement, the media, yoth women movements, religious, organization.

Сведения об авторах: *Мусоев С.М.* - доктор фармацевтических наук, профессор зав. кафедрой технологии и фармацевтической биотехнологии фармацевтического факультета Таджикского национального университета

Ходжаев Ф.М. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры фармации фармацевтического факультета Таджикского национального университета.

Телефон: **939-13-87-81**

ШАРҲИ МОДДАҲО ВА РАВАНДУ ТАҶҲИЗОТҲО ДАР КИТОБИ «АСРОРИ АСРОР» - И ЗАКАРИЁИ РОЗӢ

Салимов С.Ш.

Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Абӯбакр Муҳаммад ибни Закариё ар-Розӣ 1 – и шаъбони соли 251 ҳиҷрӣ / 28 августи соли 865 – и милодӣ, дар шаҳри Рай ба дунё омада, 5 – и шаъбони соли 313 ҳиҷрӣ / 25 октябри соли 925–и милодӣ дар шаҳри Рай, наздик ба Техрони Эрони имрӯза дар синни 60-солагӣ вафот кардааст.

Закариёи Розӣ дар соҳаи тиб, фалсафа, алхимия, математика, астрономия, мусиқӣ ва дигар илмҳо асарҳои зиёд таълиф кардааст. Закариёи Розӣ ҳамчун олими энциклопедист, табиб, дорусоз, химик, файласуф шинохта шудааст. Дар Аврупо Закариёи Розиро бо номи Разес (Rhazes), Abubater мешиносанд. Ӯ беш аз 200 асари илмӣ навиштааст, 61-тои онҳо маҳфуз мондааст.

Баъд аз забткориҳои хилофати араб, дар ҳаёти сиёсӣ ва иҷтимоии халқҳои тобеъ шароити мусоиди омезиш ва синтези тамаддунҳо ба вуқӯъ омада буд. Ба ин, пеш аз ҳама, фазои ягонаи сиёсӣ, забони умумии арабӣ, фарҳанги донишпарвари ислом боис гашта буд, ки аз асрҳои IX-X то асрҳои XIII қисмати бештари осори илмӣ халқҳои зертобеъ, ҳикмати Мисру Юнони қадим, Ҳинду Чин ба забони арабӣ гардонида шуданд, ки минбаъдҳо аксари бештари ин осор аз арабӣ ба забони лотинӣ тарҷума гаштанд.

Дар маҷмӯъ замони зиндагонии Закариёи Розиро метавон як даврони эҳёи тамаддуни исломӣ эътироф кард.

Яке аз қисматҳои асосии илму ҳикмати даврони Закариёи Розӣ санъати кимиёгарӣ ва ё **алхимия** маҳсуб меёфт, ки давоми даврони зиндагонии таърихӣ фаъолият карда, дар ҷаҳонбинии илмӣ асрҳои миёна мавқеи маҳсус дошт. Бино ба қавли худи Розӣ, ки рӯҳияи замонашро инъикос мекунад: **«Ман танҳо онеро аҳли ҳикмату фалсафа мешуморам, ки ба санъати алхимия шинос бошад»**, аксари донишмандони он замон аз ин илм огоҳ буданд.

Ҳанӯз аз даврони аввали пайдоиши хилофати араб, дар даврони хилофати хонадони Уммавиҳо, махсусан шахзода **Ҳолид ибни Язид** (660-704) ба омӯзиш ва истифодаи илми химия тавачҷуҳи маҳсус дода шуда буд. Ҳолид ибни Язидро метавон аввалин кимиёгари араб номид. Таҳаввули минбаъдаи ин илм бештар бо фаъолияти Имом Ҷаъфари Содиқ ва Ҷобир ибни Ҳайён пайвастагии зиҷ дорад. Ин ду шахсияти барҷаста, на танҳо алхимияро аз як санъати косибӣ то ба дараҷаи илми мукамал расонидаанд, балки барои рушди тамоми илмҳои замона заминаи мусоид фароҳам оварданд. Закариёи Розӣ маҳз дар пойгоҳи осори ин ду абармарди илм дар соҳаи алхимия қомат афрохта, дар ин илм саҳми арзандаи худро гузоштааст.

Омӯзиши осори химиявии Розӣ аз китоби худи ӯ - «Дувоздаҳ китоб дар боби кимиё» оғоз мегардад, ки ӯ дар бораи ҳар як асари алхимиявии худ маълумоти мухтасар додааст. Осори химиявии Розӣ мувофиқи «Фехрист»-и Ибни Надим ба 19, «Рисола фи мусанафот ар-Розӣ»-и Берунӣ, «Дувоздаҳ китоб дар боби кимиё»-и худи Розӣ ва дигарон ба 26 китобу рисола баробар медонанд, ки дар маҷмӯъ чунин номбар мегарданд:

1. «Китоб ал-мадҳал ат-таълимӣ» - Муқаддимаи омӯзиши кимиё.
2. «Китоб ал-мадҳал ал-бурҳонӣ» - Китоби муқаддимаи боасос.
3. «Китоб ас-саноа вар-радд ала мункириҳа» - Китоб дар боби асоснокии санъати кимиёгарӣ ва радди инкоркунандагони он.
4. «Китоб ал-хачар» - Китоб дар бораи сангҳо.
5. «Китоб ал-тадбир» - Китоб дар бораи раванд.
6. «Китоб ал-иксир» - Китоб дар бораи санъати эликсир.
7. «Китоб шараф ас-саноъа» - Китоб дар бораи шарофияти санъати кимиё.
8. «Китоб ат-тартиб» - Китоб дар бораи низому тартиб.
9. «Китоб ат-тадобир – Китоб дар бораи равандҳо.
10. «Китоб аш-шавоҳид» - Китоби иқтибосот.
11. «Китоб ал-миҳан» - Китоб дар бораи иёраҳо.
12. «Китоб сирр ал-ҳукамо ва хайли ҳим» - Китоб дар бораи ҳақимон ва қачқориҳои онҳо.
13. «Китоб ал-асрор» - Китоби асрор.
14. «Китоб сир ас-сирр» - Китоби асрори асрор.
15. «Китоб ат-табвиб» - Китоб дар бораи ба фаслҳо чудо кардан.
16. «Китоб ар-радд алал-Киндӣ фи раддиҳи алал саноаа» - Китоб дар бораи инкори инкори ал-Киндӣ санъати алхимияро.
17. «Китоб ал-ахҷар» - Китоб дар бораи сангҳо.
18. «Китоб ал-хосса» - Ҳидоят ба мутахассис.
19. «Китоб ал-ахҷар ал-асфар» - Китоб дар бораи санги зард.
20. «Китоб расоил ал-мулук» - Китоб дар бораи паём ба подшоҳон.
21. «Китоба фит-таҷориб» - Ду китоб дар бораи таҷриба.
22. «Рисола ила Коина» - Паёме бар Коин.
23. «Мунйят ал-мутаманнӣ» - Хоҳиши хоҳишмандон.
24. «Рисола илал-вазир ал-Қосим ибн Убайдулло» - Паём ба Қосим ибн Убайдуллоҳи вазир.
25. «Китоб фир-радд ало Муҳаммад ибн ал-Лайс ар-Расоил фи раддиҳи алал-кимийёийн» - Китоб дар инкори инкори Муҳаммад ибн ар-Расоил алхимиконро.
26. «Китоб фи анна сина атал-кимийя саноаа илал-вучуд мин ал-мумтанӣ» - Китоб дар боби оне, ки алхимия ба ҳақиқат наздиктар аст аз оне, ки ба ғайримумкинот.

Мутаассифона, то ба имрӯз танҳо чор асари алхимиявии Розӣ: «Китоб ал-асрор», «Китоби мадхал ат-таълимӣ», «Китоб аш-шавоҳид», «Китоб сирр ал-асрор» боқӣ мондааст.

Дар мобайни нигоштаҳои алхимиявии Закариёи Розӣ аз ҳама бештар китоби «Асрор» ва китоби «Асрори асрор» муътабар мебошанд, ки дуҷумлаи аҳамияти бештари назарӣ ва амалӣ дошта, метавон гуфт, ки давом ва ба шарҳу тафсири китоби аввалӣ бахшида шудааст. Тамоми таҷрибаҳо ва назарияҳои китоби аввалиро такрор накарда, Розӣ дар иншои ин қисмат, ки ба охириҳои ҳаёташ рост меояд ва асари охирини алхимиявии ӯ ба ҳисоб меравад, маҷмуи таҷрибаву хулосаҳои тақомулӯфта ва асосҳои назариявии алхимиявии худро дарҷ намудааст.

Оиди ин китоб дар ҳуди оғози он Розӣ чунин тавсиф менамояд: «Меғӯяд ин сухан Абӯбакр Муҳаммад ибн Закариё ар-Розӣ: навиштани ин китоб бо хоҳиши яке аз шогирдонам бо номи Муҳаммад ибн Юнус, донандаи ҳисобу ҳандаса ва улуми ақлӣ, аз аҳли Бухоро, ки бар ман ҳаққи зиёде дошт ба ҷо оварда шудааст. Ӯ хоҳиш карда, ки дар бораи асрори улуми кимиёвӣ таълифе фармоянд, то ин ки ҳамчун пешдастур бо он амал карда бошам. Ва ман ҳам ин китобро барои ӯ мебахшам ва дар он тамоми асрори ин санъатро фаровардам, ки ба ягон шоҳу амире инъом накардам. Ин китобест, ки бо василаи он ҳар як ҷисмеро аз як ҳол ба ҳоли дигар, дар курра, бо иҷрои равандҳои одие, ки баён кардам, ба даст оварда мешавад ва баръакс. Кӯтоҳ бод маънии он барои ашхоси нолаиқ ва муғризу мунсиф, ва бедонишу хирад ва бадхоҳону козибон, ки аз он бо номи хеш сӯиистифода намоянд. Худо оғаҳ аст ба мақсуде, ки мо дорем ва моро мададгор бод, ҳароина ӯ меҳрубон аст. Ман дар ин ҳама он илму асроре, ки уламои қадимӣ Агадемусу Гермес, Афлотуну Арасту ва Ҷолинус махфӣ доштанд, шарҳу таълим намудам....

Агар ман намедонистам, ки рӯзҳои ман ба шумор аст ва марг наздик аст ва хавф намедоштам, ки ин ҳама умеду хавоҳишоти ман амалӣ намегарданд, ман ҳеҷ гоҳ моҳияти ин ҳама афкори махфие, ки ҳеҷ яке накушода буд, кушода намегардонидам. Ҳамин ду китоб кифоят аст, то донандаро барои амал аз тамоми кутуби пешин халос намояд».

Дониши моддаҳо, таҷҳизот ва равандҳои санъати амалии алхимия дар матни ин китоб аҳамияти аввалиндараҷа доранд. Дар ин масъала Розӣ чунин меғӯяд: «**Бидон, ки барои ҳар санъате мучаҳҳазоте ва ҳар якеро номе ҳаст, ки аз рӯйи номаш шинохта мешавад. Барои санъати алхимия маводу таҷҳизоте маснӯъ аст, ки танҳо барои мукосибини ин санъат маълум аст ва на ба дигар касе. Ман дар боби ин ҳама чунин маълум кардам, ки ҳар як омӯзанда метавонад донандаи ин санъат гардад**».

Чунин намунаҳо дар китоб хеле зиёд воমেҳӯранд ва ҳамаи ин дар инкишофи илмҳои химиявии минбаъда заминаи мусоиде гаштаанд. Бартарият ва арзишмандии ин китоб низ маҳз дар ҳамин аст, ки чунин

ақидаҳои назариявӣ ва ҳулосаҳои амалии ратсионалии алхимиявии Розӣ дар ягон асари дигари ӯ дарҷ наёфтааст.

Ба ақидаи Розӣ, ҳадаф аз алхимия – ин бо ёрии «ал-иксир» - и махсус табдилдиҳии (трансмутатсия) металлҳо, то ба даст овардани металлҳои асил, ба монанди тилло, нуқра, мис ва ғ. ба шумор меравад. Ғайр аз ин, алхимия бояд аз сангҳои «муқаррарӣ»-и квартсу шиша сангҳои қиматбаҳо ба даст орад. Дар пайравӣ бо Ҷобир, Розӣ низ симоб ва сулфурро асоси мабдаи бадастории металлҳо дониста, инчунин ба он «намак»-ҳоро низ илова намудааст. Ин назарияи Розӣ оиди таркиби металлҳо дар илми алхимияи асрҳои минбаъда таъсири худро расонидааст.

Дар маҷмӯъ аз муҳтавои китоб бармеояд, ки Розӣ ҳангоми иншои китоб бо ғироиши хосса санъати алхимияро аз рӯи тартибу таснифи усулӣ таълиф намудааст. Ӯ аввалан дар бораи моддаҳо маълумот дода, баъдан дар бораи таҷҳизот ва дар қисмати савум дар бораи равандҳои гуногуни химиявӣ маълумот медиҳад. Яъне, дониши моддаҳо ва равандҳою таҷҳизотро на ин ки ба тариқи ҷудогона, балки бо ҳам пайваставу омехта, дар ҷойи худ шарҳ ва ё истифодабарӣ менамояд.

Дар китоби «Асрори асрор» Закариёи Розӣ дар бораи моддаҳо, олоту дастгоҳҳои гуногун, амалу таомулҳои химиявӣ маълумоти гуногун дода, тамоми паҳлуҳои ин соҳаро ба се қисмати асосӣ ҷудо намудааст:

- дониши моддаҳо;
- дониши олоту таҷҳизот;
- дониши раванду таомулот.

Ҳамчунин, Закариёи Розӣ яке аз аввалин шахсиятҳоест, ки дар илми химия ба таснифи моддаҳои то он вақт маълум кӯшиш намудааст. Ӯ тамоми моддаҳоро ба се синфи калон ҷудо намудааст:

- маводи маъданӣ;
- маводи наботӣ;
- маводи ҳайвонӣ.

Ӯ моддаҳо (материа)–ро яке аз панҷ ҷавҳари қадим дониста, ба он қоил буд, ки моддаҳо аз ҳеҷ чиз пайдо намегарданд ва низ нест намегарданд. Онҳо аз як шакл ба шакли дигар табдил меёбанд ва дорои хосиятҳои нав мегарданд. Аммо, чунин табдилот худ аз худ ба зухур наомада, тавассути таъсири равандҳои муайян, бо таҷҳизоти муайян, дар заминаи илми алхимия мумкин аст ба даст оварда шаванд. Чунин ғароиши Розӣ дар асоси ақидаҳои материалистонаи ӯ, ки аз таълимоти атомистии Демокрит ва Эпикур маншаъ мегирад, асос ёфтааст. Баръакси назари Демокрит оид ба ҳамешагии ҳаракати материя, Розӣ мабдаъ – моддаро ғайримуҳаррик дониста, чунин мешуморад, ки моддаҳо танҳо баъд аз таъсири воситаву олоту равандҳои гуногун дар ҳаракат, яъне ба табодул меоянд. Аз ин рӯ дар омӯзиш ва тадбиқи амалҳои алхимиявӣ, ин се асос – моддаҳо ва раванду таҷҳизотро дар ҳамбастагӣ бо якдигар ба кор бурдааст.

Махсусан, мавқеи олоту дастгоҳҳо дар китоби «Асрори асрор» бештар намоён ба назар мерасад. Таҷҳизоте, ки мавриди истифода қарор дорад, аз ҷумла кубча (зарфи мудаввар), колбаҳо, тавораҳо, табаку табақчаҳо барои карахшакунонӣ, кузаву дулчаҳо, дегу дегчаҳо, сархона (горелка) лампаҳои нафтӣ, манқалҳо ва печҳо (атанор), печҳои гудозиш, суҳон, дастаки андоба, дулҳои рехтагарӣ, болгаю кубакҳо, дандонахорҳо, ҳаммомаки обию кумӣ, положишгарҳои матоъгӣ ва абрешимӣ, алембикҳо (кубҳои тақтирсозӣ), қифҳо, ховану дастакҳо, уйғурҳо, элакҳои металлӣ, олоту васоит аз мӯй ва абрешим ва дигар лавозимот дар алхимияи замони ӯ таҷҳизоти асосӣ ба ҳисоб мерафтанд.

Закариёи Розӣ ҳангоми амалиётҳои химиявӣ усулҳои гуногун: аз ҷумла таҷзия ва гудозиши ҷисмҳо, деконтатсия, положиш, дисперсикунонӣ, дигерикунонӣ (дар ҳарорати баланд ҳобонидан), тақтир, амалгамикунонӣ, ҳалкунонӣ, коагулятсия, ғафскунонӣ ва дигар равандҳои физикӣ-химиявӣ истифода мебард, ки дар муқоиса бо равандҳои имрӯзаи физикӣ-химиявӣ хеле кам фарқ мекунад.

Ҳамчунин, Закариёи Розӣ тариқаҳои тоза кардан, софкунии моеъ, сӯрохкунӣ, ҳал кардани металлҳо дар симоб (ба даст овардани амалгама, сири оина, омехтаи ягон филизот дар симоб), инчунин ҳангоми гарм кардан, аз ҳолати сахт якбора ба газ табдил ёфтани модда - тасғияро (сублиматсия) низ васеъ ба кор бурдааст.

Яке аз махсусияти умдаи китоби «Асрори асрор» дар он аст, ки дар ин китоб муаллиф нуқтаи назари барои ҷаҳонбинии онрӯзаи алхимиявӣ муҳолифро баён менамояд (**масалан, нуқтаи назари ӯ дар бораи нисбӣ будани устувории таомулҳои химиявӣ ва баргардонидани моддаҳои ба таомул дохилшаванда ба ҳолати аввала**). Аз рӯи моҳият ин китоб ба китоби аввалӣ (китоби «Асрор»), бо диди наву равшан алоқамандӣ мекунад. Чунин назария барои алхимияи он замон тамоман наву муҳолиф ба ҳисоб мерафт ва Розӣ онро бо чандин таҷрибаҳо собит намуда, ба яке аз қисматҳои муҳимми химия - **реаксияҳои баргарданда** асоси илмӣ гузоштааст. Ё ин ки дар бораи амалиёти химиявии коркарду гудозиши металлҳо дар қурра, ки дар шароити дигар дар давоми даҳ рӯз ба даст оварда мешуд, бо истифода аз ин китоб дар муддати ду соат ба даст оварда шавад.

ӯ ба моҳияти ҳар як раванд бо назари мӯшикофонаи таҳқиқӣ муносибат намуда, тамоми равандҳоро ба тариқи возеҳу рӯшан ба ду гурӯҳ: **баргарданда ва барнагарданда** (устувор ва ноустувор) гурӯҳбандӣ намудааст. Масалан, рангинсозии нуқра то ба тиллогунагӣ (тиллогардонӣ) ва баргардонидан то ба ҳоли аввала раванди баргарданда буда, дар бораи иҷрои он хеле возеҳ маълумот медиҳад. Ва баръакс, ҳосил намудани шиша аз регу ишқор, ҳеҷ гоҳ боз ба регу ишқор баргардонида намешавад, айна чунин раванд барои чинӣ (фаянс) низ воқеъ мегардад, ки боз гашта ба гил ва об таҷзия кардани он ғайриимкон аст ва б.и.м.

Чунин муносибати Розӣ гувоҳӣ медиҳад, ки ӯ ба ҳақиқати воқеии равандҳо ва масъалаи асосии алхимия: гардонидани металлҳои ғайриасил то ба асил муносибати ратсионалӣ доштааст. Ӯ ҳеч гоҳ бо баёни беасос намегӯяд, ки ӯ аз металлҳои одӣ тиллоӣ холис гирифта бошад. Баръакс, масалан, дар бораи ба даст овардани нукраи сунъӣ аз мис, илова кардани нукраи холисро тавсия медиҳад ва шарҳ медиҳад, ки нукраи холис ба монанди хамирмоёе, ки тамоми хамирро турш менамояд, ҳамаи мисро ба нукра мубаддал мегардонад.

Розӣ ба назарияи тарзи истехсоли сунъии тилло ва нукра, ки қисмати бештари ҳардуи асарҳои ӯ: китоби «Асрор» ва китоби «Асрори асрор»-ро ташкил медиҳад, назари хоссаи худро дошт. Ӯ муътақид ба он буд, ки «чи гунае, ки говро буз кардан ғайриимкон аст, табдили металлҳо низ ба якдигар номумкин аст ва барои ин таҳаввули ҳазорсолаҳои табиат лозим аст». Аз ин рӯ, ӯ ба тағйири металлҳо на ҳамчун муъҷиза, балки ҳамчун як қонунияти раванди эволюсионӣ назар дошт. Чунин муносибат ба инкишофи минбаъдаи илмҳои мовароуттаба, махсусан илми химияи Шарқу Ғарб таъсири бузург расонидааст.

Дар маҷмӯъ, аз матни ин ду асар метавон ба хулосае омад, ки гарчанде Закариёи Розӣ то ба дараҷаи кашфиётҳои бузургтари муҳаққиқони минбаъда, масалан эҷоди системаи даврии элементҳои химиявӣ ноил нагашта бошад ҳам, ба баҳододи худи олими бузурги рус Д.И.Менделеев «*Танҳо бо шарофати захираи маълумоти ҷамъовардаи алхимикҳо мумкин буд дар ҳақиқат омӯзиши илми зухуротҳои химиявиро ба роҳ монд*», дар чараёни таҳаввули эмпирикии илмҳои дақиқ сахми босазои худро гузоштааст.

Ҳамин тавр, осори Закариёи Розӣ, ки яке аз саҳифаҳои дурахшони таърихи илмҳои кимиё, тиб ва дорусозии асрҳои IX-X - ро ташкил медиҳад, барои инкишофи технологияи химиявӣ-фарматсевтӣ, махсусан барои ба миён омадани фанни таҳассусии **раванду таҷҳизоти технологияи фарматсевтӣ** заминаи бунёдӣ гузоштааст.

Омӯзиши минбаъда ва истифодаи осори Закариёи Розӣ дар ин замина, метавонад саҳифаҳои назарӣ ва амалии фанни раванду таҷҳизоти технологияи фарматсевтиро мукамалтар гардонид, барои арҷдошти ниёгон, нигоҳдошти ҳофизаи илмиву таърихии миллӣ як омили муассире гардад.

АДАБИЁТ

1. Азимов А. Краткая история химии / А. Азимов. – М.: Мир, 1983. – 183 с.
2. Аскардаев Д. Фалсафаи "Асҳоби ҳаюло" / Д. Аскардаев // Ахбори Институти фалсафа, сиёсатшиносӣ ва ҳуқуқи ба номи А. Баҳоваддинови Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон. – Душанбе: Нашри ҷашнӣ. – С.96.
3. Каримов У. И. Неизвестное сочинение арРази «Книга тайны тайн» / У. И. Каримов. – Ташкент, 1957. – С. 180.
4. Ҷонбобоев С. Таълимоти Абӯбакри Розӣ дар батни рушди фалсафаи табиатшиносӣ (натурфалсафа)-и тоҷикӣ эронӣ / С. Ҷонбобоев // Ахбори

- Институти фалсафа, сиёсатшиносӣ ва ҳуқуқи ба номи А. Баҳоваддинови Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон. – Душанбе: Нашри чашнӣ. -С. 52.
5. Маҳмадуллоев С. Рӯҳияи интиқодӣ ва мубоҳисавии рисолаи «Шубҳаҳо бар Ҷолинус»-и Абӯбакри Розӣ / С. Маҳмадуллоев // Ахбори Институти фалсафа, сиёсатшиносӣ ва ҳуқуқи ба номи А. Баҳоваддинови Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон. – Душанбе: Нашри чашнӣ. -С. 80.
 6. Мирзоев Ғ.Ҷ. Масоили маърифат ва ё донишдашавии ашё дар фалсафаи Абӯбакри Розӣ / Ғ.Ҷ. Мирзоев // Ахбори Институти фалсафа, сиёсатшиносӣ ва ҳуқуқи ба номи А. Баҳоваддинови Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон. – Душанбе: Нашри чашнӣ. -С. 65.
 7. Муҳаммадхочаев А. Атомистикаи Розӣ / А. Муҳаммадхочаев, П. Муҳаммадходжаева // Ахбори Институти фалсафа, сиёсатшиносӣ ва ҳуқуқи ба номи А. Баҳоваддинови Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон. – Душанбе: Нашри чашнӣ. -С. 112.
 8. Нуралиев Ю. Медицина эпохи Авиценны. Кн. 1. / Ю. Нуралиев. – Душанбе, 1980.
 9. Ҳасаналии Шайбонӣ. Китоб ул асрор ё розҳои санъати кимиё. Асари Муҳаммад Закариёи Розӣ / Ҳасаналии Шайбонӣ. – Техрон: Донишгоҳи Техрон, 1993. – 608 с.
 10. Раҳманкулов Д.Л. «Возникновение и развитие научной мысли на Азиатском континенте», Ф.Б. Кимсанова, З.Н. Юсупов, Б.Р. Курбанов Сообщение VI. Химические знания в странах Древнего Востока / Д.Л. Раҳманкулов // Башкирский химический журнал. - 2006. -Том 13. -№5.
 11. Раҳманкулов Д.Л. История науки и техники / Д.Л. Раҳманкулов, Ф.Б. Кимсанова. – 2006. – №2. – С. 148.
 12. Сайфуллоев Н.М. Мантиқи Абӯбакр ар-Розӣ / Н.М. Сайфуллоев // Ахбори Институти фалсафа, сиёсатшиносӣ ва ҳуқуқи ба номи А. Баҳоваддинови Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон. – Душанбе: Нашри чашнӣ. -С. 69.
 13. Хусейнов К. Истоки химических знаний в средневековом Востоке / К. Хусейнов, Б.Х., Кимсанов Д.Л. Раҳманкулов. – Душанбе: Ирфон, 2003. – 120 с.
 14. Научные достижения в области физики и химии / З.Н. Юсупов, Б.Р. Курбанов, Э.У. Нуъманов, Г.Н. Наврузов. – Душанбе, 1994. – 200 с. (на тадж. яз.).

ТОЛКОВАНИЕ ВЕЩЕСТВ, ПРОЦЕССОВ И ПРИБОРОВ В КНИГЕ «ТАЙНЫ ТАЙН» - ЗАКАРИЯ РАЗИ

Закария Рази – персидский учёный - энциклопедист, врач, алхимик и философ, многие сочинения которого в дальнейшем были переведены на латинский язык и получили широкую известность и признание среди западноевропейских врачей и алхимиков. Среди алхимических сочинений Закария Рази наиболее известны «Книга тайн» и «Книга тайны тайн». Закария Рази хорошо знал труды греческих философов и произведения александрийских алхимиков и изучил и оригинальные сочинения арабских авторов VIII и IX веков. В своих сочинениях Закария Рази описывает различные химические аппараты, приборы и химические операции. Он впервые в истории химии предпринял попытку классифицировать все известные ему вещества и описал и различные химические операции, впервые ввёл составление истории болезни для каждого больного. Составил наставления по сооружению больниц и выбору места для них.

Ключевые слова: сочинения Закария Рази, «Книга тайны тайн», алхимия, вещества, химические операции, процессы, приборы, Книга тайны тайн», благородные металлы..

INTERPRETATION OF SUBSTANCES, PROCESSES AND INSTRUMENTS IN THE BOOK "SECRETS OF THE SECRET" - THE CONTRACT OF TIME

Zakariya Razi is a Persian scientist, encyclopedist, physician, alchemist and philosopher, many of whose works were later translated into Latin and widely known and recognized among

Western physicians and alchemists. Among the alchemical works of Zakariya Razi, the most famous are the "Book of Secrets" and "The Book of Secrets of Secrets". Zakariya Razi knew well the works of Greek philosophers and works of Alexandrian alchemists and studied original works of Arab authors of the 8th and 9th centuries. In his writings, Zakariya Razi describes various chemical devices, instruments and chemical operations. For the first time in the history of chemistry he attempted to classify all the substances known to him and described various chemical operations, for the first time he compiled a medical history for each patient. He made instructions on the construction of hospitals and the choice of a place for them.

Key words: Zakariya Razi's works, "The mystery book of mysteries", alchemy, substances, chemical operations, processes, devices, mystery book ", precious metals.

Сведения об авторе: *Салимов С.Ш.* – ассистент кафедры фармацевтической технологии и биотехнологии Таджикского национального университета. Телефон: **988-55-66-15**

ТАҲЛИЛИ РАФТИ АМАЛИСОЗИИ СИЁСАТИ ДАВЛАТИИ ДОРУВОРИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Мусоев С.М., Алиев З.М., Амиров Ҷ.Ғ.
Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Ҷумҳурии Тоҷикистон чун дигар ҷумҳуриҳои собиқи шӯравӣ дар давраи гузариш қарор дошта, аз иқтисодиёти банақшагирии мутамарказ батадриҷ ба иқтисодиёти бозорӣ мегузарад. Аз ин рӯ дар сиёсати иқтисодии мамлакат дигаргуниҳои кулӣ ба амал омаданд, ки яке аз муҳимтарини онҳо демонополизатсияи фаъолияти фарматсевтӣ мебошад. Садҳо ва ҳазорҳо ширкатҳои дорои шакли гуногуни моликият ҳуқуқи ба фаъолияти фарматсевтӣ машғул шуданро соҳиб шуданд, ки рушди босуръати бозори фарматсевтӣ ва ҳамзамон як қатор мушкилоти навро ба бор овард.

Ташкилоти Ҷаҳонии Тандурустӣ (ТҶТ) низ хотирнишон мекунад, ки аксари мамлакатҳои дунё дар риштаи таъмини аҳоли бо маводи доруворӣ бо мушкилот рӯбарӯянд.

Мушкилии кишварҳои мутараққӣ миқдори аз ҳад зиёди дору дар бозори фарматсевтӣ, истифодаи барзиёди онҳо, хароҷоти аз ҳад беши ҷома барои пардохти арзиши дору, бархӯрди манфиатҳо миёни сохторҳои баҳодихандаи сифат ва танзимкунандаи нарх, ошкорсозии доруҳои қалбакӣ, монеаҳои ғайритарифӣ ва ғайра мебошанд.

Барои давлатҳои рӯ ба тараққӣ ин мушкилот ба норасоии дору, истифодаи ғайриратсионалӣ, сифати ғайриқаноатбахши онҳо ва дастрасии маҳдуди маводи доруворӣ барои қисми зиёди аҳоли асос меёбад.

Бо мақсади ҳалли ин мушкилот ТҶТ ба ҳамаи давлатҳои аъзо тавсия медиҳад, то дар сатҳи давлатӣ ҳуҷҷате таҳия намоянд, ки мақсадҳои афзалиятноки соҳаи муомилоти маводи доруворӣ ва роҳҳои ба онҳо ноил шуданро инъикос намояд. Имрӯз аз 196 давлати аъзои ТҶТ 106-тои

онҳо, аз ҷумла Япония, Хитой, Ҳиндустон, Тоҷикистон сиёсати давлатии дорувории худро қабул кардаанд.[1,2,8,9]

Таҳти истилоҳи «сиёсати давлатӣ оид ба маводи доруворӣ» ҳуҷҷати расмие дар назар аст, ки дар сатҳи ҳукумат қабул шуда, принсипҳои эътирофшудаи байналмилалӣ, концепсияҳо ва механизмҳои идоракунии фаъолияти фарматсевтиро инъикос намуда, дар рушди муомилоти маводи доруворӣ нақши стратегӣ мебозад.

Дар мамлакати мо ин ҳуҷҷат Сиёсати давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба маводи доруворӣ номгузорӣ шуда, 28 августи соли 2003 бо қарори мушовараи Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон қабул шудааст.[4] Сиёсати давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба маводи доруворӣ аз қисматҳои зерин иборат аст:

- Таъмини дастрасии маводи доруворӣ.
- Таъмини сифати маводи доруворӣ.
- Истифодаи ратсионалии маводи доруворӣ.
- Рушди захираҳои кадрӣ.
- Рушди корҳои илмию тадқиқотӣ.
- Мониторинг ва баҳогузорӣ.

Зери мафҳуми «Дастрасии маводи доруворӣ» дастрасии воқеӣ, яъне мавҷуд будани маводи доруворӣ дар муассисаҳои фарматсевтӣ ва аз байн бурдани мафҳуми «доруи камёфт», инчунин дастрасии иқтисодӣ-мувофиқати нархи дору бо имконияти харидории ниёзмандон дар назар аст.

Таъмини дастрасии маводи доруворӣ иҷрои вазифаҳои концептуалии зеринро тақозо мекунад:

- Интихоби маводи доруворӣ.
- Таҳия ва тасдиқи рӯйхати маводи дорувории асосӣ.
- Такмили системаи таъмин бо маводи доруворӣ.
- Рушди истеҳсолоти ватанӣ.
- Маблағгузорӣ.
- Танзими нарх.

Қисмати дуоми сиёсати доруворӣ, ки «Таъмини сифати доруворӣ» ном дорад, иҷрои вазифаҳои зеринро тақозо мекунад:

- Қонунгузорӣ ва танзим.
- Танзими муомилоти маводи доруворӣ.
- Бақайдгирии давлатӣ.
- Иҷозатномадиҳӣ.
- Назорати сифат.
- Мониторинги таъсири номатлуби дору.

Қисмати сеюми ҳуҷҷати мазкур истифодаи ратсионалии маводи доруворӣ номгузорӣ шудааст.

Таҳлилҳо нишон медиҳанд, ки аз ҷониби бемор харидорӣ кардан ё аз ҷониби табиб таъйин намудани доруде, ки умуман зарурат надорад, ё

харидорию таъйиноти дору дар дозаи номувофик ходисаи нодир нест. Инчунин ҳолатҳое, ки ба ҷойи як дору, якчанд доруи таъсирашон якхела таъйин ва истифода мешаванд, низ кам нестанд. Гоҳо бе ягон зарурият доруҳое таъйин мешаванд, ки ҳангоми истифодаи онҳо эҳтимоли зиёди таъсири номатлуб, музминшавии беморӣ ва ҳатто сар задани бемории дигар мавҷуд аст. Истифодаи ратсионалии дору муҳайё намудани шароитро дар назар дорад, ки қатъиян аз рӯйи ду қоида доруро духтур таъйин ва бемор истифода мекунад: нишондоди клиникӣ барои истифодаи дору ва дастрасии иқтисодии он ҳам барои бемор ва ҳам барои муассисаи табобатӣ.[1,3,7]

Қисмати дигари сиёсати доруворӣ мамлакат- рушди захираҳои кадрӣ, тариқи маъмулӣ тайёр намудани мутахассисон ва бозомӯзии онҳоро дар бар мегирад.

Дар қисми панҷум ду риштаи корҳои илмию тадқиқотӣ ҳамчун самтҳои афзалиятнок муқаррар шудаанд:

- Таҳияи маводи нави доруворӣ.
- Тадқиқи истифодаи ратсионалии маводи доруворӣ.

Таҳлили фаъолияти сектори фарматсевтӣ нишон медиҳад, ки Ҷумҳурии Тоҷикистон дар самти амалисозии сиёсати давлатии доруворӣ қадамҳои устувор мегузорад.

Бо мақсади ноил шудан ба таъмини дастрасӣ бо фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон Рӯйхати маводи доруворӣ асосӣ тасдиқ шудааст.[5,6]

Бояд қайд кард, ки Консепсияи маводи доруворӣ асосӣ аз Эъломияи ҳуқуқи башар сарчашма мегирад ва заминаи асосии риояи ҳуқуқи инсон барои ҳифзи саломатӣ аст. Маводи доруворӣ асосӣ доруҳоеанд, ки барои қонеъ гардонидани талаботи аввалиндараҷаи аҳоли пешбинӣ шудаанд. Доруҳои мазкур бо назардошти сифат, беҳатарӣ ва судмандии онҳо, инчунин таҳлили муқоисавии «харочот-судмандӣ» интихоб мешаванд. Консепсияи маводи доруворӣ асосӣ маротибаи аввал соли 1975 аз ҷониби Ташкилоти Ҷаҳонии Тандурустӣ эълон шуда буд. Соли 1977 нахустин Рӯйхати тавсиявии маводи доруворӣ асосӣ нашр гардид, ки 250 номгӯи доруро дар бар мегирифт. Дар Тоҷикистон Рӯйхати маводи доруворӣ асосӣ соли 1994 таҳия гардида, дар ду сол як маротиба таҷдиди назар мешавад. Алҳол нашри 10-и Рӯйхати мазкур амал мекунад, ки 341 номгӯи дору ва 16 номгӯи молҳои таъйиноти тиббиро дар бар мегирад.[6,8,10]

Дар ҷумҳурӣ маблағгузорию хариди доруворӣ аз бучети мамлакат, ки заминаи асосии дастрасии маводи доруворӣ ҳисоб мешавад, рӯ ба афзоиш аст ва аз 24,1 млн сомонӣ дар соли 2012 то 32 млн сомонӣ дар соли 2016 зиёд шудааст.

Яке аз механизмҳои ҳуқуқии танзими фаъолияти фарматсевтӣ иҷозатномадиҳӣ аст. Дар соли 2016 шумораи муассисаҳое, ки барои фаъолияти фарматсевтӣ иҷозатномадоранд, 2236-ро ташкил меод.

Тибқи санадҳои меъёрии ҳуқуқии амалкунанда ин нишондиҳанда меъёрсозӣ нашудааст ва коршиносон бар он ақидаанд, ки ҳуди бозор ин масъаларо танзим мекунад.

Бо мақсади танзими давлатии муомилоти маводи доруворӣ, роҳ надодан ба воридшавии доруҳои бесифату бесамар дар бозори фарматсевтӣ, инчунин таъмини амнияти доруворӣ аҳоли тибқи қонунгузорӣ раванди бақайдгирии давлатии маводи доруворӣ муқаррар шудааст. Танҳо баъди санчиши сифат, судмандию бехатарии дору ва қайди давлатии он аз ҷониби мақомоти салоҳиятдори Ҷумҳурии Тоҷикистон истехсолкунанда ҳуқуқ пайдо мекунад, ки молашро ба бозори фарматсевтии Тоҷикистон ворид намояд. Алҳол дар Тоҷикистон зиёда аз 4000 маводи доруворӣ ба қайди давлатӣ гирифта шудааст, ки танҳо 88 номгӯи онҳо моли ватанианд.

Тавре маълум аст, бозори фарматсевтии Тоҷикистон аз воридот вобастагии бевосита дорад ва нишондиҳандаи воридоти маводи доруворӣ дастрасии онҳоро инъикос менамояд. Соли 2012 ба Ҷумҳурии Тоҷикистон ба маблағи 47 миллиону 485 ҳазор доллари ИМА маводи доруворӣ ва молҳои тиббӣ ворид шудааст. Ин нишондиҳанда дар соли 2016 26 миллиону 688 ҳазор сомони ро ташкил медод. Тибқи ақидаи коршиносон поёнравии сатҳи воридот ба тағйирёбии таносуби сомонию доллар ва бӯҳрони молиявӣ алоқаманд аст. Инчунин, тахмин задан душвор нест, ки баъди барҳам додани имтиёзҳои тарифию гумрукӣ ҳангоми воридоти дору, як қисми маводи доруворӣ тариқи қочоқ ворид мешавад.

Яке аз механизмҳои таъмини сифати доруворӣ назорати сифат ё, ба ибораи дигар, сертификатсия аст. Таҳлили маводи оморӣ нишон медиҳад, ки дар соли 2012 наздики 35000 ва дар соли 2016 наздики 44000 дору мавриди санчиши лабораторӣ қарор гирифтааст. Микдори маводи доруворӣ ба стандартҳои давлатӣ ҷавобгӯ набуда, ки аз ҷониби воҳидҳои сохтори Хадамоти назорати давлатии фаъолияти фарматсевтӣ ошкор шудаанд, дар соли 2012 ҳамагӣ 51 номгӯи ва дар соли 2016 бошад, 205 номгӯиро ташкил медоданд.

Тибқи қонунгузориҳои ҷорӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон маводи доруворӣ ба стандарт ҷавобгӯ набуда нобуд сохта мешавад. Таъри 5 соли охир наздики 310 тонна маводи доруворӣ бесифат нобуд сохта шудааст.

Масъалаи татбиқи сиёсати давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба маводи доруворӣ 22 декабри соли 2016 дар Паёми навбатии Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон ҷамъбасти мантиқӣ ва дурнамои худро ёфта буд. Дастуру ҳидоятҳои миллатро оид ба рушди минбаъдаи сиёсати доруворӣ ба се қисмат ҷудо кардан мумкин аст:

1. Рушди саноати фарматсевтии мамлакат.
2. Таъмини сифати дору ва аз байн бурдани доруҳои қалбакӣ.

3. Танзими нарх ва беҳтаршавии дастрасии маводи доруворӣ барои мардум.

Тахлили нишондиҳандаҳои сохтори фарматсевтии мамлакат нишон медиҳад, ки сиёсати давлатии доруворӣ бо тавсияҳои ТЧТ ҳамоҳанг буда, раванди татбиқи он тамоюли мусбат дорад ва дар сатҳи олиии сиёсӣ баррасӣ мешавад.

АДАБИЁТ

1. Исупов С.Д. О реализации Государственной лекарственной политики Республики Таджикистан / С.Д. Исупов // Вестник Авиценны. – 2006. -№1-2. -С. 19-25.
2. Фокус на пациента. ВОЗ. EUR/IC/QCPRH 06 22 02. WHO/DAP/98/8/1998.
3. Нургожин Т.С. Мониторинг национальной лекарственной политики в странах среднеазиатского региона / Т.С. Нургожин, А.Е. Гуляев, Л.Е. Зиганшина // Казанский медицинский журнал. – 2004. -том 85. -№36. -С. 450-453.
4. Решение коллегии Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 28 августа 2003 года, №8-2 «Об утверждении Государственной лекарственной политики Республики Таджикистан».
5. Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи маводи доруворӣ ва ғайриҷиғирӣ фарматсевтӣ»
6. Фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 18 марти соли 2014 №131 «Дар бораи тасдиқ намудани Рӯйхати маводи доруворӣ асосии Ҷумҳурии Тоҷикистон». -Душанбе, 2014.
7. Admon E. Drug Use Studies in Eritrean Health Facilities / E. Admon. - 1999. [Электронный ресурс]. [http://dcc2.bumc.bu.edu/richardl/IN820/Embaye concentration paper.htm](http://dcc2.bumc.bu.edu/richardl/IN820/Embaye%20concentration%20paper.htm). -Accessed March 1, 2002.
8. How to develop and implement a national drug policy. - WHO, Geneva, 2001.
9. Монитор основных лекарственных средств. - 1977. -№6 (22). -С. 11-12.
10. WHO medicine strategy. Framework for action in essential drugs and medicines policy 2002-2003/ Geneva: World Health Organization; 2000.-WHO/EDM/2000/1.

АНАЛИЗ ХОДА РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

В статье проанализирован ход реализации Государственной лекарственной политики Республики Таджикистан. В республике в соответствии с рекомендациями Всемирной Организации Здравоохранения разработана Государственная лекарственная политика и утверждена на уровне Министерства здравоохранения и социальной защиты. Реализация элементов Государственной лекарственной политики имеет положительную тенденцию.

Ключевые слова: лекарственная политика, доступность лекарственных средств, рациональное использование лекарственных средств, основные лекарственные средства.

ANALYSIS OF THE COURSE OF A REALIZATION OF THE STATE DRUG POLICY OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

In this article has analyzed the course of realization of the State drug policy of the Republic of Tajikistan is analyzed. In the republic in compliance with references of World Health Organization the state drug policy is developed and approved at the level of the Ministry of Health and Social Affairs. Realization of elements of the State drug policy has a positive tendency.

Key words: drug policy, rational drug use, drug availability, essential drugs list.

Сведения об авторах: *Мусоев С.М.* - доктор фармацевтических наук, профессор, заведующий кафедрой фармацевтической технологии и биотехнологии Таджикского национального университета. Телефон: **901-07-99-90**

Алиев З.М. - ассистент кафедры фармации Таджикского национального университета

Амиров Дж.Г. - соискатель кафедры фармацевтической технологии и биотехнологии Таджикского национального университета

ГЕОЛОГИЯ

ГЕОЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И ПОРАЖЕННОСТЬ РАЙОНА НУРЕКСКОГО ВОДОХРАНИЛИЩА

Узакова Ш.Н., Караев И.Р.

**Институт геологии, сейсмостойкого строительства и сейсмологии
Академии наук Республики Таджикистан**

Исследуемая территория включает в себя мощные сооружения Алайской системы: хребты Туркестанский, Зеравшанский, Гиссарский. Она является частью сложного альпийского складчатого поднятия, ограниченного на севере Ферганской, на юге - Южно-Таджикской депрессиями [1]. Для данной территории типично развитие систем разрывных нарушений взбросо-надвигового характера со смятыми в линейные складки мезо-кайнозойскими отложениями. Характеризуется высокой сейсмической активностью, сопровождаемой проявлениями сопутствующих экзогенных процессов. Складки ориентированы главным образом в северо-восточном направлении и слагают хребты Тианский, Сурх, Вахшский, а также Санглакское, Сарсарякское и Гулизинданское поднятия, имеющие субмеридиональную ориентировку [2,3].

Рассматривая вопросы образования, развития и наносимого ущерба от действия различных стихийных явлений природы, необходимо, прежде всего, установить влияние этих процессов на режим работы горно-предгорных рек и равнинной зоны и причины, их обуславливающие.

Геоэкологические, экзогенно-геологические процессы и явления сами по себе здесь очень динамичны, однако современные темпы природопользования, изменяющие их характерные особенности, приводят к еще большей их активизации. Территория района многократно подвергалась сильному антропогенному влиянию, связанному с миграцией населения, созданием крупных народно-хозяйственных и промышленных объектов, автодорог, строительством гидротехнических сооружений и водохранилищ. Это привело к существенному увеличению роли антропогенной деятельности.

Основными причинами быстрого роста процессов оврагообразования и активизации оползне-селевых явлений послужили вырубка лесной растительности, нарушение гидромелиоративных норм, строительство ирригационных каналов, чрезмерное использование земель под выпас скота и т.д. Особенно сильно нарушает природное равновесие подрезка склонов, вызывающая массу оползней. Нередко эти факторы приводят к нежелательным, а иногда и к катастрофическим явлениям. Поэтому своевременная фиксация процессов и прогнозирование их опасных

последствий имеют большое значение для развития народного хозяйства и снижения до минимума степени риска.

Немаловажная роль принадлежит эрозионным процессам.

Эрозия - это процесс разрушения горных пород или почвенного покрова водными потоками. Эрозия почв - разрушение водой и ветром верхнего слоя почвы, смыв или рассеивание его частиц и осаждение в новых местах. Водная и ветровая эрозия (дефляция) уменьшает площадь пашни, снижает плодородие почвы, затрудняет обработку полей, разрушает дороги и другие сооружения, заливает каналы и водохранилища и т.п.

Различают поверхностную (сглаживание неровностей рельефа), линейную (расчленение рельефа), боковую (подмыв берегов рек) и глубинную (врезание русла потока в глубину) эрозию.

Условные обозначения. Перспектива развития земледелия в республике связана с освоением крутых склонов, сложенных в большинстве случаев лессовыми грунтами, легкоразмываемыми и потенциально способными к проявлению просадочных деформаций.

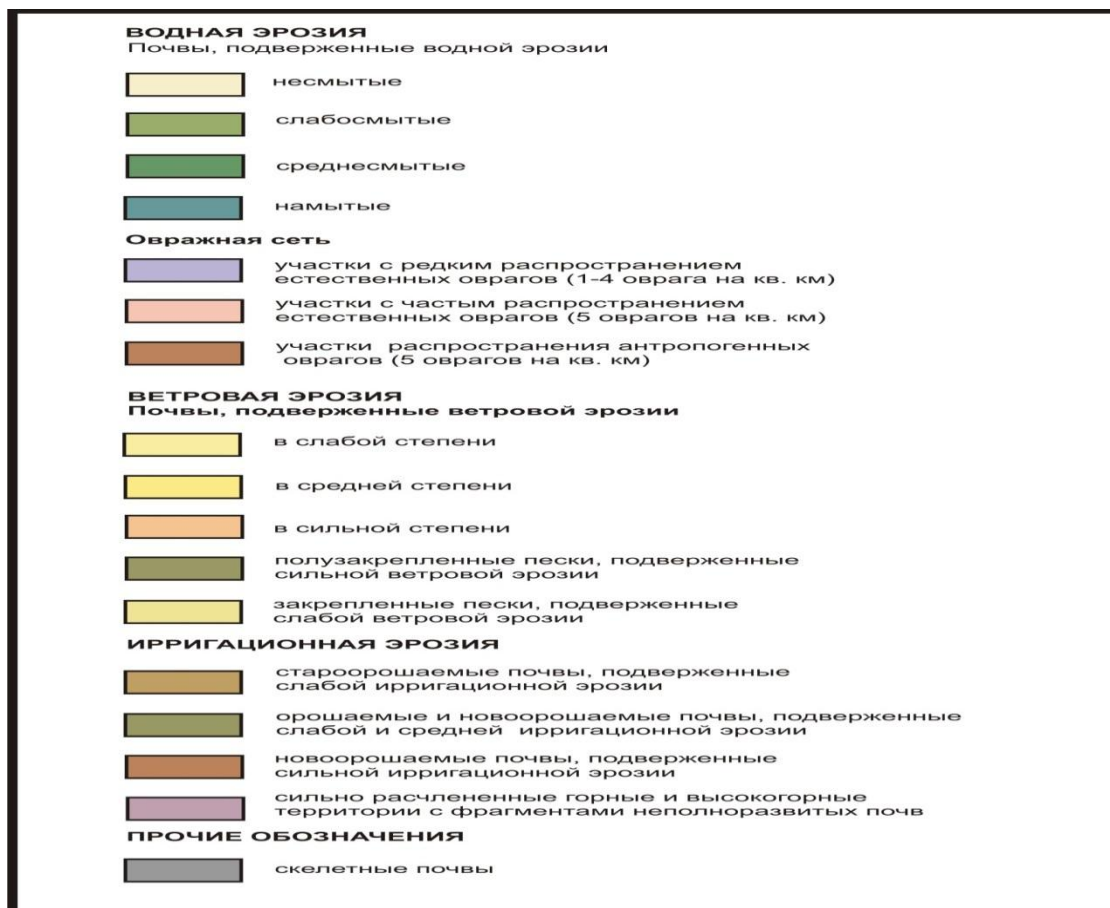
Геоморфологические и литолого-генетические условия этих массивов определяют возможность проявления и интенсивного развития инженерно-геологических процессов, в частности, ирригационной эрозии.

Сейчас в Таджикистане площадь земель, подверженных ирригационной эрозии, составляет 260 тыс. га, или 36% орошаемых земель, и рост и развитие оврагов как по району, так в целом по республике зависит от комплекса природных и ирригационно-хозяйственных факторов, сочетание которых определяет интенсивность эрозии.

Природные факторы, среди которых выделяются геоморфологические, геологические, климатические и почвенные, создают предпосылки для проявления эрозии, особую роль играет крутизна поверхности.

При уклонах поверхности менее 5^0 овражная эрозия в естественных условиях практически не развивается, при уклонах $5-10^0$ уже возникают неглубокие овраги.

Наиболее благоприятными для овражной эрозии являются площади с уклонами более 10^0 , к которым приурочены все сильно заовраженные земли. Уклоны поверхности в сочетании с другими неблагоприятными факторами определяют интенсивность ирригационной эрозии.



Мас
шта
б
1:500 000

Карта эрозии почв Юго-Западного Таджикистана – район Нурекского водохранилища.

Ирригационные факторы, зачастую определяют развитие эрозионных процессов в орошаемых районах, а основной причиной эрозии является неправильная хозяйственная деятельность человека, заключающаяся в нарушении мелиоративных норм, несоблюдении техники полива, подачи больших поливных норм, неправильном размещении водосборных и коллекторно-дренажной сетей, наведении концевых сбросов до уровня местного базиса эрозий и т.д [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов П.Я. Геология СССР. Государственное научно-техническое издательство литературы по геологии и охране недр / П.Я. Антропов. – Москва, 1959. -726 с.
2. Охрана окружающей среды Республики Таджикистан (статистический сборник). Государственное статистическое агентство при Правительстве Республики Таджикистан. –Душанбе, 1998. - 42 с.
3. Попов И.В. Инженерная геология / И.В. Попов. - М.:Изд-во МГУ, 1959. -510 с.
4. Саидов М.С. Моделирование современных геологических процессов и факторов риска на территории Верхне-Вахшского района (на основе использования космических снимков): автореф. дисс. канд. геол.-мин. наук / М.С. Саидов. – Бишкек, Институт геологии НАН КР, 1989. - 26 с.

ГЕОЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И ПОРАЖЕННОСТЬ РАЙОНА НУРЕКСКОГО ВОДОХРАНИЛИЩА

В статье приводятся геоэкологические, экзогенно-геологические процессы и антропогенные воздействия на территории Нурекского водохранилища, что приводит к деградации земель и опустыниванию обследованной территории.

Ключевые слова: геоэкология, рельеф, эрозия, риск, экзогенно-геологические процессы.

GEOECOLOGICAL PROCESSES AND THE AFFECTED AREA OF THE NUREK RESERVOIR

The article cites geoeological, exogenous-geological processes and anthropogenic impacts on the territory of the Nurek reservoir. Which leads to land degradation and desertification study area.

Key words: geoeology, relief, erosion, risk, exogenous geological processes.

Сведения об авторах: *Узакова Ш.Н.* – старший научный сотрудник Института геологии, сейсмостойкого строительства и сейсмологии АН РТ. E-mail: u-shoira@mail.ru

Караев И.Р. – научный сотрудник Института геологии, сейсмостойкого строительства и сейсмологии АН РТ. Телефон: (+992) 935-37-07-93. E-mail: Ibodullo_93@list.ru

ТИПИЗАЦИЯ ПРЕДПРИЯТИЙ И НАРОДНОХОЗЯЙСТВЕННЫХ ОБЪЕКТОВ ПО ХАРАКТЕРУ ИХ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ИНЖЕНЕРНО- ГЕОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ЗОНЫ ЗАТОПЛЕНИЯ РОГУНСКОГО ВОДОХРАНИЛИЩА

Давлатов Ф.С., Назирова Д.Э.

Таджикский национальный университет

Рассматривая освоенность территории от конкретного объекта до категории, можно составить правильное представление состояния геологической среды от компонентов до территорий не только в современном состоянии, но и в дальнейшей перспективе. Типизация предприятий и народнохозяйственных объектов делится на несколько групп.

Группа 1 - Месторождение полезных ископаемых. Всего на территории выделено одно разрабатываемое месторождение угля «Кафтархона» в Раштском районе. В настоящее время по отношению к окружающей геологической среде это месторождение может быть признано равновесным только условно.

Группа 2 - Промышленно-городская застройка - выделено 45+населенных пунктов с населением более 38300 человек. Более 2/3 из них определено как состояние равновесия со средой, где нет проявлений в настоящее время ни природных, ни техногенных процессов. Взаимоотношение с процессами в остальных населенных пунктах выглядит следующим образом: а) 50 объектов расположены в селе- и оползнеопасных

зонах проявления природных процессов. Особый интерес вызывает развитие оползневых процессов в окрестностях Таджикабада, обрушения бортов оврагов и оползни в г. Обигарм, зоны аккумуляции селей в междуречье Обихингоу-Руноу и др.; б) в 3 случаях происходит сложное взаимоотношение природных и техногенных факторов - Обигарм, Рогун, Комсомолабад. В пределах всех этих объектов необходимо проведение детальных инженерно-геологических исследований с постоянным наблюдением за наиболее интересными участками. [1]

В настоящее время детальные исследования уже проводились в пределах городов Рогун, Обигарма, районных центров Гарма и Таджикабада. В районном центре Таджикабаде проводились стационарные наблюдения за оползневым склоном; в) наибольший интерес в активном характере техногенного изменения геологической среды представляют районы Обигарм, Рогун (окрестности). В дальнейшем, учитывая особую роль зон промышленно-городской застройки в народном хозяйстве республики, необходимо на всех 50 объектах провести детальные обследования, а на 17 из них, взаимодействующих, необходимо организовать сеть режимного наблюдения.

Группа 3. Сельхозугодья, общая площадь земель 73437 га, из которых 4060 га поливные земли, 3372 га посевные земли, 340 га многолетние деревья, 35999 га пастбища, 2131 га леса и т.д. Основные процессы, отмеченные и ожидаемые в их пределах, представлены оврагообразованием, просадками, изменением уровня грунтовых вод, как природного, так и техногенного характера (особенно в перспективе, после заполнения Рогунского водохранилища - Рогун, Нурабад, Рашт), довольно широкое развитие оползней и селей природного генезиса, причём последние наносят значительный ущерб.

Многие из этих площадей покрыты комплексной мелиоративной съемкой масштаба 1: 50 000, которые для этих объектов являются самыми продуктивными. Такую съемку необходимо проводить на всех проектируемых к освоению орошаемых площадях, так как некоторые из них – Нурабадский, Рогунский и отчасти Раштский районы, по инженерно - геологическим особенностям компонентов геологической среды, активности проявления геологических процессов, устойчивости геологической среды, могут оказаться непригодными, малопригодными или будут требовать большого комплекса мероприятий по защите геологической среды от процессов.

Группа 4. Гидротехнические сооружения, к этой группе относятся несколько разнородных объектов: а) каналы и коллекторы – 18; б) водохранилища в ближайшем будущем, одно - Рогунское, а в перспективе еще более десяти; в) плотины и водоспускные тоннели - в ближайшем будущем (Рогун), а в перспективе более десяти. В целом эта группа объектов находится в сложном взаимоотношении со средой, что касается каналов и

водохранилищ. [1] В настоящее время эти объекты не находятся в сложном взаимоотношении с геологической средой, но в перспективе возможны разнообразные изменения устойчивости компонентов: от возникновения просадок вдоль террас каналов, до площадного развития оползней и активной переработки берегов водохранилищ. По опыту исследований в пределах объектов группы отмечаются следующие закономерности изменения геологической среды:

а) каналы, коллекторы - активизация и возникновения просадок, возникновение оврагов, активное обрушение бортов;

б) водохранилища - активная переработка берегов в неогеновых песчаниках, возникновение оползней, активизация оползневых смещений на древних оползневых склонах, селевое загрязнение водохранилища, просадки и отдельные обрушения;

в) плотины и водоспускные каналы - изменение фильтрационных свойств пород, увеличение трещиноватости, осыпание, вымывание породы у основания плотины. Такие детальное инженерно-геологические исследования производятся в настоящее время только по Нурекскому водохранилищу. Есть полные данные по характеристике будущего Рогунского водохранилища, по Байпазинскому створу и водохранилищу, по стройплощадке Рогунской ГЭС. [2] В дальнейшем рекомендуется полное изучение геологической среды на всех объектах этой группы.

Группа 5. Автомобильные и железные дороги, а) автомобильные дороги- выделено 115.3 км автомобильных дорог, из них 25 км дорог республиканского и 90.3 км дорог местного значения. Под влиянием процессов находится более половины дорог, а в сложных взаимоотношениях $\frac{1}{4}$ часть. Основные процессы, как природного, так и антропогенного генезиса представлены - оползнями, обрушением, участками камнепадов, селевыми смывами, эрозией откосов дорог и т.д. На наиболее пораженных процессами участках дорог Душанбе - Гарм; Гарм - Муджихарв; Душанбе – Нурабад (Комсомолабад) проведено детальное инженерно-геологическое исследование и определены основные защитные рекомендации; б) железные дороги – в настоящее время в пределах исследуемой территории нет действующих железных дорог. В перспективе планируется строительство железной дороги Иран – Афганистан – Таджикистан – Кыргызстан-Китай. Часть ветки железнодорожного полотна должна будет пройти по исследуемой нами территории.

Группа 6. Предприятия пищевой промышленности - объекты этой группы в большинстве случаев расположены в зонах промышленно-городской застройки. Существуют данные по загрязнению поверхностных и подземных вод, а также засорению территорий только на 8-ми предприятиях.

Группа 7. Животноводческие комплексы - расположены в пределах крупных речных долин и среднегорной зоне. Взаимодействие с геологической средой происходит, в общем, только в виде различного

загрязнения поверхностных и подземных вод. Проведены лишь рекогносцировочные обследования с целью определения влияния природных процессов.

Группа 8. Сельская застройка - это одна из наиболее многочисленных групп. В целом, они размещены в пределах существующих и проектируемых зон орошаемого земледелия (группа 5). Особый интерес представляет сложное взаимодействие этих объектов с природной средой. [3] Около 115 сельских населенных пунктов находится в зоне развития оползней, обвалов, селей, карста, просадки, обводнений, на 12 (Рогунский район) из них отмечается техногенная активизация и возникновение этих процессов.

Подробная характеристика состояния геологической среды в пределах объектов этой группы содержится в материалах «Службы наблюдения» Главного управления геологии и в серии карт районирования инженерно-геологического обоснования схем защиты территорий в масштабе 1:100 000 и в ряде инженерно-геологических карт прошлых лет (1984-1986 гг.) в масштабе 1:500 000, а также в приведенных нами таблицах (1, 2).

Таблица 1. Список населенных пунктов с угрожающими процессами

Наименование населенных пунктов, расположенных в опасной зоне	Общее количество домохозяйств, расположенных в опасной зоне	Общее количество людей, проживающих в опасной зоне	Количество домохозяйств, расположенных в опасной зоне	Общее количество людей, проживающих в наиболее опасной зоне	Угрожающие процессы	Степень опасности	Имеется ли заключение геологов (да, нет)
Сельский совет КалаиЛабиоб							
Фатхабад	416	2946	55	527	Сель	Опасный	Да
Капали	342	2105	8	72	Оползень, сель	Опасный	Да
Таджикабад	304	1478	16	96	Оползень	Опасный	Да
Дараи Назарак	51	250	13	116	Лавина	Опасный	Нет

Миразиён	25	232	4	30	Лавина	Опасный	Да
Бахор	16	164	4	32	Лавина	Опасный	Нет
Сельский совет Нушор							
Сари Пул	276	1704	21	144	Наводнение	Опасный	Да
Шаркиён	138	761	10	88	Сель	Опасный	Нет
НушориБоло	366	2403	25	140	Оползень	Опасный	Нет
Нушори Поён	381	2372	20	120	Оползень,наводнение	Опасный	Да
Зарнисор	69	470	11	76	Оползень	Опасный	Да
Чашмасорон	61	376	18	134	Лавина	Опасный	Нет
Дарай Нушор	38	290	5	35	Лавина	Опасный	Нет
Сельский совет Шогадоев							
Сафедорон	54	394	9	82	Сель	Опасный	Нет
Зарафшан	213	1289	13	98	Сель	Опасный	Нет
Сельский совет Ширинчашма							
Полезак	167	1112	7	46	Сель	Опасный	Да
Ширинчашма	230	1504	6	41	Сель, лавина	Опасный	Да
Саринай	140	876	17	117	Лавина	Опасный	Да
Кухдоман	31	178	21	125	Оползень	Опасный	Да
Ширинчашма (центр)	20	118	5	32	Сель	Опасный	Да
Ширинчашма (центр)	7	54	3	16	Сель, оползень	Опасный	Нет
Шашволон	2	14	-	-	Сель	Опасный	Нет
Шашволон	6	42	3	24	Сель	Опасный	Да
Душоазамин	9	68	4	31	Сель	Опасный	Да
Айни	1	7	1	7	Оползень	Опасный	Да
ДехиШох	1	9	1	9	Оползень	Опасный	Да
Тегирми	3	27	2	20	Сель, оползень	Опасный	Нет
Сайдон	1	10	-	-	Камнепад	Опасный	Нет
Тутхор	1	11	1	11	Оползень	Опасный	Нет
Каналак	1	14	-	-	Сель	Опасный	Нет

							т
Сельский совет Самсолик							
Кабутиён	73	585	73	585	Оползень	Опасный	Да
Шербегийён	2	15	1	8	Оползень	Опасный	Нет
Сельский совет Яхак Юст							
Юст	26	193	11	79	Оползень, сель	Опасный	Да
Истон	7	44	2	17	Сель, лавина	Опасный	Да
Юст	1	8	1	8	Оползень	Опасный	Нет
Рогуни поён	1	9	-	-	Рогуни поён	Опасный	Нет
Сельский совет Муджихарф							
Навобод	31	184	11	78	Сель, оползень	Опасный	Да
Чормагзак	4	29	4	29	Оползень	Опасный	Да
Каланак	2	17	2	17	Оползень	Опасный	Да
Зорон	5	38	2	15	Оползень	Опасный	Да
Муджихарф	8	57	3	21	Оползень	Опасный	Да
Чепак	1	7	-	-	Оползень	Опасный	Да
Шодмони	1	9	1	9	Оползень	Опасный	Да
Сельский совет Хакими							
Садокат	1	8	1	8	Сель, оползень	Опасный	Да
Лайрон	2	16	2	16	Сель	Опасный	Да
Хасандара	3	24	1	9	Сель	Опасный	Да
Сияхгулак	5	38	3	23	Сель	Опасный	Да
Таги-Камар	1	8	1	8	Сель	Опасный	Да
Хакими Боло	1	5	1	5	Оползень	Опасный	Нет
Сельский совет Хумдон							
Тухчи	1	7	1	7	Оползень, лавина	Опасный	Нет
Пустиндузон	1	5	-	-	Сель	Опасный	Нет
Всего	219	1680	141	1092			

Таблица 3. Показатели риска чрезвычайных природных ситуаций (при наиболее опасном сценарии развития чрезвычайных ситуаций / при наиболее вероятном сценарии развития чрезвычайных ситуаций)

Виды особо опасных природных явлений	Таджикабадский район							
	Выделено объектов (к-во)			Общая площадь нарушения (км ²)	Общая площадь района (тыс. км ²)	Степень нарушения территории природными явлениями в % к общей площади района	Частота проявления (к-во/год)	Степень интенсивности природных явлений
Оползни	31			456	0.73	62	3	Катастрофическая
	длина	длина	Всего					

Селевые русла	до 1 км	более 1 км						
	23	23	46		0.73	17	<5	
Наводнения	нет						Отсутствует	
Подтопления	нет						Отсутствует	
Раштский район								
Оползни	16			448.66	4.61	20.6	3	Сильная
Селевые русла	длина до 1 км	длина более 1 км	Всего					
	39	38	77		4.61	23	17	Критическая
Наводнения	нет						Отсутствует	
Подтопления	нет						Отсутствует	

Виды особо опасных природных явлений	Нурабадский район							
	Выделено объектов (к-во)			Общая площадь нарушения (км ²)	Общая площадь района (тыс. км ²)	Степень нарушенности территории природным и явлениями в % к общей площади района	Частота проявления (к-во/год)	Степень интенсивности и природных явлений
Оползни	5			121.28	0.93	13.04	3	Сильная
Селевые русла	длина до 1 км	длина более 1 км	Всего					
	22	13	35		4.58	12	9	Критическая
Наводнения	нет							Отсутствует
Подтопления	нет							Отсутствует
Рогунский район								
Оползни	9			224.34	0.51	43.9	3	Катастрофическая
Селевые русла	длина до 1 км	длина более 1 км	Всего					
	7	7	14		0.51	9	11	Сильная
Наводнения	нет							Отсутствует
Подтопления	нет							Отсутствует

ЛИТЕРАТУРА

1. Геориски Гарм-Джиргитальского района. [Текст] / [М.С. Саидов, А.Р. Ишук, З.Г. Ильясова и др.] // Изв. Вузов. – Бишкек, 2015. -№ 2. –С. 55-59.

2. Винниченко С.М.: Дис. канд. геол.-мин. наук: 25.00. 01. [Текст]/ С.М. Винниченко. – Душанбе, 1969. – 272 с.
3. Саидов М.С. Моделирование современных геологических процессов и факторов риска на территории Верхне-Вахшского района (на основе дешифрирования космических снимков) [Текст]: дис. канд. геол.-мин. наук: 25.00. 01. / М.С. Саидов. – Бишкек, 2007. – 164 с.

ТИПИЗАЦИЯ ПРЕДПРИЯТИЙ И НАРОДНОХОЗЯЙСТВЕННЫХ ОБЪЕКТОВ ПО ХАРАКТЕРУ ИХ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ИНЖЕНЕРНО-ГЕОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ЗОНЫ ЗАТОПЛЕНИЯ РОГУНСКОГО ВОДОХРАНИЛИЩА

В статье автор приводит несколько групп типизации территорий оползнеопасных зон проявления природных процессов.

Ключевые слова: проявление, процесс, район, активизация, группа, обвал, сель, карста, просадка.

TYPIFICATION OF THE ENTERPRISES AND ECONOMIC OBJECTS ON CHARACTER OF THEIR INFLUENCE ON ENGINEERING-GEOLOGICAL CONDITIONS OF THE ZONE OF FLOODING OF THE ROGUN WATER BASIN

In the article, the author gives several groups of typification of the landslide-dangerous zones of manifestation of natural processes.

Key words: manifestation, process, area, activation, group, landslipes, flows, karst, procorf.

Сведения об авторах: *Давлатов Ф.С.* – ассистент кафедры гидрогеологии и инженерной геологии Таджикского национального университета. Телефон: (+992) 918-31-93-66. E-mail: firdavs_davlatov_1988@mail.ru

Назирова Д.Э. - ассистент кафедры гидрогеологии и инженерной геологии Таджикского национального университета. Телефон: (+992) 988-68-03-33. E-mail: dilorom_nazirova@mail.ru

ҲОЛАТИ МЕЛИОРАТИВИИ ЗАМИНҲОИ ОБЁРИШАВАНДАИ ТОҶИКИСТОН

Комилов О.К., Негматов Ш.Х.
Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Тавре маълум аст, Ҷумҳурии Тоҷикистон захираҳои бойи обӣ-энергетикӣ дорад, аммо замини обёришавандаш маҳдуд аст (чадв. 1.).

Чадвали 1. Масоҳати заминҳои обёришавандаи Тоҷикистон (2014 сол)

Номгӯи вилоятҳо ва минтақаҳо	Миқдори аҳоли, ҳазор нафар (01.01.2016)	Масоҳати заминҳои иқтисодабарӣ дошта-ҳамагӣ, ҳаз.га	аз он ҷумла		Масоҳати заминҳои обёришуда ба 1-нафар дар оянда меомада, га (дар таърихи с.2016)
			Масоҳати заминҳои обёришуда (01.01.2014)	Масоҳати заминҳои дар оянда истифодашаванда	
Суғд	2450	602,5	287,5	315,0	0,11
Хатлон	3065,1	710,6	338,2	372,4	0,11

аз он ҷумла:					
Кӯлоб	1152,8	276,2	85,6	190,6	0,07
Қӯрғонтеппа	1912,9	434,4	252,6	181,8	0,13
НТҶ	1969,2	225,4	106,1	119,3	0,05
ВМКБ	236,7	30,5	18,2	12,3	0,08
Ҳамагӣ	8851,0	1569,0	750,0	819,0	0,08
аз он ҷумла баъзе ноҳияҳо					
Кулоб	209,0	31,2	8,35	22,8	0,04
Муминобод	89,5	47,3	2,9	44,4	0,03
Темурмалик	67,7	27,6	1,06	26,5	0,016
Ховалинг	56,2	16,0	2,66	13,3	0,05
Данғара	111,5	46,3	9,9	36,4	0,07
Шаҳритус	117,2	80,9	18,5	62,4	0,16
Ҷиргатол	63,7	14,2	7,7	6,5	0,12
Нуробод	75,9	9,7	2,8	6,9	0,04
Рашт	113,9	16,2	9,04	7,1	0,08
Файзобод	95,1	17,8	6,05	11,7	0,06
Ваҳдат	323,7	26,2	14,7	11,5	0,045
Рӯдакӣ	456,3	58,3	17,6	40,7	0,04
Ҳисор	282,1	51,8	14,4	37,4	0,05
Турсунзода	279,4	32,2	17,4	14,8	0,06

Нишондиҳандаҳои асосии ҳолати мелиоративии заминҳои обёришаванда инҳоянд;

- дараҷаи намакнокӣ ҳақиқатан болоӣ ва қабатҳои зерин он то чуқурии 0-1 м, 0-2 м бо намакҳои захрнок, захираҳои умумии намакҳои захрнок дар қинсҳои қабати ҳаводори хок (то сатҳи оби зеризаминӣ) ва таснифи тақсимшавии намакҳои захрнок дар ин қитъа;

- чуқурии ҷойгиршавӣ, маъданнокӣ умумӣ ва таркиби химиявии оби зеризаминӣ бо таснифи речай фасли сол ва бисёрсола;

- таъсири оби зеризаминӣ ба ботлоқзоршавӣ ва шӯршавии тақрорӣ хок;

- ҳосилнокӣ зироатҳои кишоварзӣ;

- зерин оби зеризаминӣ мондани маҳалҳои аҳолинишин, роҳҳо ва дигар иншоотҳо;

Ҳолати мелиоративии заминҳои обёришаванда дар натиҷаи таъсири мутақобили шароитҳо ва омилҳои табиӣ ва техногенӣ ташаккул меёбанд.

Ба омилҳо ва шароитҳои табиӣ дохил мешаванд:

- шароитҳои иқлимӣ ва гидрологӣ;

- сохти геологӣ;

- шароитҳои геоморфологӣ ва релеф;

- шароитҳои гидрогеологӣ;

- заҳкашии табиӣ замин;

- қабати ҳақиқатан растанидор.

Ба омилҳои техногенӣ дохил мешаванд:

- тарзи обёрӣ ва техникаи обмонӣ;

- зарби истифодаи замин (ЗИЗ, ё КЗИ);

- зарби амали муфиди системаҳои обёрӣ;

- намуди зироатҳои кишоварзӣ;

-речаи обёрӣ, ҳаҷми обдихӣ, маъданнокӣ ва сохти химиявӣ оби ошомиданӣ;

- чорабиниҳои мелиоративӣ қабулшуда.

Ҷадвали 2. Ҳолати мелиоративӣ заминҳои обӣ

Номи вилоятҳо, минтақаҳо ва ноҳияҳо	Масоҳати умумии заминҳои обӣ, га	Ҳолати мелиоративӣ заминҳои обӣ, га					
		Хуб	Қаноатбахш	Ғайриқаноатбахш	Аз он ҷумла:		
					Чуқурии хатарноки СОЗ	Шӯрнокии хок	Чуқурии хатарноки СОЗ ва шӯрнокии хок
Вилояти Суғд	287502	224816	38386	24300	13933	7018	3349
Вилояти Хатлон	338176	214490	104877	18809	11560	6029	1220
аз он ҷумла:	85608	55887	27029	2692	1825	737	130
Минтақаи Кӯлоб	252568	158603	77848	16117	9735	5292	1090
Минтақаи Қўрғонтеппа	106093	103312	2391	390	337	23	30
Ноҳияҳои тобеи Ҷумҳурии ВМКБ	18224	16577	1470	177	142	35	-
Ҷамъаи дар ҶТ	749995	559195	147124	43676	25972	13105	4599

Масоҳати умумии заминҳои бо дараҷаи гуногуни намакнокӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон 105,3 ҳазор гектарро ташкил медиҳад (маълумоти соли 2014) ё қариб 14% заминҳои обёришаванда.

Дар ҳолате ки қисми зиёди заминҳои намакнокӣ паси мебошад, ин гурӯҳи заминҳо бисёртар дар ҷараёни инкишофанд (динамичные) ва беҳбудии мелиоративӣ дар онҳо бо роҳи на он қадар мушкил ба даст оварда мешавад: обмонии зимистона ва баҳорӣ, риоя намудани речаи обмонии шусташавӣ. Дар солҳои охир масоҳати заминҳои намакнокӣ паси дар ҷараёни тағйирёбӣ аст - аз 69,8 ҳазор га то 84,3 ҳазор га дар соли 2014, дар соли 1992 – 74,8 ҳазор га.

Заминҳои, ки намакнокӣ паси нисбатан баланд аст (намакнокии миёна, намакнокии баланд ва шӯрзамин) қариб 5%-и заминҳои обёришавандаро ташкил медиҳанд, аз он ҷумла: намакнокии миёна – 16,4 ҳазор га, намакнокии баланд – 4,9 ҳазор га (ҷадвали 3).

Пешгӯии ҳолати мелиоративӣ заминҳо ғайр аз душвориҳои техникӣ боз ба мушкилиҳои нофаҳмии хоҷагидорӣ вобаста аст. Додани заминҳои давлатӣ ба хоҷагиҳои деҳқонӣ, фермерӣ ва ғайра, тақсим кардани заминҳои обёрӣ ба бисёр хоҷагиҳо, нагузаронидани корҳои тозакунии ва таъмири шабакаҳои обёрии байнихоҷағӣ ва дохилихоҷағӣ,

захбурҳою захкашҳо ва ғайра, ба бадшавии ҳолати мелиоративии заминҳо мерасонад. Ин, дар навбати худ, ба баландшавии сатҳи оби зеризаминӣ, баландшавии дараҷаи намакнокӣ, пастшавии ҳосилнокии зироатҳои кишоварзӣ ва ғ. оварда мерасонад.

Дар чадвали 3 тақсимои заминҳои обёришаванда вобаста аз дараҷаи намакнокӣ дар миқёси ҷумҳурии оварда шудаанд (маълумотҳои соли 2014), бо гектар.

Чадвали 3. Масоҳати заминҳои обёришаванда вобаста аз намнокӣ

Номгӯии вилоятҳо ва ноҳияҳо	Майдони умумӣ, га	Заминҳои бенамак, га	Заминҳои камнамак, га	Заминҳои миёна намак, га	Шӯрзаминҳо, га
Вилояти Суғд	287502	228782	47590	7829	3302
Вилояти Хатлон аз он ҷумла:	338176	291769	36288	8538	1571
Минтақаи Кӯлоб	85608	81399	3342	760	107
Минтақаи Қўрғонтеппа	252568	210380	32946	7770	1464
Ноҳияҳои тобеи ҷумҳурии	106093	10592	138	23	30
ВМКБ	18224	18189	16	19	-
Дар ҷумҳурии	749995	644652	84032	16414	4898

Аз чадвали 3 дида мешавад, ки суръати зиёди намакҷамъшавӣ дар заминҳои вилояти Суғд (ноҳияҳои Хучанд, Ашт, Мастчоҳ, Зафаробод), ва инчунин дар ноҳияҳои Шаҳритус, Бешкент, Бохтар, Чалолитдини Балхӣ, Қумсангир ва Ёвон ҷой доранд. Вазъият боз ҳам бадтар дар он аст, ки заминҳои дар боло овардаи ноҳияҳои Суғд бо оби ошомидани маъданнокӣшон 1- 2г/л (дар 84,8 ҳазор га), маъданнокии оби зиёда аз 2 г/л (дар майдони 3,3 ҳазор га) обёрӣ карда мешаванд.

Мувофиқи пешниҳоди академик В.И.Вернадский обҳои зеризаминӣ аз рӯйи намакнокӣшон ба гурӯҳҳои зерин ҷудо карда мешаванд:

- бенамак (миқдори намакҳо дар таркиби об) то 1 г/л;
- оби камнамак 1 – 3 г/л;
- оби сернамак 3- 10 г/л;
- оби шӯр 10-35 г/л;
- оби намақоб (оби баҳри Арал, Каспий) зиёда аз 35 г/л.

Барои обёрии заминҳои қорам ду навъи аввали обро истифода мебаранд, лекин барои таъмини аҳоли бо оби нӯшокӣ фақат навъи якумро, яъне оби бенамаки маъданнокӣшон то 1 г/л.

Дар заминҳои хокашон бенамак ҷойгиршавии сатҳи оби зеризаминӣ то 1,2 – 1,5 м аз сатҳи замин имконпазир аст. Дар ин ҳолат аз ин оби зеризаминӣ растаниҳои кишоварзӣ қисман истифода мебаранд. Барои пешгирӣ кардани шӯршавии тақрорӣ дар заминҳои бенамак, сатҳи оби зеризаминӣ бояд дар чуқурии минималӣ нигоҳ дошта шавад. Ин чуқуриро мувофиқи пешниҳоди Б.Б. Полинов *чуқурии бухронӣ* меноманд. Барои зардхокҳо академик А.Н.Костяков ҳамчун *чуқурии бухронӣ*

ҳангоми маъданнокии оби зеризаминӣ то 3 г/л будан, чуқурии 1,7 – 2,2 м; ҳангоми маъданнокии об 3- 5 г/л будан – 2,2 – 3,0 м ва ҳангоми маъданнокии 5- 7 г/л будан -3,0 -3,5 м тавсия медиҳад.

Дар хокҳои гилӣ ин чуқуриро 20% зиёд мекунад.

Чуқурии бухрониро вобаста ба ҳарорати ҳаво бо формулаи В.А.Ковда ҳисоб кардан мумкин аст.

$$h\delta = 170 + 8 t,$$

дар ин ҷо: $h\delta$ – чуқурии бухронӣ;

t - ҳарорати миёнаи солони ҳаво, °С.

Дар ҷадвали 4 тақсимои заминҳои обёришаванда аз рӯи ҷойгиршавии сатҳи оби зеризаминӣ (СОЗ) ва маъданнокии оби зеризаминӣ (маълумотҳои соли 2014) оварда шудаанд.

Ҷадвали 4. Масоҳати заминҳои обёришаванда аз чуқурии ҷойгиршавии оби зеризаминӣ

Номгӯи вилоятҳои ноҳияҳои ва	Масоҳати майдони обёришаванда, га	Чуқурии ҷойгиршавии сатҳи оби зеризаминӣ (СОЗ), м				Тақсимои замин аз рӯи маъданнокии оби зеризаминӣ, г/л		
		<1	1-2	2-3	>3	< 1	1-3	>3
Вилояти Суғд	287502	2701	29725	57725	197351	160346	121037	6119
Вилояти Хатлон								
аз он ҷумла:	338176	7981	47786	80726	201683	107176	203536	27465
Минтақаи Кӯлоб	85608	1658	15768	19887	48295	57379	27195	1034
Минтақаи Қўрғонтеппа	252568	6323	32018	60839	153388	49797	176340	26431
Ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ	106093	5	924	1852	103312	106046	27	20
ВМКБ	18224	-	1390	678	16156	16193	2031	-
Ҷамъ дар ҷумҳурӣ	749995	10687	79824	140981	518502	389761	326630	33604

Аз ҷадвали 4 бармеояд, ки дар ибтидои соли 2014 аз майдони 749995 гектар заминҳои обёришаванда дар зиёда аз 90,511 ҳазор гектараш сатҳи оби зеризаминӣ то чуқурии 2 метрро ташкил медиҳад, қариб 141 ҳазор гектараш дар чуқурии 2-3 м. Қариб 70% заминҳои обёришаванда дар ҳолати хуби мелиоративӣ мебошанд, чунки сатҳи оби зеризаминӣ дар чуқурии зиёда аз 3 м ҷойгир аст ва ин ба нашъунамои зироатҳои кишоварзӣ таъсири бад намерасонад.

Дар ҳудуди заминҳои обёришаванда 159 нуқтаҳои аҳолинишин ба қайд гирифта шудаанд, ки сатҳи оби зеризаминиашон наздик ҷойгир шудаанд.

АДАБИЁТ

1. Кадастри мелиоративӣ «Оиди баланд бардоштани сатҳи техники шабакаҳои обёрӣ ва ҳалоти мелиоративии заминҳои обии Ҷумҳурии Тоҷикистон» ба ҳолати 1.01.2014. Агенти беҳдошти замин ва обёрии назди Ҳукумати ҶТ. -Душанбе, 2014.
2. Икромов И.И. Мелиоратсияи гидротехники кишоварзӣ / И.И. Икромов. – Душанбе: Ирфон, 2012. -285 с.

3. Қориев А.Р. Гидрогеология ва асосҳои геология / А.Р. Қориев. -Душанбе: «Эр-граф», 2011. -146 с.

МЕЛИОРАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРОШАЕМЫХ ЗЕМЕЛЬ ТАДЖИКИСТАНА

В статье приводится современное состояние орошаемых земель Таджикистана на начало 2014 года и удельная площадь пашни приходящейся на 1 жителя. Также, в статье, приведены основные показатели мелиоративного состояния земель, факторы, влияющие на изменения природного и техногенного состояния, технические затруднения и хозяйственная деятельность – человека и др.

Ключевые слова: мелиорация, мелиоративное состояние, удельная площадь, состояние, геологическое строение, гидрогеологическое состояние.

MELIORATIVE STATE OF IRRIGATED LAND OF TAJIKISTAN

The article presents the current state of irrigated lands in Tajikistan at the beginning of 2014 and the specific area of arable land per 1 inhabitant. Also, in the article, the main indices of land reclamation state, factors influencing the changes of natural and man-made state, technical difficulties and economic activity - human, etc. are given.

Key words: melioration, meliorative state, specific area, condition, geological structure, hydrogeological condition.

Сведения об авторах: *Комилов О.К.* – Заслуженный работник Таджикистана, профессор кафедры гидрогеологии и инженерной геологии геологического факультета Таджикского национального университета, доктор технических наук. E-mail: **komilov 011942@mail.ru**. Телефон: (+992) 919-14-29-21

Негматов Ш.Х. - студент 4-го курса геологического факультета Таджикского национального университета

ВЛИЯНИЕ ГЕОЭКОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НА РЕЖИМ ГОРНЫХ РЕК

Сангинов Р.А., Саидов С.М., Расулов Н.М.

Таджикский национальный университет,

Институт геологии, сейсмостойкого строительства и сейсмологии АН РТ

Горная зона характеризуется возвышенностями, ограничивающими межгорные впадины, принимающими сток талых и дождевых вод бассейнов рек. В них происходит транзит или накопление водных масс продуктами выветривания горных пород. Эти образования создают сложную систему малых рек, объединяющихся затем в притоки основных рек.

Равнинные пространства исследуемой территории представляют собой аллювиальные и пролювиальные отложения, объединяющиеся в обширную межгорную Нурекскую котловину. Здесь сосредоточена основная масса населения, главные отрасли народного хозяйства района и главный энергетический центр Таджикистана - Нурекская ГЭС и ее водохранилище.

По характеру водного баланса в горной зоне выделяется две области руслоформирующих процессов: область формирования и область

рассеивания. Реки в области формирования стока обладают большими уклонами, для которых характерны перемещение большого количества крупных речных наносов.

Область рассеивания стока распространяется ниже подножья горных образований, в зоне предгорных аллювиальных равнин. Рассеивание стока происходит за счет фильтрации воды в толще аллювиальных отложений, испарения с водной поверхности и хозяйственного использования стока. Этим, а также резким уменьшением уклонов, расчленением на рукава и притоки обуславливается значительное уменьшение транспортирующей способности потоков в области рассеивания, чем вызывается сортировка и отложение речных наносов, образование широких пойм и блуждание речных потоков.

Орогидрографические особенности бассейнов отдельных речных систем, влияя на размеры и режим жидкого стока, сказываются на эрозии бассейна реки, а, следовательно, должны отражаться на методах и объемах лесомелиоративных и инженерных работ, связанных с задержанием наносов, борьбой с селями, оползнями и эрозией, освоением пойменных земель и т.д.

Рассматривая вопрос регулирования русел рек, необходимо, прежде всего, определиться в естественных факторах руслообразования, определяющих морфологические элементы потока и русла: ширины, глубины, формы и площади поперечного сечения, скорости течения и уклона водной поверхности, транспортирующей способности, шага и кривизны излучин (меандр) и др. Эти элементы конкретны для каждого участка реки [6]. Они сформировались как результат длительных русловых процессов в условиях взаимодействия потока с наносами в русле. Русло задает потоку глубину, форму, скорость течения и другие элементы и этим влияет на поток. Поток, в свою очередь, может размывать или заносить наносами русло и формировать его.

Взаимодействие потока и русла происходит по принципу саморегулирующегося природного механизма, который под влиянием внешних причинных факторов выбирает единственный возможный режим, характеризующийся равновесным состоянием систем, а также наименьшими затратами энергии. Ограничивающие условия - это третий причинный фактор руслообразующих процессов. Он создается искусственными сооружениями (мосты, дамбы и др.) и растительностью (травянистой, кустарниковой, древесной).

Важнейшим фактором образования селей является климатический: он создает оптимальные условия формирования жидкой и твердой составляющей селей в очагах их зарождения. Сели можно прогнозировать по результатам наблюдений за прошлые годы и по данным ожидаемой погоды.

Методы прогноза селей включают эмпирические, статистические и расчетные данные. Процесс разработки метода прогноза включает в себя

несколько этапов: ретроспективный анализ (обзор прошедших событий) селевых явлений, определение степени их активизации, прогноз.

При разработке противоселевых мероприятий необходимо учитывать следующие факторы: условия для формирования и механизм образования селей; строение селеформирующего бассейна и его русловой сети; режим прохождения селей; размеры горизонтов селевого потока, расход, объем, скорость перемещения и плотность селя; размеры транспортируемого обломочного материала; повторяемость селей; характер расположения и значимость объектов, подверженных селевой угрозе [9].

В Таджикистане используется комплексный метод защиты от селей. Он включает в себя организационно-хозяйственные, агротехнические, лесомелиоративные и гидротехнические мероприятия.

К организационно-хозяйственным мероприятиям относятся мероприятия, которые способствуют ослаблению селевых процессов; регулированию водных потоков, запрещению выпаса, улучшению пастбищ и сенокосов и др. К агротехническим мероприятиям относятся: выбор культуры сева и агротехнических приемов возделывания сельскохозяйственных культур на склоновых землях различной крутизны, способствующих прекращению эрозий почв. Лесомелиоративные мероприятия должны предусмотреть облесение склонов и конусов выносов. Гидротехнические мероприятия применяются там, где другие, вышеназванные, мероприятия оказываются недостаточными или неэффективными в борьбе с селевыми процессами.

Особую сложность при применении гидротехнических мероприятий представляет определение расхода и мощности селевого потока. В специальной литературе [8] разработано два метода расчета характеристики селевых потоков (объема, расхода, линейных размеров): первый метод заключается в привязке селевых расходов к обеспеченности водных расходов бассейна и определении максимальных значений водного расхода заданной обеспеченности; второй метод основан на анализе селевой деятельности в рассматриваемом бассейне и приближенной оценке значений объемов, расходов, глубины и трансформирующей способности селей.

Основными условиями взаимодействия селя с гидротехническими и другими инженерными сооружениями являются следующие [2]: - условия, обеспечивающие эффективную работу систем запруд и их устойчивость; - допустимые нормы стеснения отверстий селепропускных сооружений при различных характеристиках потока и сопряжениях селевого русла с селепропускным отверстием, обеспечивающих нормальный пропуск селей; - допустимые значения поворотных углов и радиусов селенаправляющих сооружений, обеспечивающих безнапорное транзитное движение потока; - состояние селевого русла при прохождении селевого потока.

Очевидно, селевое русло должно быть свободным от всяких посторонних предметов (мусора, автошин, камней, валунов и др., стесняющих русло). Недопустимы посадки деревьев в селевое русло.

Причинами оползневых процессов могут быть: климатические условия, топографические особенности склона, геологическая структура толщи и инженерно-геологические свойства пород, режим грунтовых вод и гидрологические особенности водотоков, смывающих данный склон. Только зная природную обстановку и учитывая различные факторы воздействия, можно заранее указать форму возможного нарушения устойчивого склона или откоса, определить основную причину оползня и, следовательно, предусмотреть наиболее эффективные противооползневые мероприятия.

Известно, что адырные и приадырные земли, составляющие большую территорию в Таджикистане, в своем естественно-природном состоянии имеют высокий коэффициент устойчивости - >3 , что объясняется относительно незначительной величиной природных грунтов покровных отложений [9]. Под воздействием оросительных мелиораций активизируются оползневые процессы. В результате, на склонах возвышенностей, пересекаемых каналами, в бортах реки, оврагов, на террасированных склонах и т.д. формируются оползни ирригационного происхождения.

Для оценки устойчивости грунтов в зоне интенсивного использования земель под сельскохозяйственные культуры при орошении можно использовать величину коэффициента площадной пораженности территории оползнями (K_n), представляющей отношение площадей развития оползней к общей площади бассейна или района.

Коэффициент K_n - это комплексный показатель, интегрирующий влияние на формирование оползней как всех природных, так и хозяйственных факторов, однако применяемые для природных оползней качественные градации охватывают столь высокую степень пораженности K_n , которые в несколько раз выше, чем в районах ирригационного освоения.

Так, например, средняя выраженность оползнями природной территории юго-западного Таджикистана, включая предгорную зону, составляет 0.15, а орошаемых земель - 0.03. Максимальная оползневая пораженность в природных условиях достигает 0.40, а в наиболее сильно пораженных оползнями орошаемых землях - 0.11 (Яванская долина), что признается чрезвычайно высоким показателем и требует проведения специальных природоохранных мероприятий [3].

При динамических воздействиях некоторые грунты повышенной влажности, например, лессовые, переходят в тиксотропное состояние. Примером таких динамических воздействий может быть Гиссарское землетрясение 23 января 1989 года (пос. Шарора, кишлаки Окулиболо, Окулипоен). Анализ лабораторных исследований грунтов показал, что в результате 8-балльного сейсмического воздействия увлажненные в результате орошения и фильтрации из каналов лессовидные суглинки,

слагающие Гиссарский Уртабоз, потеряли структурную прочность на 51%, значение угла внутреннего трения доходило до 12-16°, а сила сцепления - до 0.1-0.05 т/м² [4].

Хозяйственная деятельность человека нередко приводит к отрицательным последствиям. Дополнительно увлажняются склоны, уничтожается естественная растительность, изменяется напряженное состояние грунтов, снижается их устойчивость и многое другое, террасирование склонов и строительство автомобильных дорог на косогорной части рельефа нередко связывается с подсечкой склона (срезка грунтов на большой глубине, нередко с вертикальным откосом) и тем самым уменьшению сил, сдерживающих склон от оползня. Противооползневые мероприятия выбираются, исходя из причин, вызвавших образование оползня, и условий, способствующих развитию этого явления. Следовательно, не установив причин возникновения оползневых деформаций на рассматриваемом объекте, нельзя кардинально на них воздействовать. Противооползневые мероприятия должны предотвратить оползание склонов или откосов или ослабить действие сил, вызывающих смещение масс горных пород.

Из всех разновидностей мероприятий, приводимых в специальной литературе [1] и осуществляемых в борьбе с оползневыми явлениями в Таджикистане, наиболее важными являются [7]:

- регулирование поверхностного стока с целью уменьшения или исключения увлажнения горных пород на оползневом участке дождевыми и талыми водами посредством планировки поверхности оползня и прилегающей к нему территории устройства системы поверхностных водоотводов и лесомелиоративных работ;

- дренаж обводненных горных пород с целью перехвата и отвода подземных вод от оползневого участка;

- перераспределение масс горных пород с целью обеспечения устойчивости оползня путем среза пород в активной части оползня и отсыпки его в пассивной (подошвенной) в виде банкета или контрбанкета;

- искусственное улучшение свойств горных пород, позволяющее повысить прочность горных пород, снизить их влажность и водопроницаемость, увеличить устойчивость и сопротивляемость сдвигу. Этого можно добиться цементацией, глинизацией, химическим закреплением (силикатизацией) и др.;

- лесомелиорация с целью регулирования поверхностного стока, уменьшения инфильтрации дождевых и талых вод посредством травянистой или кустарниковой растительности;

- закрепление масс горных пород подпорными и анкерными сооружениями, врезаемыми в плотные слои горных пород ниже поверхности скольжения и служащие для придания устойчивости оползня на сдвиг и опрокидывание.

Главной причиной образования ирригационных эрозий и развития овражной эрозии является несоблюдение техники и нормы полива, неправильное размещение водосборной сети и коллекторов, недоучет водно-физических свойств почв (степени смываемости и разжижаемости частиц при орошении), подачи больших поливных норм, приводящих к большим сбросам оросительной воды с концов орошаемых полей, несоблюдение размеров полосы отчуждения (посевы ведутся близко к существующим оврагам, саям) и т.п. Например, до освоения территории Яванской долины плотность оврагов составляла до 1 шт. на 1 км² площади. После освоения эта величина на некоторых участках (поселки Азимабад, Киргизабад, Тагайабад и др.) достигла 40 шт. на 1 км² [5].

Анализ большого материала исследований показал, что при имеющихся способах защиты почвы от ирригационной эрозии на земляных склонах, необходимо обращать внимание на правильный выбор элементов техники полива, создание комбинированных борозд на оструктурирование почв различными химическими препаратами и разработку технологии полива тактами с импульсной водой, а также переменной струей в течение полива и др.

Известно, что главным недостатком существующих технологий бороздового полива (как основного способа полива в аридной зоне) является неравномерность увлажнения по длине поля, а увеличение продолжительности полива для выравнивания, увлажнения приводит к значительным поверхностным сбросам и развитию ирригационной эрозии.

Другие способы полива, например, дождевание, капельное орошение и т.п. намного уменьшает степень развития ирригационных эрозий, но для их осуществления требуется создание новых технологий, исключающих образование стока, использование чистой поливной воды (допустимая мутность воды не более 0.1 г/л) и т.д. Кроме того, эти способы требуют больших капитальных вложений и эксплуатационных затрат. Кроме названных выше причин интенсивного развития овражной эрозии, следует отметить, что почти повсеместно по береговой зоне сбросная вода сбрасывается по водоотводящим трубам, концы которых не доведены до уровня местного базиса эрозии. Другая причина оврагообразования - сброс большого количества поливной воды по «висячим» отрицательным формам рельефа; такие овраги составляют около 40% от общего количества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Винниченко С.М. Сейсмогенные оползни и обвалы зоны сочленения Южного Тянь-Шаня и Памира и их инженерно-геологическое значение: автореф. дисс. канд. геол.-мин. наук / С.М. Винниченко. – М., МГУ, 1989. -18 с.
2. Виноградов Ю.Б. Методы расчета основных характеристик селевых потоков / Ю.Б. Виноградов // Проблемы противоселевых мероприятий. -Алма-Ата, 1979. -С. 55-71.
3. Генеральная схема инженерной защиты территории Таджикской ССР от воздействия склоновых процессов. Кулябская область. Т. IV, кн. I. – Душанбе, 1986. – С. 67-76.

4. Зеркаль О.В. Сейсмогенные оползни Гиссарского землетрясения 1989 г., факторы их формирования и развития: автореф. канд. дисс. / О.В. Зеркаль. – М: МГУ, 1994. – С. 9-12.
5. Котлов Ф.В. Изменение геологической среды под влиянием деятельности человека / Ф.В. Котлов. - М.: Недра, 1978. - 263 с.
6. Мостков М.А. Очерк теории русловых процессов / М.А. Мостков. - М.: изд. АН СССР, 1959. -116 с.
7. Попов И.В. Общие основы региональной инженерной геологии / И.В. Попов // Инженерная геология СССР. Т.1. – М.: Изд-во МГУ, 1961. - 178 с.
8. Соколовский Д.Л. Селевые потоки, их гидрогеологические особенности и методика расчета / Д.Л. Соколовский // Метеорология и гидрология. – 1947. - №5.
9. Тахиров И.Г. Уплотнение лессовых просадочных грунтов замачиванием и энергией взрывов в сейсмических условиях Центральной Азии. Книга 2(1) / И.Г. Тахиров // НПИЦентр. -Душанбе, 1998. -194 с.

ВЛИЯНИЕ ГЕОЭКОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НА РЕЖИМ ГОРНЫХ РЕК

В работе рассматриваются вопросы регулирования русел рек, прежде всего, определяются факторы руслообразования, определяющие морфологические элементы потока и русла: ширину, глубину, форму и площадь поперечного сечения, скорости течения и уклона водной поверхности, транспортирующую способность, шаг и кривизну излучин (меандр) и др.

Ключевые слова: река, русла, поток, орография, водохранилища, баланс, режим, сель, мероприятия, грунт, оползни, мелиорация, процессы.

INFLUENCE OF GEO-ECOLOGICAL PROCESSES ON REGIME OF MOUNTAIN RIVERS

In this paper, the problems of river bed regulation are considered, first of all, the channeling factors determining the morphological elements of the flow and the channel are determined: the widths, depths, shapes and areas of the cross section, the flow velocity and the slope of the water surface, the transport capacity, the step and the curvature of the bends (meander) and other.

Key words: river, riverbed, stream, orography, reservoirs, balance, regime, flows, actions, soil, landslides, melioration, processes.

Сведения об авторах: *Сангинов Р.А.* – аспирант кафедры гидрогеологии и инженерной геологии геологического факультета Таджикского национального университета.

Саидов С.М. – геологический факультет Таджикского национального университета. E-mail: Saidov-Sukbatullo@mail.ru

Расулов Н.М. – аспирант 2-го курса Института геологии, сейсмостойкого строительства и сейсмологии АН РТ

СОВРЕМЕННЫЕ РЕЛЬЕФООБРАЗУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ДОЛИНЫ РЕКИ ЯХСУ (ТАДЖИКСКАЯ ДЕПРЕССИЯ)

Одинаев Ш.А.

Таджикский национальный университет

Яхсуйская впадина с золотороссыпными месторождениями расположена в Юго-Западном Таджикистане. С севера она ограничивается юго-западным продолжением хребта Петра Первого – хребтом Загара, с юго-востока – юго-западным продолжением Дарвазского хребта, хребтом Хозратишо. По отношению к крупным речным артериям район золотороссыпных месторождений занимает междуречье рек Пяндж и Вахш, располагаясь в верхней части бассейна р. Яхсу. Последняя впадает слева в р. Кызылсу, являющуюся крупным правым притоком р. Пяндж. Месторождения приурочены к верхней части долины р. Яхсу и к долинам левых ее притоков – рек Мучкакион, Бомовло, Сафеддара, Дондушкан.

Рельеф района месторождений является высокогорным и резко расчлененным. Основные орографические единицы – хребет Хозратишо, который служит юго-восточным водоразделом бассейна р. Яхсу, и хребет Загара, являющийся северо-западным водоразделом вышеуказанного бассейна и бассейна р. Оби-Мазар, притока р. Кызылсу.

Месторождение располагается на абсолютных высотах 1700-2500 м. Абсолютные отметки водоразделов колеблются от 2500 до 4088 м.

В непосредственной близости от района работ проходит крупный Дарваз-Каракульский (Сарыобский) краевой разлом, зона которого рассматривается как важнейшая сейсмогенная структура. В связи с этим район исследования относится к девятибалльной зоне сейсмичности [1]. Здесь широко распространены неогеновые отложения, выделяются больджуанская, хингоуская, тавильдаринская, каранакская, полизакская, курухсайская и хайрубакская свиты, которые отличаются друг от друга характером строения, литологическим составом и цветом слагающих пород (А.Р. Бурачек, В.В. Лим, Я.Р. Маламедов и др.) [2].

Рельеф верхней части бассейна р. Яхсу, являясь высокогорным и резко расчленённым, отражает складчатое строение района. Основные хребты представляют собой ядра крупных антиклинальных складок (хр. Загара) или крылья синклинальной складки, ограниченной зоной глубинного разлома (хр. Хозратишо).

Одной из характерных особенностей рек Дарваза является погребение под аллювиально-пролювиальной толщей днищ их древних долин. Мощность этих отложений в долинах рек Яхсуйского месторождения колеблется от 10-15 до 90-100 м. Современные русла этих рек располагаются то в относительно широких, выполненных валунно-галечником поймах, то в узких ущельях, пропиленных в коренных породах.

Долина основной р. Яхсу, являясь продольной, располагается на западном крыле Сафеддаринской синклинали. Долины других водотоков района – рек Мучкакион, Бомовло, Сафеддара, Дондушкан, являются в основном поперечными, но заложены были и развивались на пологопадающем крыле Сафеддаринской синклинали.

Долины других рек, притоков Яхсу, в средней части бассейна, как правило, сильно врезаны, и часто образуют каньоны и даже кляммы (щелеобразные, пропилены шириной 3-10 м), являясь поперечными.

Современная долина реки прямолинейная и характеризуется асимметричной V-образной формой поперечного профиля. Асимметрия профиля долины выражена в различной крутизне бортов. Левый борт долины крутой, сильно расчленен глубокими боковыми саями и сложен хорошо обнаженными коренными породами неогена. Правый борт долины относительно пологий и сложен рыхлыми отложениями различного генезиса.

Ширина долины по днищу, как правило, не превышает 250-270 м. Превышения бортов долины над руслом большие и достигают 600-1000 м. Характерным для р. Яхсу на отдельных участках является наличие кляммов, узких, глубоких (10-13 м) пропилов в коренных породах.

Поперечный профиль палеодолины р. Яхсу имеет прямолинейную симметричную узкую V-образную форму с крутымы бортами. Крутизна бортов достигает 45-55°. Долина имеет хорошо выраженный тальвег. Ширина погребенной долины по днищу не превышает 20-30 м, редко расширяется до 60-70 м. Превышения бортов долины над днищем колеблются от 25 до 70 м. Продольный уклон долины крутой без уступов, величина уклона колеблется от 0,10 до 0,039, в среднем составляя 0,021 (Ю.И. Каменский, 1986).

В рельефе района месторождений выделяются три яруса, которые различаются своими формами, происхождением, гипсометрическим положением и временем формирования.

Верхний ярус рельефа представлен фрагментами денудационной поверхности дочетвертичного времени, которые сохранились на отложениях каранакской (г. Хозратишо) и хингоуской свит (хр. Загара) (рис.1.).

Средний ярус рельефа представлен денудационной поверхностью нижнечетвертичного времени, фрагменты которой отмечаются в приводораздельной части правого склона р. Яхсу. На левом склоне ярусы прослеживаются полосой вдоль приводораздельных и водораздельных его частей и захватывают водоразделы левых притоков р. Яхсу.

Абсолютные отметки среднего яруса рельефа от 2200 м на юго-востоке до 3500 м на северо-востоке района. Рельеф среднего яруса сформирован процессами плоскостной денудации и ледниково-аккумулятивными процессами. К среднему ярусу рельефа относится также денудационная поверхность, развитая на отложениях даштакинской свиты, представляющая

собой древнюю аллювиально-пролювиальную эрозионно-аккумулятивную террасу (Б.Л. Кошелев и др., 1972) [3].

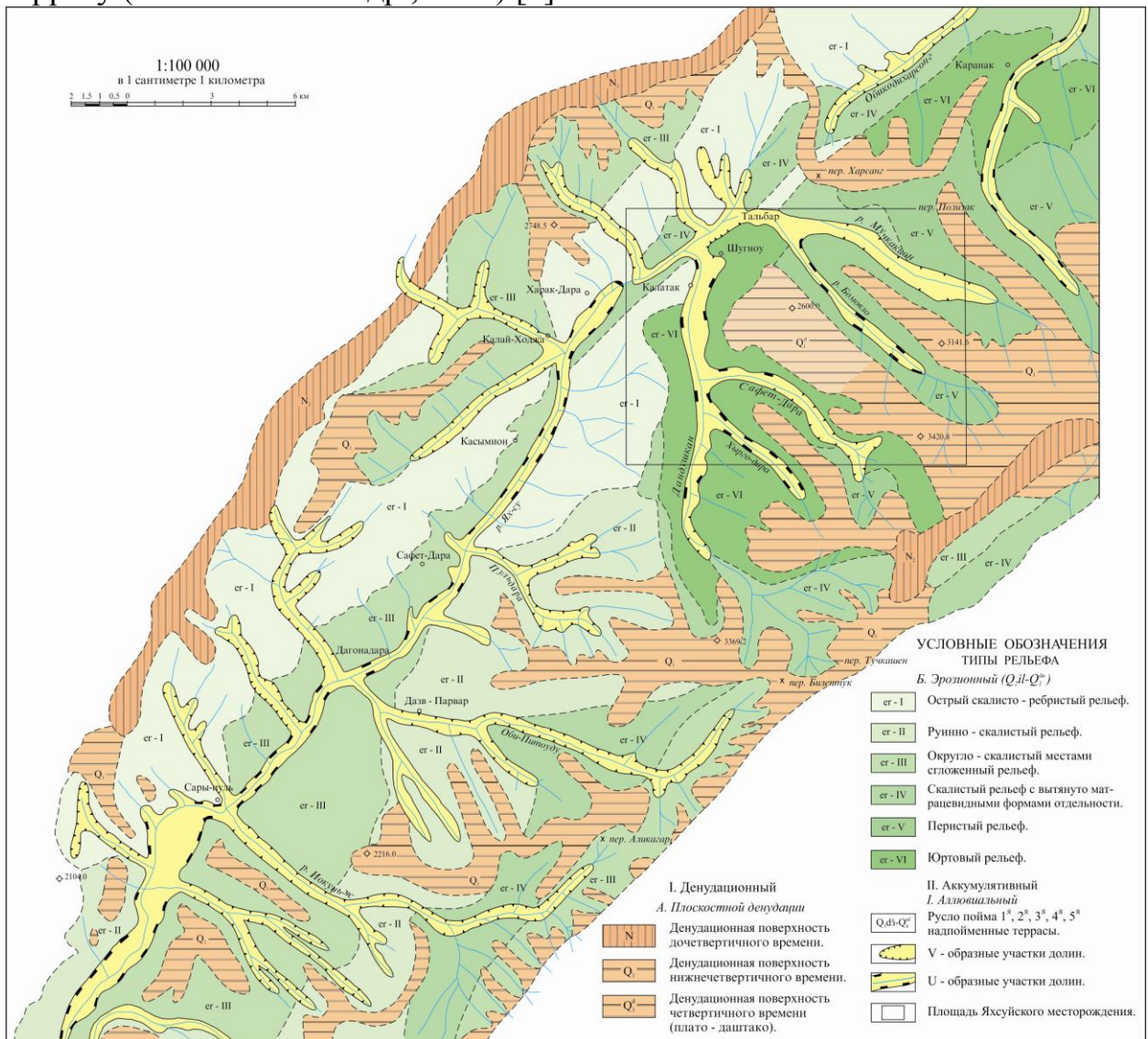


Рис. 1. Геоморфологическая карта района Яксуйского месторождения (Составил В.В. Лоскутов, 1985) [4]

К нижнему ярусу рельефа относятся узкие крутосклонные долины современных рек, глубоко врезаемых в рельеф среднего яруса, а также смешенные аккумулятивные террасы, конусы выносов, оползни и осыпи. Абсолютные высоты рельефа нижнего яруса 1500-2700 м.

Ширина основных долин нижнего яруса колеблется от нескольких десятков до нескольких сотен метров, глубина их изменяется от 500 до 1500 м. Склоны долин являются крутыми, часто выпуклыми и хорошо обнаженными. Они прорезаются большим количеством слоёв. На этих склонах развиваются своеобразные разновидности эрозионного микрорельефа:

1) острый скалисто-ребристый рельеф большджуанской и хингоуской свит и верхней подсвиты тавильдаринской свиты;

- 2) юртовый рельеф конгломератов каранакской свиты;
- 3) руинно-скалистый рельеф на конгломератах каранакской свиты;
- 4) округло-скалистый рельеф на конгломератах тавильдаринской свиты;
- 5) скалистый рельеф с вытянуто-матрацевидными формами отдельности на конгломератах средней подсвиты тавильдаринской свиты;
- 6) перистый рельеф на конгломератах полизакской свиты.

Формирование нижнего яруса рельефа происходит со второй половины среднечетвертичного времени до современного этапа.

В развитии рельефа в четвертичное время намечаются два этапа.

Первый (ранне-среднечетвертичный) происходит на фоне замирания тектонических движений и завершается созданием относительно пологих форм рельефа второго яруса. Второй этап (позднечетвертичный и современный) ознаменовался оживлением тектонических движений, в результате чего были выработаны формы рельефа нижнего яруса.

В заключение необходимо сказать, что значительную часть исследованной территории занимают эрозионные склоны нижнего яруса рельефа. По корреляции с соответствующими им аккумулятивными формами рельефа эти склоны имеют верхнеплейстоцен-голоценовый возраст. Они представляют собой крутые, нередко отвесные, обнаженные, скалистые склоны узких V-образных долин, каньонов и даже кляммов, выработанные в коренных породах. Литология последних определяет развитие специфических микроформ: карнизов, уступов, пирамид и пр. Амплитуда эрозионного вреза изменяется в широких пределах – от первых метров в зонах аккумуляции до сотен метров в верховьях долин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кухтиков М.М. Краевые разломы Памира и Дарваза / М.М. Кухтиков // Учебные записки ТГУ. - 1955.
2. Бурачек А.Р. Золотоносные конгломераты Дарваза / А.Р. Бурачек. ТКЭ, 1932, АН СССР, 1933. -С. 353-365.
3. Кошелев Б.Л. Гравитационно-нивальные отложения Дарваза и их практическое значение / Б.Л. Кошелев // Сб.: «Новые данные по геологии Таджикистана». -Душанбе, 1974.
4. Лоскутов В.В. Геоморфология Таджикистана / В.В. Лоскутов // Сб.: «Новейший этап геологического развития территории Таджикистана». -Душанбе, 1962.

СОВРЕМЕННЫЕ РЕЛЬЕФООБРАЗУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ДОЛИНЫ РЕКИ ЯХСУ (ТАДЖИКСКАЯ ДЕПРЕССИЯ)

Главные рельефообразующие факторы, приведшие к изменению рельефа долины реки Яхсу, – это тектонические движения позднечетвертичного времени и экзогенные процессы.

Ключевые слова: экзогенные процессы, река Яхсу, рельеф, геоморфология, ярус, эрозия, денудация.

MODERN RELIEF-FORMING FACTORS OF THE YAKHSU VALLEY (TAJIK DEPRESSION)

The main relief-forming factors that led to the relief transformations of the Yakhsu river valley are the tectonic movements of the late Quaternary time and exogenous processes.

Key words: exogenous processes, Yakhsu river, relief, geomorphology, tier, erosion, denudation.

Сведения об авторе: *Одинаев Ш.А.* – ассистент кафедры геологии и разведки месторождений полезных ископаемых геологического факультета Таджикского национального университета. Телефон: (+992) 985-38-33-36. E-mail: **Sharif.Geolog@mail.ru**

МЕДИЦИНА

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ <i>Одинаев Н.С., Тагожонов З.Ф., Одинаева К.Н., Муминова Д.И.....</i>	3
НЕГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА В ЮВЕНИЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ <i>Мардонова С.М., Абдуллоходжаева Г.А., Абдулазизова Ф.....</i>	8
КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛОПЕЦИИ <i>Сафолова М.К., Ашурова Н.С.....</i>	15
СИРОЯТШАВИИ ЗАНҲОИ СИННУ СОЛИ РЕПРОДУКТИВЇ БО ВИРУСИ ПАПИЛЛОМАИ ИНСОН <i>Холмуродова З.А., Ашурова З.Ч., Ятимова М.М.....</i>	20
ГЛЮТЕНОВАЯ ЭНТЕРОПАТИЯ <i>Одинаев Н.С., Одинаева К.Н., Муминова Д.И., Муминов Ш.Ч., Юсуфи Матин.....</i>	24
СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ <i>Хамидова Т.М., Исмоилов А.А., Асадова З.Х.....</i>	29
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ТОКСОПЛАЗМОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА <i>Саидова Т.Ш., Каримова О.А. Хотамова Н.Д., Сафарова Г.М.....</i>	35
АСОСҲОИ МОРФОФУНКЦИОНАЛИИ МУБОДИЛАИ ЧАРБҲО.ФАРБЕҲЇ <i>Алимова Н.Т., Ғолибов Ш.Н., Курбонов К.Ш.....</i>	39
КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ <i>Нуралиев М.Д., Абдуллаева М., Аннамов М.Т.....</i>	42
ПРОБЛЕМА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ (БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА) <i>Одинаев Н.С., Одинаева К.Н., Муминова Д.И., Шарипов Дж.Ш., Тешаева Ф.З.....</i>	49
ГОРМОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ С ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА ФОНЕ	

ДИФФУЗНО-НЕТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА <i>Рафиева З.Х., Умарова М.А., Каримова О.А., Садыкова Г.Н.....</i>	53
ЗНАЧЕНИЕ ПРОЛАКТИНОВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК С ГИПОМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ <i>Мардонова С.М., Абдуллоходжаева Г.А., Абдулазизова Ф.....</i>	58
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ <i>Одинаев Н.С., Тагачонов З.Ф., Одинаева К.Н, Муминова Д, Муминов Ш.Ч., Ахмедова С.....</i>	64
ВЛИЯНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВЫКИДЫША НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ ЖЕНЩИН <i>Саидова Т.Ш., Абдурахманова Ф.М., Умарова М.А., Исматова У.С.....</i>	68
БОЛЕЗНЬ МЕНЕТРИЕ <i>Одинаев Н.С., Одинаева К.Н., Шералиев М.Н., Начмудинов С. Н.....</i>	72
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО И ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ БРУЦЕЛЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН <i>Курбонов К.М., Дадоджанова Н.М., Ахмедова С.С.....</i>	77
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МОЛЕКУЛЯРНО- ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН <i>Махмудова П.У., Закирова К.А., Махмудова Р.У., Бобоходжаев О.И.....</i>	81
ГЕЛЬМИНТОЗЫ: ВУХЕРЕРИОЗ И БРУГИОЗ <i>Одинаев Н.С., Шералиев М.Н., Одинаева К.Н., Шарипов Ч.Ш.....</i>	85
<u>Ф А Р М А Ц И Я</u>	
ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА К ПРОБЛЕМЕ НАРКОТИКОВ И НАРКОПОТРЕБЛЕНИЯ <i>Мусоев С.М., Ходжаев Ф.М.....</i>	94
ШАРҲИ МОДДАҲО ВА РАВАНДУ ТАҶҲИЗОТҲО ДАР КИТОБИ «АСРОРИ АСРОР» - И ЗАКАРИЁИ РОЗӢ <i>Салимов С.Ш.....</i>	99
ТАҲЛИЛИ РАФТИ АМАЛИСОЗИИ СИЁСАТИ ДАВЛАТИИ ДОРУВОРИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН <i>Мусоев С.М., Алиев З.М., Амиров Ҷ.Ғ.....</i>	106

Г Е Л О Г И Я

ГЕОЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И ПОРАЖЕННОСТЬ РАЙОНА НУРЕКСКОГО ВОДОХРАНИЛИЩА <i>Узакова Ш.Н., Караев И.Р.</i>	112
ТИПИЗАЦИЯ ПРЕДПРИЯТИЙ И НАРОДНОХОЗЯЙСТВЕННЫХ ОБЪЕКТОВ ПО ХАРАКТЕРУ ИХ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ИНЖЕНЕРНО-ГЕОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ЗОНЫ ЗАТОПЛЕНИЯ РОГУНСКОГО ВОДОХРАНИЛИЩА <i>Давлатов Ф.С., Назирова Д.Э.</i>	115
ХОЛАТИ МЕЛИОРАТИВИИ ЗАМИНҶОИ ОБЁРИШАВАНДАИ ТОҶИКИСТОН <i>Комилов О.К., Негматов Ш.Х.</i>	122
ВЛИЯНИЕ ГЕОЭКОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НА РЕЖИМ ГОРНЫХ РЕК <i>Сангинов Р.А., Саидов С.М., Расулов Н.М.</i>	127
СОВРЕМЕННЫЕ РЕЛЬЕФООБРАЗУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ДОЛИНЫ РЕКИ ЯХСУ (ТАДЖИКСКАЯ ДЕПРЕССИЯ) <i>Одинаев Ш.А.</i>	134

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

В научном журнале «Наука и инновация» печатаются статьи, содержащие результаты научных исследований по медицинским, фармацевтическим и геолого-минералогическим наукам.

При направлении статьи в редколлегию авторам необходимо соблюдать следующие правила:

Размер статьи не должен превышать 10 страниц компьютерного текста, включая текст, таблицы, библиографию, рисунки и тексты аннотаций на таджикском, русском и английском языках.

Статья должна быть подготовлена в системе MicrosoftWord. Одновременно с распечаткой статьи сдается электронная версия статьи. Рукопись должна быть отпечатана на компьютере (гарнитура TimesNewRomanTj 14, формат А4, интервал одинарный, поля: верхнее - 3см, нижнее – 2,5см, левое – 3см, правое – 2см;), все листы статьи должны быть пронумерованы.

Сверху страницы по центру листа указывается название статьи, ниже через один интервал инициалы и фамилии автора (авторов). Ниже название организации, адрес, e-mail. Далее через строку следует основной текст. В конце статьи после списка литературы приводятся аннотации на таджикском, русском и английском языках и ключевые слова (8 - 10 слов).

Список литературы приводится в общем порядке после основного текста статьи. Авторы должны соблюдать правила составления списка использованной литературы. Он должен содержать 5-6 наименований литературы.

Научные статьи, представленные в редакцию журнала, должны иметь экспертное заключение, авторскую справку (для статей серии естественных наук) и отзыв специалистов о возможности опубликования.

Редколлегия оставляет за собой право производить сокращения и редакционные изменения статьи.

Статьи, не отвечающие настоящим правилам, редколлегией не принимаются.

Мухаррири масъул: **В. Абдулазизов**
Мухаррирон: **М. Ибодова Д.А. Назарова, Ш. Абдуллоева, О. Ашмарин**

Ответственный редактор: **В. Абдулазизов**
Редакторы: **М. Ибодова Д.А. Назарова,**
Ш. Абдуллоева, О. Ашмарин

ДМТ, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 17, бинои асосӣ, утоқи 61
ТНУ, г. Душанбе, проспект Рудаки, 17, главный корпус, каб. 61
Телефон: 227-74-41; Сайт ТНУ: **tnu.tj**